



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Postgrados

**CONCEPCIONES SOBRE MANEJO DEL DOLOR EN EL SER CUIDADO EN
PROFESIONALES ENFERMEROS: LEGADO DE FERNANDO RIELO**

Trabajo de Titulación previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Modalidad: Artículo profesional de alto nivel

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autor:

WILLIAM MANUEL PADILLA PALMA

Directora:

Dr. MARICELYS JIMENEZ BARRERA

Santo Domingo – Ecuador

Octubre, 2023



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN DEL PLAN

CONCEPCIONES SOBRE MANEJO DEL DOLOR EN EL SER CUIDADO EN
PROFESIONALES ENFERMEROS: LEGADO DE FERNANDO RIELO

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autor:

WILLIAM MANUEL PADILLA PALMA

Maricelys Jimenez Barrera, Dr.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Jessica Marjorie García Salas, Mg.

CALIFICADORA

Mirian Katherine Carrión Morales, Mg.

CALIFICADORA

Yullio Cano De La Cruz, PhD

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Octubre, 2023

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, WILLIAM MANUEL PADILLA PALMA portador de la cédula de ciudadanía No. 095007632-3 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaro que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto al autor y coautores: en primer lugar, al estudiante autor de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.



William Manuel Padilla Palma

CI: 0950076323-3

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano de la Cruz, PhD.

Dirección de Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO CON MENCIÓN EN UNIDADES DE EMERGENCIA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, titulado CONCEPCIONES SOBRE MANEJO DEL DOLOR EN EL SER CUIDADO EN PROFESIONALES ENFERMEROS: LEGADO DE FERNANDO RIELO realizado por el maestrante: WILLIAM MANUEL PADILLA PALMA con cédula: No 095007632-3, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Santo Domingo, Octubre de 2023

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
MARICELYS JIMENEZ
BARRERA

Dr. Maricelys Jimenez Barrera

Profesor Titular Auxiliar I

AGRADECIMIENTOS

Siempre de primer lugar a Dios por sobre todas las cosas, porque fue quien al entrar en mi vida desde temprana edad le dio sentido, manteniéndome de su mano por el camino del bien , ayudándome en tomar correctas decisiones, que permitieron desarrollarme y enfrentarme a cualquier condición de vida , así como también encontrar el amor. A Dios le debo todo lo que acontece en mi vida.

A la Lic. Piedad Moran Asencio, especialista en enfermería de cuidados críticos, compañera de trabajo, por sus consejos e ideas compartidas en el cuidado del paciente, por considerarme un colega, amigo y motivarme a seguir cosechando éxitos en mi vida.

A la Dr. Maricelys Jimenez Barrera, Directora de la presente investigación, por su asesoría en todo momento; aprendí de ella a controlar mi capacidad de espera y mejorar mi forma de redactar. Agradecido por el tiempo que me brindó con sus consejos y experiencias de vida fuera de la jornada educativa.

Al Sr. Jorge Bonoso Molina, compadre y amigo, que desde tiempos escolares y en la toma de decisión para cursar la maestría influyo en mí de manera positiva.

A todos los miembros de la Pontifica Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo que hacen posible el acceso libre a los profesionales de enfermería a la maestría en gestión del cuidado con mención en unidades de emergencia y unidades de cuidados intensivos. Así, como también la predisposición a solventar dudas personales y de colegas.

A todas mis colegas maestrantes del grupo 2B, que fueron aportando poco a poco en el proceso de enseñanza-aprendizaje colectivo de la asignatura investigación.

A todos los participantes de la investigación que estuvieron predispuestos siempre en colaborar con sus concepciones.

A mis mejores amigas, que han estado conmigo en todo momento desde que inicie la etapa universitaria hasta la actualidad, gracias a sus consejos me mantuve en el hilo de la formación continua.

William Manuel Padilla Palma

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación lo dedico al esfuerzo que hacen los enfermeros y enfermeras en todas las áreas hospitalarias por el sin número de actividades como de roles que llevan en sus vidas, en especial a las unidades de cuidados intensivos, al mantenerse constante en la lucha y sostén de la vida del paciente y de su práctica humanista en los cuidados.

Dedico también éste trabajo con amor a mi esposa, gracias a su amor, entendimiento y apoyo brindado en las actividades de casa cuando no disponía del tiempo suficiente, por su constante cariño y paciencia para mi persona, por despejarme la mente del estrés, generando momentos de diversión que me dio respiro para continuar en el proceso, frente al tiempo que demandó realizar el trabajo con el horario laboral que me subyace.

Además, hacer parte en esta dedicatoria a mi madre María Palma por su amor, rol y apoyo moral incondicional en cumplir mis sueños pese a todas las adversidades que han pasado en la vida, por sus consejos y ánimos de lucha.

Finalmente, a mis abuelitas la Sra. Clara Quiroz y Brígida Saltos, que en todo momento me reflejan su orgullo frente a mis avances en la vida como su primer nieto profesional, agradecido por la bendición que me otorgan siempre y tenerme en cuenta en sus oraciones cotidianas.

William Manuel Padilla Palma

RESUMEN

El manejo del dolor por enfermeros trasciende los conceptos claves en la práctica asistencial, deslumbrando en el profesional varias percepciones del ser. La presente investigación tuvo por objetivo develar las concepciones del manejo de dolor del ser cuidado por profesionales de enfermería a la luz del legado de Fernando Rielo. La metodología aplicada fue con enfoque cualitativo, diseño fenomenológico y de tipo descriptivo. Participaron ocho profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos cuyo muestreo fue no probabilístico por conveniencia, para la obtención de datos se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada. Se empleó el método de Colaizzi en el análisis de datos, emergiendo como resultados cinco categorías: perspectivas del profesional de enfermería en el manejo integral del dolor en pacientes de cuidados intensivos, el manejo del dolor como expresión de los aspectos sustantivos del cuidado en la práctica profesional de enfermería, barreras percibidas por profesionales de enfermería en las concepciones del dolor en el marco del cuidado, desde la perspectiva de Fernando Rielo: explorando las intervenciones y concepciones del manejo del dolor por enfermeros, la inspiración espiritual y humanista de Fernando Rielo en el cuidado del dolor. Conclusión: El manejo del dolor del ser cuidado por profesionales de enfermería es amplio e individualizado, va de la mano con el desarrollo espiritual enfermero y las perspectivas de Fernando Rielo, de modo tal, que el cuidador se vuelve un ente de luz para el paciente, acompañándolo en todas las fases de su vida, brindándole alivio, bienestar y paz frente al dolor.

Palabras clave: Concepciones; dolor; enfermería; fernando; rielo

ABSTRACT

The management of pain by nurses transcends the key concepts in the care practice, dazzling in the professional several perceptions of the being. The aim of this research was to unveil the conceptions of pain management of the being cared for by nursing professionals in the light of Fernando Rielo's legacy. The methodology applied was qualitative approach, phenomenological design and descriptive type. Eight nursing professionals from the intensive care unit participated in the study, whose sampling was non-probabilistic by convenience, and the semi-structured interview technique was used to obtain data. Colaizzi's method was used in the analysis of data, emerging as results five categories: perspectives of the nursing professional in the integral management of pain in intensive care patients, pain management as an expression of the substantive aspects of care in the professional nursing practice, barriers perceived by nursing professionals in the conceptions of pain in the framework of care, from Fernando Rielo's perspective: exploring the interventions and conceptions of pain management by nurses, the spiritual and humanistic inspiration of Fernando Rielo in pain care. Conclusion: The pain management of the being cared for by nursing professionals is broad and individualized, goes hand in hand with the spiritual development of nurses and the perspectives of Fernando Rielo, in such a way that the pain management of the being cared for by nursing professionals is broad and individualized, goes hand in hand with the spiritual development of nurses and the perspectives of Fernando Rielo.

Keywords: Conceptions; pain; nursing; fernando; rielo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción.....	1
2.	Revisión de la literatura.....	5
2.1.	Fundamentos teóricos.....	5
2.2.	Antecedentes	5
2.2.1.	Antecedentes internacionales	5
2.2.2.	Antecedentes nacionales	6
2.3.	Marco conceptual	7
2.3.1.	El dolor ¿cómo se define?	7
2.3.2.	Clasificación del dolor.	8
2.3.2.1.	Según su duración.	8
2.3.2.2.	Según su origen.	8
2.3.3.	Alternativas terapéuticas en el manejo del dolor.....	9
2.3.3.1.	Farmacológica	9
2.3.3.1.1.	Opioides	9
2.3.3.1.2.	Coadyuvantes a los opioides	10
2.3.3.2.	No farmacológica	10
2.3.4.	Espiritualidad en el dolor del ser cuidado.	11
2.3.4.1.	El dolor a la luz de fernando rielo.	13
3.	Metodología de la investigación	14
3.1.	Enfoque, diseño y tipo de investigación.....	14
3.2.	Población y muestra	15
3.2.1.	Sujetos de estudio.....	16
3.2.1.1.	Criterios de inclusión.	16
3.2.1.2.	Criterios de exclusión.....	16
3.2.2.	Escenario de estudio.....	16

3.3.	Técnicas e instrumentos de recogida de datos	16
3.4.	Procedimiento de recolección de datos	17
3.5.	Análisis e interpretación de datos	17
3.5.1.	Consideraciones éticas, bioética y rigor científico.....	18
3.5.1.1.	Consideraciones éticas	18
3.5.1.2.	Consideración bioética	19
3.5.1.3.	Rigor científico.....	19
4.	Resultados	20
5.	Discusión	21
6.	Conclusiones y recomendaciones	42
7.	Referencias bibliográficas.....	44
8.	Anexos	58

1. INTRODUCCIÓN

El dolor ha sido un tema de constante estudio a nivel global, su definición viene en desarrollo desde el año 1978 hasta su última actualización en el 2020 por la International Association for the Study of Pain con aprobación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define al dolor como: una sensación desagradable con respuestas emocionales negativas asociadas a lesiones tisulares con potencial o real riesgo (Vidal, 2020).

En este mismo sentido de ideas, el dolor puede ir más allá de lo objetivo, considerando aspectos cognitivos del ser humano, es por ello que comprender su manejo teniendo claro que cada ser cuidado es de naturaleza biopsicosocial diferente, por lo que brindar cuidado integral se vuelve un reto del día a día para el profesional de enfermería, se hace necesario la articulación de los saberes actitudinal, cognitivo y procedimental.

En un Hospital de Estados Unidos, la percepción de enfermería para el manejo del dolor se basa en tener una amplia y sólida formación; a fin de promover mejor respuesta terapéutica en la disminución del dolor, que no siempre obedece a la administración de analgésicos. Algunas veces, bastó el diálogo enfermera – paciente, escuchar música relajante, el acompañamiento profesional, la aplicación de hielo y cambios posturales como estrategias en el alivio del dolor del ser cuidado (Hämäläinen et al., 2022).

En España aproximadamente 1 de cada 6 habitantes sufre de dolor crónico. No obstante, se han establecidos medidas como la implementación de protocolos de manejo del dolor, formación del profesional médico especializado en terapia del dolor, ajuste de medicación y tratamiento integral del paciente que garanticen una atención de calidad y calidez, disminuyendo costos innecesarios y agilizando el tiempo de consulta, esto sustentado en el programa Pain Proposal (Torralba et al., 2014; Consejería Sanidad de Madrid, 2020).

Países de Sudamérica como Colombia y Chile, tienen similitud en prevalencia del dolor y zonas específicas de presentación; las osteomusculares, considerando al dolor una situación crítica. Al respecto, la Asociación Colombiana para el estudio del dolor, establece que la falta de médicos especialistas influye en el tratamiento oportuno de la población, mientras tanto en Chile una cierta parte de la población califica el tratamiento del dolor recibido como mala praxis, impactando en la calidad de vida de las personas, mayoritariamente en los trabajadores (Guerrero y Gómez, 2019; Gónima, 2019; Bilbeny, 2019).

En este contexto, el dolor considerado como una situación crítica, es exigencia cotidiana en el abordaje enfermero y con amplio accionar, donde la valoración holística direcciona la terapéutica a emplear. Conlleva la urgencia de reflexionar sobre la aplicación de alternativas no farmacológicas y farmacológicas; dado que inciden diversos factores en el proceso de calmar dolencias del paciente hasta donde sea posible, a tal punto de administrar analgésicos por la vía prescrita según la intensidad y naturaleza de las dolencias. Es pertinente relevar que solo quien experimenta el dolor puede juzgar acerca de sus atributos, por lo que sigue siendo una experiencia plena de subjetividad.

