



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

FACULTAD DE POSGRADOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS

TEMA:

ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN
PACIENTES CRÍTICOS DEL HOSPITAL BÁSICO GUARANDA IESS

Autor:

LCDA. ROSA PIEDAD CALUÑA GUAMÁN

LCDA. DEYSI JESIKA ESCOBAR NÚÑEZ

LCDA. INGRID STEFANIA ORDOÑEZ HEREDIA

LCDA. TATIANA CAROLINA RUIZ NARANJO

Tutor:

MSG. EDWIN HERNÁN ALVARADO CHICAÍZA

Milagro, 2026

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, Deysi Jesika Escobar Núñez, Rosa Piedad Caluña Guamán, Ingrid Stefania Ordóñez Heredia y Tatiana Carolina Ruiz Naranjo, en calidad de autores y titulares de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedemos los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de Magíster en Enfermería con Mención en Cuidados Críticos como aporte a la Línea de Investigación Salud Pública y Bienestar Humano Integral, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada. Así mismo, autorizamos a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Las autoras declaran que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 30 de enero del 2026



Firmado electrónicamente por:
**ROSA PIEDAD CALUNA
GUAMAN**
Validar únicamente con FirmaEC

Rosa Piedad Caluña Guamán

C.I.: 0201975117



Firmado electrónicamente por:
**INGRID STEFANIA
ORDÓÑEZ HEREDIA**
Validar únicamente con FirmaEC

Ingrid Stefania Ordóñez Heredia

C.I.: 0202125290



Firmado electrónicamente por:
**DEYSI JESIKA
ESCOBAR NUÑEZ**
Validar únicamente con FirmaEC

Lcda. Deysi Jesika Escobar Núñez

C.I.: 0201889136



Firmado electrónicamente por:
**TATIANA CAROLINA
RUIZ NARANJO**
Validar únicamente con FirmaEC

Tatiana Carolina Ruiz Naranjo

C.I.: 1205994963

Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación

Yo, **Lcdo. Edwin Hernán Alvarado Chicaíza, MSc.**, en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por Deysi Jesika Escobar Núñez, Rosa Piedad Caluña Guamán, Ingrid Stefania Ordóñez Heredia y Tatiana Carolina Ruiz Naranjo, cuyo tema es: Estrategias No Farmacológicas para el Manejo del Dolor en Pacientes Críticos, que aporta a la Línea de Investigación Salud Pública y Bienestar Humano Integral, previo a la obtención del Grado Magíster en Enfermería con Mención en Cuidados Críticos. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 30 de enero del 2026



Firmado electrónicamente por:
**EDWIN HERNAN
ALVARADO CHICAIZA**
Validar únicamente con FirmaBC

Lcdo. Edwin Hernán Alvarado Chicaíza, MSc.

C.I.: 0702419938

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los dos días del mes de marzo del dos mil veintiseis, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, ENFERMERIA CALUÑA GUAMAN ROSA PIEDAD, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS DEL HOSPITAL BÁSICO GUARANDA IESS**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES, Presidente(a), Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA en calidad de Vocal; y, JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.17
DEFENSA ORAL	36.67
PROMEDIO	92.83
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
**ROBERTO ANDRES
ZAPATA ESCOBAR**
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE**
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**LADY RUTH JIMENEZ
SANCHEZ**
Validar únicamente con FirmaEC

JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**ROSA PIEDAD CALUNA
GUAMAN**
Validar únicamente con FirmaEC

ENFERMERIA CALUÑA GUAMAN ROSA PIEDAD
MAGÍSTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los dos días del mes de marzo del dos mil veintiseis, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, ENFERMERIA ESCOBAR NUÑEZ DEYSI JESIKA, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS DEL HOSPITAL BÁSICO GUARANDA IESS**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES, Presidente(a), Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA en calidad de Vocal; y, JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.17
DEFENSA ORAL	36.67
PROMEDIO	92.83
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
**ROBERTO ANDRES
ZAPATA ESCOBAR**
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE**
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**LADY RUTH JIMENEZ
SANCHEZ**
Validar únicamente con FirmaEC

JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**DEYSI JESIKA
ESCOBAR NUÑEZ**
Validar únicamente con FirmaEC

ENFERMERIA ESCOBAR NUÑEZ DEYSI JESIKA
MAGISTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los dos días del mes de marzo del dos mil veintiseis, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. RUIZ NARANJO TATIANA CAROLINA, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS DEL HOSPITAL BÁSICO GUARANDA IESS**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES, Presidente(a), Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA en calidad de Vocal; y, JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.17
DEFENSA ORAL	36.67
PROMEDIO	92.83
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
VOCAL



JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



LIC. RUIZ NARANJO TATIANA CAROLINA
MAGÍSTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los dos días del mes de marzo del dos mil veintiseis, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. ORDOÑEZ HEREDIA INGRID STEFANIA, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS DEL HOSPITAL BÁSICO GUARANDA IESS**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES, Presidente(a), Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA en calidad de Vocal; y, JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.17
DEFENSA ORAL	36.67
PROMEDIO	92.83
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
**ROBERTO ANDRES
ZAPATA ESCOBAR**
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE**
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**LADY RUTH JIMENEZ
SANCHEZ**
Validar únicamente con FirmaEC

JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**INGRID STEFANIA
ORDOÑEZ HEREDIA**
Validar únicamente con FirmaEC

LIC. ORDOÑEZ HEREDIA INGRID STEFANIA
MAGISTER

Dedicatoria

Cada logro en este camino lleva la huella de quienes estuvieron a mi lado con su presencia firme, su apoyo generoso y su cariño constante. Sin ellos, el recorrido habría sido mucho más difícil. Por eso, este triunfo no es solo mío: también les pertenece, y lo comparto con profunda gratitud y todo mi corazón.

Deysi Jesika Escobar Núñez

Rosa Piedad Caluña Guaman

Tatiana Carolina Ruiz Palacios

Ingrid Stefania Ordoñez Heredia

Agradecimientos

Mi agradecimiento más profundo es para Dios, que iluminó mi camino y me llenó de esperanza en los momentos más difíciles. A mi familia, gracias por su amor, paciencia y constante apoyo; sin ustedes, este logro simplemente no habría sido posible.

Deysi Jesika Escobar Núñez

Estoy muy agradecida con Dios por darme la fuerza y la sabiduría que necesité para superar cada obstáculo que se me presentó en este camino. También quiero agradecer a mi familia, que con su amor y apoyo incondicional han sido el soporte que me conservó firme en todo momento.

Rosa Piedad Caluña Guamán

Le doy gracias a Dios, fuente de inspiración y fortaleza, que nunca me abandonó durante esta travesía. Y a mi familia, por ser mi refugio, por su amor sin límites y por confiar en mí cuando más lo necesitaba.

Ingrid Stefania Ordóñez Heredia

Reconozco con mucho agradecimiento la presencia de Dios en cada etapa de este recorrido, guiándome y fortaleciendo mi espíritu. A mi familia, gracias por su amor constante, su comprensión y por ser un pilar fundamental en la construcción de este sueño.

Tatiana Carolina Ruiz Naranjo

RESUMEN

El presente proyecto de investigación aborda las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor en pacientes críticos por parte del personal profesional de enfermería del Hospital Básico Guaranda IESS (HBGI). La importancia del estudio radica en la necesidad de fortalecer prácticas humanizadas y efectivas en el contexto hospitalario, dado que el dolor no controlado influye negativamente en la recuperación clínica y el bienestar del paciente. El objetivo general fue determinar el nivel de conocimiento y la frecuencia de aplicación de estas estrategias, enfocándose también en las barreras que dificultan su implementación. Metodológicamente, se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, utilizando como instrumento un cuestionario validado por Kara & Çeçen (2025), adaptado al contexto institucional. La muestra fue censal, conformada por 53 profesionales de enfermería. Los datos fueron procesados en Excel y Jamovi, mediante estadística descriptiva. Entre los principales hallazgos se evidenció que, aunque la mayoría del personal posee conocimientos adecuados sobre estrategias como musicoterapia, cambios posturales y control ambiental, su aplicación práctica es irregular y se ve limitada por barreras institucionales como falta de capacitación continua, escasos recursos físicos y ausencia de protocolos específicos. Se concluye que, pese a la disposición profesional, se requiere intervención estructural para consolidar el uso sistemático de estrategias no farmacológicas como parte integral del cuidado enfermero en pacientes críticos, constituyéndose este estudio en un punto de partida para nuevas investigaciones y mejoras en la calidad asistencial.

Palabra clave: Manejo del dolor, estrategias no farmacológicas, enfermería, pacientes críticos.

ABSTRACT

The present research project addresses non-pharmacological strategies for pain management in critically ill patients by the professional nursing staff of the Hospital Básico Guaranda IESS (HBGI). The importance of the study lies in the need to strengthen humanized and effective practices in the hospital context, given that uncontrolled pain negatively affects clinical recovery and patient well-being. The general objective was to determine the level of knowledge and the frequency of application of these strategies, also focusing on the barriers that hinder their implementation. Methodologically, it was a quantitative, descriptive, cross-sectional study, using a questionnaire validated by Kara & Çeçen (2025), adapted to the institutional context. The sample was census-based, consisting of 53 nursing professionals. Data was processed using Excel and Jamovi, through descriptive statistics. Among the main findings, it was evident that although most staff possess adequate knowledge of strategies such as music therapy, postural changes, and environmental control, their practical application is irregular and limited by institutional barriers such as lack of continuous training, scarce physical resources, and absence of specific protocols. It is concluded that, despite professional willingness, structural intervention is required to consolidate the systematic use of non-pharmacological strategies as an integral part of nursing care in critically ill patients. This study serves as a starting point for further research and improvements in the quality of care.

Keywords: Pain management, non-pharmacological strategies, nursing, critically ill patients.

ÍNDICE

Derechos de Autor.....	ii
Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación.....	iii
Aprobación del Tribunal Calificador	iv
Dedicatoria	v
Agradecimientos.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
Introducción.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Delimitación del problema	5
1.3 Formulación del problema.....	7
1.4 Preguntas de investigación	7
1.5 Objetivos.....	8
1.5.1 Objetivo general.....	8
1.5.2 Objetivos específicos	8
1.6 Hipótesis	8
1.7 Justificación	10
1.8 Declaración de variables.....	11
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Antecedentes Referenciales	12
2.1.1. Antecedentes internacionales	12
2.1.2. Antecedentes regionales y latinoamericanos.....	13
2.2. Marco conceptual	15
2.2.1. Dolor en el contexto crítico.....	15
2.2.2. Paciente crítico.....	16
2.2.3. Manejo del dolor.....	17
2.2.4. Estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor.....	17
2.2.5. Rol del personal de enfermería en el manejo del dolor	18
2.2.6. Humanización del cuidado y calidad asistencial.....	19

2.3. Marco teórico.....	19
2.3.1. Teoría del confort de Kolcaba y el alivio integral del dolor	19
2.3.2. Modelo del Cuidado Humano de Jean Watson y su relación con el manejo no farmacológico del dolor	20
2.3.3. Modelo PADIS de la Sociedad de Medicina Crítica (SCCM).....	22
2.3.4. Aportes teóricos complementarios al cuidado humanizado y la calidad asistencial	23
2.3.5. Posicionamiento teórico del estudio	23
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	26
3.1. Tipo y diseño de investigación	26
3.2. La población y muestra	26
3.3. Los métodos y las técnicas	28
3.4. Procesamiento de la información.....	29
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	31
4.1. Organización según variables y objetivos	31
4.1.1. Datos sociodemográficos del personal profesional de enfermería encuestado.....	31
4.1.1. Relación de los conocimientos del personal de enfermería sobre las estrategias no farmacológicas para el alivio del dolor, y la capacitación previa recibida	35
4.1.2. Relación entre la frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas para el alivio del dolor por el personal profesional de enfermería y el área de trabajo donde labora.	40
4.1.3. Relación entre las barreras para la aplicación de las estrategias no farmacológicas para el alivio del dolor y la experiencia laboral de los participantes	51
4.1.4. Resultados de la prueba binomial sobre el conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo del dolor no farmacológico	56
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	58
5.1. Discusión	58
5.2. Conclusiones.....	60
5.3. Recomendaciones	61
ANEXOS.....	69
Anexo 1 – Operacionalización de variables	69
Anexo 2: Consentimiento Informado	70
Anexo 3: Instrumento de recolección de datos.....	71
Anexo 4: Figuras y gráficos.....	74

Introducción

El dolor es una experiencia sensorial y emocional compleja que puede surgir como consecuencia de un daño tisular real o potencial, y se reconoce actualmente como uno de los principales desafíos en la atención sanitaria, especialmente en contextos críticos. La International Association for the Study of Pain (IASP) ha señalado que el dolor no es solo un fenómeno fisiológico, sino que también está mediado por factores psicológicos, sociales y ambientales, lo que exige un abordaje integral en su tratamiento. En el ámbito hospitalario, su manejo adecuado representa un componente esencial de la calidad asistencial y de la humanización del cuidado. En este contexto, las estrategias no farmacológicas han ganado atención como intervenciones complementarias que, sin sustituir el tratamiento farmacológico, contribuyen al alivio del dolor y al bienestar del paciente. Estas estrategias como la musicoterapia, los cambios posturales, las técnicas de relajación, el control ambiental y el apoyo emocional, se enmarcan dentro de las funciones independientes del personal de enfermería, cuyo rol resulta crucial por su contacto continuo con el paciente.

A pesar del reconocimiento de estas prácticas en la literatura científica y en los lineamientos de organismos internacionales, su aplicación en el entorno hospitalario ecuatoriano continúa siendo limitada. Esta realidad se observa especialmente en hospitales básicos, donde el personal de enfermería enfrenta múltiples desafíos relacionados con la escasa capacitación específica, la alta carga laboral, la falta de protocolos institucionales y la escasez de recursos. El Hospital Básico Guaranda IESS, como unidad de atención de tercer nivel en la provincia de Bolívar, atiende a pacientes con condiciones clínicas complejas fuera de la unidad de cuidados intensivos —ya que no cuenta con dicha área— lo que sitúa a servicios como emergencia, recuperación postquirúrgica y hospitalización en una posición clave para el abordaje integral del dolor. No obstante, la falta de evidencia local sobre el conocimiento del personal de enfermería y la frecuencia de aplicación de estas intervenciones

no farmacológicas representa una brecha relevante para la mejora de la atención y la toma de decisiones en políticas institucionales.

En este sentido, la presente investigación tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento teórico y la frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor en pacientes críticos atendidos por el personal profesional de enfermería del Hospital Básico Guaranda IESS. Este estudio adopta un enfoque cuantitativo descriptivo no experimental y se fundamenta en el modelo de Cuidado Humano de Jean Watson, que promueve la humanización como eje transversal del cuidado de enfermería. La selección del instrumento de medición se basa en el cuestionario validado por Kara y Çeçen (2025), adaptado al contexto ecuatoriano para evaluar conocimientos, prácticas y barreras percibidas. De esta manera, se busca aportar información relevante y contextualizada que permita mejorar la calidad del cuidado, fortalecer la formación continua del personal de salud y promover intervenciones institucionales que favorezcan el uso sistemático de estas estrategias.

Además de aportar evidencia empírica sobre un tema escasamente explorado en el país, este trabajo se alinea con los principios del Decálogo-SIGEN para investigaciones en salud, promoviendo la ética, la pertinencia social y el enfoque en la mejora continua de los servicios. Se espera que los hallazgos no solo permitan identificar el estado actual de la práctica enfermera en cuanto al manejo del dolor no farmacológico, sino también visibilizar las barreras que impiden su aplicación efectiva. Con ello, se abrirá un camino para el desarrollo de políticas públicas, protocolos institucionales y programas de capacitación específicos que respondan a las necesidades del entorno hospitalario local y que impulsen futuras investigaciones en diferentes contextos asistenciales y realidades socioculturales.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La atención integral del dolor en pacientes con estados clínicos complejos constituye uno de los retos centrales de la práctica de enfermería y de la gestión del cuidado en los servicios hospitalarios. El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, tal como lo define y actualiza la International Association for the Study of Pain (IASP), enfatizando que incluye componentes tanto físicos como afectivos que requieren una valoración y manejo adecuado por parte de los equipos de salud. (Vidal Fuentes, 2020)

En la literatura científica contemporánea se reconoce que la evaluación y manejo del dolor son fundamentales para garantizar calidad y seguridad en la atención clínica, ya que el dolor no controlado se asocia con complicaciones, mayor sufrimiento del paciente y resultados adversos en su evolución. La evidencia disponible destaca que tanto los métodos farmacológicos como los no farmacológicos forman parte de un abordaje multimodal que puede contribuir a disminuir la intensidad del dolor y mejorar la experiencia del paciente en contextos hospitalarios. (Tsegaye et al., 2023)

No obstante, en muchos servicios de atención hospitalaria —especialmente en hospitales de nivel básico que no cuentan con unidades de cuidados intensivos como tal— el manejo del dolor suele centrarse predominantemente en intervenciones farmacológicas, con el uso de analgésicos sistémicos y sedantes para aliviar síntomas de intensidad moderada o severa. Si bien dichos tratamientos son necesarios, la literatura advierte que el uso exclusivo de estrategias farmacológicas puede asociarse a efectos adversos, incremento de cargas farmacológicas y falta de atención a las dimensiones emocionales y cognitivas del dolor, aspectos que son intrínsecos a la experiencia dolorosa del paciente y que requieren abordajes complementarios. (Khalil, 2018)

Los mecanismos no farmacológicos de manejo del dolor —como técnicas físicas, intervenciones de confort, apoyo emocional y control de estímulos ambientales— han sido estudiados como elementos complementarios o alternativos al tratamiento farmacológico, con potencial para reducir la intensidad del dolor, mejorar la satisfacción del paciente y optimizar la gestión del cuidado. Este enfoque se alinea con tendencias contemporáneas de atención centrada en el paciente, que buscan mejorar la experiencia de salud más allá del alivio sintomático farmacológico.