Antes estas reflexiones es esencial reconocer que Watson (1999) establece un modelo de cuidado humano que garantiza la asistencia con enfoque holístico, esto surge de su preocupación por mejorar la calidad de atención del ser cuidado y definir las responsabilidades de enfermería abriendo espacio hacia lo espiritual, existencial y fenomenológico, inspiradas en la ciencia, el arte, metafísica y antropología, por otra parte Waldow (2008) define que las actividades del cuidador deben expresarse en actitudes, aptitud, creatividad con pensamiento crítico, a fin de recuperar la dignidad humana, siendo ésta el temple integral, mental, físico, moral, social y espiritual del ser humano en todas sus fases (Guerrero y Chávez, 2020; Osorio, 2020; Rodríguez et al., 2014).

En el Ecuador se lleva a cabo, cambios en el que se destacan los tratamientos no farmacológicos como la musicoterapia, el masaje y la participación del familiar en la asistencia del paciente, para aliviar el dolor del ser cuidado. Contrariamente se reportan estudios donde se refleja del 5,3% al 17,8% de prevalencia del dolor teniendo en cuenta la edad del paciente donde una gran parte recibe tratamiento médico farmacológico y otros se auto medican (Coello y Veletanga, 2022; Peñaloza et al., 2018).

Ante estos resultados, queda evidenciado que en Ecuador, la implementación de estas medidas continúa en proceso de desarrollo para el logro oportuno de alivio y disminución del dolor durante el proceso de enfermedad del ser cuidado. El profesional enfermero se esfuerza por conocer y aplicar las medidas de contención del dolor, afianzándose en la convicción de fortalecer su capacidad y vocación para escuchar, comprender la magnitud de la experiencia dolorosa, transmitir paz, armonía, compromiso y entrega (Collière, 1993).

La descripción referida, fortaleció la motivación del investigador a realizar el presente estudio. Emergiendo así las siguientes reflexiones de la problemática de este estudio: ¿Cuáles

son las concepciones sobre manejo del dolor del ser cuidado en profesionales de enfermería?, ¿El manejo del dolor que realizan los enfermeros, expresan aspectos sustantivos de las concepciones descritas en el marco del cuidado?, ¿Existen similitudes entre las concepciones sobre el manejo del dolor de los enfermeros y las intervenciones realizadas desde la perspectiva de Fernando Rielo? Planteando las siguientes preguntas norteadoras:

Detalle ¿Qué concepciones ha desarrollado usted acerca del manejo del dolor del ser cuidado desde la disciplina enfermería?

¿El manejo del dolor que realizan los enfermeros, expresa los aspectos sustantivos de las concepciones descritas en el marco del cuidado como ejercicio profesional?

¿Qué similitudes encuentra entre las concepciones acerca del manejo del dolor por los enfermeros y las intervenciones desde la perspectiva de Fernando Rielo?

En este estudio se ha planteado como objetivo: Develar las concepciones del manejo de dolor del ser cuidado por profesionales de enfermería a la luz de Fernando Rielo.

La relevancia del estudio relacionado con el alcance que el profesional de enfermería le otorga al cuidado brindado para el alivio del dolor al ser cuidado, radica en la excelencia que se le proporciona al mismo. Desde ésta mirada el estudio adquiere especial interés en el cuidado ofrecido por el cuidador, promoviendo así comportamientos donde la competencia profesional es esencial. Desde el punto de vista práctico al brindar un cuidado no se está libre de que aparezcan problemas en el momento del manejo del dolor, por lo que, durante la formación pre-profesional y continua el fortalecimiento de la función práctica es indispensable.

La formación del profesional de enfermería es considerada un desafío debido a los cambios paradigmáticos de los modelos tradicionales, donde la proactividad y autonomía de los estudiantes se empoderan de los escenarios docente, cabe destacar que, para que exista una práctica segura el personal que brinda cuidado, debe estar bien formado, siendo de responsabilidad las universidades contemporáneas e instituciones de salud.

Es así como según Jiménez (2021) durante el trayecto académico los estudiantes de educación superior necesitan desarrollar una serie de habilidades cognoscitivas y sociales que le permita una integración oportuna al mercado laboral profesional. Esto guarda vínculo entre el sector empresarial y las instituciones de educación superior (IES), basándose en

metodologías de aprendizaje activo como el principal método de cambio sobre los modelos pedagógicos de las IES.

Socialmente el paciente necesita de un cuidado otorgado por un personal que satisfaga las necesidades afectadas de éste, beneficiando así, a pacientes, profesionales de enfermería e instituciones de salud, logrando desarrollar cambios estratégicos en cuanto al manejo del dolor a mediano plazo.

El siguiente trabajo está enmarcado en contribuir al cumplimiento del plan de creación de oportunidades 2021 – 2025, enfocándose en el eje social - objetivo 6 en el que se establece garantizar en términos de integralidad, gratuidad y calidad los servicios de salud, donde mejorar las condiciones de los servicios es una de las políticas a tener en cuenta, para garantizar una atención brindada integral con calidad (Secretaría Nacional de Planificación, 2021). Ante estas realidades de conquista, se deslumbró la necesidad de considerar la apreciación del personal de enfermería frente a las alternativas del alivio de dolor, tal es así dar una visión holística del ser humano en el cuidado.

Frente a lo enunciado, comprender al ser cuidado es observar sus aspectos mínimos como tal, donde el cuerpo no daría respuesta a nada sin la encarnación de mente y espíritu, siendo el espíritu una benevolencia hacia Dios en la mayor expresión de su gracia redentora.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Fundamentos teóricos

Tomando en cuenta el objetivo y el objeto de estudio de la presente investigación, el referencial teórico se construyó basándose en las ideas del cuidado humanizado de Waldow. Por otro lado, el filosófico se fundamentó en las concepciones antropológicas de Rielo. Estas aportaciones convergen de forma clara y precisa en la comprensión del problema descrito en relación al cuidado humanizado que realiza el enfermero para el alivio del dolor y la perspectiva humanista y espiritual.

Además, la teoría del cuidado humano de Waldow (2008) enfatiza en la forma de ser y relacionarse consigo mismo, otros y el mundo, distinguiendo dos dimensiones: fenomenológica y holística. El cuidador se expresa a través de actitudes, aptitudes y creatividad con pensamiento crítico, buscando restaurar la dignidad humana integral. En "La familia en el contexto social: Estudios sobre el contexto familiar desde la educación y la bioética" de Vélez et al. (2019) se destacan los aportes de Rielo, centrándose en la educación en valores para enfrentar el sufrimiento humano de forma ética y consciente, considerando el dolor como una oportunidad para el crecimiento personal y el fortalecimiento familiar. Así, la angustia se convierte en una oportunidad para aprender, crecer y desarrollarse como seres humanos, siempre que se maneje con consciencia y ética.

2.2. Antecedentes

2.2.1. Antecedentes internacionales.

Schuller y Dunson-Dillard (2023) realizaron un estudio sobre las percepciones y experiencias de las enfermeras rurales y urbanas en el tratamiento del dolor en adultos, Towson – Maryland, en Estados Unidos, su objetivo era determinar si las definiciones de los profesionales de enfermería en el tratamiento del dolor diferían según la zona geográfica. Es un estudio con enfoque mixto, mediante la aplicación de una encuesta a 180 enfermeras. El resultado obtenido fue la clasificación del tratamiento del dolor como opiáceo y no opiáceo, del 61 al 71% establecen a la fisioterapia como mejor alternativa de tratamiento, del 14% al 32% afirman que los pacientes prefieren analgésicos opiáceos. En conclusión la epidemia de los opioides frente a otras alternativas en el tratamiento del dolor tiene mayores desventajas en las zonas rurales del país.

Por otra parte, Ruiz et al. (2021) en su estudio de las percepciones de los pacientes frente a terapias no farmacológicas para el dolor crónico no oncológico, intervención realizada en el hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla - España, teniendo como objetivo analizar las percepciones de los pacientes sobre las terapias no farmacológicas en el dolor crónico, un estudio mixto, descriptivo y fenomenológico mediante taller impartido, aplicación de encuestas y uso del software Atlas Ti 8, participaron 19 pacientes. Resultados evidenciaron que 16 aplicaron en el alivio del dolor alguna terapia alternativa, de entre las alternativas de mayor satisfacción se encontraba la meditación y la relajación, seguido de mensajes ante el espejo, musicoterapia e imágenes guiadas, concluyendo que dentro de los beneficios percibidos por el paciente les ayudo a disminuir el dolor y el consumo de analgésicos.

Para Calderón et al. (2022) en la investigación realizada sobre efectos de intervención de enfermería en el control de dolor posoperatorio del paciente adulto, intervenido en el área de quirófano de una institución de salud en Bucaramanga - Colombia, tuvo como objetivo evaluar el intervenir del enfermero en el control del dolor posoperatorio. Estudio cuantitativo, cuasi experimental, con grupo experimental y de control, universo de 3240 pacientes, muestra calculada de 120 y con aplicabilidad de la Escala Visual Análoga del dolor (EVA), teniendo como resultado que al educar a los pacientes previa a la intervención quirúrgica disminuye la ansiedad y con esto las percepciones del paciente sobre el dolor. Conclusión la intervención de enfermería va más allá de la administración de medicamentos analgésicos, la educación es fundamental para lograr un autocontrol del dolor, que favorece en el proceso de recuperación postquirúrgica.

2.2.2. Antecedentes nacionales.

Según Bermejo et al. (2019) en su estudio sobre el tratamiento del dolor postquirúrgico en el servicio de traumatología de un hospital de segundo nivel en la provincia de Cañar, Ecuador, cuyo objetivo fue el describir el tratamiento del dolor postquirúrgico en aquella institución, el diseño fue descriptivo de corte transversal, participaron 101 pacientes mayores de 12 años con fracturas de extremidades. Resultado el tratamiento analgésico más utilizado fue el ketorolaco en un 93% aplicado únicamente, y en un 46,5% combinado con tramadol o metamizol, el tramadol también se utilizó, pero combinado con otros fármacos. Conclusión la terapia del dolor para pacientes con fracturas simples o múltiples de extremidades al administrar ketorolaco sin combinación con otro analgésico posee un efecto de alivio mayor, sin embargo, al combinarlo con tramadol el efecto analgésico es más duradero.

Rodríguez et al. (2019) en su evaluación del dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias por enfermería, intervención realizada en el centro quirúrgico del hospital general Dr. Gustavo Domínguez, Santo Domingo de los Tsáchilas - Ecuador desde enero a febrero 2018, cuyo objetivo fue evaluar el dolor posquirúrgico en pacientes sometidos a cirugías ambulatorias, el estudio fue de enfoque cuantitativo longitudinal, se aplicó escala visual análoga del dolor, los datos fueron analizados mediante la plataforma SPSS, participaron 91 pacientes, cuyo resultado fue el 37,4% de los pacientes manifiestan dolor posquirúrgico, un 45% de ellos no sentían dolor después de la aplicación de terapias complementarias, entre éstas terapias estaban el frío local, la musicoterapia y la estimulación nerviosa transcutánea. Como conclusión el frío local tiene mejor aceptación y beneficios entre los pacientes.

Por otra parte, Freire et al. (2018) en su investigación sobre las percepciones y prácticas tradicionales para el manejo del dolor reumático en la comunidad las lagunas del cantón Saraguro, Loja - Ecuador, en el que su objetivo fue conocer como manejaban el dolor reumático en la comunidad, estudio cualitativo de tipo fenomenológico, a través de entrevistas semiestructuradas, participaron 24 personas con edades de 45 y 78 años, sus resultados enuncian que el desgaste del trabajo diario, factores energéticos y ambientales favorecen a la aparición de dolores osteomusculares, su alivio se basa en el uso de plantas medicinales en rituales y limpiezas de sanación con infusiones, pomadas y otros. Conclusión el uso de diversas formas de plantas medicinales sirve como tratamiento para el dolor crónico de causa física y emocional.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. El dolor ¿Cómo se define?

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (2020) propone la nueva definición sobre el dolor mismo en la que se lo considera como una sensación que genera desagrado emocional y sensorial asociado a daños tisulares con potencial o real riesgo. Lo enunciado, proporciona amplio sentido de pertenencia al término de dolor, siendo factores como los biológicos, físicos, psicológicos, socio ambientales los causantes de respuestas emocionales fatales. El dolor físico es respuesta al sentido de supervivencia del cuerpo, como señal fisiológica innata (Raja et al., 2020; Torrey, 2020; Watson, 2022).

Ante lo enunciado, se coincide en defender que el dolor proporciona una comprensión amplia, que no solo incluye lo sensorial, sino que su aspecto emocional se relaciona con la experiencia de múltiples factores como biológicos, físicos, sociales, ambientales y culturales. Sin embargo, es importante desvelar que el dolor según su clasificación ya sea aguda o crónica se puede convertir en un problema de salud que requiere de cuidados integrales para su manejo.

2.3.2. Clasificación del dolor.

Es importante que los profesionales de la salud y en especial el de enfermería, clasifiquen el dolor para entender de mejor manera al ser cuidado y proporcionarle cuidados más efectivos, considerando que para estudiar su tipología se hace necesario el abordaje contextual basado en duración y origen en el marco de prontitud diagnóstica y terapéutica.

2.3.2.1. *Según su duración.*

- Dolor Agudo: es conocido como una situación sensorial no tolerable percibida por el individuo a causa de un factor biológico, físico o químico de inicio repentino y con un límite de duración menor a 3 meses, puede estar acompañado de manifestaciones clínicas como la ansiedad, taquicardia, taquipnea, hipertensión arterial, emesis, náuseas, diaforesis y palidez, en respuesta se activa en el organismo mecanismos de defensas para el restablecimiento de la homeostasis (Grünenthal, 2023; Torrey, 2020).
- Dolor Crónico: está relacionado a trastornos no resueltos, por ejemplo, enfermedades degenerativas y lesiones agudas mal tratadas, así mismo se acompaña de manifestaciones clínicas como insomnios, inapetencia, estreñimiento ansiedad y depresión; cabe destacar que existe una similitud en el comportamiento al dolor agudo, sin embargo, es superado el tiempo de persistencia sobre el ser humano, influyendo en la calidad de vida de la persona (Nordness et al., 2021; Watson, 2022).

2.3.2.2. *Según su origen.*

Dolor Nociceptivo: surge de la activación nociceptora ante un daño tisular cuyo origen puede ser biológico, mecánico, físico o químico, pueden ser agudos o crónicos y a su vez se subdividen en somático si se produce en tejidos superficiales o profundos del cuerpo, teniendo características punzantes, quemantes o pulsátiles; dolor visceral si se

origina en órganos internos, caracterizado por ser mal localizado, sordo, continuo e irradiado (Dávila et al., 2020; Bendaña, 2020).

- Dolor Neuropático: está ligado a una lesión focal con respuestas centrales o periféricas, acompañados de signos y síntomas como disestesias, hiperestesias y la hiperpatía. Cabe puntualizar que la respuesta periférica es la más común, entre sus causas se identifican los traumatismos directos, lesiones por trauma osteoarticular y postraumáticas de cordón espinal; para el origen central su causa más común está el trauma raquimedular. Etiológicamente se puede subdividir en degenerativa, isquémica, metabólica, infecciosa, y tóxica. (Bendaña, 2020; Alcántara y Pacheco de Vasconcelos, 2022).

2.3.3. Alternativas terapéuticas en el manejo del dolor.

La evaluación del dolor debe ir acompañada de adecuadas estrategias de tratamiento multimodales, basadas en evidencias, donde se aborden las alternativas farmacológicas y no farmacológicas, en donde se considere al ser cuidado, su percepción del dolor desde todas las dimensiones del ser, con la finalidad de obtener resultados de alivio en el menor tiempo posible. Hay que tener en cuenta que, el uso excesivo de fármacos analgésico opioides a largo plazo generan dependencia, no obstante, el tratamiento farmacológico debe ser aplicado a quien realmente lo amerite (Nordness et al., 2021; Capdevila, 2019).

2.3.3.1. *Farmacológica.*

Para Nordness et al. (2021); Devlin et al. (2018); Olmos et al. (2019) son recomendadas las guías de la Sociedad Americana de Cuidados Críticos (SCCM) (2020) para el uso de opioides como primera línea en el tratamiento del dolor previa valoración inicial, adicionalmente, se recomienda el método analgesedación que trata el dolor antes de iniciar la terapéutica sedante, usando la sedación en caso de ser necesario. No obstante, existe preocupación sobre los efectos adversos que producen los opioides como delirium, sedación excesiva, depresión respiratoria e inmunosupresión, siendo fármacos de elección para el manejo del dolor los siguientes:

2.3.3.1.1. *Opioides.*

- Morfina: Analgésico opiáceo cuya acción efectiva inicia a los 5 – 10 minutos de su administración, seguido de un efecto máximo a la 1 – 2 horas con vida media de 4 – 5 horas, potenciando su acción analgésica en infusión continua.
- Fentanilo: Derivado sintético de la morfina, 100 veces más potente que la misma, efecto de acción inmediata, genera depresión respiratoria lo cual es perjudicial en pacientes no críticos, su uso es estricto.
- Remifentanilo: Derivado del Fentanilo, con potencial efecto similar pero su acción inicial empieza a los 3 – 10 min de su administración.
- Tramadol: Es el más utilizado en el manejo del dolor, es un opioide de acción central, se usa en paciente que presentan dolor desde moderado a grave, produce efectos neurológicos leves, pero carece de efectos adversos respiratorios y cardiovasculares, su inicio de acción es más lenta entre 20 a 30 min, con una vida media de 6 – 8 horas, en infusión se prolonga más el efecto.

2.3.3.1.2. *Coadyuvantes a los opioides.*

- Paracetamol: Reduce el dolor y la inflamación, adicional favorece al control termorregulador del paciente, así como el destete a los opioides.
- Nefopam: De efecto similar a los opioides, pero de acción periférica, es mejor adherente al paciente y destete frente a los opiáceos.
- Ibuprofeno y Ketorolaco: Pertenece a la familia de los Antiinflamatorios no esteroides (AINEs), de acción periférica, cuya función específica es disminuir el proceso inflamatorio de un área afectada con ello el bloqueo nervioso al dolor, su uso debería ser controlado y unificado, debido a sus complicaciones más evidente como la hemorragia digestiva alta.

2.3.3.2. *No farmacológica.*

Para Delgado et al. (2022); Devlin et al. (2018); Alfonso et al. (2018); Corell, (2019) entre las medidas del manejo del dolor no farmacológico, con mayor impacto positivo están:

- Reposo: Es evidente que el movimiento de una o más extremidades lesionadas incrementa el dolor, pero mantenerse estático tampoco garantiza al máximo el alivio del dolor, de tal

modo que permanecer en descanso a fin de disminuir los movimientos corporales disminuye parcialmente la percepción del dolor sobre el área afectada.

- **Termoterapia:** La aplicación de frío o calor ayudan en el alivio del dolor. Su efectividad va hacia dolores agudos causados por traumatismos, picaduras por insectos otros casos contracturas musculares.
- **Masajes:** La aplicación de masajes por el fisioterapeuta ayudan a disminuir la sensación dolorosa, mejorando la relajación muscular y la flexibilidad en el paciente, al comprimir la zona afecta con movimientos oblicuos y perpendiculares genera en el paciente una sensación de placer, lo que calma la percepción dolorosa del mismo.
- **Electroestimulación:** La técnica más utilizada es la Electroestimulación Eléctrica Transcutánea Nerviosa (TENS), que es una alternativa eficaz y complementaria para aliviar el dolor, ya que inhibe la actividad de las fibras nociceptivas a largo plazo. Esta técnica es especialmente eficaz en el tratamiento de dolores musculoesqueléticos, neuralgia postherpética y aquellos que se producen tras una amputación.
- **Musicoterapia:** Una alternativa fácil, segura y económica al incorporarla en la atención médica. Su importancia radica en la afinidad que el paciente desarrolla de acuerdo al estímulo musical. Esto puede lograrse mediante el uso de auriculares con sonidos naturales y proporciona al paciente armonía mental, lo que le permite olvidar, por un momento, la sensación de dolor que padece.

2.3.4. Espiritualidad en el dolor del ser cuidado.

La Fe es consecuencia del deseo de creer. Para muchos, creer en un ser divino o sobrenatural y sus obras está ligado al no estar convencidos o tener dudas que tienen un origen moral en lugar de intelectual. El intelecto es solo un factor en la búsqueda de la verdad espiritual. Los argumentos de la religión no obligan a nadie a creer, al igual que los argumentos de buena conducta no obligan a nadie a obedecer. Por tanto, cuando se abre la mente hacia lo divino, surgirá en vida buenas noticias como respuesta del Dios amado (Newman, 2021).

La espiritualidad es una dimensión importante de la experiencia humana que puede ser relevante en la evaluación y manejo del dolor. La atención médica integral y centrada en el paciente debe considerar todas las dimensiones de la experiencia humana, incluyendo la

dimensión espiritual del cuidado, que este a su vez proporciona fe y esperanza, lo que puede ser importante tanto para el paciente como para su familia. La fe es fuente de consuelo y fuerza, y la esperanza ayuda a las personas a mirar hacia el futuro con optimismo y determinación.

Dista como fenómeno que proporciona respuestas a necesidades humanas con creencias que transmutan potencialmente, el dolor se manifiesta en el sufrimiento del individuo, cuya esperanza y propósito sobre algo en la vida se ve perdido. La espiritualidad mejora la calidad de vida en aquellos que buscan al ser divino. Un análisis de caso demuestra el poder de esta dimensión en la evaluación del dolor complejo de manejar, refractario a la terapéutica farmacológica. Mientras tanto, el dolor desde una dimensión física se presenta como resultado de una herida, enfermedad o deterioro progresivo que impide la funcionabilidad ideal sobre el individuo (Moreira et al., 2020).

No todas las personas tienen creencias religiosas o espirituales. La práctica del cuidado es capaz de mostrar las creencias y valores de cada ser, independientemente de si las tienen o no. Sin embargo, si un profesional de enfermería posee creencias espirituales o religiosas, durante la práctica del cuidado pueden surgir oportunidades para integrar estas creencias en su trabajo diario y encontrar una fuente de significado en su rol asistencial. Para Caetite et al. (2022) un factor determinante que influye sobre la espiritualidad es el modo de cuidar y cuidarse, ofreciendo una perspectiva orientadora en la toma de decisiones. Sin embargo, la religiosidad como sinónimo, abarca un grupo o sistema de creencias que involucra lo sobrenatural, lo divino, códigos morales, valores, instituciones y rituales únicos en tales creencias. Asimismo, la práctica de oración, preces y la meditación ayudan a controlar la ansiedad y el estrés, favoreciendo el bienestar espiritual.

Las prácticas espirituales pueden tener efectos beneficiosos en la salud del cuerpo y la mente, incluye positivamente en el estado de ánimo, disminuyendo la percepción del dolor del paciente; siendo la meditación y la oración precursores en la activación de neurotransmisores. En este sentido, Caetite et al. (2022); Seybold (2007) señalan que, ante estímulos estresantes como el dolor, la presencia de catecolaminas, hormonas adrenocorticotropicas y cortisol generan en el organismo respuesta inflamatoria y con ello síntomas como el llanto, irritabilidad, malestar, ira, expresiones faciales dolorosas, entre otras. Estas fisiológicamente activan a los neurotransmisores que regulan el umbral del dolor, mediante receptores serotoninergicos como la acetilcolina, liberando mediadores como la dopamina y el ácido gamma amino butírico (GABA) que disminuyen la percepción del dolor en el paciente.

Ante estos enunciados se establece que, cuando el paciente considera la dimensión espiritual y/o religiosa le proporcionará esperanza para vencer la enfermedad y cumplir el tratamiento establecido, esto mediados por la fe espiritual y las creencias generan en el ser cuidado bienestar. La ausencia práctica que contemple la necesidad espiritual de los pacientes resulta difuso, presentando así, dudas, incertidumbres e inseguridad, generando incomodidad para el profesional alejándose de ésta temática (Caetite et al.,2022).

2.3.4.1. *El dolor a la luz de Fernando Rielo.*

La reflexión de Rielo sobre el dolor como respuesta del cuerpo al Cristo resucitado, es una visión basada en doctrina cristiana de la redención, a través del sufrimiento; el dolor y el sufrimiento pueden ser visualizado como una forma de articular el frenesí de Cristo y de compartir en su obra redentora. San Pablo en las sagradas escrituras lo concibe unido al cuerpo de Cristo a glorificar a Dios en nuestro cuerpo, porque ha de resucitar como el Señor, por tal así que el cuerpo es miembro de Cristo y porque es templo del Espíritu Santo (1er Cor. 6 – 20). Sin embargo, esta dignidad no llega a maximizarse en la vida debido a la miseria terrenal y corrupción de las que fuera despojado el cuerpo resucitado (Cárdenas, 2018).

En éste contexto es saludable reconocer al profesional de enfermería desde el enfoque del poeta, donde el dolor puede ser oculto, sin embargo, al trabajar directamente con el que sufre y adolece desde lo físico y emocional; el cuidador brinda consuelo y apoyo en momentos difíciles; esta filosofía se convierte en una base valiosa para la práctica de enfermería, ayudándoles a comprender el dolor de los pacientes, proporcionándoles así cuidados empáticos y efectivos para mejorar la calidad de vida y dar solución a los problemas identificados para una transformación personal.

La concepción del dolor para Rielo, tiene que ver con la gracia de Dios y su redención universal, el poeta sostiene que, aunque Dios nos da un cuerpo sano, el sufrimiento y el dolor desde diferentes aspectos o enfermedades no es culpa del ser superior, al contrario, busca la sanación a través del perdón en la bondad para responder a las oraciones y revelar secretos y sabiduría en aquellos que buscan su ayuda, en efecto en medio del dolor y la oscuridad, Dios puede ser un guía y una fuente de fe, esperanza y consuelo; enfatizado en el libro bíblico Jeremías 33 - 3 (López, 2016; Jeremías, 2005).