En el contexto de América Latina y de países de ingresos medios y bajos, la implementación de estrategias no farmacológicas se enfrenta a desafíos estructurales y culturales, entre los que se incluyen la falta de formación técnica específica en el personal de enfermería, la ausencia de protocolos institucionales para su uso sistemático y la carga de trabajo que limita la adopción de intervenciones adicionales más allá de las rutinas establecidas. Estudios descriptivos en entornos hospitalarios han identificado prevalencias bajas en la práctica de manejo no farmacológico del dolor en enfermería y han asociado esta situación a factores relacionados con disponibilidad de herramientas, actitud profesional y capacitación insuficiente. (Toro Burga et al., 2024)

En el Hospital Básico Guaranda IESS, las áreas consideradas críticas para la atención de pacientes con dolor complejo incluyen emergencia, hospitalización general y recuperación postoperatoria, según el Plan Médico Funcional de la institución, que describe los servicios disponibles y los perfiles de atención de este nivel de complejidad. (Taco Naranjo et al., 2014) A partir de la observación empírica y la experiencia asistencial, se ha identificado que en estas áreas la atención del dolor tiende a enfocarse en la terapia farmacológica prescrita por médicos, con una evidente ausencia de guías internas o rutinas establecidas para la implementación de estrategias no farmacológicas de manejo del dolor.

Esta situación genera una brecha entre el conocimiento teórico disponible sobre técnicas no farmacológicas y su aplicación práctica diaria, lo que puede traducirse en una atención fragmentada y reactiva del dolor, centrada en la administración de medicamentos sin considerar de manera sistemática medidas de confort físico, emocional o ambiental que beneficiarían la experiencia y recuperación del paciente. Asimismo, se desconoce con precisión si las limitaciones observadas en la práctica están asociadas a deficiencias en el conocimiento del personal de enfermería, a barreras institucionales y de recursos, o a una combinación de factores que dificultan la adopción de estos enfoques complementarios de manejo del dolor.

En este contexto, surge la necesidad de evaluar de forma sistemática el nivel de conocimiento y la frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor por parte del personal de enfermería del Hospital Básico Guaranda IESS, con el propósito de identificar las condiciones institucionales y profesionales que facilitan o limitan la implementación de estas prácticas en la atención diaria. Esta evaluación permitirá generar evidencia relevante para fortalecer la gestión del cuidado y la calidad de la atención al paciente en áreas críticas de la institución, promoviendo un abordaje más integral y centrado en las necesidades del paciente con dolor.

1.2 Delimitación del problema

Con la finalidad de garantizar la viabilidad, pertinencia y claridad metodológica del proyecto de investigación, el estudio se delimita de acuerdo con las siguientes características:

Delimitación espacial: La investigación se desarrollará en el Hospital Básico Guaranda del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), ubicado en la provincia de Bolívar, Ecuador. Esta institución ha sido seleccionada por su rol dentro de la red de servicios de salud como hospital básico, con capacidad resolutoria para la atención de pacientes con condición clínica compleja y dolor agudo, atendidos en áreas consideradas críticas para este

nivel de atención, tales como emergencia, hospitalización y áreas quirúrgicas. Asimismo, la institución facilita el acceso a la población de estudio y a la información necesaria para el desarrollo de la investigación.

Delimitación temporal: El estudio tendrá un diseño transversal, por lo que la recolección de datos se realizará en un único momento temporal. El levantamiento de información se llevará a cabo durante el período comprendido entre julio y agosto del año 2025, lo que permitirá obtener datos actualizados que reflejen la situación real del manejo del dolor en la institución al momento del estudio.

Delimitación social o población: La población de estudio estará constituida por los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Básico Guaranda IESS y que mantienen contacto directo con la atención y el manejo del dolor en pacientes con condición clínica crítica atendidos en las diferentes áreas asistenciales de la institución. No se incluirá personal administrativo, técnico en enfermería, ni profesionales de otras disciplinas de la salud, debido a que el interés del estudio se centra exclusivamente en el rol del personal de enfermería en la gestión del cuidado del dolor.

Delimitación temática: El estudio se centrará en el análisis de las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor, incluyendo estrategias físicas, cognitivas, sensoriales y ambientales aplicadas por el personal de enfermería en la atención de pacientes con dolor. Si bien se reconoce la importancia del manejo farmacológico del dolor dentro de la práctica clínica, esta investigación se delimita a abordar las terapias complementarias como parte de un enfoque de cuidado integral y humanizado, orientado a cubrir vacíos de conocimiento y práctica en este ámbito.

Línea de investigación: La investigación se adscribe a la línea institucional de Salud Pública y Bienestar Humano Integral, con énfasis en la gestión del cuidado de enfermería, la

atención humanizada y la calidad de los servicios de salud, particularmente en contextos de atención a pacientes con condiciones clínicas complejas.

1.3 Formulación del problema

La formulación de la pregunta general de investigación se realizó mediante la aplicación de la técnica PCC (Población, Concepto y Contexto), ya que permite delimitar de forma clara y coherente el objeto de estudio.

Técnica PCC

- **P - Población:** Personal de enfermería
- **C – Concepto:** Conocimiento y aplicación de estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor
- **C – Contexto (Context):** Pacientes críticos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Básico Guaranda IESS, de julio a agosto del 2025

Pregunta general de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento y la frecuencia de aplicación de las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor en pacientes críticos por parte del personal de enfermería del Hospital Básico Guaranda IESS, durante el año 2025?

1.4 Preguntas de investigación

- ¿Qué nivel de conocimiento posee el personal de enfermería sobre las técnicas físicas, cognitivas y sensoriales para el alivio del dolor en pacientes críticos de UCI?
- ¿Con qué frecuencia el personal de enfermería aplica estrategias no farmacológicas (musicoterapia, cambios posturales o control ambiental) para el manejo del dolor en la atención y cuidado de pacientes UCI?
- ¿Cuáles son las principales barreras institucionales y profesionales que limitan la implementación de estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor de pacientes atendidos en el HGBI?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento y la frecuencia de aplicación de las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor en pacientes críticos por parte del personal de enfermería del Hospital Básico Guaranda IESS (HBGI) durante el año 2025.

1.5.2 Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de conocimiento teórico que posee el personal de enfermería sobre las estrategias no farmacológicas —físicas, cognitivas, sensoriales y ambientales— para el manejo del dolor en pacientes críticos atendidos en el Hospital Básico Guaranda IESS.
- Determinar la frecuencia de aplicación de las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor por parte del personal de enfermería en la atención y cuidado de pacientes críticos atendidos en las diferentes áreas asistenciales del Hospital Básico Guaranda IESS.
- Identificar las principales barreras institucionales y profesionales que limitan la aplicación de estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor en pacientes críticos atendidos en el Hospital Básico Guaranda IESS.

1.6 Hipótesis

Por tratarse de un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo y de corte transversal, la presente investigación no formula hipótesis, orientándose exclusivamente a dar respuesta a las preguntas de investigación y a los objetivos planteados. Este enfoque metodológico es coherente con el propósito del estudio, que no busca establecer relaciones causales ni explicar el efecto de una variable sobre otra, sino describir y caracterizar el nivel de conocimiento, la frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas y las barreras percibidas por el personal profesional de enfermería en un contexto institucional específico.

De acuerdo con Metodología de la Investigación, en los estudios descriptivos el interés central del investigador se orienta a especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos o fenómenos, sin que sea necesario formular hipótesis, ya que estas son más pertinentes en diseños explicativos o correlacionales donde se pretende probar relaciones entre variables (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Diversos autores señalan que, en investigaciones descriptivas, las preguntas de investigación cumplen la función orientadora principal, permitiendo estructurar el estudio y guiar el proceso de recolección y análisis de datos sin incurrir en inferencias causales que el diseño metodológico no puede sustentar.

En este sentido, la ausencia de hipótesis en el presente estudio no constituye una debilidad metodológica, sino una decisión epistemológica y técnica alineada con el tipo de investigación adoptado. Formular hipótesis implicaría anticipar supuestos sobre relaciones o comportamientos de las variables que no pueden ser comprobados bajo un diseño no experimental, lo que podría generar interpretaciones indebidas o inconsistencias metodológicas. Por el contrario, centrar el análisis en la descripción sistemática de los datos obtenidos permite ofrecer una representación fiel de la realidad estudiada y garantiza la validez interna del estudio.

Asimismo, Hernández Sampieri y colaboradores (Hernández Sampieri et al., 2014) enfatizan que en investigaciones cuantitativas descriptivas la contrastación empírica se realiza a través del análisis estadístico descriptivo, el cual permite identificar tendencias, frecuencias y niveles de las variables sin necesidad de confirmar o rechazar hipótesis. Bajo este enfoque, los resultados obtenidos en la presente investigación permitirán responder de manera directa y objetiva a los objetivos propuestos, aportando evidencia relevante para la comprensión del fenómeno estudiado y sirviendo como base para futuras investigaciones de tipo analítico o explicativo.

1.7 Justificación

La presente investigación se plantea a partir de la necesidad de optimizar la calidad del cuidado brindado a los pacientes críticos en el manejo del dolor. En la práctica clínica, cuando el abordaje del dolor se centra de manera exclusiva en el uso de fármacos, se incrementa el riesgo de desarrollar limitaciones tanto clínicas como éticas, ya que la dependencia de analgésicos y sedantes puede generar efectos adversos que compliquen la evolución del paciente crítico y prolonguen su estancia hospitalaria. En este contexto, resulta pertinente analizar alternativas que complementen el tratamiento farmacológico y contribuyan a un cuidado más seguro y equilibrado.

Desde un enfoque científico, el análisis de la implementación de estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor permite aportar evidencia y conocimiento práctico al personal de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos. Este estudio busca fortalecer el conocimiento relacionado con el uso de dichas estrategias en el cuidado y atención de pacientes con dolor, favoreciendo un enfoque de atención integral que considere no solo los aspectos fisiológicos, sino también los componentes emocionales y ambientales propios del paciente crítico. La relevancia de esta investigación radica, además, en la posibilidad de generar información que sirva como referente para futuras investigaciones académicas y como base para el desarrollo o fortalecimiento de protocolos institucionales que incorporen estas estrategias en la práctica diaria.

En el ámbito académico, este trabajo contribuye a ampliar el conocimiento en el campo del cuidado de pacientes críticos y promueve el desarrollo de perfiles profesionales más competentes en el personal de enfermería. Asimismo, fomenta la integración de técnicas de cuidado fundamentadas y sensibles a las condiciones del paciente, permitiendo que el profesional actúe con criterio técnico y humano en el manejo del dolor, lo que se traduce en una humanización de la estancia hospitalaria en las unidades de cuidados intensivos.

Desde una perspectiva social, analizar la implementación de estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor genera beneficios para diversos actores. Los pacientes críticos se constituyen en los principales beneficiarios al recibir un cuidado más seguro, empático y centrado en sus necesidades. El personal de enfermería también se beneficia al disponer de herramientas no farmacológicas que optimizan su labor asistencial, mientras que las instituciones de salud pueden fortalecer la calidad de la atención y reducir costos asociados a complicaciones derivadas del uso excesivo de fármacos.

En este sentido, se considera que el presente estudio se justifica porque aporta de manera directa a la gestión del cuidado de enfermería en las unidades de cuidados intensivos y, de forma indirecta, contribuye al bienestar de los pacientes críticos, a la toma de decisiones de los gestores institucionales y al fortalecimiento del sistema sanitario en general, al promover prácticas de cuidado más eficaces, seguras y humanizadas, orientadas a brindar servicios de calidad y calidez.

1.8 Declaración de variables

Variable Independiente: Personal de enfermería del Hospital Básico Guaranda IESS.

Variable Dependiente 1: Nivel de conocimiento sobre estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor.

Variable Dependiente 2: Frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor.

Ver Anexo 1. Operacionalización de variables.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Referenciales

El manejo del dolor en pacientes con condición clínica crítica ha sido objeto de creciente interés en la literatura científica durante los últimos años, reconociéndose como un componente fundamental de la calidad asistencial y de la atención centrada en la persona. Diversos organismos internacionales y estudios de revisión coinciden en que el dolor no controlado se asocia con complicaciones fisiológicas, alteraciones emocionales y prolongación de la estancia hospitalaria, lo que ha motivado la búsqueda de enfoques integrales que incluyan estrategias farmacológicas y no farmacológicas de manera complementaria (Gutiérrez, 2020; Nordness et al., 2021)

2.1.1. Antecedentes internacionales

A nivel internacional, las revisiones sistemáticas y de alcance exploratorio han demostrado que las estrategias no farmacológicas constituyen una alternativa eficaz y segura para el alivio del dolor en pacientes críticamente enfermos, especialmente cuando se integran dentro de esquemas de analgesia multimodal. Sandvik et al. (2020), en una revisión exploratoria realizada en unidades de cuidados intensivos, identificaron que intervenciones como la musicoterapia, el masaje terapéutico, las técnicas de relajación, la distracción, la aplicación de frío y la acupuntura mostraron una reducción significativa de la intensidad del dolor, además de contribuir a la disminución del consumo de opioides y sedantes. Los autores concluyen que estas estrategias deben considerarse como parte de los cuidados estándar de enfermería, aunque reconocen la necesidad de mayor sistematización y capacitación del personal.

De manera concordante, Leutualy et al. (2022), en una scoping review que analizó estudios internacionales publicados entre 2009 y 2020, evidenciaron que intervenciones no farmacológicas como la musicoterapia, la reflexología, el masaje, la termoterapia y la

crioterapia son efectivas para reducir el dolor en pacientes críticos, sin generar efectos adversos relevantes. Este trabajo resalta que, a pesar de la evidencia disponible, la aplicación de estas estrategias continúa siendo limitada y heterogénea en los entornos hospitalarios, lo que refleja una brecha entre la investigación y la práctica clínica.

En la misma línea, Nordness et al. (2021) señalan que las tendencias actuales en el manejo del dolor en pacientes críticos promueven la analgosedación, priorizando el tratamiento oportuno del dolor antes del uso de sedantes. En su revisión narrativa, los autores recomiendan la incorporación sistemática de intervenciones no farmacológicas —como masaje, control ambiental, musicoterapia y técnicas de relajación— dentro de los protocolos de cuidado, destacando el rol del personal de enfermería en la evaluación continua del dolor y en la implementación de estas estrategias como parte del cuidado integral.

2.1.2. Antecedentes regionales y latinoamericanos

En el contexto latinoamericano, la evidencia científica disponible muestra avances progresivos, aunque aún limitados, en el estudio del manejo no farmacológico del dolor. Investigaciones de revisión desarrolladas en países de la región indican que, si bien existe un reconocimiento teórico sobre la importancia de estas estrategias, su aplicación en la práctica clínica es irregular y depende en gran medida de factores institucionales y formativos.

Delgado et al. (2022), en una revisión integrativa realizada en Ecuador, destacan que el dolor es un síntoma altamente prevalente en pacientes críticos y que su abordaje adecuado mejora de manera significativa los desenlaces clínicos, reduciendo la agitación, el riesgo de delirium y la duración de la hospitalización. Los autores subrayan que las estrategias no farmacológicas —como la musicoterapia, la distracción, el masaje simple, la presencia de familiares y la crioterapia— constituyen un complemento esencial del manejo farmacológico, ya que favorecen el confort, el bienestar emocional y la humanización del cuidado. Sin

embargo, también evidencian que estas intervenciones no se aplican de forma sistemática en los servicios hospitalarios.

De manera más reciente, Arciniega-Garrido et al. (2025), en una revisión sistemática desarrollada en Ecuador, analizaron el uso de terapias farmacológicas y no farmacológicas en pacientes críticos, concluyendo que, aunque los opioides continúan siendo el pilar del tratamiento analgésico, las intervenciones no farmacológicas representan estrategias de bajo costo y alto impacto para reducir el dolor y el estrés del paciente. El estudio enfatiza que la implementación de estas terapias depende en gran medida del conocimiento y la disposición del personal de enfermería, así como de la existencia de lineamientos institucionales que respalden su uso.

El análisis de los antecedentes internacionales y regionales permite identificar un consenso en la literatura científica respecto a la efectividad y pertinencia de las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor en pacientes críticos. No obstante, también se evidencia una brecha persistente entre el conocimiento teórico y la aplicación práctica de estas intervenciones en los entornos hospitalarios, particularmente en instituciones donde no existen protocolos específicos ni programas de capacitación continua para el personal de enfermería.

Asimismo, la mayoría de los estudios revisados señalan que el rol del personal de enfermería es clave en la evaluación del dolor y en la implementación de estrategias no farmacológicas; sin embargo, existe una escasa caracterización del nivel de conocimiento y de la frecuencia real de aplicación de estas estrategias en contextos institucionales específicos, especialmente en hospitales básicos. Esta laguna de conocimiento justifica la necesidad de desarrollar investigaciones descriptivas que permitan comprender la realidad local y aportar evidencia contextualizada para el fortalecimiento de la gestión del cuidado y la atención humanizada del dolor.

2.2. Marco conceptual

El marco conceptual tiene como finalidad precisar los principales conceptos y variables que sustentan la presente investigación, permitiendo una comprensión clara y homogénea de los términos utilizados, así como su adecuada operacionalización posterior. En este estudio, los conceptos centrales giran en torno al dolor, el paciente crítico, el manejo del dolor, las estrategias no farmacológicas y el rol del personal de enfermería en la gestión del cuidado.

2.2.1. Dolor en el contexto crítico

La International Association for the Study of Pain (IASP) actualizó en el año 2020 la definición de dolor, estableciéndolo como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada, o similar a la asociada, con daño tisular real o potencial”. Esta definición reconoce el carácter subjetivo y multidimensional del dolor, el cual no puede comprenderse únicamente desde una perspectiva fisiológica, sino que involucra de manera simultánea factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la percepción y vivencia individual del paciente (IASP, 2020).

Desde esta conceptualización, el dolor no depende exclusivamente de la capacidad de verbalización del individuo, aspecto particularmente relevante en pacientes con alteración del estado de conciencia, compromiso neurológico o limitaciones comunicativas. En este sentido, la ausencia de expresión verbal no implica ausencia de dolor, lo que obliga al personal de salud, especialmente al personal de enfermería, a utilizar estrategias sistemáticas de valoración clínica y observacional para su identificación y manejo oportuno.

Asimismo, se reconoce que el dolor no controlado puede generar respuestas fisiológicas adversas, tales como activación del sistema nervioso simpático, aumento del consumo de oxígeno, alteraciones hemodinámicas y deterioro inmunológico, además de consecuencias emocionales como ansiedad, miedo y sufrimiento psicológico. Estas

respuestas impactan de manera negativa en la recuperación clínica y en el bienestar general del paciente, reforzando la necesidad de una evaluación continua y un manejo integral del dolor por parte del equipo de salud.

En el ámbito asistencial, el dolor ha sido históricamente conceptualizado como el “quinto signo vital”, lo que enfatiza la responsabilidad del personal de enfermería de evaluarlo de forma rutinaria, sistemática y documentada, al mismo nivel que los signos vitales tradicionales (Pozza et al., 2021). Este enfoque ha sido promovido por organismos internacionales de acreditación y calidad en salud, como The Joint Commission, que establece la obligación institucional de contar con políticas y procedimientos para la valoración, el tratamiento y el seguimiento del dolor, incorporando tanto intervenciones farmacológicas como métodos no farmacológicos dentro de una atención segura y de calidad (Joint Commission International, 2023; Ruiz García et al., 2022).

Desde esta perspectiva, el manejo del dolor se concibe como un proceso dinámico y continuo que requiere un enfoque integral, centrado en la persona y alineado con principios de calidad asistencial y humanización del cuidado, en el cual el personal de enfermería desempeña un rol fundamental en la identificación, alivio y seguimiento del dolor del paciente.

2.2.2. Paciente crítico

El concepto de paciente crítico se refiere a aquella persona que presenta una condición clínica compleja, con riesgo real o potencial de deterioro de funciones vitales, y que requiere vigilancia continua, intervenciones oportunas y cuidados especializados. En el contexto de hospitales básicos, el paciente crítico no se limita a unidades de cuidados intensivos, sino que incluye a aquellos atendidos en áreas de emergencia, hospitalización y recuperación postquirúrgica, donde cursan con dolor agudo, inestabilidad clínica o requieren manejo estrecho para prevenir complicaciones.

Desde la perspectiva del cuidado de enfermería, el paciente crítico suele experimentar múltiples factores generadores de dolor, tales como procedimientos invasivos, inmovilidad, lesiones tisulares, ansiedad y estrés emocional, lo que demanda una atención integral orientada no solo al tratamiento farmacológico, sino también al confort físico y emocional.

2.2.3. Manejo del dolor

El manejo del dolor se define como el conjunto de acciones sistemáticas orientadas a la valoración, prevención, alivio y control del dolor, con el objetivo de mejorar la condición clínica, funcional y emocional del paciente (Navarro, 2023). En la práctica clínica actual, este manejo se concibe bajo un enfoque multimodal, que integra intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, adaptadas a las necesidades individuales del paciente y al contexto asistencial.

Un manejo adecuado del dolor implica la valoración continua, la selección de intervenciones basadas en evidencia y la participación activa del personal de enfermería en la implementación de cuidados, reconociendo que el alivio del dolor constituye un indicador clave de calidad y humanización de la atención.

2.2.4. Estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor

Las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor comprenden un conjunto de intervenciones que no implican el uso de medicamentos y que buscan reducir la percepción del dolor, mejorar el confort y favorecer el bienestar integral del paciente (Khalil, 2018). Estas estrategias actúan sobre los componentes físicos, cognitivos, emocionales y ambientales del dolor, y se consideran complementarias al tratamiento farmacológico.

Para efectos de esta investigación, las estrategias no farmacológicas se clasifican en:

- **Estrategias físicas**, que incluyen intervenciones orientadas al confort corporal y la estimulación sensorial no dolorosa, como cambios posturales, masajes simples,

aplicación de frío o calor y movilización terapéutica, según la condición clínica del paciente.

- **Estrategias cognitivas**, que buscan modificar la percepción y respuesta del paciente frente al dolor, mediante técnicas de relajación, respiración guiada, distracción, educación breve y apoyo emocional.
- **Estrategias sensoriales**, orientadas a la estimulación positiva de los sentidos, como la musicoterapia, sonidos ambientales agradables y estímulos visuales controlados, que contribuyen a disminuir la ansiedad y la percepción dolorosa.
- **Estrategias ambientales**, enfocadas en la adecuación del entorno físico, incluyendo el control del ruido, la iluminación, la temperatura y la promoción del descanso y el sueño, elementos fundamentales para el confort del paciente crítico.

Estas estrategias se caracterizan por ser de bajo costo, mínimamente invasivas y con bajo riesgo de efectos adversos, lo que las convierte en una alternativa viable para su implementación en distintos niveles de atención.

2.2.5. Rol del personal de enfermería en el manejo del dolor

El personal de enfermería desempeña un rol fundamental en la gestión del dolor, al ser el profesional que mantiene un contacto continuo y directo con el paciente. Entre sus funciones se incluyen la valoración sistemática del dolor, la identificación de factores desencadenantes, la aplicación de intervenciones farmacológicas prescritas y la implementación de estrategias no farmacológicas orientadas al confort y bienestar del paciente. El nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre las estrategias no farmacológicas y su frecuencia de aplicación en la práctica clínica influyen de manera directa en la calidad del cuidado brindado (Vargas Lozada et al., 2024). Asimismo, la capacidad de integrar estas estrategias dentro del proceso de atención refleja un enfoque de cuidado

humanizado y centrado en la persona, especialmente relevante en pacientes con condiciones clínicas críticas.

2.2.6. Humanización del cuidado y calidad asistencial

La humanización del cuidado se concibe como un enfoque que prioriza la dignidad, el respeto y las necesidades integrales del paciente, reconociéndolo como un ser biopsicosocial (Caiza et al., 2025). En el manejo del dolor, la humanización implica ir más allá del control farmacológico de los síntomas, incorporando intervenciones que atiendan el sufrimiento emocional, la ansiedad y el entorno en el que se desarrolla la atención.

Desde esta perspectiva, el manejo adecuado del dolor mediante estrategias no farmacológicas se vincula estrechamente con la calidad asistencial, ya que contribuye a mejorar la experiencia del paciente, fortalecer la relación terapéutica y optimizar los resultados del cuidado de enfermería.

2.3. Marco teórico

El marco teórico de la presente investigación se sustenta en modelos conceptuales y teorías que explican el dolor como un fenómeno complejo, multidimensional y susceptible de intervención desde enfoques no farmacológicos, particularmente desde la práctica de enfermería. Estas bases teóricas permiten comprender por qué las estrategias no farmacológicas constituyen un componente válido, eficaz y necesario en el manejo integral del dolor, especialmente en pacientes con condiciones clínicas críticas atendidos en contextos hospitalarios.

2.3.1. Teoría del confort de Kolcaba y el alivio integral del dolor

La Teoría del Confort, desarrollada por Katharine Kolcaba, constituye uno de los principales referentes teóricos de enfermería para el abordaje del dolor. Esta teoría plantea que el objetivo del cuidado de enfermería es promover el confort integral del paciente, entendido como un estado dinámico que se expresa en tres niveles: alivio, comodidad y

trascendencia, los cuales se manifiestan en cuatro dimensiones interrelacionadas: física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental (Gonçalves Martins et al., 2022).

Desde esta perspectiva, el dolor no se limita a una alteración fisiológica, sino que afecta de manera simultánea múltiples dimensiones del ser humano (Putri Karisa & Nita Fitria, 2025). En consecuencia, su manejo requiere intervenciones que trasciendan el uso exclusivo de analgésicos y consideren acciones orientadas a mejorar el bienestar físico, emocional y ambiental del paciente. Las estrategias no farmacológicas —como el confort postural, la relajación, la musicoterapia, el control del entorno y el acompañamiento terapéutico— se alinean directamente con esta teoría, al contribuir a generar alivio y comodidad más allá del efecto analgésico de los fármacos.

La Teoría del Confort proporciona un sustento conceptual sólido para justificar la incorporación sistemática de estrategias no farmacológicas en la práctica de enfermería, al reconocer que el cuidado efectivo del dolor implica atender de manera integral las necesidades del paciente, promoviendo su adaptación y bienestar durante el proceso de enfermedad.

2.3.2. Modelo del Cuidado Humano de Jean Watson y su relación con el manejo no farmacológico del dolor

El Modelo de Cuidado Humano de Jean Watson constituye un referente teórico fundamental de la disciplina de enfermería y aporta una base conceptual sólida para comprender el alivio del dolor desde una perspectiva humanizada, ética y relacional. Este modelo concibe el cuidado como una relación transpersonal entre el profesional de enfermería y la persona cuidada, orientada a preservar la dignidad humana, aliviar el sufrimiento y promover el bienestar integral, más allá de la atención meramente técnica o procedimental (Gonzalo, 2024).

Desde la teoría de Watson, el dolor es entendido no solo como una manifestación física, sino como una experiencia subjetiva que involucra dimensiones emocionales, cognitivas y espirituales, las cuales pueden ser moduladas mediante la interacción terapéutica y el cuidado consciente (Villa Solís et al., 2023). En este sentido, el modelo resalta la importancia de los procesos caritas (antes factores carativos), que incluyen la presencia auténtica, la empatía, la comunicación terapéutica, el respeto por la experiencia del otro y la creación de un entorno de cuidado que favorezca la armonía y el confort del paciente.

El manejo del dolor mediante estrategias no farmacológicas se inscribe directamente dentro de este marco teórico, ya que acciones como la escucha activa, el acompañamiento emocional, el control del ambiente, la musicoterapia, la relajación guiada, el confort postural y la higiene del sueño constituyen intervenciones independientes del profesional de enfermería, orientadas a disminuir el sufrimiento y mejorar la experiencia de cuidado. Estas acciones no requieren prescripción médica, sino que se fundamentan en el juicio clínico, la autonomía profesional y la relación terapéutica establecida con el paciente.

Watson plantea que el cuidado humanizado tiene la capacidad de influir positivamente en la percepción del dolor, al reducir la ansiedad, el miedo y el estrés, factores que amplifican la experiencia dolorosa (Zambrano Requelme et al., 2025). Desde esta perspectiva, el profesional de enfermería actúa como un agente activo de alivio del dolor, utilizando intervenciones no farmacológicas como parte de su rol autónomo, ético y humanista, complementando —pero no subordinándose exclusivamente— al tratamiento farmacológico.

Asimismo, el modelo de Watson reconoce que el entorno de cuidado desempeña un papel determinante en el bienestar del paciente (Bolaños Nagua et al., 2025). La creación de un ambiente físico y emocionalmente seguro, tranquilo y respetuoso contribuye a disminuir estímulos estresores y favorece la autorregulación emocional, lo cual impacta de manera directa en la percepción del dolor. Este enfoque refuerza la responsabilidad del personal de

enfermería en la implementación de medidas de confort y humanización como parte integral del cuidado.

Desde esta perspectiva, el presente estudio asume que el nivel de conocimiento y la frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas reflejan no solo competencias técnicas, sino también el grado de internalización del cuidado humanizado en la práctica profesional de enfermería. Por tanto, la evaluación de estas estrategias se justifica como una forma de analizar el ejercicio de las funciones independientes del personal de enfermería en el alivio del dolor, coherente con los principios del Modelo de Cuidado Humano de Jean Watson.

2.3.3. Modelo PADIS de la Sociedad de Medicina Crítica (SCCM)

El modelo PADIS (Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, Sleep), propuesto por la Society of Critical Care Medicine (SCCM), constituye un modelo clínico integral que ha influido de manera significativa en la práctica del cuidado de pacientes críticos. Aunque no se trata de una teoría formal de enfermería, este modelo proporciona un marco conceptual robusto para la atención integral del paciente, ubicando el dolor como el primer dominio a evaluar y tratar (Devlin et al., 2018).

El modelo PADIS enfatiza que el manejo del dolor debe realizarse mediante un enfoque multimodal, integrando analgésicos con intervenciones no farmacológicas, antes de profundizar la sedación. En este sentido, estrategias como la promoción del sueño, el control del ambiente, la movilización precoz, la reorientación cognitiva y el uso de música o estímulos sensoriales positivos forman parte de las recomendaciones para reducir el dolor, prevenir el delirium y mejorar los resultados clínicos (Nordness et al., 2021).

Desde una perspectiva teórica, este modelo integra principios fundamentales del cuidado de enfermería: valoración continua, prevención de complicaciones y atención centrada en la persona. Asimismo, refuerza el rol activo del personal de enfermería en la

aplicación de estrategias no farmacológicas como parte de un cuidado seguro, humanizado y basado en evidencia.

2.3.4. Aportes teóricos complementarios al cuidado humanizado y la calidad asistencial

El marco teórico del estudio se enriquece con aportes conceptuales clásicos que, si bien anteceden al período de los últimos cinco años, continúan vigentes y relevantes para la comprensión del manejo del dolor. Entre ellos se destacan el concepto de “dolor total” propuesto por Cicely Saunders (Fajardo-Chica, 2023), que reconoce componentes físicos, emocionales, sociales y espirituales del dolor; y el Modelo de Calidad de Atención de Donabedian, que considera el alivio del dolor como un indicador clave de calidad asistencial (Villa-Velásquez et al., 2023).

Asimismo, la Teoría del Cuidado Humanístico de Paterson y Zderad resalta la importancia del encuentro auténtico entre la enfermera y el paciente, promoviendo una relación terapéutica basada en la empatía, la presencia y el respeto por la dignidad humana (Nascimento & Trentini, 2004). Estos enfoques refuerzan la idea de que el manejo del dolor no debe limitarse a intervenciones técnicas, sino que debe integrarse dentro de un cuidado humanizado que atienda el sufrimiento en todas sus dimensiones.

2.3.5. Posicionamiento teórico del estudio

Este estudio asume un posicionamiento teórico integrador centrado en la perspectiva del cuidado humanizado, sustentado principalmente en el Modelo de Cuidado Humano de Jean Watson, la Teoría del Confort de Kolcaba y los lineamientos clínicos del Modelo PADIS de la Sociedad de Medicina Crítica (SCCM). Estas bases conceptuales permiten comprender el dolor como una experiencia multidimensional —física, emocional, espiritual y social— que afecta de manera compleja al paciente en situación crítica, y que exige una atención profesional que trascienda lo técnico para abarcar dimensiones más humanas y transpersonales del cuidado.

Desde el Modelo de Watson, el cuidado es una relación terapéutica centrada en la persona, y el alivio del sufrimiento es una responsabilidad ética que involucra acciones de empatía, escucha activa, presencia auténtica y creación de un entorno de bienestar. Las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor —como el confort postural, la musicoterapia, el control ambiental o la relajación guiada— se consideran prácticas independientes del profesional de enfermería, sustentadas en su juicio clínico y en la relación de confianza establecida con el paciente. Así, se reconoce que el profesional de enfermería no solo ejecuta procedimientos prescritos, sino que actúa como agente activo del cuidado humanizado, aplicando intervenciones que disminuyen el sufrimiento y mejoran la experiencia del paciente hospitalizado.

A su vez, la Teoría del Confort de Kolcaba refuerza esta mirada al plantear que el objetivo del cuidado de enfermería es promover estados de confort físico, psicoespiritual, ambiental y sociocultural. En este sentido, las intervenciones no farmacológicas se inscriben como recursos válidos y eficaces para favorecer el alivio del dolor, aumentar la comodidad del paciente y promover su adaptación a la enfermedad. Esta teoría ofrece un sustento lógico y estructurado para la valoración de necesidades de confort y la planificación de acciones de enfermería orientadas al bienestar.

Complementariamente, el modelo PADIS de la SCCM, ampliamente adoptado en el manejo clínico de pacientes en estado crítico, establece que el abordaje del dolor debe iniciarse con medidas de confort y analgesia antes de recurrir a sedación, e integra estrategias no farmacológicas como parte de un enfoque multimodal y centrado en la persona. Este marco clínico refuerza la necesidad de sistematizar prácticas que disminuyan el dolor sin efectos adversos, y otorga al personal de enfermería un rol protagonista en la evaluación continua del dolor y en la aplicación de cuidados no farmacológicos como parte del estándar de atención.

Bajo este posicionamiento teórico, la presente investigación parte del supuesto de que el nivel de conocimiento y la frecuencia de uso de estrategias no farmacológicas son indicadores claves del ejercicio profesional de enfermería desde un enfoque de cuidado humanizado, integral y basado en la evidencia. Al evaluar estas variables, se busca no solo describir prácticas existentes, sino también identificar brechas formativas, institucionales o actitudinales que condicionan el uso efectivo de estas estrategias. Este posicionamiento permite articular la teoría con la práctica, y proyecta al estudio como una contribución al fortalecimiento del rol autónomo, ético y transformador del personal de enfermería en el alivio del dolor y la mejora de la calidad asistencial.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación se desarrolla bajo el paradigma positivista, dado que busca describir y cuantificar fenómenos observables de manera objetiva, mediante la medición sistemática de variables y el uso de análisis estadístico. En coherencia con este enfoque, el estudio adopta una metodología cuantitativa, la cual permite medir el nivel de conocimiento y la frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor por parte del personal de enfermería, generando resultados susceptibles de ser analizados numéricamente y comparados con la evidencia científica existente.

El diseño de la investigación es no experimental, ya que no se manipulan deliberadamente las variables de estudio, sino que estas se observan tal como se presentan en su contexto natural. Asimismo, corresponde a un estudio descriptivo, debido a que su propósito es caracterizar el nivel de conocimiento y las conductas relacionadas con el manejo del dolor no farmacológico, sin establecer relaciones causales. De acuerdo con la temporalidad, el estudio es transversal, puesto que la recolección de datos se realizará en un único momento, entre los meses de julio y agosto del año 2025, permitiendo obtener una fotografía de la realidad situacional del manejo del dolor en el contexto institucional seleccionado.

Este tipo de diseño es metodológicamente coherente con los objetivos planteados, ya que posibilita describir con precisión el fenómeno estudiado y generar evidencia empírica útil para la toma de decisiones en el ámbito del cuidado de enfermería y la gestión institucional.