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación

La presente investigación tuvo un enfoque cualitativo, con diseño fenomenológico y de tipo descriptivo. Este enfoque proporcionó una aproximación detallada y completa al fenómeno investigado, brindando una perspectiva enriquecedora sobre las experiencias y significados atribuidos por los participantes.

En la investigación cualitativa, este enfoque abarca algunas formas que permite dar a conocer la realidad sobre un sujeto de estudio, sus diseños ayudan a comprender el comportamiento y pensamientos de la experiencias vividas por el individuo, permitiendo al investigador tener claridad y certeza sobre lo que se desea estudiar, dando respuestas fiables del fenómeno; por tanto al develar concepciones del cuidador sobre el manejo del dolor del ser cuidado radica el evidente enfoque sustentado en el planteamiento teórico de Hernández (2018) ; González y Patiño (2017) en el que establecen que este tipo de estudio se percibe la comprensión de ciertos fenómenos de experiencias en los individuos, cuyos significados e interpretaciones subjetivas son dados en base a creencias, motivaciones y actividades culturales.

Teniendo en cuenta el diseño utilizado en el estudio, Husserl en 1907 desarrolló en el proceso de investigación científica la fenomenología descriptiva y la define como ciencia que estudia la esencia de la consciencia, centrada en la intencionalidad y el significado de las experiencias vividas en primera persona. Do Prado et al. (2008) coinciden enfáticamente en el definición de Husserl (2012), agregando que las bases teóricas de ésta ciencia radica en la filosofía; por tanto, al ser la fenomenología un diseño que trasciende en la comprensión de fenómenos humanos proporciona un mejor sentido en la percepción del ser, a través de las experiencias donde descifrar las mismas, parte de una transacción subjetiva entre el investigador y el sujeto, misma que involucra la escucha activa, interacción y observación.

Para De Souza et al. (2013) en el mundo de enfermería se observa una importante presencia de investigación con naturaleza fenomenológica, dado por los deseos de conocer experiencias de una enfermedad o determinados sucesos que en la práctica asistencial debería trascender lo conceptual hacia la dimensión existencial y comprensiva, para comprender los fenómenos cotidianos de acorde a su complejidad y singularidad en cada sujeto. No obstante,

la evaluación de enfermería en forma holística y las intervenciones del cuidado se ven influenciadas por las creencias y cultura propia del enfermero para con el ser cuidado y viceversa.

Waldow (2008) en su búsqueda por comprender el holismo del cuidado, propone una visión fenomenológica al sentido del ser enfermero, atribuyéndole características éticas y morales que moldean la conciencia del cuidado humano.

Los estudios descriptivos se enfocan en analizar la situación actual y proporcionar datos e información esencial para la planificación y programación futura en proyectos de investigación en el campo de enfermería y el contexto de salud. Estos estudios permiten examinar etapas específicas de la investigación, como la identificación y definición de problemas, la recolección, análisis e interpretación de datos, así como la elaboración de informes y la aplicación de los resultados obtenidos (Verhonick, 1991; Guevara et al., 2020).

3.2. Población y muestra

En la presente investigación se trabajó con el método de muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo en cuenta que la muestra según Hernández et al. (2014) es en esencia un número de personas determinadas sobre el total de la población, que pertenecen al conjunto definido en sus características, Balestrini (2006) establece la muestra como una parte de la población. De este modo Pineda et al. (2008) plantean que la extracción de una muestra a partir de una población se lo conoce como muestreo, siendo utilizada cuando no sea posible medir la totalidad de elementos en una población, y a su vez el muestreo puede ser probabilístico y no probabilístico.

El muestreo no probabilístico por conveniencia es una técnica en el que el investigador selecciona a los sujetos basado en un juicio subjetivo y no al azar, esta dependerá de ciertas características o criterios que el investigador considere (Walpole y Myers, 1996; Arías et al., 2016). En la presente investigación, la muestra fueron ocho licenciadas de enfermería que laboran en Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital privado del Ecuador.

Antes de llevar a cabo la entrevista semiestructurada para el análisis de unidades temáticas definitivas, se llevó a cabo una prueba piloto. En esta fase, se eligieron los sujetos de estudio cuyo perfil sociodemográfico y académico corresponde al de los profesionales en enfermería, y los detalles de sus características se encuentran en la Tabla N° 5 del anexo 6,

siete fueron de género femenino y uno de género masculino con diferencia de edades, entre las cuales seis de ellas cuentan con 25 a 45 años y dos mayores de 50 años, en cuanto a la religión perteneciente: seis se reconocen como cristianos católicos y dos cristianas evangélicas, acerca del nivel de educación de los participantes: dos con títulos de posgrado a fin del servicio y seis con formación única de pregrado, por tiempo de servicio en UCI: cinco participantes con más de 20 años de experiencia y tres que oscilan entre 2 a 5 años.

3.2.1. Sujetos de estudio.

En la presente investigación se escogió como sujetos de estudio a profesionales de enfermería asistenciales de la Unidad de Cuidados Intensivos en base a criterios de inclusión y exclusión.

3.2.1.1. Criterios de inclusión.

- Profesional de enfermería asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos con más de 1 año de experiencia en el área.

3.2.1.2. Criterios de exclusión.

- Enfermero asistencial que no deseen participar en el estudio.
- Enfermero que se encuentre de vacaciones o fuera de la unidad por otras causas.

3.2.2. Escenario de estudio.

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital privado del Ecuador, el ambiente escogido fueron los domicilios de los profesionales que laboran en la unidad.

3.3. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

Como técnica de recogida de datos en la presente investigación se utilizó la entrevista semiestructurada. Según Lázaro (2021) la entrevista es una técnica caracterizada por su flexibilidad y adaptación a distintos contextos empíricos, que suelen ser moldeables en el momento de la interacción, a su vez, puede ser estructurado, semiestructurado o libre. Teniendo en cuenta la técnica de elección enunciada, el autor la refiere como aquella en el que se recolecta los datos del entrevistado a través de un conjunto de preguntas abiertas, teniendo

mayor control sobre los temas que se aborden en la entrevista. Del mismo modo Pérez (2021) coincide con Lázaro en la definición integrando en ella las experiencias que se tengan sobre un determinado tema tanto por el investigador y entrevistado.

Ante lo enunciado es favorable establecer el instrumento como la principal herramienta de investigación. Según Tamayo (2007) el instrumento es una serie de elementos que el investigador construye con el fin de obtener información. En el presente trabajo, se utilizó como instrumento la guía de entrevista semi-estructurada. Esta se define como el listado de preguntas que el investigador formula para interrogar al entrevistado (Lázaro, 2021).

3.4. Procedimiento de recolección de datos

Considerando los criterios de inclusión y exclusión se seleccionó los sujetos de estudio, subsecuente a esto, se les comunicó uno a uno de carácter verbal y presencial lo que consistía la investigación y la forma de participar, que fue mediante sus concepciones dadas en el desarrollo de la entrevista semiestructurada, enfatizando en la voluntariedad del participar sin fines de lucro, teniendo en cuenta como respaldo ético-legal el consentimiento informado, la confidencialidad, la autonomía y la honestidad para grabar, preservando siempre el anonimato.

Luego, se planificaron las fechas para la ejecución de las entrevistas semiestructuradas a profundidad, teniendo en cuenta el domicilio del participante como sitio seguro y cómodo de desarrollo. Terminada la sesión, se agradeció por la participación, se les refirió que lo grabado en formato de audio mp3, será evidencia pertinente del estudio y solo será para uso de la investigación.

3.5. Análisis e interpretación de datos

Los datos del estudio fueron analizado mediante el método fenomenológico de Colaizzi (1978) que consiste en organizar las unidades de significado percibidos y agruparlos entre sí desde las lecturas develadas por un fenómeno. En primer lugar se transcribieron los testimonios producto de las entrevistas realizadas utilizando el software Microsoft Word versión 2016, se realizó varias lecturas de las transcripciones a manera de agrupar contenidos que compartieran similitud y criterios de separación temporal, temática y conversacional, que permitieran una codificación inductiva o a posteriori en base al objetivo central planteado.

Se sostuvo los contenidos agrupados entre lo convergente y divergente, utilizando el lenguaje emic-etic, donde lo emic hace referencia a la visión interna del sujeto y lo etic a la visión externa del investigador, con el propósito de construir la verdad sobre un fenómeno en estudio (Meneses y Úcar, 2021; Fernández y Jiménez, 2021; González, 2010). Para ello, desde las transcripciones, se resaltó con diversos colores textos fraccionados de los testimonios en lenguaje emic y mediante el uso del lenguaje etic por el investigador, emergieron categorías y subcategorías que se organizaron en 15 códigos tal como se refleja en la tabla N° 3.

Fue necesaria la utilización de la herramienta informática ATLAS. Ti versión 2022 en el análisis de datos, permitiendo clasificar, estructurar, analizar y comparar los contenidos obtenidos, generando significado a los datos y mejor comprensión contextual. Por tanto surgieron cuatro categorías, trece subcategorías y quince códigos procesados desde una producción manual (Anexos 9, 10, 11, 12, 13). Adicionalmente, se logró incorporar las palabras más representativas expresadas por lo testimonios a través de una nube (Anexo 8), dando como resultado 75 palabras , de igual forma una frecuencia total de palabras prioritarias (Anexo 7), observándose en mayor reincidencia en paciente, dolor, Dios, oración y enfermedad.

3.5.1. Consideraciones éticas, bioética y rigor científico.

Las consideraciones éticas, bioéticas y el rigor científico del estudio se basaron en investigaciones previas (Espinoza, 2020; Hernández, Fernández y Baptista, 2014; Do Prado et al., 2013; Noreña et al., 2012; Calderón, 2009). Cada una de estas fuentes proporcionó un marco teórico sólido y fundamentado para abordar los aspectos éticos, bioéticos y metodológicos de la investigación, garantizando la integridad de los resultados y el enfoque adecuado en el análisis de los datos recopilados:

3.5.1.1. Consideraciones éticas.

- Consentimiento informado: Se refiere al proceso en el que una persona participa voluntariamente en una indagación, en el presente análisis se implementó este procedimiento, como garantía y manifestación de acuerdo voluntario.
- Confidencialidad: Siendo un derecho de aspecto moral que protege la privacidad de la información compartida, en el estudio se mantuvo el anonimato y la privacidad del sujeto de análisis en todo momento, conservando la información obtenida sin ser divulgada.

- **Honestidad:** Es una cualidad del investigador que se refiere a no utilizar de manera mal intencionada la información, en el desarrollo de la exploración, se mantuvo el respeto a la información desarrollada por los autores y su contribución desde una perspectiva fenomenológica, considerando el aporte oportuno de los sujetos participantes.

3.5.1.2. *Consideración bioética.*

- **Autonomía:** Se define como la capacidad de tomar decisiones propias con sentido de responsabilidad frente a cualquier situación, en el análisis se consideró la libertad de los sujetos intervenidos para participar o abandonar el estudio en cualquier momento que pudiera verse comprometida su privacidad.

3.5.1.3. *Rigor científico.*

- **Credibilidad:** Es la validez que existe cuando se cuida exhaustivamente el proceso metodológico. En el estudio se estableció como hallazgos reales lo expresado por los participantes de investigación que han experimentado el fenómeno. Generando un vínculo afectivo previo a la obtención de información, esto permitió serenidad y confianza al expresar sus concepciones de las experiencias enmarcadas a la práctica profesional.
- **Transferibilidad:** Está dada mediante la transferencia de resultados obtenidos en el estudio a otros escenarios. El fenómeno de la presente exploración estableció una brecha directa con los sujetos seleccionados, por tanto, se detalló rigurosamente el contexto desde las perspectivas de los sujetos participantes, asumiendo por parte del investigador la responsabilidad y disertación de la información, necesaria al comparar los hallazgos entre los participantes y otros entornos.
- **Consistencia:** Hace referencia a la coherencia y estabilidad del análisis. Los discursos expresados por los participantes arrojaron resultados amplios sobre el fenómeno estudiado, los cuales fueron comparados con referentes teóricos seleccionados, proporcionando estabilidad en los hallazgos.