3.2. La población y muestra

La población o universo de estudio estará constituida por la totalidad del personal profesional de enfermería que labora en las áreas consideradas críticas para la atención de pacientes con dolor del Hospital Básico Guaranda IESS, entre las que se incluyen

emergencia, áreas de hospitalización con atención a pacientes de mayor complejidad clínica, áreas de recuperación y reanimación, de acuerdo con la organización funcional y los registros del departamento de Talento Humano de la institución. Según dichos registros, la población total asciende a $N = 53$ profesionales de enfermería, quienes prestan servicios asistenciales directos en distintos turnos y jornadas laborales.

Considerando que el tamaño de la población es pequeño, finito y accesible, se adoptará un muestreo de tipo censal, por lo que se incluirá al 100 % de los profesionales de enfermería que cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos. En consecuencia, no se aplicará fórmula estadística de muestreo ni técnicas de selección probabilística, lo cual permite eliminar el error muestral, incrementar la precisión de los resultados y garantizar que los hallazgos sean representativos de la totalidad de la población estudiada dentro del contexto institucional del Hospital Básico Guaranda IESS.

Como criterios de inclusión, se considerará a los profesionales que cuenten con título de Licenciado/a en Enfermería, que se encuentren en funciones asistenciales activas en las áreas críticas del hospital, que posean una antigüedad mínima de seis meses en la institución —con el propósito de asegurar el conocimiento de las dinámicas, rutinas y lineamientos internos— y que acepten participar voluntariamente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 2).

Como criterios de exclusión, no se incluirá al personal administrativo, a los auxiliares o técnicos de enfermería, internos rotativos o estudiantes de enfermería en proceso de formación, así como a los profesionales que se encuentren en período de vacaciones, licencia por maternidad, reposo médico u otra condición que limite su participación durante el período de recolección de datos. Asimismo, se excluirán aquellos participantes que no completen de manera adecuada el instrumento de investigación.

3.3. Los métodos y las técnicas

Para el desarrollo de la investigación se emplearán métodos teóricos y empíricos, de manera articulada. Entre los métodos teóricos se utilizarán el análisis y la síntesis, que permitirán examinar de forma crítica la literatura científica relacionada con el manejo del dolor y las estrategias no farmacológicas, así como integrar los fundamentos conceptuales y teóricos que sustentan el estudio. Asimismo, se aplicará el método de inducción–deducción, que facilitará la interpretación de los resultados empíricos a la luz de los modelos teóricos revisados.

Como método empírico principal se utilizará la encuesta, aplicada mediante un instrumento estructurado y previamente validado. El instrumento seleccionado para esta investigación es el “Nurses’ Pain Management Knowledge and Behavior Questionnaire”, desarrollado por Kara y Çeçen Çamlı y publicado en el año 2023 (actualizado y difundido en BMC Nursing en 2025). Este cuestionario fue diseñado específicamente para evaluar el nivel de conocimiento y las conductas del personal de enfermería relacionadas con el manejo del dolor, lo que lo hace plenamente pertinente para los objetivos del presente estudio.

El instrumento consta de ítems que valoran conocimientos teóricos sobre el dolor, su evaluación y tratamiento, así como conductas relacionadas con la aplicación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. La puntuación se obtiene asignando un valor de 1 a las respuestas correctas y 0 a las incorrectas, generando un puntaje total que permite clasificar el nivel de conocimiento y comportamiento en categorías. En el estudio original, los autores establecieron puntos de corte utilizando criterios estadísticos basados en la media y la desviación estándar.

En cuanto a su rigor metodológico, el cuestionario fue sometido a validación de contenido por expertos, y ha demostrado adecuada confiabilidad, siendo utilizado en investigaciones con personal de enfermería en contextos hospitalarios críticos. Para la

presente investigación, el instrumento será adaptado al contexto local, respetando su estructura original y finalidad, garantizando que los ítems se correspondan con las estrategias no farmacológicas contempladas en los objetivos del estudio. Dicha adaptación no altera la esencia del instrumento, sino que permite su adecuada contextualización lingüística y asistencial.

3.4. Procesamiento de la información

Los datos recolectados serán codificados y organizados en una base de datos digital mediante Microsoft Excel, herramienta que permitirá el registro inicial, la depuración y la verificación de la consistencia de la información. Posteriormente, el análisis estadístico se realizará utilizando el software estadístico Jamovi, en una versión compatible con los requerimientos del estudio.

El procesamiento de la información se efectuará a través de estadística descriptiva, empleando frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar), de acuerdo con la naturaleza de las variables analizadas. Los resultados serán presentados mediante tablas y representaciones gráficas que faciliten su comprensión e interpretación. Adicionalmente, se evaluará la distribución de los datos con el fin de garantizar una descripción adecuada y fiel de los hallazgos.

En coherencia con el diseño cuantitativo, descriptivo y no experimental de la investigación, el análisis estadístico permitirá dar respuesta al objetivo general y a los objetivos específicos planteados, así como a las preguntas de investigación, sin establecer relaciones de causalidad. De este modo, se describirá de manera objetiva el nivel de conocimiento y la frecuencia de aplicación de las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor por parte del personal profesional de enfermería, y se identificarán las principales barreras institucionales y profesionales que condicionan su implementación en el

contexto del Hospital Básico Guaranda IESS, aportando evidencia empírica relevante para la comprensión integral del fenómeno estudiado.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Organización según variables y objetivos

4.1.1. Datos sociodemográficos del personal profesional de enfermería encuestado

Tabla 1

Distribución del personal profesional de enfermería según edad y sexo – HBGI, 2025

Rango de edad (años)	Femenino (%)	Masculino (%)	Total
20–24	2 (5.4%)	1 (6.2%)	3 (5.7%)
25–29	5 (13.5%)	6 (37.5%)	11 (20.8%)
30–34	9 (24.3%)	1 (6.2%)	10 (18.9%)
35–39	14 (37.8%)	7 (43.8%)	21 (39.6%)
40–44	3 (8.1%)	0 (0.0%)	3 (5.7%)
45–49	4 (10.8%)	1 (6.2%)	5 (9.4%)
20–24	2 (5.4%)	1 (6.2%)	3 (5.7%)
25–29	5 (13.5%)	6 (37.5%)	11 (20.8%)
Total	37 (100.0%)	16 (100.0%)	53 (100.0%)

Fuente: Instrumento de recolección de datos – 2026.

Elaborado por: Autores.

El grupo de edad con mayor representación en el personal de enfermería del HBGI es el de 35 a 39 años (39,6%), seguido por los de 25 a 29 (20,8%) y 30 a 34 años (18,9%), lo que indica una plantilla joven-adulta en etapa profesional activa. Las mujeres predominan en todos los grupos etarios, especialmente entre 35 y 39 años. La escasa representación de edades extremas (menores de 25 y mayores de 44) evidencia poca renovación y envejecimiento del personal. Esta distribución es relevante para interpretar el nivel de conocimiento y la aplicación de estrategias no farmacológicas del estudio.

Tabla 2

Distribución del personal de enfermería según el área de trabajo y capacitación formal en manejo del dolor recibida – HBGI, 2025

Área de trabajo	No (%)	Sí (%)	Total
Emergencia	2 (7.7%)	24 (92.3%)	26
Hospitalización médica	3 (20.0%)	12 (80.0%)	15
Hospitalización quirúrgica	0 (0.0%)	5 (100.0%)	5
Recuperación postquirúrgica	1 (14.3%)	6 (85.7%)	7
Total	6 (11.3%)	47 (88.7%)	53

Fuente: Instrumento de recolección de datos – 2026.

Elaborado por: Autores.

La mayoría del personal profesional de enfermería del Hospital Básico Guaranda IESS ha recibido capacitación formal sobre manejo del dolor (88.7%), siendo este un hallazgo relevante en el contexto del presente estudio. En áreas críticas como emergencia, el 92.3% reporta haber recibido formación, lo cual es clave dado el perfil de pacientes con dolor agudo que se atiende en dicha unidad. Las áreas de hospitalización quirúrgica y recuperación postquirúrgica muestran también altos niveles de capacitación (100% y 85.7%, respectivamente), lo cual indica una preparación favorable para aplicar intervenciones no farmacológicas. Sin embargo, aún persisten brechas, especialmente en hospitalización médica donde un 20% no ha recibido formación. Estos datos revelan la necesidad de fortalecer programas de capacitación continua con enfoque práctico y humanizado, para garantizar que todo el personal, sin importar el área, pueda implementar adecuadamente estrategias complementarias al tratamiento farmacológico, alineadas con los objetivos del estudio y con las necesidades de los pacientes críticos.

Tabla 3

Lugar donde el personal de enfermería recibió formación formal sobre manejo del dolor – HBGI, 2025

Lugar de formación	Frecuencia	Porcentaje
Capacitaciones internas del hospital	25	30.1%
Formación universitaria	24	28.9%
Cursos certificados externos	14	16.9%
Internet / autoaprendizaje	13	15.7%
Revistas científicas / literatura especializada	7	8.4%
Total	83	100.0%

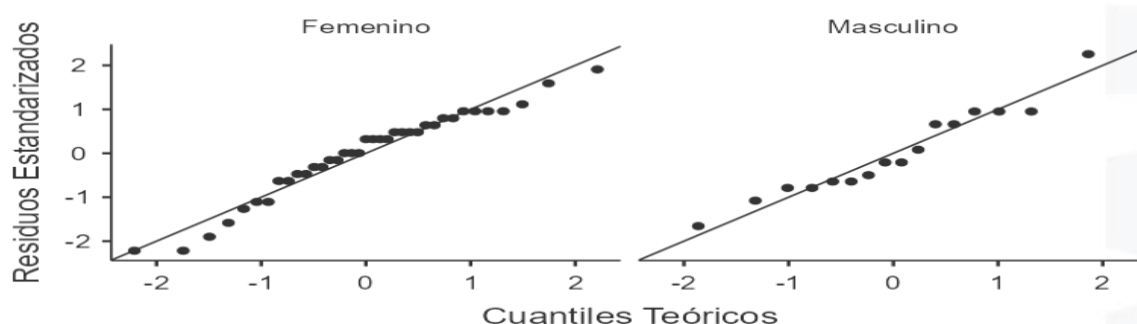
Fuente: Instrumento de recolección de datos – 2026.

Elaborado por: Autores.

Los datos evidencian que la mayoría del personal de enfermería ha recibido formación formal sobre manejo del dolor a través de capacitaciones internas del hospital (30.1%) y formación universitaria (28.9%). Estos dos canales representan casi el 60% de las fuentes de aprendizaje, lo que resalta la relevancia institucional y académica en la preparación profesional. Asimismo, el acceso a cursos certificados externos (16.9%) y al autoaprendizaje mediante internet o literatura científica (24.1% combinados) indica una búsqueda activa de conocimiento. Este panorama favorece la implementación de estrategias no farmacológicas y refuerza la importancia de la actualización continua y respaldada por evidencia científica.

Tabla 4*Análisis descriptivo entre edad y sexo*

	<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>Moda</i>	<i>DE</i>	<i>RIC</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<i>Edad</i>	<i>Femenino</i>	37	34.0	36	36.0 ^a	6.30	7.00	20	46
	<i>Masculino</i>	16	31.4	30.0	38.0	6.90	9.75	20	47

^a Existe más de una moda, solo se reporta la primera**Fuente:** Programa estadístico Jamovi – 2026.**Elaborado por:** Autores.**Figura 1** *Análisis descriptivo entre edad y sexo*

El análisis descriptivo de la edad del personal de enfermería según sexo muestra que las mujeres (n=37) presentan una edad media más elevada (34,0 años) que los hombres (n=16), cuya media es de 31,4 años. La mediana (36 vs. 30 años) y la moda (36,0 vs. 38,0) también evidencian que el grupo femenino tiende a una edad más avanzada. La desviación estándar es comparable (6,30 en mujeres y 6,90 en hombres), lo que refleja una variabilidad similar. Sin embargo, el rango intercuartílico (RIC) es mayor en hombres (9,75), indicando una dispersión más amplia en sus edades. El análisis gráfico en la Figura 1, a través del gráfico Q-Q, evidencia una adecuada aproximación a la normalidad en ambos grupos, especialmente en el femenino, donde los puntos siguen más de cerca la línea teórica. Estos resultados son relevantes, ya que sugieren diferencias demográficas que podrían incidir en la experiencia profesional, percepción del dolor y aplicación de estrategias no farmacológicas, aspectos directamente vinculados con los objetivos del estudio.

4.1.1. Relación de los conocimientos del personal de enfermería sobre las estrategias no farmacológicas para el alivio del dolor, y la capacitación previa recibida.

Tabla 5

Los cambios en los signos vitales son un indicador importante para diagnosticar el dolor intenso en un paciente. (VERDADERO)

	Capacitación previa recibida	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Incorrecto	Sí	11	20.8%	20.8%
	No	1	1.9%	22.6%
Correcto	Sí	36	67.9%	90.6%
	No	5	9.4%	100.0%

Tabla 6

La gravedad del dolor debe ser evaluada por el personal de salud, no por el paciente. (FALSO)

	Capacitación previa recibida	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Correcto	Sí	36	67.9%	67.9%
	No	3	5.7%	73.6%
Incorrecto	Sí	11	20.8%	94.3%
	No	3	5.7%	100.0%

Tabla 7

Los pacientes pueden dormir incluso si su dolor es moderado o severo. (FALSO).

	Capacitación previa recibida	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Correcto	Sí	24	45.3%	45.3%
	No	1	1.9%	47.2%
Incorrecto	Sí	23	43.4%	90.6%
	No	5	9.4%	100.0%

Tabla 8

Si se puede dirigir la atención del paciente hacia otra dirección, significa que la intensidad del dolor no es alta. (FALSO)

	Capacitación previa recibida	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Incorrecto	Sí	14	26.4%	26.4%
	No	1	1.9%	28.3%
Correcto	Sí	33	62.3%	90.6%
	No	5	9.4%	100.0%

Tabla 9

Si un paciente con dolor se alivia con un placebo, el dolor no es real. (FALSO)

	Capacitación previa recibida	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Incorrecto	Sí	9	17.0%	17.0%
	No	1	1.9%	18.9%
Correcto	Sí	38	71.7%	90.6%
	No	5	9.4%	100.0%

Tabla 10

Los antiinflamatorios no esteroideos (como la aspirina) no son eficaces como analgésicos en el dolor crónico causado por metástasis. (FALSO).

	Capacitación previa recibida	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Correcto	Sí	38	71.7%	71.7%
	No	3	5.7%	77.4%
Incorrecto	Sí	9	17.0%	94.3%
	No	3	5.7%	100.0%

Tabla 11

La depresión respiratoria rara vez se presenta en pacientes que han estado usando opioides durante meses. (VERDADERO).

	Capacitación previa recibida	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Correcto	Sí	38	71.7%	71.7%
	No	4	7.5%	79.2%
Incorrecto	Sí	9	17.0%	96.2%
	No	2	3.8%	100.0%

Tabla 12

En pacientes con dolor, se debe utilizar un solo analgésico en lugar de grupos de fármacos combinados. (VERDADERO).

	Capacitación previa recibida	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Correcto	Sí	37	69.8%	69.8%
	No	5	9.4%	79.2%
Incorrecto	Sí	10	18.9%	98.1%

Tabla 12

En pacientes con dolor, se debe utilizar un solo analgésico en lugar de grupos de fármacos combinados. (VERDADERO).

	Capacitación previa recibida	Recuentos	% del Total	% Acumulado
	No	1	1.9%	100.0%

Tabla 13

A los pacientes con antecedentes de abuso de sustancias no se les deben administrar opioides para reducir el dolor, ya que estos pacientes tienen un alto riesgo de adicción recurrente. (FALSO)

	Capacitación previa recibida	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Incorrecto	Sí	15	28.3%	28.3%
	No	3	5.7%	34.0%
Correcto	Sí	32	60.4%	94.3%
	No	3	5.7%	100.0%

Tabla 14

Es necesario aplicar calor y frío solo en la zona dolorida para que sea efectivo. (FALSO)

	Capacitación previa recibida	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Correcto	Sí	40	75.5%	75.5%
	No	6	11.3%	86.8%
Incorrecto	Sí	7	13.2%	100.0%
	No	0	0.0%	100.0%

El análisis de las Tablas 5 a la 14 evidencia una relación positiva entre la capacitación previa recibida por el personal profesional de enfermería y el nivel de conocimientos teóricos sobre estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor. En la mayoría de los ítems evaluados, quienes recibieron formación previa demostraron mayor proporción de respuestas correctas. Por ejemplo, en el ítem sobre los signos vitales como indicador de dolor (Tabla 5), el 67.9% de los encuestados con capacitación respondió correctamente, frente al 9.4% sin formación. De igual manera, en la afirmación sobre el uso de calor y frío (Tabla 14), el 75.5% de los capacitados respondió acertadamente, en contraste con el 11.3% sin capacitación. En el ítem más controversial sobre pacientes con historial de abuso de sustancias (Tabla 13), también se observó que el 60.4% de los capacitados contestó correctamente frente a solo el 5.7% sin capacitación. Estos resultados refuerzan la hipótesis de que la formación influye directamente en la adquisición de conocimientos adecuados sobre el manejo del dolor, permitiendo desmitificar creencias erróneas persistentes en la práctica clínica. La diferencia en las respuestas sugiere la necesidad de fortalecer programas formativos institucionales que consoliden la competencia técnica del personal, contribuyendo a una atención segura, basada en evidencia y centrada en el paciente.

4.1.2. Relación entre la frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas para el alivio del dolor por el personal profesional de enfermería y el área de trabajo donde labora.

Tabla 15

Aplicación de cambios posturales para aliviar el dolor del paciente.