4. RESULTADOS

Analizadas las afirmaciones compartidas por los sujetos del estudio que responden a las preguntas norteadoras planteadas, emergieron las siguientes categorías y subcategorías: categoría 1: perspectivas del profesional de enfermería en el manejo integral del dolor en pacientes de cuidados intensivos, se reconocieron tres subcategorías: evaluación del dolor y factores asociados: sufrimiento espiritual, umbral del dolor; alternativas en la terapia del dolor: farmacológicas y no farmacológicas; abordaje de la dimensión emocional (desconexión). Categoría 2: el manejo del dolor como expresión de los aspectos sustantivos del cuidado en la práctica profesional de enfermería, donde surgen tres subcategorías: personalización del manejo del dolor; abordaje holístico del dolor en el cuidado; actitud integral humanizada y empática en el manejo del dolor. Categoría 3: barreras percibidas por profesionales de enfermería en las concepciones del dolor en el marco del cuidado, dando origen a cuatro subcategorías: comunicación paciente – enfermero – familia; limitaciones de tiempo y carga de trabajo; falta de conocimiento y formación; incertidumbre espiritual del profesional enfermero. Categoría 4: desde la perspectiva de Fernando Rielo: explorando las intervenciones y concepciones del manejo del dolor por enfermeros, se identificaron tres subcategorías: sentir la proximidad del apoyo enfermero una forma de estar arropado ante el dolor; fortaleciendo la fe y esperanza para valorar la vida: descubrir el amor divino; el arma celestial del cuidado en el dolor: la importancia de la oración en la práctica de enfermería. Categoría 5: La inspiración espiritual y humanista de Fernando Rielo en el cuidado del dolor.

5. DISCUSIÓN

Se procedió a examinar cada una de las categorías y subcategorías que surgieron en la recopilación de datos del estudio.

Categoría 1: Perspectivas del profesional de enfermería en el manejo integral del dolor en pacientes de cuidados intensivos

[...]entonces si se trata dependiendo del tipo del paciente dependiendo de su creencias abordarlo en ese momento y dar solución a ese problema que está presentando, disminuir el dolor o mitigar en este caso las dolencias, que si ha tenido resultado hablando con el paciente [...] (ET1).

[...] en mi caso le eh preguntado al paciente, que tienes cómo te sientes, porque lloras, ellos necesitan desahogarse, necesitan sacarse esa pena ese dolor, necesitan alguien que le escuchen, eh conversado e intentado interactuar en la manera de que ellos colaboren para abordarlos [...] (ET2).

“El me refiere que tiene dolor se le administra una ampolla, se le hace prescribir con el médico, se le da confort, se lo coloca en una situación cómoda [...] (ET3).

En estos testimonios que emergieron de la primera pregunta norteadora ¿qué concepciones ha desarrollado usted acerca del manejo de dolor del ser cuidado desde la disciplina en enfermería?, se reflejan diversas perspectivas profesionales de enfermería en el manejo integral del dolor en pacientes de cuidados intensivos, incluyendo intervenciones farmacológicas, estrategias espirituales, humanización del cuidado, comunicación cercana con el paciente, escucha activa y atención a las necesidades emocionales.

Es evidente que el enfermero se rige como el pilar fundamental del cuidado, donde su abordaje integral al paciente involucra: cariño, dedicación, amor, respeto, confort, bienestar. Además, cumple con la responsabilidad de administrar medicamento previa prescripción médica para el alivio del dolor, respetando sus creencias (De Oliveira y Paganini, 2019). Asimismo, Waldow (2014) destaca ciertas actitudes y comportamientos claves del cuidador como: respeto, gentileza, consideración, disponibilidad, confianza, atención, ayuda y solidaridad, afirmando que los pacientes se sienten seguros al recibir cuidados con pertinencia profesional.

Relacionado a la **subcategoría 1.1: evaluación del dolor y factores asociados: sufrimiento espiritual, umbral del dolor**, en sus testimonios tres de los participantes, son transparentes:

[...] una vez valorado el paciente identificar si este dolor va a ser físico que se lo puede obviamente tratar a base de fármacos, verdad y que de hecho se lo hace, se lo mantiene sin dolor y cómodo, pero muchas veces esta terapia no resulta o resulta muy poco donde todavía dependiendo del umbral del dolor va a estar presente” (ET1).

[...] en mi caso pues el paciente cuando llega a mi área veo sus facies de dolor o el me refiere que tiene dolor [...] (ET3).

[...] en dependencia de si el dolor es tan severo, vemos según el tipo de paciente si está consciente o esta sedado [...] (ET5).

Por consiguiente, la valoración del paciente es una fase fundamental dentro del proceso enfermero, y es relevante antes de abordar el manejo del dolor. En el entorno de la unidad de cuidados intensivos, la distinción entre un paciente y otro se encuentra en su nivel de conciencia y estado hemodinámico. Es importante destacar que el ser cuidado puede estar plenamente alerta, completamente sedados, o en destete de la sedación. Del mismo modo, Olmos et al. (2019) señalan, la complejidad de valorar el dolor en pacientes críticos debido a su estado y la comunicación limitada.

Es esencial que los enfermeros identifiquen el sufrimiento experimentado por el paciente como se detallan en los siguientes testimonios:

“Los pacientes cuando salen del posquirúrgico y llegan a terapia intensiva se logra ver dolor de alguna forma sea por el proceso quirúrgico o incluso lagrimas que salen del paciente sin ni siquiera preguntarles o estando completamente sedados, algunos manifiestan dolor otros solo en sus facies se logra ver [...] (ET7).

[...] si es un paciente que se encuentra con sedación pues según sus facies uno se da cuenta si tiene dolor, muchas veces mientras el paciente esta con sedación uno ve que salen lágrimas de sus ojos” (ET3).

La expresión del dolor es subjetiva y varía según el umbral percibido por cada paciente. En el ámbito de la enfermería, se realiza una evaluación continua del dolor físico utilizando

escalas de valoración. Sin embargo, estas escalas resultan limitadas cuando la pena trasciende lo puramente físico.

[...] muchas veces tratamos como profesionales de enfermería únicamente el dolor físico, el dolor de la patología que presenta el paciente y no más allá de éste dolor... pienso yo que hay que ver más allá de lo que la ciencia te demuestra o te dice [...] **(ET6)**.

[...] a veces el paciente como tal eh no le cede el dolor con tan solo la aplicación del fármaco, sino que más bien ese dolor va más allá de la farmacología o a nivel físico, sino más bien tiene que ver con la parte espiritual [...] **(ET2)**.

[...] el dolor físico o sea el dolor espiritual quererlo tratar a base de fármacos que obviamente si es físico va a calmar pero el espiritual no, no lo va calmar” **(ET1)**.

[...] como tal me ha tocado pacientes difíciles de controlarles el dolor físico, pero otros casos que no solo tiene dolor físico sino uno que va más allá de esto [...] **(ET8)**.

El profesional de enfermería reconoce el sufrimiento subjetivo que genera angustia espiritual en el paciente. Las intervenciones de enfermería para abordarlo son diversas. Aunque el cuidado espiritual se ve influenciado por factores político-sociales, destaca la armonía de las cualidades de enfermería como un arte. Por su parte Waldow (2014) manifiesta que el sufrimiento por el dolor y por la finitud que se acerca en los pacientes es inevitable, son seres muy vulnerables y que necesitan de un cuidado especial, por ende el cuidador debe estar preparado para ofrecer un cuidado que les proporcione bienestar, confort, no solo del orden físico, sino más bien de carácter espiritual.

[...] muchas veces la parte espiritual si me ha tocado a mí experimentarlo y funciona, funciona muy bien” **(ET1)**.

[...] hablamos acerca de las cosas espirituales y para que, el paciente termina con su dolor, termina con su tratamiento mejor sin utilizar medicación [...] **(ET3)**.

[...] ellos más allá de tener un dolor de su cuerpo también tienen un dolor causado por tristeza, pena, depresión. Tengo la experiencia de ver pacientes que no mejoran o no quieren salir del cubículo donde se encuentren en el hospital por el hecho de no regresar a su casa ya sea por problemas existentes en el hogar, por abusos, y también

eh visto pacientes sedados que se les alteran los signos vitales no por emoción sino por molestia al estar presente familiares, hijos, esposa o esposo [...] (ET6).

El sufrimiento abarca múltiples dimensiones, como lo moral, existencial, mental, espiritual, político y social. Abordar estas necesidades supone un desafío para los profesionales de enfermería, que tienden a priorizar las necesidades físicas visibles del paciente. Sin embargo, considerar la dimensión espiritual en la valoración del paciente tiene un impacto positivo en los aspectos emocionales y físicos (Alvarado et al., 2018; Muñoz et al., 2014; Avila y Casique, 2007).

Según Watson (2011) el acto de atención engloba dimensiones emocionales y espirituales que trascienden lo físico. El profesional enfermero posee la capacidad de comprender las sensaciones dolorosas del individuo. La espiritualidad, como componente esencial del ser humano, juega un papel fundamental en el cuidado del ser.

En torno a la subjetividad y objetividad del dolor identificado veremos cómo se expresan en la siguiente subcategoría:

Subcategoría 1.2: Alternativas en la terapia del dolor: farmacológicas y no farmacológicas.

“Desde el aspecto de enfermería como tal se trata de administrar lo que son medicación específicamente para el dolor, para aliviarlo, alguna terapia del dolor, paracetamol o ketorolaco [...] (ET2).

[...] entonces si tiene dolor físico se le indica al paciente que ya dispone de analgesia intravenosa continua o terapia de dolor con paracetamol, ketorolaco, que de a poco le irá calmando [...] (ET7).

[...] hay casos que simplemente con administrar el analgésico el dolor les pasa [...] (ET8).

[...] eh administrándole una medicación dependiendo del diagnóstico que tenga el paciente [...] (ET3).

[...] intervenimos con la medicación en ciertas ocasiones [...] (ET5).

El reconocimiento temprano del malestar en cuidados intensivos es esencial, evaluar individualizadamente permite determinar el enfoque terapéutico adecuado para abordar la incomodidad. La intensidad de la sensación desagradable es un factor determinante en la elección de medicamentos, como analgésicos: paracetamol, diclofenaco, ibuprofeno, ketorolaco y opioides: tramadol, morfina, y fentanilo, con efectos inmediatos o retardados (Dávila et al., 2020; Olmos et al., 2019).

El tratamiento del malestar en el modelo biomédico puede involucrar el uso de analgésicos prescritos por profesionales de enfermería. No obstante, en algunos casos, se pueden aplicar técnicas no farmacológicas que alivian el malestar sin necesidad de utilizar principios activos de medicamentos.

[...] inclusive en pacientes con más de 48 horas de evolución que presentan dolor o tienen esa sensación psicológica les aplico terapia placebo, voy les administro solución salina y les digo que es para el dolor, a veces hay pacientes que refieren dolor, dolor y dolor, pero que al utilizar efecto placebo se calma [...] (ET7).

[...] en el caso de que sea un dolor subjetivo que el paciente tenga pues se lo calma con medicación placebo [...] (ET3).

El manejo de la aflicción ha evolucionado considerando la relación interpersonal entre el personal de enfermería y el paciente, la implementación de intervenciones no farmacológicas como el efecto placebo y la combinación de terapias analgésicas. La participación activa del paciente en las decisiones de alivio del dolor también ha demostrado beneficios significativos (Gijón y Cobos, 2019; Laverdure et al., 2018).

Por otro lado, existen alternativas no farmacológicas que han dado resultados positivos en el alivio del dolor objetivo o subjetivo del paciente, según el testimonio del personal de enfermería.

[...] como es el calmar en si el dolor mediante el dialogo, mediante una apertura que se le da al paciente y que éste indique en si cual es el dolor que está sintiendo [...] (ET1).

“Eh tenido la experiencia de compartir hasta información personal con los pacientes para distraerlos y que el dolor se olvide [...] (ET2).

“Desde la disciplina de enfermería se ha desarrollado habilidades como calmar el dolor del paciente dándole confort, se conversa con el paciente, se le da indicaciones... se conversa acerca de su vida, de cómo es, hasta en un momento determinado en que el paciente deja de sentir ese dolor [...] (ET3).

[...] simplemente le hablamos, le decimos tranquila si, te va pasar el dolor, estarás bien [...] (ET5).

“Los médicos y enfermeras tomamos decisiones propias para solventar las dolencias subjetivas del paciente como por ejemplo visitas extras, sabemos que el paciente necesita de su familiar, tenemos un horario de atención para visitas, pero se hace lo posible para ayudar al paciente a volver a ver a su familiar fuera del horario establecido por el hospital, también hemos tenido la oportunidad de hacerles ingresar objetos, libros, de que puedan escuchar música, de tener una tablet para ver noticias, algún periódico para que pueda estar al tanto de lo que está pasando fuera omitiendo las políticas propias del hospital solo por beneficiar y contribuir a la calma del paciente [...] (ET6).

[...] uno implementa la escucha activa, conversa con el paciente le pregunta que le sucede, que tiene, como se siente y si está despierto pues responderá, también me pongo a contarle anécdotas, cosas de nuestras vidas y eso lo distrae, es como una terapia que hace que se olvide por un momento de lo que le acótese, y si me ha dado resultado, si funciona [...] (ET7).

[...] para mí el dolor más grande pasa con un abrazo o un apretón de mano” (ET8).

Un trato adecuado, escucha y respeto generan confianza en las personas, favoreciendo su cumplimiento del tratamiento y recuperación. Por otro lado, la deficiente comunicación enfermero, paciente y familia, trae consigo ansiedad, depresión, pena, sentido de vulnerabilidad y deterioro de la calidad de vida en el ser cuidado (Michelan y Spiri, 2018; Uno et al., 2017).

Las alternativas no farmacológicas en el alivio del dolor ofrecen beneficios significativos, como mejor manejo del mismo, reducción de la fatiga, afrontamiento del estrés, menor consumo de analgésicos y mejora emocional (Ruiz et al., 2021). Para Waldow (2014) Técnicas como la relajación, gestos compasivos y escucha activa son efectivas para aliviar el dolor.

Subcategoría 1.3: Abordaje de la dimensión emocional (desconexión).

“Eh tenido la oportunidad en la unidad de cuidados intensivos lo que se ve mayormente son pacientes sedados, entubados con quienes no podemos entablar una conversación pero pacientes que al igual que todos los demás son seres humanos, que aún pueden sentirnos, escucharnos y quienes aún tienen como decir un sentimiento algo que aunque no lo pueden expresar siguen en ellos [...] (ET4).

[...] lastimosamente aquí en unidad de cuidados intensivos no todos están despiertos, algunos están sedados, entubados y entonces no es la misma interacción pero de alguna manera en lo muy sedado que esté el paciente él de toda manera escucha” (ET2).

Evidentemente en la unidad de cuidados intensivos, los enfermeros son clave en la comunicación con los pacientes. Sin embargo, a menudo se descuida la importancia de observar las emociones debido a una perspectiva reduccionista. Esto afecta el manejo del dolor, abordándolo de manera aislada (Pérez Lucendo et al., 2023).

[...] primero ellos dejaron su mundo atrás, ellos tenían afuera del hospital una vida, están en un hospital con gente extraña, están encerrados, aislados, en cubículos, no pueden ver televisión, no pueden escuchar música, entonces más allá de la enfermedad lo que a ellos les provoca un tipo de angustia son todas estas situaciones mencionadas, por dejar la vida que estaban acostumbrados a tener, es como un choque que hay entre un día era feliz estando afuera y al día siguiente estar encerrado con gente que no conoces, no es fácil estar sobre 4 paredes, si uno como profesional va atender al paciente de mala gana o con una emoción diferente a la que se está presentando el paciente puede o no ponerse mejor” (ET6).

“Pienso también que el estar encerrado en 4 paredes en el que no sabes cuándo es de día o de noche le genera ansiedad a los pacientes [...] (ET7).

[...]al extrañar a sus hijos, a su esposo, a su mamá, entonces ese es un dolor que el ser humano expresa a primera instancia como paciente al despertar en cuidados intensivos, el estar encerrado , estar frente a desconocidos, también le genera esa angustia, me ha tocado que me acerco al paciente y lo encuentro llorando [...] (ET8).

La falta de conexión emocional en la unidad de cuidados intensivos genera intranquilidad en los pacientes. Vernaza et al. (2019) y Bello et al. (2017) señalan que los pacientes en la unidad de cuidados intensivos experimentan ansiedad, miedo, estrés y tristeza relacionados con su enfermedad y problemas socioeconómicos previos.

“A veces el estado de depresión es mucho más fuerte que la enfermedad, que calmando su depresión sale más pronto de la enfermedad, lo eh visto y palpado, y que cuando no se logra esto el paciente no sale de su cuadro [...] (ET6).

De esta manera considerar la esfera emocional del paciente mejora su experiencia y recuperación. Centrarse en el aspecto emocional del dolor ayuda a los profesionales de la salud a generar intervenciones multidimensionales (Michelan y Spiri, 2018; Corral, 2017).

Categoría 2: El manejo del dolor como expresión de los aspectos sustantivos del cuidado en la práctica profesional de enfermería.

Esta categoría nace de la segunda pregunta norteadora ¿El manejo del dolor que realizan los enfermeros, expresa los aspectos sustantivos de las concepciones descritas en el marco del cuidado como ejercicio profesional?; cabe destacar que esta categoría resulta las afirmaciones de Waldow (2014) para que el cuidado se concrete, los pacientes deben experimentar comodidad, seguridad y confianza en sus cuidadores, de manera que se perciban como seres humanos en lugar de objetos. En este sentido se perciben los siguientes relatos:

“Podría decir que la enfermera se ha destacado por ser más humanista, más empática con el paciente, porque es quien pasa más tiempo con él” (ET8).

“Existen profesionales de todo tipo, hay quienes son más ligado a lo objetivo y otros profesionales más a lo subjetivo, que se identifican más con el paciente, que se humanizan más con ellos y otros que son más distantes, depende de la personalidad de cada profesional o concepto que tengan ellos [...] (ET6).

[...] no dejarse llevar por la rutina , sino observar mejor al paciente, brindarle más al paciente sea afecto, cariño, no solo administrar una medicación y ya, no olvidar de que por sí ya están postrados en cama por una enfermedad, no hay que hacerlos pasar mal ratos hay que tratar de aliviar ese dolor subjetivo que tienen, esa pena [...] (ET2).

[...] no todo el personal de enfermería están siempre pendiente de cómo se siente el paciente, de saber si está dolorido o si quiere agua, de cosas que para ellos no son tan importantes, además de medicar” (ET4).

“Ya depende de cada profesional pero el humanismo es parte de nuestra carrera [...] (ET5).

[...] cuidado holístico siendo punto clave en la profesión” (ET2).

Los enfermeros en la práctica asistencial se destacan por su humanismo, empatía, responsabilidad y respeto, valores fundamentales en su labor profesional. La ética del cuidado es esencial en la práctica asistencial de enfermería. Adicionalmente, Montserrat (2019) reconoce la vulnerabilidad y dependencia del ser humano en momentos difíciles, requiriendo ayuda para buscar el bienestar. Colliere (1993) destaca la importancia del cuidado para mantener y sostener la vida, incluso sin tratamientos.

Ante las ideas planteadas, se requiere de un cuidador con valores éticos y características definitorias basadas en el marco del cuidado para este tipo de manejo. En este contexto, el enfermero juega un papel crucial, al lograr aliviar al paciente. Es representativa la siguiente subcategoría **2.1 Personalización del manejo del dolor.**

“Tenemos que ver las edades, no podemos tratar a un niño igual que a un adulto o adolescente, porque en si son diferentes, y así mismo cuando se está enfermo [...] (ET6).

[...] hay pacientes que en su fase ya de recuperación se tornan reacios, necios pero que de alguna manera también sienten y uno debería valorarlo bien para así establecer un cuidado individualizado respetando siempre sus creencias [...] (ET8).

Las percepciones y expresiones del individuo cuidado varían según diversos factores, entre ellos la edad. El profesional enfermero debe considerar esta variable al proporcionar cuidados individualizados para aliviar este de manera efectiva. El dolor es multifactorial y se ve influenciado por la edad, el sexo, el desarrollo neurológico, las percepciones, las expresiones, la cultura y las creencias. La intervención de enfermería aborda el dolor considerando las necesidades individuales. Las intervenciones personalizadas consideran

creencias, barreras, perfil sociodemográfico, estado de salud y recursos sociales (Parra et al., 2020; Esquivel et al., 2019; Wight et al., 2016; Mannion y Exworthy, 2017).

Subcategoría 2.2: Abordaje holístico del dolor en el cuidado

“Como parte de la intervención está el cuidado, como sabemos nosotros brindamos un cuidado holístico y este tiene que ser bien establecido y muy bien dirigido, los cuidados van a estar básicamente dados a la necesidad y al entorno en el que se encuentra el paciente [...] (ET1).

[...] yo lo primero que trato de identificar en un paciente a través de la valoración holística más allá de la valoración médica que solo aborda antecedentes patológico, es saber que es importante para ese paciente, es importante vivir para él o le da igual seguir con vida, cuáles son sus sueños, que es lo que más desea él después de salir glorioso de este tramo, de esa enfermedad, y desde allí uno se da cuenta con qué tipo de paciente está tratando” (ET6).

[...] abordar al paciente no solamente desde lo biológico sino un poco más profundo en sus sentimientos, que es algo fundamental en el ser humano, esforzarnos y preocuparnos un poquito más por los sentimientos de los pacientes, aunque no estén despiertos, pero siempre van a necesitarlos [...] (ET4).

“La importancia y esencia de Enfermería esta en valorar de forma holística al paciente, de involucrarse más en sus ámbitos espirituales, creencias, cultura [...] (ET7).

“Yo creo que Enfermería debería abordar en el cuidado del paciente la dimensión espiritual y el humanismo [...] (ET5).

En enfermería, se valora el enfoque holístico del cuidado, adaptado a las necesidades individuales. En la unidad de cuidados intensivos, la observación es esencial para comprender y abordar los desafíos, considerando aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales y culturales. Los principios de conservación del cuidado humano guían las intervenciones de enfermería en el fomento de la integridad del ser humano y su forma de adaptación. El cuidado abarca los aspectos físicos, sociales, mentales y espirituales del individuo (Waldow, 2008; Levine, 1967; Andrade et al., 2022).

Subcategoría 2.3: Actitud integral humanizada y empática en el manejo del dolor.

[...] simplemente con el tacto le hacemos sentir que están protegidos y que tienen en quien confiar, y eso es fiable para nosotros porque no estamos atendiendo a alguien solo acostado sedado, estamos atendiendo a un ser humano, contagiarse entre compañeros el humanismo, el entender al paciente desde muchas dimensiones, uno siente empatía con los pacientes casi siempre, a tal punto que se vuelve un amigo de él y cuando se ve su partida nos duele” (ET6).

[...] siempre tratamos de ponernos en las manos de la otra persona [...] (ET8).

[...] a veces con tan solo relacionarse un poquito más con el paciente no simplemente decirle el paciente de la cama tal, sino llamarlo por su nombre y apellido, conocerlo simplemente decirle ¿cómo esta señor? o decirle el nombre y apellido el paciente te reconoce, vayamos un poquito más allá, preguntándole cómo se siente, si tiene algún malestar en caso de estar despierto, si necesita algo más de nosotros, algo más en lo que podamos ayudar, siempre hay que tratar de seguir humanizando a la profesión, independientemente de si el paciente esté crítico o no” (ET2).

“yo en lo particular en cuanto a la empatía si me gusta ponerme en los zapatos del paciente, para el servir estamos....brindarle empatía le trasmite a ellos ese interés por parte de uno” (ET7).

Se trasluce en los testimonios la importancia de la humanidad en la enfermería, demostrando respeto y empatía hacia los pacientes. La humanización implica considerar el contexto familiar, social y cultural, y trascender lo técnico. Los pacientes valoran el respeto, el acompañamiento, la calidez, la comunicación y la escucha de los profesionales de enfermería, lo cual mejora su bienestar y fortalece la confianza en la atención recibida (Joven y Guáqueta, 2019; Michelan y Spiri, 2018; Durgun et al., 2015; Montealegre, 2014; Beltrán, 2009).

El cuidado humano en enfermería implica actitudes competentes y respetuosas para promover el bienestar y dignidad del paciente y su familia. En el manejo del dolor, el cuidado desempeña un papel crucial al brindar apoyo emocional y compasión (Waldow, 2014). Finalmente, la actitud integral y empática del enfermero implica reconocerse como un cuidador humano con valores y sentimientos, combinando el conocimiento y el cuidado armonioso.

Categoría 3: Barreras percibidas por profesionales de enfermería en las concepciones del dolor en el marco del cuidado

“Pienso que enfermería está perdiendo ese sentir humanístico y empático por muchos factores, uno principal creo yo que es la sobrecarga laboral, tal vez el tiempo que se predisponga [...] (ET6).

[...] el exceso de trabajo, a veces te toca estar trabajando una enfermera con 7 pacientes y no hay un cuidado de calidad, entonces ahí el enfermero se vuelve más mecánico [...] (ET8).

El personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos entrega más de la mitad de su tiempo durante el turno a un solo paciente, sin embargo esto se vuelve contraproducente cuando la asignación de pacientes aumenta al igual que las actividades en curso.

Subcategoría 3.1: comunicación paciente – enfermero - familia

[...] no todos son muy expresivos, también hay pacientes que hay que sacarles las palabras , tener un tino para poder profundizar , no todos son de mente abierta, son muy cerrados, entonces hay que tratar de tener un buen tino para poder profundizar con los pacientes y que nos comenten todas sus dolencias[...] (ET2).

[...] muchos mencionan querer ver a su familiar y en esa situación se trata de con el médico hacerles pasar un rato y pueda verlos, eso los calma [...] (ET6).

[...] creo yo que con el simple hecho de establecer una conversación corta bastaría por lo menos en calmar al paciente [...] (ET8).

La comunicación en las ciencias de la salud, se vuelve un instrumento de trabajo, en especial para enfermería al emplear sus cuidados, promoviendo satisfactoriamente un entorno de interacción y confianza con el ser por los servicios recibidos. Es necesaria la implementación de estrategias y habilidades de la comunicación efectiva en todos los servicios de salud, así como también el involucrar a la familia en el cuidado del paciente (Moraes et al., 2019; Rojas y González, 2018; Calcagno et al., 2015).