	Área de trabajo actual	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Siempre	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	1.9%
	Hospitalización médica	5	9.4%	11.3%
	Emergencia	5	9.4%	20.8%
	Recuperación postquirúrgica	2	3.8%	24.5%
Frecuentemente	Hospitalización quirúrgica	0	0.0%	24.5%
	Hospitalización médica	2	3.8%	28.3%
	Emergencia	4	7.5%	35.8%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	37.7%
Nunca	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	39.6%
	Hospitalización médica	0	0.0%	39.6%
	Emergencia	3	5.7%	45.3%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	47.2%
Algunas veces	Hospitalización quirúrgica	2	3.8%	50.9%
	Hospitalización médica	2	3.8%	54.7%
	Emergencia	5	9.4%	64.2%
	Recuperación postquirúrgica	0	0.0%	64.2%
Rara vez	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	66.0%
	Hospitalización médica	6	11.3%	77.4%
	Emergencia	9	17.0%	94.3%
	Recuperación postquirúrgica	3	5.7%	100.0%

Tabla 16*Utilización de musicoterapia o sonidos ambientales relajantes.*

	Área de trabajo actual	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Siempre	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	1.9%
	Hospitalización médica	4	7.5%	9.4%
	Emergencia	3	5.7%	15.1%
	Recuperación postquirúrgica	2	3.8%	18.9%
Algunas veces	Hospitalización quirúrgica	2	3.8%	22.6%
	Hospitalización médica	3	5.7%	28.3%
	Emergencia	6	11.3%	39.6%
	Recuperación postquirúrgica	0	0.0%	39.6%
Frecuentemente	Hospitalización quirúrgica	0	0.0%	39.6%
	Hospitalización médica	2	3.8%	43.4%
	Emergencia	5	9.4%	52.8%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	54.7%
Nunca	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	56.6%
	Hospitalización médica	1	1.9%	58.5%
	Emergencia	5	9.4%	67.9%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	69.8%
Rara vez	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	71.7%
	Hospitalización médica	5	9.4%	81.1%
	Emergencia	7	13.2%	94.3%
	Recuperación postquirúrgica	3	5.7%	100.0%

Tabla 17*Facilitación de técnicas de relajación o respiración guiada.*

	Área de trabajo actual	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Frecuentemente	Hospitalización quirúrgica	0	0.0%	0.0%
	Hospitalización médica	3	5.7%	5.7%
	Emergencia	5	9.4%	15.1%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	17.0%
Algunas veces	Hospitalización quirúrgica	2	3.8%	20.8%
	Hospitalización médica	5	9.4%	30.2%
	Emergencia	4	7.5%	37.7%
	Recuperación postquirúrgica	0	0.0%	37.7%
Nunca	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	39.6%
	Hospitalización médica	1	1.9%	41.5%
	Emergencia	4	7.5%	49.1%
	Recuperación postquirúrgica	2	3.8%	52.8%
Siempre	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	54.7%
	Hospitalización médica	2	3.8%	58.5%
	Emergencia	4	7.5%	66.0%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	67.9%
Rara vez	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	69.8%
	Hospitalización médica	4	7.5%	77.4%
	Emergencia	9	17.0%	94.3%
	Recuperación postquirúrgica	3	5.7%	100.0%

Tabla 18*Realización de masajes simples o movilizaciones suaves*

	Área de trabajo actual	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Frecuentemente	Hospitalización quirúrgica	0	0.0%	0.0%
	Hospitalización médica	3	5.7%	5.7%
	Emergencia	5	9.4%	15.1%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	17.0%
Algunas veces	Hospitalización quirúrgica	2	3.8%	20.8%
	Hospitalización médica	3	5.7%	26.4%
	Emergencia	4	7.5%	34.0%
	Recuperación postquirúrgica	0	0.0%	34.0%
Siempre	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	35.8%
	Hospitalización médica	4	7.5%	43.4%
	Emergencia	6	11.3%	54.7%
	Recuperación postquirúrgica	2	3.8%	58.5%
Nunca	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	60.4%
	Hospitalización médica	0	0.0%	60.4%
	Emergencia	3	5.7%	66.0%
	Recuperación postquirúrgica	2	3.8%	69.8%
Rara vez	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	71.7%
	Hospitalización médica	5	9.4%	81.1%
	Emergencia	8	15.1%	96.2%
	Recuperación postquirúrgica	2	3.8%	100.0%

Tabla 19*Ajuste de iluminación, temperatura y ambiente para confort*

	Área de trabajo actual	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Frecuentemente	Hospitalización quirúrgica	0	0.0%	0.0%
	Hospitalización médica	3	5.7%	5.7%
	Emergencia	4	7.5%	13.2%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	15.1%
Algunas veces	Hospitalización quirúrgica	2	3.8%	18.9%
	Hospitalización médica	4	7.5%	26.4%
	Emergencia	8	15.1%	41.5%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	43.4%
Nunca	Hospitalización quirúrgica	2	3.8%	47.2%
	Hospitalización médica	1	1.9%	49.1%
	Emergencia	3	5.7%	54.7%
	Recuperación postquirúrgica	3	5.7%	60.4%
Siempre	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	62.3%
	Hospitalización médica	3	5.7%	67.9%
	Emergencia	3	5.7%	73.6%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	75.5%
Rara vez	Hospitalización quirúrgica	0	0.0%	75.5%
	Hospitalización médica	4	7.5%	83.0%
	Emergencia	8	15.1%	98.1%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	100.0%

Tabla 20*Evalúo el dolor del paciente incluso si no puede hablar*

	Área de trabajo actual	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Frecuentemente	Hospitalización quirúrgica	0	0.0%	0.0%
	Hospitalización médica	3	5.7%	5.7%
	Emergencia	5	9.4%	15.1%
	Recuperación postquirúrgica	2	3.8%	18.9%
Algunas veces	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	20.8%
	Hospitalización médica	3	5.7%	26.4%
	Emergencia	7	13.2%	39.6%
	Recuperación postquirúrgica	0	0.0%	39.6%
Rara vez	Hospitalización quirúrgica	2	3.8%	43.4%
	Hospitalización médica	6	11.3%	54.7%
	Emergencia	7	13.2%	67.9%
	Recuperación postquirúrgica	3	5.7%	73.6%
Nunca	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	75.5%
	Hospitalización médica	0	0.0%	75.5%
	Emergencia	2	3.8%	79.2%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	81.1%
Siempre	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	83.0%
	Hospitalización médica	3	5.7%	88.7%
	Emergencia	5	9.4%	98.1%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	100.0%

Tabla 21*Aplicación de hielo o calor localizado según la situación clínica*

	Área de trabajo actual	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Frecuentemente	Hospitalización quirúrgica	0	0.0%	0.0%
	Hospitalización médica	3	5.7%	5.7%
	Emergencia	3	5.7%	11.3%
	Recuperación postquirúrgica	2	3.8%	15.1%
Algunas veces	Hospitalización quirúrgica	2	3.8%	18.9%
	Hospitalización médica	2	3.8%	22.6%
	Emergencia	7	13.2%	35.8%
	Recuperación postquirúrgica	0	0.0%	35.8%
Nunca	Hospitalización quirúrgica	2	3.8%	39.6%
	Hospitalización médica	5	9.4%	49.1%
	Emergencia	6	11.3%	60.4%
	Recuperación postquirúrgica	3	5.7%	66.0%
Rara vez	Hospitalización quirúrgica	0	0.0%	66.0%
	Hospitalización médica	4	7.5%	73.6%
	Emergencia	7	13.2%	86.8%
	Recuperación postquirúrgica	2	3.8%	90.6%
Siempre	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	92.5%
	Hospitalización médica	1	1.9%	94.3%
	Emergencia	3	5.7%	100.0%
	Recuperación postquirúrgica	0	0.0%	100.0%

Tabla 22*Promoción de un entorno tranquilo para favorecer el descanso*

	Área de trabajo actual	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Frecuentemente	Hospitalización quirúrgica	0	0.0%	0.0%
	Hospitalización médica	3	5.7%	5.7%
	Emergencia	3	5.7%	11.3%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	13.2%
Algunas veces	Hospitalización quirúrgica	2	3.8%	17.0%
	Hospitalización médica	4	7.5%	24.5%
	Emergencia	7	13.2%	37.7%
	Recuperación postquirúrgica	0	0.0%	37.7%
Nunca	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	39.6%
	Hospitalización médica	1	1.9%	41.5%
	Emergencia	5	9.4%	50.9%
	Recuperación postquirúrgica	4	7.5%	58.5%
Rara vez	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	60.4%
	Hospitalización médica	5	9.4%	69.8%
	Emergencia	8	15.1%	84.9%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	86.8%
Siempre	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	88.7%
	Hospitalización médica	2	3.8%	92.5%
	Emergencia	3	5.7%	98.1%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	100.0%

Tabla 23*Intervengo con apoyo emocional frente a signos de dolor*

	Área de trabajo actual	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Frecuentemente	Hospitalización quirúrgica	0	0.0%	0.0%
	Hospitalización médica	4	7.5%	7.5%
	Emergencia	4	7.5%	15.1%
	Recuperación postquirúrgica	2	3.8%	18.9%
Algunas veces	Hospitalización quirúrgica	2	3.8%	22.6%
	Hospitalización médica	4	7.5%	30.2%
	Emergencia	7	13.2%	43.4%
	Recuperación postquirúrgica	0	0.0%	43.4%
Nunca	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	45.3%
	Hospitalización médica	0	0.0%	45.3%
	Emergencia	3	5.7%	50.9%
	Recuperación postquirúrgica	2	3.8%	54.7%
Siempre	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	56.6%
	Hospitalización médica	2	3.8%	60.4%
	Emergencia	5	9.4%	69.8%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	71.7%
Rara vez	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	73.6%
	Hospitalización médica	5	9.4%	83.0%
	Emergencia	7	13.2%	96.2%
	Recuperación postquirúrgica	2	3.8%	100.0%

Tabla 24*Registro en la historia clínica las intervenciones no farmacológicas realizadas*

	Área de trabajo actual	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Frecuentemente	Hospitalización quirúrgica	0	0.0%	0.0%
	Hospitalización médica	3	5.7%	5.7%
	Emergencia	6	11.3%	17.0%
	Recuperación postquirúrgica	2	3.8%	20.8%
Algunas veces	Hospitalización quirúrgica	2	3.8%	24.5%
	Hospitalización médica	4	7.5%	32.1%
	Emergencia	6	11.3%	43.4%
	Recuperación postquirúrgica	0	0.0%	43.4%
Nunca	Hospitalización quirúrgica	2	3.8%	47.2%
	Hospitalización médica	2	3.8%	50.9%
	Emergencia	6	11.3%	62.3%
	Recuperación postquirúrgica	4	7.5%	69.8%
Siempre	Hospitalización quirúrgica	1	1.9%	71.7%
	Hospitalización médica	2	3.8%	75.5%
	Emergencia	2	3.8%	79.2%
	Recuperación postquirúrgica	0	0.0%	79.2%
Rara vez	Hospitalización quirúrgica	0	0.0%	79.2%
	Hospitalización médica	4	7.5%	86.8%
	Emergencia	6	11.3%	98.1%
	Recuperación postquirúrgica	1	1.9%	100.0%

El análisis de las Tablas 15 a 24 evidencia una aplicación variable de las estrategias no farmacológicas para el alivio del dolor según el área de trabajo del personal profesional de enfermería del Hospital Básico Guaranda IESS. En términos generales, los profesionales que laboran en hospitalización médica y en áreas de emergencia reportan una mayor frecuencia de aplicación de estas estrategias en comparación con quienes trabajan en hospitalización quirúrgica o recuperación postquirúrgica. Por ejemplo, en la aplicación de cambios posturales (Tabla 15), un 20.8 % del total de respuestas “siempre” corresponde al área de emergencia, mientras que hospitalización quirúrgica apenas alcanza el 1.9 %. En el uso de musicoterapia (Tabla 16), el 7.5 % de las respuestas “siempre” proviene de hospitalización médica, con una participación también relevante de emergencia. Estrategias cognitivas como técnicas de relajación o respiración guiada (Tabla 17) son aplicadas frecuentemente por personal de emergencia (9.4 %) y hospitalización médica (5.7 %). Del mismo modo, los masajes y movilizaciones suaves (Tabla 18), el ajuste del ambiente físico (Tabla 19), y la evaluación del dolor en pacientes no comunicativos (Tabla 20) son prácticas más presentes en estos mismos servicios. En cuanto al uso de calor o frío localizado (Tabla 21), la frecuencia es baja en general, aunque emergencia se mantiene como el área con mayor reporte (5.7 % “siempre”). La promoción de un entorno tranquilo (Tabla 22), el apoyo emocional (Tabla 23), y el registro de estas intervenciones en la historia clínica (Tabla 24) siguen el mismo patrón: las unidades de emergencia y hospitalización médica muestran una mayor adherencia relativa a este tipo de prácticas. Estos hallazgos reflejan una relación directa entre el contexto clínico y la frecuencia de implementación, indicando que las áreas de mayor flujo de pacientes críticos o sintomáticos tienen mayor incorporación de estrategias no farmacológicas, aunque de manera aún limitada y no sistematizada, confirmando la aplicación de las estrategias no farmacológicas en el manejo del dolor como el segundo objetivo del estudio.

4.1.3. Relación entre las barreras para la aplicación de las estrategias no farmacológicas para el alivio del dolor y la experiencia laboral de los participantes

Tabla 25

Falta de conocimiento o entrenamiento específico

	Experiencia profesional	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Sí	5 a 10 años	11	20.8%	20.8%
	1 a 5 años	9	17.0%	37.7%
	Menos de 1 año	6	11.3%	49.1%
	Más de 10 años	14	26.4%	75.5%
No	5 a 10 años	5	9.4%	84.9%
	1 a 5 años	1	1.9%	86.8%
	Menos de 1 año	5	9.4%	96.2%
	Más de 10 años	2	3.8%	100.0%

Tabla 26

Alta carga laboral que impide aplicar estas estrategias

	Experiencia profesional	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Sí	5 a 10 años	10	18.9%	18.9%
	1 a 5 años	8	15.1%	34.0%
	Menos de 1 año	8	15.1%	49.1%
	Más de 10 años	12	22.6%	71.7%
No	5 a 10 años	6	11.3%	83.0%
	1 a 5 años	2	3.8%	86.8%
	Menos de 1 año	3	5.7%	92.5%
	Más de 10 años	4	7.5%	100.0%

Tabla 27*Falta de protocolos institucionales sobre estas técnicas*

	Experiencia profesional	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Sí	5 a 10 años	13	24.5%	24.5%
	1 a 5 años	10	18.9%	43.4%
	Menos de 1 año	8	15.1%	58.5%
	Más de 10 años	13	24.5%	83.0%
No	5 a 10 años	3	5.7%	88.7%
	1 a 5 años	0	0.0%	88.7%
	Menos de 1 año	3	5.7%	94.3%
	Más de 10 años	3	5.7%	100.0%

Tabla 28*Poca valoración institucional de estas intervenciones*

	Experiencia profesional	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Sí	5 a 10 años	9	17.0%	17.0%
	1 a 5 años	8	15.1%	32.1%
	Menos de 1 año	10	18.9%	50.9%
	Más de 10 años	11	20.8%	71.7%
No	5 a 10 años	7	13.2%	84.9%
	1 a 5 años	2	3.8%	88.7%
	Menos de 1 año	1	1.9%	90.6%
	Más de 10 años	5	9.4%	100.0%

Tabla 29*Falta de materiales o condiciones físicas adecuadas*

	Experiencia profesional	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Sí	5 a 10 años	9	17.0%	17.0%
	1 a 5 años	10	18.9%	35.8%
	Menos de 1 año	7	13.2%	49.1%
	Más de 10 años	11	20.8%	69.8%
No	5 a 10 años	7	13.2%	83.0%
	1 a 5 años	0	0.0%	83.0%
	Menos de 1 año	4	7.5%	90.6%
	Más de 10 años	5	9.4%	100.0%

Tabla 30*Considero que no son efectivas para el manejo del dolor*

	Experiencia profesional	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Sí	5 a 10 años	10	18.9%	18.9%
	1 a 5 años	8	15.1%	34.0%
	Menos de 1 año	6	11.3%	45.3%
	Más de 10 años	10	18.9%	64.2%
No	5 a 10 años	6	11.3%	75.5%
	1 a 5 años	2	3.8%	79.2%
	Menos de 1 año	5	9.4%	88.7%
	Más de 10 años	6	11.3%	100.0%

Tabla 31

No cuento con el tiempo necesario durante mi jornada

	Experiencia profesional	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Sí	5 a 10 años	12	22.6%	22.6%
	1 a 5 años	10	18.9%	41.5%
	Menos de 1 año	9	17.0%	58.5%
	Más de 10 años	13	24.5%	83.0%
No	5 a 10 años	4	7.5%	90.6%
	1 a 5 años	0	0.0%	90.6%
	Menos de 1 año	2	3.8%	94.3%
	Más de 10 años	3	5.7%	100.0%

Tabla 32

Frecuencias de Falta de insumos o equipos necesarios (difusores, compresas)

	Experiencia profesional	Recuentos	% del Total	% Acumulado
Sí	5 a 10 años	11	20.8%	20.8%
	1 a 5 años	9	17.0%	37.7%
	Menos de 1 año	10	18.9%	56.6%
	Más de 10 años	13	24.5%	81.1%
No	5 a 10 años	5	9.4%	90.6%
	1 a 5 años	1	1.9%	92.5%
	Menos de 1 año	1	1.9%	94.3%
	Más de 10 años	3	5.7%	100.0%

El análisis de las Tablas 25 a 32 muestra una relación clara entre la experiencia laboral del personal profesional de enfermería y la percepción de barreras para implementar estrategias no farmacológicas en el alivio del dolor en el Hospital Básico Guaranda IESS. En la mayoría de los ítems, se evidencia que los profesionales con más de 10 años de experiencia reportan en mayor proporción la existencia de obstáculos, lo que sugiere que, pese a su trayectoria, identifican limitaciones institucionales persistentes. En la Tabla 25, el 26.4 % de quienes llevan más de 10 años en funciones reconoce la falta de entrenamiento específico como barrera, seguido por quienes tienen entre 5 y 10 años (20.8 %). La alta carga laboral (Tabla 26) y la falta de protocolos (Tabla 27) son señaladas especialmente por los profesionales con más de 10 años (22.6 % y 24.5 %, respectivamente), lo que evidencia una sobrecarga crónica y la necesidad de lineamientos institucionales formales. La poca valoración institucional (Tabla 28) también es reconocida por este grupo (20.8 %), al igual que la falta de condiciones físicas (20.8 %, Tabla 29) e insumos necesarios (24.5 %, Tabla 32). El hecho de que incluso los profesionales con menos de 1 año de experiencia reporten limitaciones relevantes (como la falta de tiempo, recursos y valoración institucional) refleja una problemática estructural. Por otro lado, la percepción de ineficacia de estas estrategias como barrera (Tabla 30) es compartida por un porcentaje importante de todos los rangos de experiencia, lo que sugiere la necesidad de fortalecer la evidencia científica y sensibilización clínica entre el personal. La falta de tiempo (Tabla 31), reportada principalmente por quienes tienen más de 10 años (24.5 %), refuerza la idea de que la aplicación efectiva de estrategias no farmacológicas requiere condiciones laborales favorables. En conjunto, estos hallazgos permiten cumplir el tercer objetivo del estudio al identificar las principales barreras institucionales y profesionales que condicionan su aplicación.