Subcategoría 3.2: Limitaciones de tiempo y carga de trabajo

[...] pienso yo que por el exceso de trabajo, el exceso de pacientes que tienen y que falta en este caso tiempo, no hay tiempo necesario como para ese apego con ese ser [...] (ET1).

[...] por el exceso de trabajo no se vea mucho el interés de los colegas por el sufrimiento del paciente” (ET4).

[...] a veces la sobre carga de trabajo te permite solamente decirle al paciente buenos días y hasta allí nomas, son varias cosas, son demasiadas cosas, por ejemplo donde estamos nos dejan a dos licenciadas amigo entonces ya te imaginarás, a eso súmale todas las actividades que hacemos es lo que pienso yo una de las principales causas que hace del profesional perder ese humanismo o volverlos fríos” (ET7).

Factores como la excesiva carga de trabajo, el tiempo limitado, temperatura inadecuada, supervisión y control excesivo de tareas, ritmo de trabajo exigente afecta de forma negativa las emociones y sentimientos del profesional enfermero para con el paciente, evidenciado más en el personal con mayor trayectoria laboral, lo que a largo plazo se torna una situación estresante. En este contexto, el estrés laboral repercute en la mayoría del equipo de enfermería en unidad de cuidados intensivos disminuyendo la calidad de vida de estos y en consecuencia la de los pacientes. Ante ello, es necesario desarrollar programas en prevención o reducción del estrés, de esta manera mejorará mucho la calidad de los cuidados brindados a los pacientes (Cobos et al., 2021; Belizario, 2021; Calderón y Rivas, 2021; Dos Santos et al., 2019).

Subcategoría 3.3: Falta de conocimiento y formación

“Esta situación nos genera agotamiento que en cierta parte nos limita a seguir actualizándonos en el manejo del dolor, porque bien conocemos los analgésicos pero no en todos los casos se debería administrar [...] (ET7).

[...] hay profesionales que se centran mucho en simplemente atender al paciente por inercia se podría decir, porque tiene que hacerlo, porque le toca el antibiótico porque toca medirle los signos vitales [...] (ET6).

[...] pienso que una forma de contribuir es mediante las charlas que se realizan en las áreas [...] (ET8).

En ciertas concepciones globales se cree que los enfermeros no poseen conocimientos adecuados en el tratamiento del dolor, las barreras preexistentes en su manejo tienen que ver con la falta de formación, el uso inadecuado de instrumentos de valoración y sus propias creencias, de igual forma para los enfermeros de cuidados intensivos se torna prioridad el compromiso vital de los pacientes ante que el confort, por otro lado para el profesional de enfermería es necesario tener bases técnicas-científicas sobre el manejo del dolor, que le permitirá ser eficaces al momento de identificar, evaluar y tomar medidas de alivio, adicionalmente actitudes favorables en su abordaje, (Goñi et al., 2021; Hernandez et al., 2018; Van et al., 2017; Kiekkas et al., 2014).

Subcategoría 3.4: Incertidumbre espiritual del profesional enfermero

“Hay colegas que es verdad no todos rezan, no todos oran pero de alguna u otra forma ven la manera de darle esperanza al paciente de que van a mejorar y alentarlos a salir adelante [...] (ET2).

[...] conozco compañeros que no tienen ningún tipo de fe y los he visto agarrar las manos a niños, ancianos en sus últimos minutos de vida, orando con ellos, repitiendo lo que los demás alrededor dicen, la oración que le está haciendo a Dios, he visto compañeros que se han negado también y me ha tocado hacerlo por ellos [...] (ET6).

La actitud espiritual enfermero se genera a partir de diversos factores como el estado civil, género, edad, estado económico, cultura e instrucción académica, para el profesional enfermero que labora en unidad de cuidados intensivos el bienestar espiritual se vuelve una fortaleza que apoya el mantenimiento de su salud mental y mejora la capacidad de respuesta ante escenarios de crisis. La relevancia de establecer cuidados espirituales se ve mediada por obstáculos como falta de tiempo, desconocimiento, desinterés, temor de rechazo y políticas institucionales (Ruiz, 2021; Lagoueyte y Uribe, 2019; Vargas et al., 2019).

Categoría 4: Perspectiva de Fernando Rielo: Explorando las intervenciones y concepciones del manejo del dolor por enfermeros. Surge de la pregunta norteadora ¿qué similitudes encuentra entre las concepciones acerca del manejo del dolor por los enfermeros y las intervenciones desde la perspectiva de Fernando Rielo?

[...] el paciente estuvo un buen tiempo con nosotros, lo que me marcó tanto fue cuando empeoró, hice una última oración porque todos sabíamos que ya estaba en sus últimos

días y lo que pedí fue Dios si es tu voluntad tenerlo entre tus brazos, de favor te pido que si tiene que partir que no lo haga en mi guardia [...] (ET6).

“Después de haber luchado por él, y sacarlos de su cuadro crítico, escucharlo de su boca decir, no hagan más déjenme morir, me quiero morir, si nos marca, allí uno trata de alentarlos y direccionarlos más a que Dios está con nosotros, que no reneguemos de él y que solo son pruebas para medir nuestra fuerzas como seres humanos [...] (ET8).

Los anteriores testimonios reflejan situaciones enmarcadas en la mística del manejo del dolor, por una parte se comprende la preocupación del enfermero en amor al cuidado, para lograr paz del ser ante la queja, agonía y muerte, y por otro lado, el desinterés del paciente por la vida que Dios concede. El vivir junto al dolor a corto o largo plazo en pacientes de cuidados intensivos, que en contexto genera diversas expresiones del ser, podría afianzarse con el alma y el espíritu.

De esta forma, Rielo (2012) describe cómo su alma busca un amor puro y maravilloso, pero se encuentra dividida por una daga espiritual que, aunque cause heridas, no deja de ser un amor con el que agoniza diariamente. Por otro lado, Tlhowe et al. (2017) asumen que la diversidad de significado del vivir espiritual comprende una expresión integral y altruista, dependiente de la consciencia humana que trasciende en la vida. En esta perspectiva, el amor y la misericordia son la óptica universal en la atención espiritual.

En la asistencia hospitalaria, el enfermero desempeña un papel fundamental al brindar atención centrada en el paciente. Actúa como intermediario entre situaciones estresantes, emociones, sentimientos y el surgir espiritual que el individuo experimenta en respuesta al padecimiento en salud. La perspectiva de Fernando Rielo sobre el dolor y el desarrollo espiritual se refleja en la espiritualidad como dimensión humana dinámica y significativa. Para los enfermeros, esto implica desarrollar su propia espiritualidad y promover la reflexión sobre el sentido de la existencia en los pacientes. Así, pueden identificarse con ellos y brindar cuidados más profundos, experimentando un crecimiento tanto profesional como personal (Alvarado et al., 2018; López, 2016).

Subcategoría 4.1: Sentir la proximidad del apoyo enfermero una forma de estar arropado ante el dolor

[...] hacerle ver al paciente sea sedado o despierto que no está solo y que Dios nos acompaña siempre [...] (ET2).

[...] le decimos tranquila si, te va pasar el dolor, estarás bien, respira despacio, todo estará bien y eso en él o ella calma o le da seguridad de que tiene alguien quien lo va ayudar en todo momento, de que alguien se compadece de su dolor” (ET5).

“Tenemos pacientes que ellos mismos te buscan, te dicen señorita, usted me da calma, me da paz, le motivamos a que son pruebas que Dios nos pone y que hay que salir adelante, los tranquiliza y los calma [...] (ET7).

[...] uno puede motivar al paciente a que hay una salida, a que todo ese proceso que está pasando es temporal, que ponga de su parte, porque una cosa es seguir las indicaciones del médico porque si y otra cosa es querer hacerlo con ganas [...] (ET6).

Las enfermedades alteran diversas dimensiones del ser humano. La dimensión externa se manifiesta a través de alteraciones corpóreas, malestar, dolor y cambios en los signos vitales. En cambio, la dimensión interna abarca aspectos invisibles como expectativas, esperanzas y temores relacionados con la enfermedad, la muerte y la vida después de ella, lo que vuelve al individuo más vulnerable (Waldow, 2014). En el ámbito de la salud, la vulnerabilidad se refiere a la susceptibilidad de las personas para enfrentar problemas en su bienestar. Los profesionales de enfermería deben mostrar solidaridad y empatía, al mismo tiempo que promueven la autonomía y fortaleza espiritual del paciente durante todo el proceso de salud-enfermedad (Toro et al., 2020; Gálvez y Mesta, 2020; Keen et al., 2017; Waldow, 2014; Torralba, 2002).

El enfermero, desde la perspectiva de Rielo, actúa como un espíritu que busca promover paz y alivio ante el dolor del paciente. De este modo, el espíritu del enfermero actúa como mediador entre el alma del cuidador y del paciente, con el objetivo de alcanzar el bienestar (Rielo, 1968 citado por Sánchez y Vanegas, 1989).

Subcategoría 4.2: Fortaleciendo la Fe y Esperanza para valorar la vida: descubrir el amor divino

“Una experiencia que me marcó y me ayudo a comprender y fortalecer mi fe en Dios y que él lo calma todo, calma el dolor y sana la enfermedad, es un caso de un bebe recién nacido muy crítico, invadido, súper inestable, pero a pesar de todo la mamá tenía mucha fe en Dios, que su bebito a pesar de lo que los médicos decían su bebe iba a salir, yo le decía también que tenga mucha fe y pida a Dios. Estuvo como un mes en el cual iba progresando poco a poco, a tal punto que el bebé salió y vivió. Yo como enfermera a pesar de todo, tengo mucha fe en Dios, la fe mueve montañas a pesar de que la ciencia diga una cosa, la fe lo puede todo” (ET5).

[...] en particular eh aprendido agradecer tanto a Dios por la vida que me da, por la salud y el trabajo, y así mismo agradecer y bendecir a todos, a quienes están pasando por alguna necesidad, enfermedad o dolor y que se haga siempre su voluntad” (ET6).

[...] refugiarse en Dios siempre nos va a traer calma en cualquier situación de la vida [...] (ET7).

Los testimonios recabados en esta investigación reflejan un aspecto fundamental en la práctica enfermera: la presencia de la fe y la esperanza en el contexto del cuidado de los pacientes. Al mismo tiempo, los enfermeros demuestran una profunda creencia en las bondades y la presencia de Dios en la vida del ser doliente y en la de todos los seres humanos. Esta dimensión espiritual se destaca como un elemento significativo en la profesión, brindando fortaleza y sentido en la ruta hacia el bienestar y la sanación. Por lo tanto, la comprensión de esta perspectiva puede enriquecer y orientar las prácticas de enfermería hacia un enfoque más integral y humano.

La fe humana es un pilar esencial en nuestras vidas, impulsando nuestras creencias y acciones diarias. Su manifestación divina trasciende nuestras limitaciones y nos conecta con lo espiritual. Aunque no comprendamos todo, podemos creer en el amor de Dios y encontrar sentido en medio de las incertidumbres de la vida, como señala Pereira (2022).

Jesús presentó el donum fidei como una gracia de su resurrección, invitando a creer sin ver. Para Riello, este don promueve una relación íntima con Cristo, permitiendo sentir su divinidad, amor y humanismo. Así pues, la fe en Dios se convierte en una firmeza en su realidad

y se manifiesta en una praxis de amor, tal como lo sostienen las referencias de Pereira (2022) y las enseñanzas de Rielo (2017). Esta idea encuentra eco en las palabras del apóstol Juan, quien destaca que el amor va más allá de amar a Dios, ya que Él nos amó y envió a su Hijo para perdonar nuestros pecados mediante el sacrificio. Por tanto, el amor no es solo una expresión de palabras hacia el prójimo, sino una acción significativa, como lo describe Pereira (2022) y lo fundamenta la referencia bíblica en 1 Juan 4:10.

Desde la perspectiva del enfermero, esta manifestación de amor a Dios se manifiesta a través del cuidado y servicio a los pobres y enfermos, enfatizando valores como la solidaridad, el respeto a la vida y el amor, tal como lo postula Rielo (2017) y Quintero (2001). Al hacerlo de manera beatífica, el enfermero trasciende como un ser de luz en la vida del paciente, dejando atrás una visión mecánica y deshumanizada de la profesión. Es importante resaltar que en el contexto de la enfermedad, el individuo deja de ser sujeto para convertirse en paciente, y su percepción cambia hacia la posibilidad de morir y la urgencia de resolver asuntos personales, alterando su sentido de existencia, como lo sostiene Waldow (2014).

“Eh visto en pacientes sobre todo en pacientes que están conscientes que se aferran a Dios y a la vida pese al dolor que genera su enfermedad, que inclusive te llaman y te piden orar, licenciada quiero orar, son pocos los pacientes que te piden pero bueno se los acompaña en su momento de oración, sucede en todas partes, en todo el hospital [...] (ET5).