4.1.4. Resultados de la prueba binomial sobre el conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo del dolor no farmacológico

Tabla 33

Prueba Binomial	Nivel	Frecuencia	Total		
Cambios en los signos vitales como indicador intenso.	Incorrecto	12	53	0.226	<.001
	Correcto	41	53	0.774	<.001
La gravedad del dolor debe ser evaluada por el personal	Correcto	39	53	0.736	<.001
	Incorrecto	14	53	0.264	<.001
Los pacientes pueden dormir incluso si su dolor es	Correcto	25	53	0.472	.784
	Incorrecto	28	53	0.528	.784
Dirigir la atención del paciente a otra dirección,	Incorrecto	18	53	0.340	.027
	Correcto	35	53	0.660	.027
Si un paciente con dolor se alivia con un placebo, el	Correcto	46	53	0.868	<.001
	Incorrecto	7	53	0.132	<.001
Los AINES no son eficaces en el dolor crónico por	Incorrecto	15	53	0.283	.002
	Correcto	38	53	0.717	.002
La depresión respiratoria se presenta en pacientes con	Correcto	41	53	0.774	<.001
	Incorrecto	12	53	0.226	<.001
Utilizar un solo analgésico en lugar de grupos de	Correcto	42	53	0.792	<.001
	Incorrecto	11	53	0.208	<.001
Pacientes con abuso de sustancias no se les deben adicción recurrente.	Correcto	42	53	0.792	<.001
	Incorrecto	11	53	0.208	<.001
Es necesario aplicar calor y frío solo en la zona dolorida	Incorrecto	10	53	0.189	<.001
	Correcto	43	53	0.811	<.001

Nota. H_a es proporción $\neq 0.5$

El análisis de la prueba binomial aplicada a las variables de conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo del dolor no farmacológico revela hallazgos estadísticamente significativos en la mayoría de los ítems evaluados. De las diez afirmaciones presentadas, nueve mostraron proporciones significativamente distintas a 0.5 ($p < .05$), lo que evidencia que el nivel de respuestas correctas o incorrectas no fue aleatorio y refleja un conocimiento claro o una falta de este, según el caso. En particular, ítems como *“los cambios en los signos vitales como indicador del dolor intenso”*, *“la evaluación de la gravedad del dolor por el personal de salud”*, *“la depresión respiratoria por opioides”*, *“el uso exclusivo de un analgésico”*, *“el dolor aliviado con placebo”* y *“la eficacia de los AINES en dolor por metástasis”*, alcanzaron proporciones superiores al 70 % de respuestas correctas con valores de $p < .001$, lo que evidencia un conocimiento teórico adecuado por parte de los encuestados en estas áreas específicas. Sin embargo, la afirmación *“los pacientes pueden dormir incluso si su dolor es moderado o severo”* obtuvo un resultado no significativo ($p = .784$), con proporciones cercanas al 50 %, lo que sugiere una confusión importante respecto a este aspecto clínico.

Asimismo, la afirmación sobre dirigir la atención del paciente como indicador de baja intensidad del dolor mostró una proporción de respuestas correctas del 66 % ($p = .027$), indicando un conocimiento parcial pero aún insuficiente.

El ítem sobre la aplicación exclusiva de calor o frío en la zona dolorida obtuvo 81.1 % de respuestas correctas ($p < .001$), destacando una comprensión adecuada de intervenciones físicas no farmacológicas.

En conjunto, los resultados evidencian que el personal encuestado posee un nivel aceptable de conocimientos en aspectos fundamentales, aunque persisten brechas en temas específicos que deben abordarse mediante capacitación continua, en coherencia con los objetivos del estudio.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1. Discusión

El conocimiento del personal de enfermería sobre estrategias no farmacológicas en el manejo del dolor es un componente crucial de la atención en pacientes críticos. En este estudio, un 77.4% de los encuestados respondió correctamente que los signos vitales son un indicador importante del dolor intenso, y un 86.8% reconoció que el alivio con placebo no niega la existencia del dolor. Sin embargo, se evidenciaron conceptos erróneos significativos: un 52.8% creyó que los pacientes pueden dormir pese a tener dolor moderado o severo, y un 34% asumió que, si se puede distraer al paciente, el dolor no es intenso. Estos resultados coinciden con el estudio de Kara y Çeçen (2025), donde se reporta un nivel de conocimiento moderado en enfermeros de unidades críticas y la necesidad de mayor formación sistemática. Asimismo, se halló una relación directa entre haber recibido capacitación y una mayor proporción de respuestas correctas. La literatura enfatiza que la educación formal y la capacitación continua influyen positivamente en las competencias del personal, reforzando la recomendación de incorporar programas formativos estructurados (Sedighie et al., 2020; Şişman et al., 2024; Kara y Çeçen, 2025)

El análisis de la frecuencia de uso de estrategias no farmacológicas mostró diferencias según el área de trabajo del personal. Por ejemplo, la aplicación de cambios posturales se reportó como frecuente o siempre en emergencia (16.9%) y hospitalización médica (13.2%), mientras que intervenciones como musicoterapia, masajes, o técnicas de relajación mostraron frecuencias bajas de aplicación regular en todas las áreas. Aunque las técnicas como ajustar el ambiente o promover un entorno tranquilo presentan mayor reconocimiento teórico, su aplicación efectiva sigue siendo irregular, con frecuencia “rara vez” o “nunca” en todas las áreas evaluadas. Esto refleja una brecha entre el conocimiento y la práctica clínica, atribuida a factores organizacionales y estructurales. Según Nordness et al. (2021), la integración

efectiva de estrategias no farmacológicas en el cuidado requiere no solo del conocimiento técnico, sino también de condiciones institucionales favorables y cultura organizacional que valore estas intervenciones. Los resultados del presente estudio refuerzan esa afirmación y muestran cómo el área de trabajo condiciona las posibilidades reales de intervención, siendo urgente la inclusión de protocolos de atención estandarizados y estrategias organizacionales que garanticen su implementación práctica

Respecto a las barreras para la implementación de estrategias no farmacológicas, el análisis reveló que las más comunes fueron la falta de protocolos institucionales (83%), alta carga laboral (71.7%), y falta de conocimiento (75.5%), siendo estas percepciones más frecuentes en el grupo con más de 10 años de experiencia, aunque también presentes en profesionales con menor antigüedad. Esto coincide con lo reportado por Rababa et al. (2023) y Sweity et al. (2022), quienes señalan que incluso profesionales con amplia trayectoria pueden enfrentar barreras estructurales como ausencia de lineamientos claros o sobrecarga de trabajo. El Decálogo-SIGEN, orientado a la gestión de calidad en enfermería, resalta la importancia de estandarizar la atención, sistematizar la evaluación del dolor, y asegurar condiciones adecuadas para implementar cuidados humanizados. En este sentido, los hallazgos del presente estudio muestran que la experiencia laboral no garantiza por sí sola la aplicación efectiva de estrategias no farmacológicas si no se acompaña de condiciones institucionales propicias. Es imprescindible que las unidades hospitalarias implementen políticas que promuevan la disponibilidad de recursos, insumos, y tiempos adecuados para que el conocimiento pueda traducirse en acciones clínicas concretas y sostenidas.

5.2. Conclusiones

Los hallazgos de este estudio evidencian que el personal profesional de enfermería del Hospital Básico Guaranda IESS presenta un nivel de conocimiento teórico globalmente favorable sobre las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor en pacientes críticos, especialmente en lo que respecta a los fundamentos generales del dolor, los principios de la analgesia multimodal y la pertinencia de las intervenciones no farmacológicas como complemento al tratamiento farmacológico. Sin embargo, se identificaron vacíos conceptuales específicos, particularmente en la comprensión de afirmaciones erróneas comúnmente aceptadas en la práctica asistencial, lo cual evidencia la necesidad de reforzar ciertos contenidos en programas de formación continua. La validación del instrumento adaptado del cuestionario de Kara y Çeçen permitió estructurar y medir con precisión las dimensiones evaluadas, confirmando que la capacitación previa influye positivamente en la tasa de respuestas correctas, aunque no garantiza uniformidad total en el conocimiento aplicado.

En cuanto a la frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas, se observó una utilización heterogénea entre las diferentes áreas asistenciales. El personal de emergencia y hospitalización médica reportó una frecuencia ligeramente superior en la implementación de acciones como cambios posturales, técnicas de relajación y control ambiental, en comparación con las áreas quirúrgicas y de recuperación postquirúrgica, donde se evidenció un uso menos sistemático. Las intervenciones más recurrentes fueron aquellas de fácil acceso y bajo requerimiento de recursos, como el confort postural o el acompañamiento emocional, mientras que estrategias como la musicoterapia o la aplicación de calor y frío mostraron menor frecuencia de uso. Esto permite inferir que la accesibilidad operativa, la rutina institucional y la percepción individual del personal influyen directamente en la aplicación práctica del conocimiento adquirido, subrayando la necesidad de integrar estas estrategias como parte explícita del protocolo de atención de enfermería.

Finalmente, el análisis de las barreras percibidas en la implementación de estas estrategias permitió identificar limitaciones estructurales y profesionales que condicionan su uso efectivo. La falta de protocolos institucionales, la escasez de insumos, la carga laboral y la insuficiente capacitación fueron señaladas como obstáculos recurrentes, especialmente entre el personal con menos de 10 años de experiencia. Asimismo, se evidenció que aquellos profesionales con mayor antigüedad reconocen la utilidad de estas técnicas, pero también enfrentan restricciones operativas que limitan su aplicación. Esto refleja la necesidad de una política institucional más robusta en torno al manejo del dolor, que contemple la dotación de recursos, la capacitación continua y la incorporación de estas estrategias dentro del enfoque de cuidado humanizado, como se plantea en el modelo de Jean Watson y otras teorías de enfermería contemporáneas. Los resultados de esta investigación no solo ofrecen un diagnóstico situacional, sino que también aportan evidencia empírica para sustentar mejoras estructurales, formativas y operativas que fortalezcan la calidad de atención brindada a pacientes críticos en instituciones similares.

5.3. Recomendaciones

Las autoridades del Hospital Básico Guaranda IESS consideren el diseño e implementación de programas de capacitación continua dirigidos al personal profesional de enfermería, específicamente enfocados en el abordaje integral del dolor y la aplicación sistemática de estrategias no farmacológicas. Estos programas deben actualizar contenidos conceptuales, desmitificar creencias erróneas y fortalecer habilidades prácticas, adaptándose a la realidad institucional. Asimismo, se sugiere incluir estas capacitaciones dentro del plan anual de formación interna, promoviendo la participación obligatoria del personal que labora en áreas críticas. Esta medida permitiría mejorar la uniformidad en el conocimiento técnico y aumentar la confianza profesional en la efectividad de estas intervenciones, impactando positivamente en la calidad del cuidado y la experiencia del paciente.

Otra recomendación importante es la incorporación explícita de las estrategias no farmacológicas en los protocolos institucionales de manejo del dolor, garantizando que estas sean reconocidas como intervenciones válidas, seguras y complementarias al tratamiento farmacológico. Para ello, se sugiere la creación de guías operativas que definan claramente las técnicas a emplear, los criterios de aplicación, la periodicidad y el registro obligatorio en la historia clínica. Este protocolo debería ser elaborado por un comité multidisciplinario, considerando la evidencia científica disponible y adaptándolo a los recursos del hospital. Esta iniciativa permitiría estandarizar las prácticas clínicas, reducir la variabilidad en la atención y fortalecer la autonomía profesional del personal de enfermería en la toma de decisiones asistenciales.

Finalmente, se recomienda que futuras investigaciones amplíen el enfoque de este estudio hacia otras instituciones de salud, tanto de primer como de segundo nivel de atención, permitiendo comparar realidades distintas y enriquecer el conocimiento contextual sobre la aplicación de estrategias no farmacológicas en el manejo del dolor. Sería pertinente explorar variables adicionales como la percepción del paciente sobre estas intervenciones, la evaluación del impacto clínico de su aplicación y la relación entre la cultura organizacional y la adopción de cuidados humanizados. Además, es aconsejable desarrollar estudios de diseño mixto que integren el enfoque cuantitativo con entrevistas cualitativas al personal de salud, lo que permitiría profundizar en las motivaciones, barreras y facilitadores que influyen en la práctica diaria. Esta línea de investigación contribuirá al diseño de políticas institucionales más efectivas, basadas en evidencia empírica y centradas en la mejora continua de la atención en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Arciniega-Garrido, L. N., Moreira-Meza, M. G., & Rodríguez-Merchán, K. A. (2025). Terapias farmacológicas y no farmacológicas en el manejo del dolor en pacientes críticos. Revisión sistemática [Pharmacological and nonpharmacological therapy for pain management in critically ill patients. Systematic review]. *Cuaderno de enfermería. Revista científica*, 3(2), 1-16. <https://doi.org/10.62574/frj12277>
- Bolaños Nagua, F. C., Pinduisaca Quito, G. N., Tenelema Morocho, S. R., Mora Morejón, F. M., & Jiménez Juela, N. D. J. (2025). Aplicación de la Teoría de Jean Watson en Servicios de Urgencia: Una Revisión Sistemática de la Literatura. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(2), 5040-5061. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.17256
- Caiza, G. G., Barrera, M. J., Zambrano, M. M., & Ramos, A. L. (2025). Humanización en el cuidado crítico: Más allá de la tecnología. *Revista Científica de Salud BIOSANA*, 5(2), 288-299. <https://doi.org/10.62305/biosana.v5i2.544>
- Delgado Bravo, G. N., Roca Meza, M. J., Vines Farfán, J. F., & Borbor Perero, J. R. (2022). Manejo del dolor en paciente crítico. *RECIMUNDO*, 6(3), 487-496. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.487-496](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.487-496)
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

- Fajardo-Chica, D. (2023). Sobre el concepto de dolor total. *Revista de Salud Pública*, 22, 368-372. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n3.84833>
- Gonçalves Martins, A., Pontífice Sousa, P., & Margarida Marques, R. (2022). COMFORT: THEORETICAL CONTRIBUTION TO NURSING. *Cogitare Enfermagem*, (27), 1-7. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.87723>
- Gonzalo, A. (2024, abril 30). Jean Watson: Theory of Human Caring. *Nurseslabs*. <https://nurseslabs.com/jean-watsons-philosophy-theory-transpersonal-caring/>
- Gutiérrez, C. (2020, julio 20). La IASP actualiza la definición de dolor por primera vez desde 1979. *Sociedad Española del Dolor*. <https://www.sedolor.es/la-iasp-actualiza-la-definicion-de-dolor-por-primera-vez-desde-1979/>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill España. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (First edition). McGraw-Hill Education.
- IASP. (2020). Terminology | International Association for the Study of Pain. *International Association for the Study of Pain (IASP)*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Joint Commission International. (2023, julio 25). *Pain Assessment and Management – Understanding the Requirements* |. <https://www.jointcommission.org/en/knowledge-library/support-center/standards-interpretation/standards-faqs/000002161>
- Kara, H., & Çamlı, D. Ç. (2025). From knowledge to practice, intensive care nurses' pain management behaviors in Turkey: A cross sectional study. *BMC Nursing*, 24(1), 1469. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04107-4>

- Khalil, N. S. (2018). Critical care nurses' use of non-pharmacological pain management methods in Egypt. *Applied Nursing Research*, 44, 33-38.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.09.001>
- Leutualy, V., Madiuw, D., Tasijawa, F., Sumah, D., Manuhutu, F., & Maelissa, S. (2022). Non-pharmacology Interventions on Pain in Critically Ill Patient: A Scoping Review. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10, 182-189.
<https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.7985>
- Nascimento, E. R. P. do, & Trentini, M. (2004). O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): Teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 250-257. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200015>
- Navarro, P. H. (2023). 5. *Manejo del dolor en el paciente crítico*.
- Nordness, M. F., Hayhurst, C. J., & Pandharipande, P. (2021). Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. *Journal of Pain Research*, Volume 14, 1733-1744. <https://doi.org/10.2147/JPR.S256406>
- Pozza, D. H., Azevedo, L. F., & Castro Lopes, J. M. (2021). Pain as the fifth vital sign—A comparison between public and private healthcare systems. *PLOS ONE*, 16(11), e0259535. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259535>
- Putri Karisa & Nita Fitria. (2025). Implementing Kolcaba's comfort theory for pain management in a patient with tongue cancer: A case report. *The Journal of Palembang Nursing Studies*, 4, 89-96. <https://doi.org/10.55048/jpns159>
- Ruiz García, M. V., Córcoles Jiménez, M. P., Alcañiz Mesas, A. I., & Caballero García, M. J. (2022). *Protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados*.

- Sandvik, R. K., Olsen, B. F., Rygh, L.-J., & Moi, A. L. (2020). Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1488-1498. <https://doi.org/10.1111/jocn.15194>
- Taco Naranjo, E., Rea Guamán, M., & Llumiguano, N. (2014). *PMF HOSPITAL GUARANDA*.
- Toro Burga, A. C., Saavedra Covarrubia, M. E., Rodríguez Cruz, L. D., Cervera Vallejos, M. F., & Diaz Manchay, R. J. (2024). Prácticas y barreras de los profesionales de Enfermería en la intervención no farmacológica del dolor. *Revista Cubana de Enfermería*, 41.
- Tsegaye, D., Yazew, A., Gedfew, M., Yilak, G., & Yalew, Z. M. (2023). Non-Pharmacological Pain Management Practice and Associated Factors Among Nurses Working at Comprehensive Specialized Hospitals. *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608231158979. <https://doi.org/10.1177/23779608231158979>
- Vargas Lozada, A. N., Brito Torres, K. A., Moreno Churo, L. A., Lucas Bermeo, S. N., Bayas Bayas, T. M., Vargas Lozada, A. N., Brito Torres, K. A., Moreno Churo, L. A., Lucas Bermeo, S. N., & Bayas Bayas, T. M. (2024). Conocimientos, prácticas y barreras en el manejo del dolor oncológico: Perspectivas del personal de enfermería. *e-Revista Multidisciplinaria del Saber*, 2. <https://doi.org/10.61286/e-rms.v2i.125>
- Vidal Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: Un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. <https://doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>
- Villa Solís, L. F., Chuquimarca Oña, M. J., Egas Medina, F. P., Yazuma Robayo, J. E., Carrera Zurita, L. D. L. Á., & Quispe Acosta, M. A. (2023). Cuidado humanizado aplicado en enfermería: Una revisión sistemática: Humanized care applied in nursing:

A systematic review. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2). <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.1012>

Villa-Velásquez, J., Araya, A.-X., Reynaldos-Grandon, K., Rivera-Rojas, F., & Valencia-Contrera, M. (2023). EVALUACIÓN DEL MODELO DE CALIDAD DE DONABEDIAN EN BASE A LOS CRITERIOS DE CHINN Y KRAMER. *Horizonte de Enfermería*, 34(2), 203-215. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.34.2.203-215

Zambrano Requelme, J. F., Angel Lino, S. C., Sotomayor Preciado, A. M., Moncada Yanza, C. Y., & Jacome Alburquerque, E. B. (2025). *Cuidado Humanizado: La Esencia de la Enfermería* (1era Edición). Mawil Publicaciones de Ecuador.
<https://mawil.us/repositorio/index.php/academico/catalog/download/146/183/270?inline=1>

ANEXOS

Anexo 1 – Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Técnica/ Instrumento	Escala / tipo de dato
VARIABLE INDEPENDIENTE: Personal de enfermería del HBGI (población de estudio).	Conjunto de profesionales de enfermería que brindan atención directa a pacientes en el Hospital Básico Guaranda IESS.	Profesionales de enfermería que laboran en las áreas asistenciales del HBGI, incluidos en el marco muestral del estudio.	• Características sociodemográficas.	Edad, sexo, nivel educativo, área de trabajo, años de experiencia, formación sobre dolor	Encuesta estructurada.	Nominal, ordinal y escala de razón.
VARIABLE DEPENDIENTE 1: Nivel de conocimiento teórico sobre estrategias no farmacológicas para manejo del dolor.	Grado de comprensión y dominio que posee el profesional de enfermería sobre conceptos, técnicas y fundamentos de las estrategias no farmacológicas aplicables al alivio del dolor.	Nivel de aciertos en ítems de conocimiento teórico evaluados mediante el instrumento validado adaptado del cuestionario de Kara & Çeçen.	• Conocimiento general sobre el dolor y su manejo • Conocimiento sobre principios no farmacológicos • Conocimiento sobre procedimientos y efectos.	Respuestas correctas en preguntas tipo verdadero/falso con base científica sobre: mecanismos del dolor, percepción, tratamiento no farmacológico, efectos clínicos.	Encuesta estructurada (ítems de conocimiento).	Escala dicotómica (correcto/incorrecto); total: escala de razón para puntaje global.
VARIABLE DEPENDIENTE 2: Frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas	Número y regularidad con que el personal de enfermería utiliza estrategias no farmacológicas en el manejo del dolor durante su práctica clínica	Autoevaluación de frecuencia de uso de distintas estrategias según áreas y contexto laboral.	• Aplicación de estrategias físicas • Aplicación de estrategias sensoriales • Aplicación de estrategias cognitivas/emocionales • Registro y seguimiento	Aplicación de cambios posturales, masajes, musicoterapia, relajación, ambiente, comunicación terapéutica, registro en historia clínica.	Encuesta estructurada (ítems de frecuencia).	Escala ordinal (nunca, rara vez, algunas veces, frecuentemente, siempre).

Anexo 2: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN	
Título del estudio	ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BÁSICO GUARANDA IESS.
Invitación a participar	Se le invita cordialmente a participar de manera voluntaria en el presente estudio de investigación, cuyo objetivo es evaluar el nivel de conocimiento y la frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor por parte del personal profesional de enfermería del Hospital Básico Guaranda IESS. Antes de decidir su participación, es importante que conozca la información relacionada con el propósito del estudio, los procedimientos a realizar y sus derechos como participante.
Propósito del estudio	El propósito de esta investigación es generar información científica que contribuya a fortalecer la gestión del cuidado de enfermería y la calidad de la atención en el manejo del dolor, mediante el análisis del conocimiento, las prácticas y las barreras relacionadas con el uso de estrategias no farmacológicas en el contexto hospitalario.
Procedimiento	Si usted acepta participar, se le solicitará responder un cuestionario estructurado dirigido al personal profesional de enfermería. La encuesta tendrá una duración aproximada de 15 a 20 minutos y será aplicada en un momento que no interfiera con sus actividades asistenciales. No se realizarán intervenciones clínicas ni se modificará su práctica profesional.
Riesgos y beneficios	La participación en este estudio no implica riesgos físicos, psicológicos ni laborales para usted. No se le realizarán procedimientos invasivos ni se recopilará información sensible. Como beneficio indirecto, los resultados del estudio podrán contribuir al fortalecimiento del conocimiento, a la mejora de las prácticas de cuidado y al desarrollo de estrategias institucionales orientadas a un manejo del dolor más integral y humanizado.
Confidencialidad	La información proporcionada será tratada con estricta confidencialidad y anonimato. Los datos recolectados serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación, y se presentarán de manera agregada, sin identificar a los participantes. El acceso a la información estará restringido exclusivamente al investigador/a responsable del estudio.
Participación voluntaria	Su participación es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello genere sanción, perjuicio laboral o académico alguno, ni afecte su relación con la institución.
Consentimiento	He leído y comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin consecuencias negativas. Por lo tanto, acepto participar libre y voluntariamente en esta investigación.
Nombre del participante: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____	
Nombre del investigador/encuestador: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____	

Anexo 3: Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS

Instrucciones: Marque con una “X” la respuesta que mejor represente su conocimiento o práctica. La información será tratada con confidencialidad y únicamente con fines investigativos.

SECCIÓN A. Datos sociodemográficos y profesionales		
1	Edad (años)	
2	Sexo	☐ Femenino ☐ Masculino
3	Estado civil	☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Unión de hecho ☐ Viudo(a)
4	Título profesional	☐ Licenciado/a en Enfermería ☐ Otro (especifique): _____
5	Nivel educativo alcanzado	☐ Maestría ☐ Doctorado ☐ Postdoctorado
6	Tiempo de experiencia profesional	☐ Menos de 1 año ☐ 1 a 4 años ☐ 5 a 9 años ☐ Más de 10 años
7	Tiempo de experiencia en el HBGI	☐ Menos de 1 año ☐ 1 a 4 años ☐ 5 a 9 años ☐ Más de 10 años
8	Área de trabajo actual	☐ Emergencia ☐ Hospitalización médica ☐ Hospitalización quirúrgica ☐ Recuperación postquirúrgica
9	¿Ha recibido capacitación formal sobre manejo del dolor?	☐ Sí ☐ No
10	¿Dónde recibió dicha formación? (Puede marcar más de una opción)	☐ Formación universitaria ☐ Capacitaciones internas del hospital ☐ Cursos certificados externos ☐ Revistas científicas / literatura especializada ☐ Internet / autoaprendizaje

SECCIÓN B. Conocimientos sobre estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor
(Marque con una X, V para Verdadero o F para Falso)

Ítem	Enunciado	V	F
1	Los cambios en los signos vitales son un indicador importante para diagnosticar el dolor intenso en un paciente.		
2	La gravedad del dolor debe ser evaluada por el personal de salud, no por el paciente.		
3	Los pacientes pueden dormir incluso si su dolor es moderado o severo.		
4	Si se puede dirigir la atención del paciente hacia otra dirección, significa que la intensidad del dolor no es alta.		
5	Si un paciente con dolor se alivia con un placebo, el dolor no es real.		
6	Los antiinflamatorios no esteroideos (como la aspirina) no son eficaces como analgésicos en el dolor crónico causado por metástasis.		
7	La depresión respiratoria rara vez se presenta en pacientes que han estado usando opioides durante meses.		
8	En pacientes con dolor, se debe utilizar un solo analgésico en lugar de grupos de fármacos combinados.		
9	A los pacientes con antecedentes de abuso de sustancias no se les deben administrar opioides para reducir el dolor, ya que estos pacientes tienen un alto riesgo de adicción recurrente.		
10	Es necesario aplicar calor y frío solo en la zona dolorida para que sea efectivo.		

SECCIÓN C. Frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas
(Seleccione con una X la frecuencia con la que realiza cada acción)

Ítem	Estrategia	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente	Siempre
1	Aplico cambios posturales para aliviar el dolor del paciente					
2	Utilizo musicoterapia o sonidos ambientales relajantes					
3	Facilito técnicas de relajación o respiración guiada					
4	Realizo masajes simples o movilizaciones suaves					
5	Ajusto iluminación, temperatura y ambiente para confort					
6	Evalúo el dolor del paciente incluso si no puede hablar					
7	Aplico hielo o calor localizado según la situación clínica					
8	Promuevo un entorno tranquilo para favorecer el descanso					
9	Intervengo con apoyo emocional frente a signos de dolor					
10	Registro en la historia clínica las intervenciones no farmacológicas realizadas					

SECCIÓN D. Barreras para la aplicación de estrategias no farmacológicas
(Seleccione con una X la frecuencia con la que realiza cada acción)

Ítem	Descripción	Sí	No
1	Falta de conocimiento o entrenamiento específico		
2	Alta carga laboral que impide aplicar estas estrategias		
3	Falta de protocolos institucionales sobre estas técnicas		
4	Poca valoración institucional de estas intervenciones		
5	Falta de materiales o condiciones físicas adecuadas		
6	Considero que no son efectivas para el manejo del dolor		
7	No cuento con el tiempo necesario durante mi jornada		
8	Existe resistencia del equipo médico u otros colegas		

Gracias por su amable colaboración.

Este cuestionario adaptado está basado en el instrumento original validado por Kara & Çeçen (2025) en su estudio “From knowledge to practice, intensive care nurses’ pain management behaviors in Turkey” publicado en BMC Nursing, disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04107-4>
Kara y Çeçen

Anexo 4: Figuras y gráficos

Figura 1

Distribución del personal profesional de enfermería según edad y sexo – HBGI, 2025

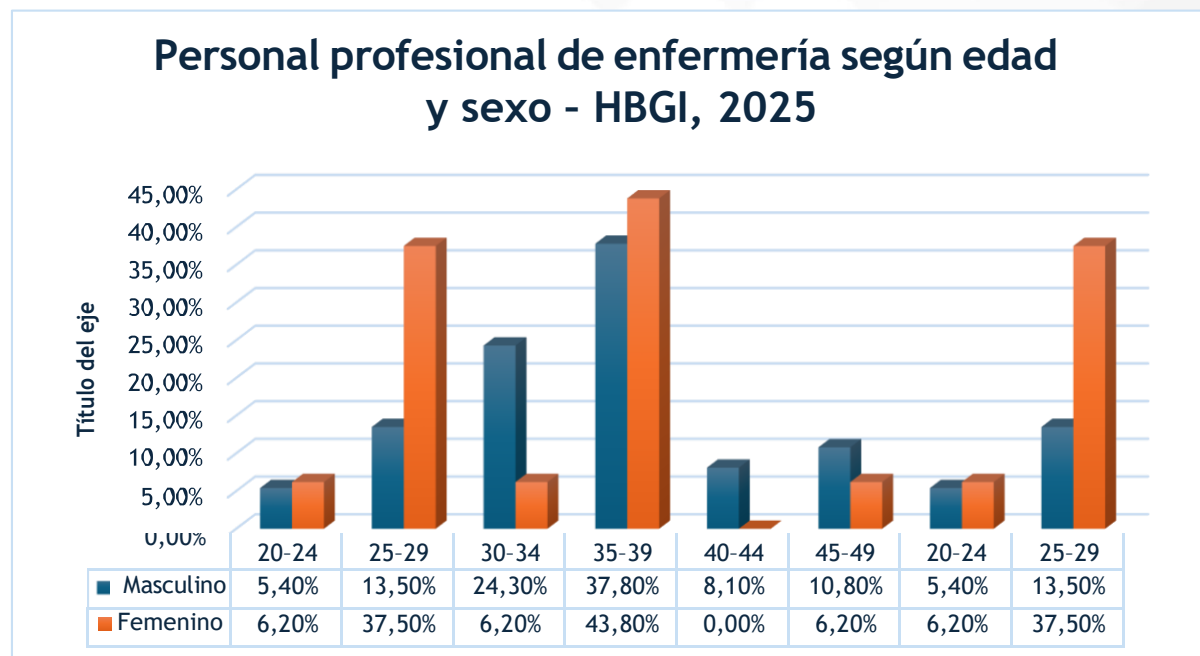


Figura 2

Distribución del personal de enfermería según el área de trabajo y capacitación formal en manejo del dolor recibida – HBGI, 2025

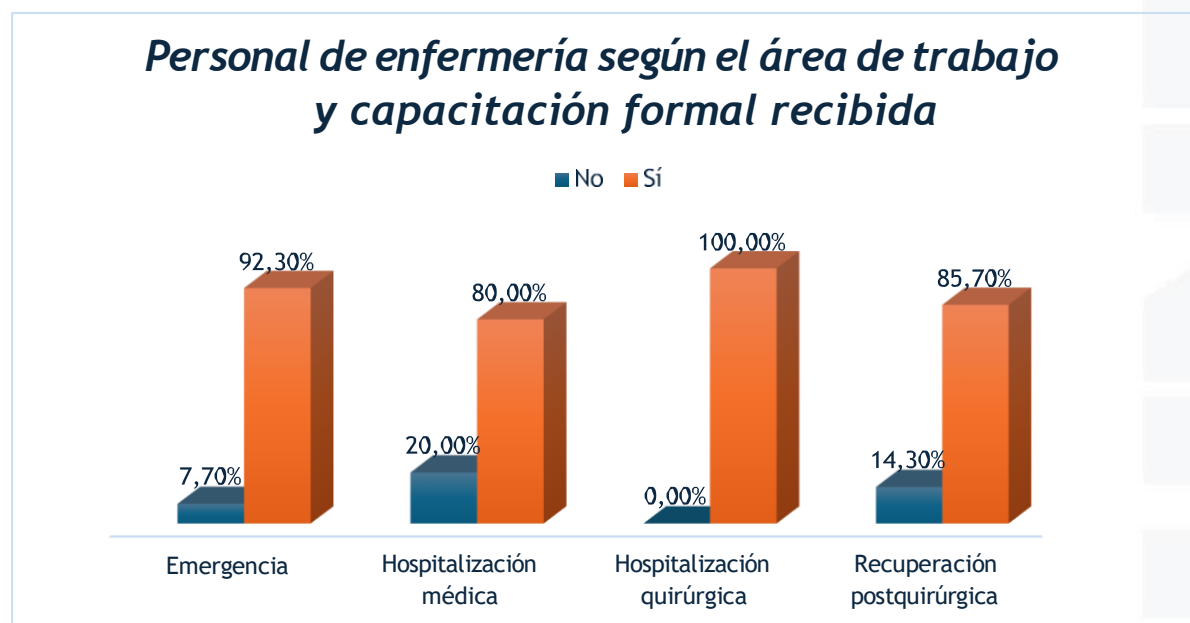


Figura 3

Lugar donde el personal de enfermería recibió formación formal sobre manejo del dolor

– HBGI, 2025

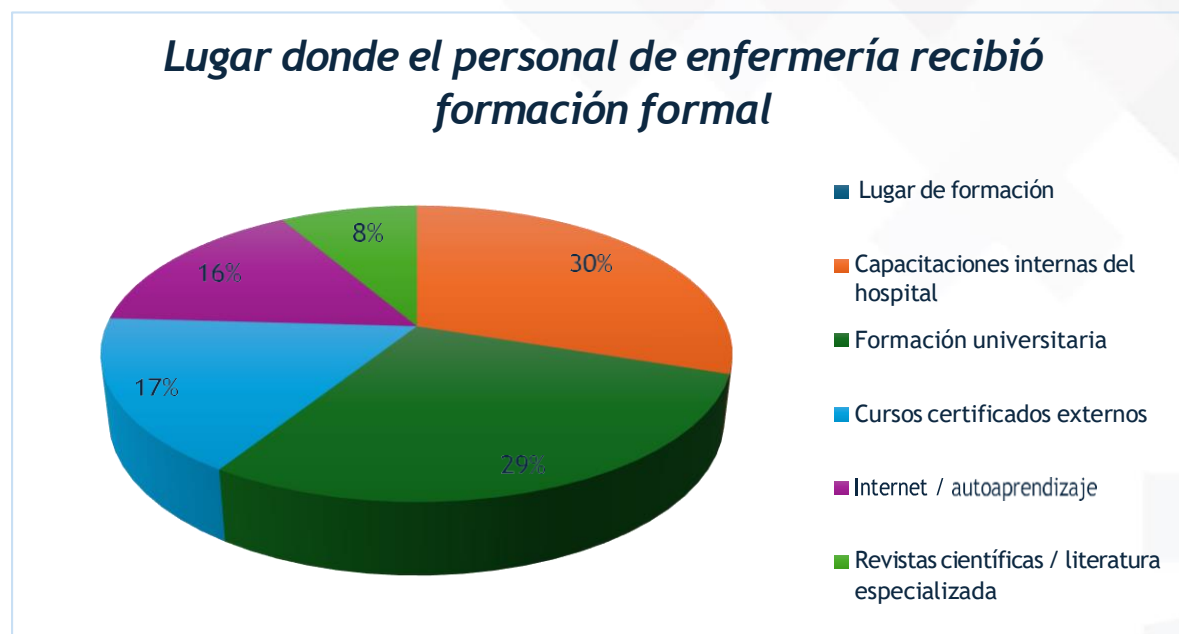


Figura 4

Relación de los conocimientos del personal de enfermería sobre las estrategias no farmacológicas para el alivio del dolor, y la capacitación previa recibida.

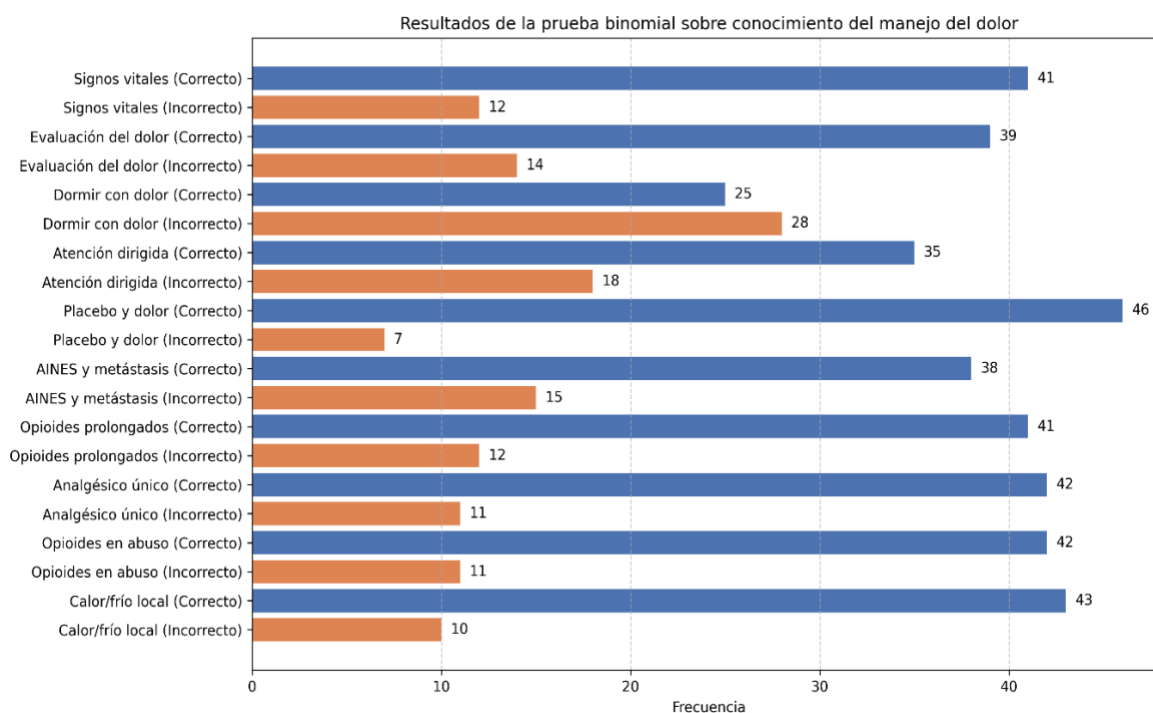


Figura 5

Relación entre la frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas para el alivio del dolor por el personal profesional de enfermería y el área de trabajo donde labora.

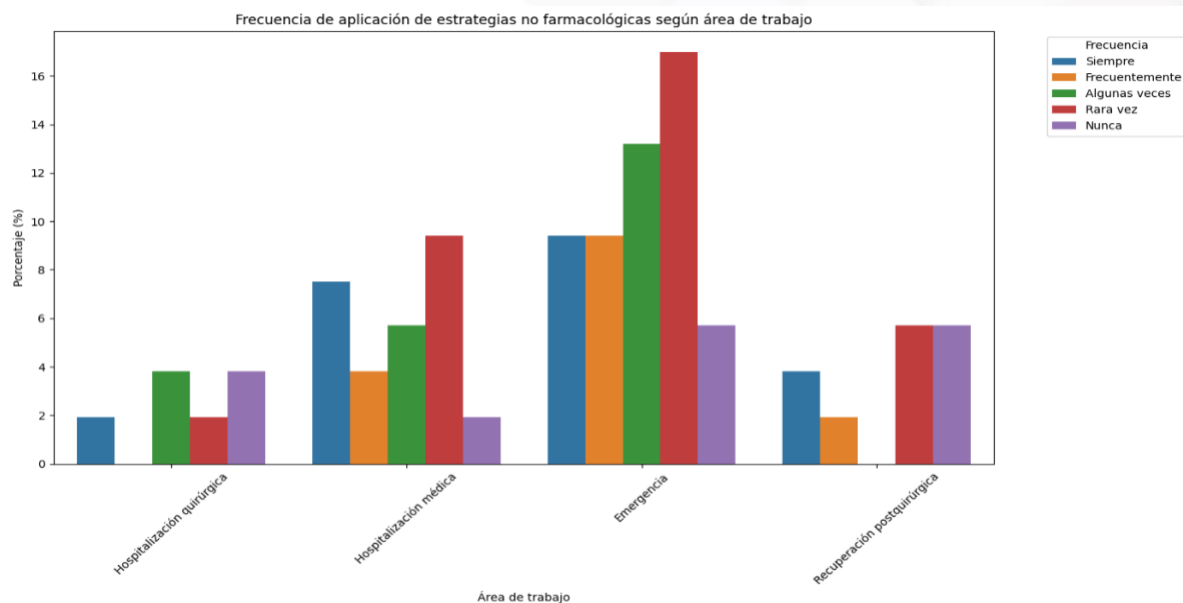


Figura 5

Relación entre las barreras para la aplicación de las estrategias no farmacológicas para el alivio del dolor y la experiencia laboral de los participantes.

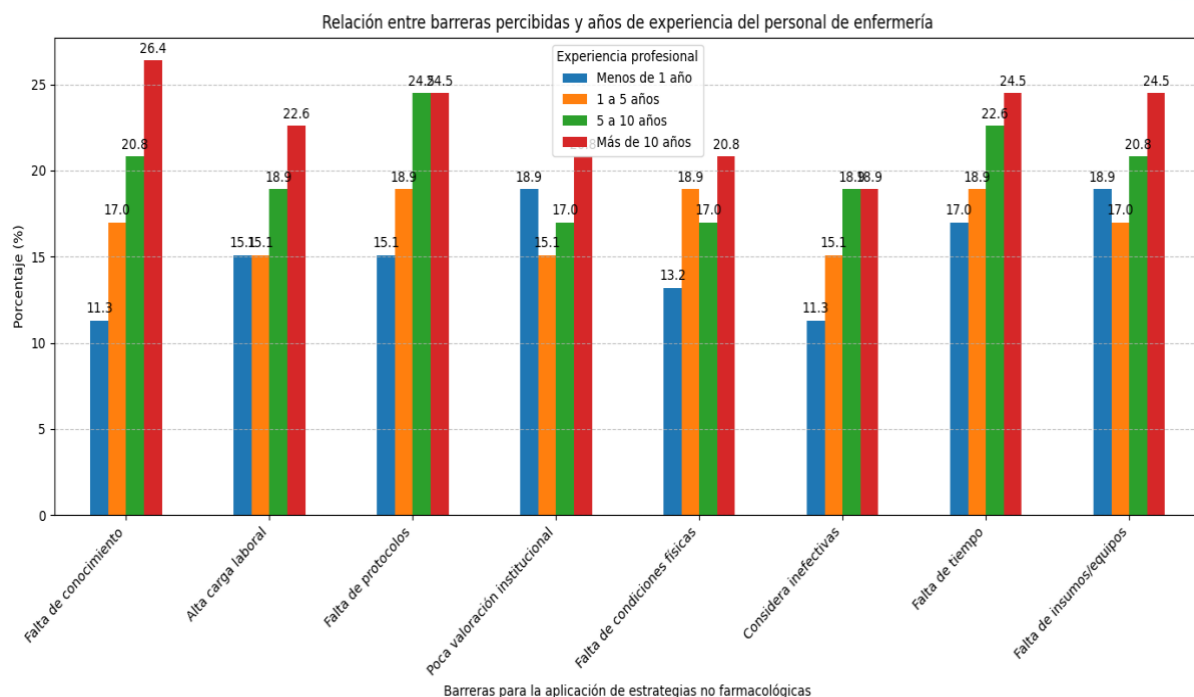
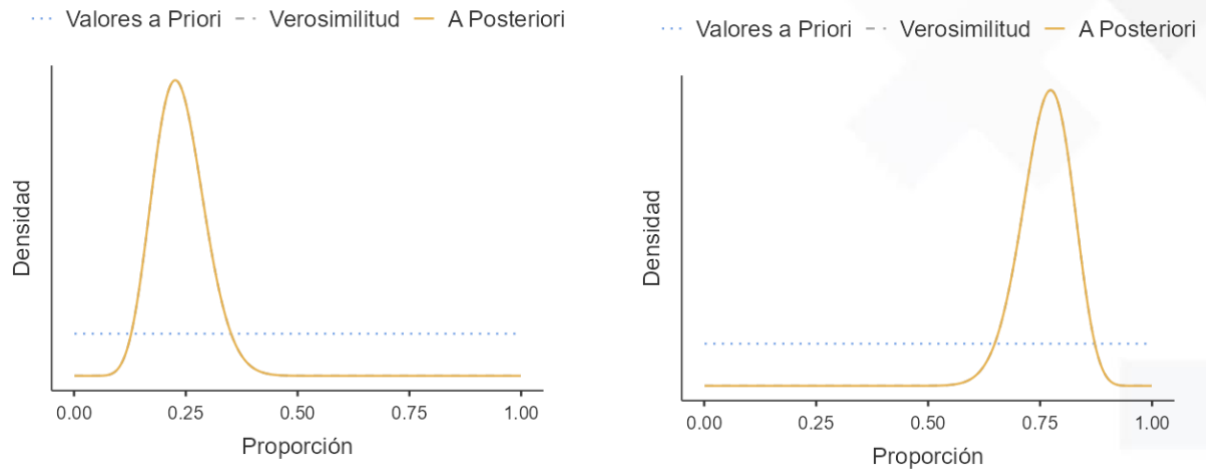


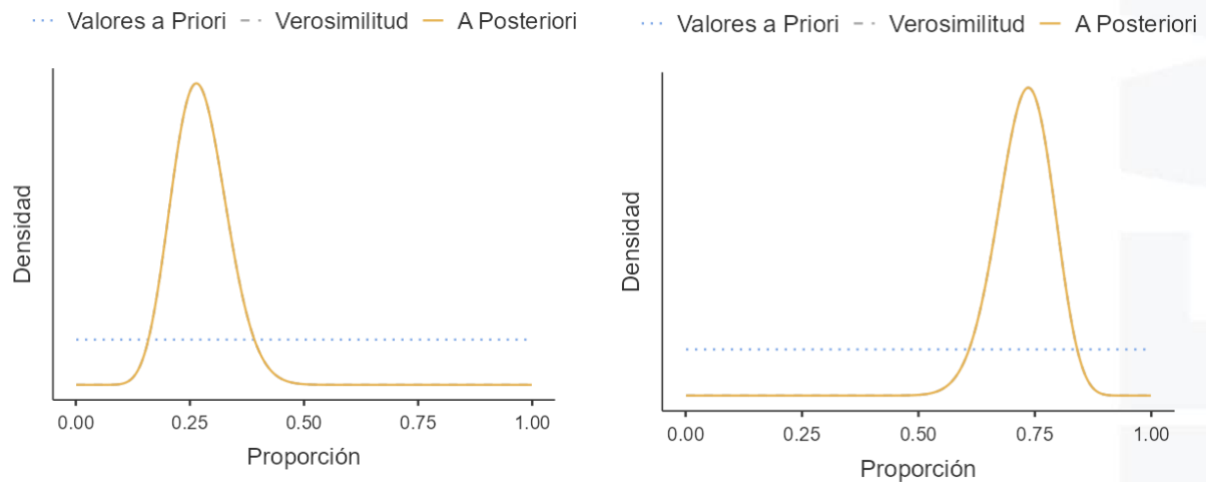
Figura 6

Resultados de la prueba binomial sobre el conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo del dolor no farmacológico.

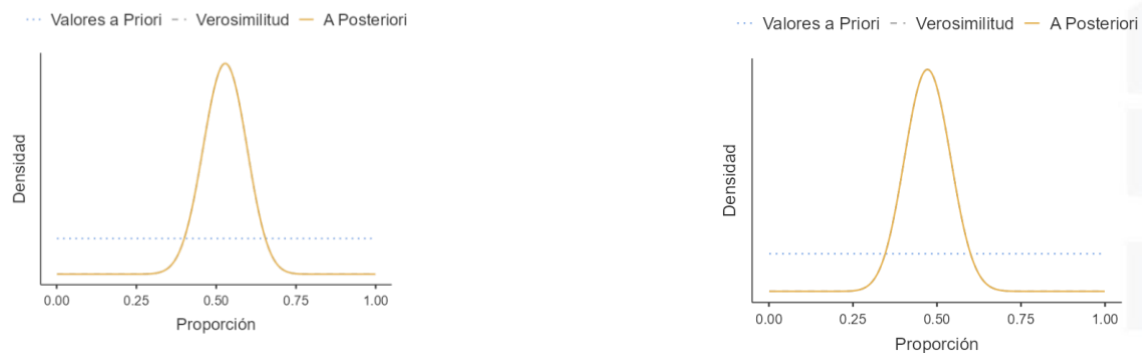
Cambios en los signos vitales



Evaluación de la gravedad del dolor



Dormir con dolor



ANEXO 4: Evidencias

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN	
Título del estudio	ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BÁSICO GUARANDA IESS.
Invitación a participar	Se le invita cordialmente a participar de manera voluntaria en el presente estudio de investigación, cuyo objetivo es evaluar el nivel de conocimiento y la frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor por parte del personal profesional de enfermería del Hospital Básico Guaranda IESS. Antes de decidir su participación, es importante que conozca la información relacionada con el propósito del estudio, los procedimientos a realizar y sus derechos como participante.
Propósito del estudio	El propósito de esta investigación es generar información científica que contribuya a fortalecer la gestión del cuidado de enfermería y la calidad de la atención en el manejo del dolor, mediante el análisis del conocimiento, las prácticas y las barreras relacionadas con el uso de estrategias no farmacológicas en el contexto hospitalario.
Procedimiento	Si usted acepta participar, se le solicitará responder un cuestionario estructurado dirigido al personal profesional de enfermería. La encuesta tendrá una duración aproximada de 15 a 20 minutos y será aplicada en un momento que no interfiera con sus actividades asistenciales. No se realizarán intervenciones clínicas ni se modificará su práctica profesional.
Riesgos y beneficios	La participación en este estudio no implica riesgos físicos, psicológicos ni laborales para usted. No se le realizarán procedimientos invasivos ni se recopilará información sensible. Como beneficio indirecto, los resultados del estudio podrán contribuir al fortalecimiento del conocimiento, a la mejora de las prácticas de cuidado y al desarrollo de estrategias institucionales orientadas a un manejo del dolor más integral y humanizado.
Confidencialidad	La información proporcionada será tratada con estricta confidencialidad y anonimato. Los datos recolectados serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación, y se presentarán de manera agregada, sin identificar a los participantes. El acceso a la información estará restringido exclusivamente al investigador/a responsable del estudio.
Participación voluntaria	Su participación es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello genere sanción, perjuicio laboral o académico alguno, ni afecte su relación con la institución.
Consentimiento	He leído y comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin consecuencias negativas. Por lo tanto, acepto participar libre y voluntariamente en esta investigación.
Nombre del participante: <u>Zaida Llumitaxi Vega</u> Firma: <u>[Firma]</u> Fecha: <u>5 / 1 / 2026</u>	
Nombre del investigador/encuestador: <u>Rosa Piedad Colón Examen</u> Firma: <u>[Firma]</u> Fecha: <u>5 / 1 / 2026</u>	



UNEMI
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN

Título del estudio	ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BÁSICO GUARANDA IESS.
Invitación a participar	Se le invita cordialmente a participar de manera voluntaria en el presente estudio de investigación, cuyo objetivo es evaluar el nivel de conocimiento y la frecuencia de aplicación de estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor por parte del personal profesional de enfermería del Hospital Básico Guaranda IESS. Antes de decidir su participación, es importante que conozca la información relacionada con el propósito del estudio, los procedimientos a realizar y sus derechos como participante.
Propósito del estudio	El propósito de esta investigación es generar información científica que contribuya a fortalecer la gestión del cuidado de enfermería y la calidad de la atención en el manejo del dolor, mediante el análisis del conocimiento, las prácticas y las barreras relacionadas con el uso de estrategias no farmacológicas en el contexto hospitalario.
Procedimiento	Si usted acepta participar, se le solicitará responder un cuestionario estructurado dirigido al personal profesional de enfermería. La encuesta tendrá una duración aproximada de 15 a 20 minutos y será aplicada en un momento que no interfiera con sus actividades asistenciales. No se realizarán intervenciones clínicas ni se modificará su práctica profesional.
Riesgos y beneficios	La participación en este estudio no implica riesgos físicos, psicológicos ni laborales para usted. No se le realizarán procedimientos invasivos ni se recopilará información sensible. Como beneficio indirecto, los resultados del estudio podrán contribuir al fortalecimiento del conocimiento, a la mejora de las prácticas de cuidado y al desarrollo de estrategias institucionales orientadas a un manejo del dolor más integral y humanizado.
Confidencialidad	La información proporcionada será tratada con estricta confidencialidad y anonimato. Los datos recolectados serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación, y se presentarán de manera agregada, sin identificar a los participantes. El acceso a la información estará restringido exclusivamente al investigador/a responsable del estudio.
Participación voluntaria	Su participación es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello genere sanción, perjuicio laboral o académico alguno, ni afecte su relación con la institución.
Consentimiento	He leído y comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin consecuencias negativas. Por lo tanto, acepto participar libre y voluntariamente en esta investigación.
Nombre del participante: <u>Ingrid Stefania Vidóñez Heredia</u> Firma: <u>[Firma]</u> Fecha: <u>05 / 01 / 2026</u>	
Nombre del investigador/encuestador: <u>Vianca García</u> Firma: <u>[Firma]</u> Fecha: <u>05 / 01 / 2026</u>	