[...] hay quienes se aferran a la vida y por ende se regocijan en Dios, que aceptan el diagnóstico que les está dando el médico, intentan acercarse más a Dios porque ellos sienten que él los va a sanar, ellos lo toman así y los eh escuchado decir, es una prueba que Dios nos ha colocado y que vamos a salir glorioso de ello, así como también hay pacientes que a pesar de tener fe intacta en Dios, cuando se enteran de algo lo primero que se preguntan es porque a mí, porque Dios me está castigando, que fue lo que yo hice mal para que Dios me esté dando este tipo de castigo” (ET6).

“Hay pacientes que por ejemplo, no creen en Dios pero cuando se ven frente a la enfermedad o tienen dolor allí buscan a Dios, unos que se cambian de religión, ven a Dios como una salida, como una forma de sanación [...] (ET8).

Enfermería implica misericordia y caridad, ya que el cuidar es una acción inherente en la vida con el propósito de mantener la continuidad del vivir y luchar contra la muerte

(Quintero, 2001; Colliere, 1993). Sin embargo, la situación frustrante o el temor a morir debido al padecimiento actual pueden transformar la creencia en Dios y la conciencia del ser, llevándolo a un encuentro evolutivo con el dolor. Según Rielo (2012), el dolor se convierte en un valor celestialmente incalculable y está presente en la vida mientras la muerte sigue siendo una realidad inherente al ser humano.

En función de lo planteado, Rielo (2012) contradice a Thomas Mann al afirmar que el ser humano, impulsado por la bondad y el amor, no debe permitir que la muerte ejerza influencia sobre sus pensamientos. Según Rielo, la muerte representa liberación, éxtasis y ascensión, brindando la oportunidad de un encuentro directo con el Padre, el Hijo, el Espíritu Santo y todos los bienaventurados que disfrutaban del celestial paraíso. En sus palabras, "el amor es maestro, el dolor, discípulo" (p. 101). El filósofo insinúa una relación singular entre el amor y el sufrimiento como elementos formativos en la vida del individuo.

Subcategoría 3: El arma celestial del cuidado en el dolor: la importancia de la oración en la práctica de enfermería

“Yo siento que en el área de UCI uno escucha la oración más sincera para Dios y que se vuelve una oportunidad de encontrarse con él, no solo el paciente sino también yo como profesional [...] (ET6).

[...] hemos tenido esa bonita experiencia en este caso de poder orar por ellos, de rezar talvez y en su momento cuando se dio con sus familiares [...] (ET2).

“Eh tenido casos en el que los pacientes han estados súper inestables con pronóstico muy malo, y lo que eh hecho es tomar sus manos, hacer una oración, no con ellos por lo que no están en un estado despierto, pero en lo que eh hecho es la oración por ellos, pedir a Dios que sea él quien tome el control de todo, que se haga su voluntad y pues muchas veces han sido tanto una respuesta favorable como otras veces Dios ha decidido simplemente llevárselos [...] (ET4).

[...] yo en el dolor del paciente eh aplicado la oración, me eh reunido con familiares, personas alrededor y con el paciente, hemos orado y el dolor físico más bien se ha calmado, y no solamente con el dolor sino también orar por la enfermedad en sí, y eh tenido casos que si han salido, se han recuperado del todo [...] (ET5).

Las intervenciones de enfermería abordan la dimensión espiritual enraizada en el amor divino con la práctica de la oración, un recurso celestial en la atención médica. La oración alivia dolencias del paciente y su familia, brindando apoyo constante (Henao y Quiñonez, 2019; Castañeda y Guerrero, 2019). Es un puente que conecta al ser humano con lo divino, buscando gloria y bienestar. Representa la renuncia a depender solo de uno mismo, combatiendo orgullo y pecado, e intercediendo ante el Padre (Espinoza, 2023; Ávila et al., 2020).

Jesús se presenta como el arquetipo y guía en la oración, siendo "el camino, la verdad y la vida; nadie llega al Padre sino por él" (Juan 14:5-6). Sus enseñanzas fortalecen el crecimiento espiritual del enfermero y dirigen las oraciones hacia el alivio del sufrimiento de aquellos bajo su cuidado. Según Rielo (2012), la oración encarna el susurro del amor, un profundo canal de comunicación con lo divino, manifestado con autenticidad por el creyente al evocar la fe, el amor y la misericordia. Tanto el enfermero como el paciente convergen al expresar peticiones relacionadas con la salud, uniendo sus voces en busca de alivio y sanación. En resumen, la oración enriquece la atención médica con una dimensión trascendental y proporciona apoyo espiritual.

Categoría 5: La inspiración espiritual y humanista de Fernando Rielo en el cuidado del dolor

[...] uno puede contagiarse de un espíritu bueno en lo posible que contribuya al bienestar del paciente" (ET6).

Rielo (2012) considera al dolor como una gloria en respuesta al Cristo crucificado y resucitado. En su apartado "dolor meus, gloria mea," (p.80) lo interpreta como una expresión del amor divino hacia los seres humanos. Para él, es posible amar tanto a alguien que incluso puede generar sentimientos dolorosos. Según Rielo, el ser humano consta de cuerpo, alma y espíritu, y el cuerpo es una gracia de Dios, reflejando las experiencias del alma. El espíritu juega un papel importante al dirigir y mediar estas decisiones del alma. En el contexto de una unidad de cuidados intensivos, el enfermero cuida y vela por los pacientes, atendiendo sus dolencias en todos los niveles: cuerpo, alma y espíritu.

El enfermero adquiere sabiduría de instituciones educativas, lo que enriquece su entendimiento y se aplica al brindar cuidados, impactando positivamente en la vida del paciente. Trabaja por amor al prójimo, sacrificando tiempo y vida familiar, especialmente en unidades de cuidados intensivos. Frente al dolor, busca incansablemente estrategias para

aliviarlo. Estas acciones diarias pueden causar agotamiento y enfermedades, pero el profesional sigue impulsado por el amor hacia sus pacientes.

Finalmente, la perspectiva del filósofo inspira la ciencia de la enfermería, especialmente en el cuidado del dolor. Tanto el profesional de enfermería como el paciente experimentan sensaciones dolorosas, relacionadas con la vida y la muerte. El enfermero, como mediador espiritual, alivia el dolor del enfermo y lo ayuda en su proceso de recuperación y bienestar. También puede guiar al paciente en su búsqueda de paz y trascendencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El objetivo planteado en el estudio accedió a develar concepciones de profesionales enfermeros referentes al manejo del dolor del ser cuidado a la luz de Fernando Rielo. Compartieron sus ideas y experiencias guiadas en un marco conceptual en la asistencia hospitalaria.

Los participantes reconocieron que no existe únicamente el dolor físico sino que muchas de las veces el dolor subjetivo es más evidente en el ser y frente a las experiencias compartidas destacan alternativas eficaces del cese del dolor, entre ellas farmacológicas y no farmacológicas, en la cual la administración de analgésicos podría utilizarse solo en casos necesarios, pero que prioritariamente intervenciones como la valoración holística, la consideración del estado emocional, escucha activa, actitud humanística y empática del enfermero, la conexión espiritual con Dios y el amor al cuidado son acciones que calman las dolencias del ser.

Del mismo modo, desde la perspectiva de Fernando Rielo, el acompañamiento espiritual enfermero, la fe en Dios, el amor a lo divino, el amor al prójimo y la oración se vuelven acciones fortalecidas en el manejo del dolor dentro del marco del cuidado enfermero – paciente – familia.

Por otro lado, los sujetos también expresaron experiencias negativas tales como: la deficiente comunicación enfermero – paciente - familia, falta de tiempo laboral, exceso de asignaciones en el trabajo, falta de formación y conocimiento en el manejo del dolor, descuido espiritual enfermero, apatía, mismas que se torna barreras cotidianas del enfermero en la búsqueda de calmar el sufrimiento del ser cuidado.

En concordancia con los resultados del estudio se recomienda educar continuamente al enfermero en alternativas del alivio del dolor, adicional involucrar la participación activa de la iglesia en la formación espiritual de profesionales de enfermería, así como también visitas de misioneros in situ en los lugares de trabajo que fomenten el desarrollo espiritual del enfermero, esto permitirá construir una mejor perspectiva del cuidado espiritual en el abordaje del dolor, debido a que siendo el principal cuidador es quien favorece el bienestar del ser en todas sus dimensiones.

Finalmente el autor concluye que el manejo del dolor del ser cuidado por profesionales de enfermería es amplio e individualizado, va de la mano con el desarrollo espiritual enfermero y las perspectivas de Fernando Rielo, de modo tal, que el cuidador se vuelve un ente de luz para el paciente, acompañándolo en todas las fases de su vida, brindándole alivio, bienestar y paz frente al dolor.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcántara Montero, A. y Pacheco de Vasconcelos, S. (2022). Abordaje farmacológico del dolor neuropático: pasado, presente y futuro. *Revista de Neurología Española*, 74(8), 269-279. <https://neurologia.com/articulo/2021381>
- Alfonso Cuellar, J., Ramos Martínez, D. y Ochoa Lopez, D. (2018). Manejo del dolor por medio de tratamientos no farmacológicos. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 17(2), 127-135. Doi: <https://doi.org/10.30788/RevColReh.v17.n2.2018.260>
- Alvarado Valle, E., Rodríguez Jiménez, S., Cárdenas Jiménez, M. y Pacheco Arce, A. L. (2018). El cuidado espiritual un camino para trascender en la razón de ser de la Enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(1), 56–61. <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadelInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2018/vol26/no1/9.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. (20 de Octubre de 2008). *Constitución de la republica del Ecuador*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/CONSTITUCI%C3%93N_449_20-10-2008.pdf
- Andrade Dias, J. A., Meira Oliveira, Z., dos Anjos Santos, F. P., Santana dos Santos, A. D., Pereira Caldas, C. y Fonseca Kestenberg, C. C. (2022). Aplicabilidad de la Teoría Holística en la asistencia e investigación en enfermería: un estudio reflexivo. *Index de Enfermería*, 30(1–2), 70–74. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962021000100016&script=sci_arttext#B4
- Arias Gómez, J., Villasis Keever, M. y Miranda Novales, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755023011>
- Avila Sansores, G. M. y Casique Cacique, L. (2007). Diagnóstico y cuidado enfermero en el sufrimiento espiritual. *Desarrollo científico de Enfermería*, 15(5), 231-236. <http://www.index-f.com/dce/15pdf/15-231-0506.pdf>
- Balestrini Acuña, M. (2006). *Cómo se elabora el proyecto de investigación* (7ma ed.). Caracas: BL Concultores Asociados.

https://www.academia.edu/32672800/Como_Se_Elabora_El_Proyecto_de_Investigacion_Ballestrini_7ma

- Belizario, J. (2021). Factores estresores en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas hospitalarias. *Revista Innova Educación*, 3(3), 97-108. Doi: <https://doi.org/10.35622/j.rie.2021.03.006.es>
- Bello Villanueva, A. M., Benítez Lara, M. y Oviedo Trespalacios, O. (2017). Características del dolor, aspectos psicológicos, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor de espalda crónico en una ciudad de Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 45(4), 310-316. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rca.2017.07.002>
- Beltrán Salazar, O. A. (2009). La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*, 9(1), 27-37. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100003&ln
- Bendaña, J. (2020). Dolor neuropático: actualización en definiciones y su tratamiento farmacológico. *Revista Médica de Honduras*, 88(1), 48-51. Doi: <https://doi.org/10.5377/rmh.v88i1.11591>
- Bermejo Cayamcela, D. M., Álvarez Ochoa, R. I., Lliguisupa, V., ordero Cordero, G., Garcés Ortega, J. P., Rodríguez Cardenas, C. S., . . . Quillupangui Ramón, S. (2019). Tratamiento del dolor postquirúrgico en el servicio de traumatología en un hospital de segundo nivel. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 14(2), 196-204. <https://www.redalyc.org/journal/1702/170263775013/170263775013.pdf>
- Bilbeny, N. (2019). Dolor crónico en Chile. *Revista Médica Clínica los Condes*, 30(6), 397-406. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.08.002>
- Caetite Santos, J., Da Silva Sena, A. y Manzoli dos Anjos, J. (2022). Espiritualidade e religiosidade na abordagem a pacientes sob cuidados paliativos. *Revista Bioética*, 30(2), 382-390. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302534PT>
- Calcagno Gomes, G., Modernel Xavier, D., Campelo Pintanel, A., Ribeiro Farias, D. H., Lerch Lunardi, V. y Ribeiro Aquino, D. (2015). Meanings attributed by family members in pediatrics regarding their interactions with nursing professionals. *Revista da Escola de*

Enfermagem, 49(6), 953-959. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600011>

Calderón Ardila, A., Bravo Gómez, M. y Rivera Carvajal, R. (2022). Efectos de una intervención de enfermería en el control del dolor posoperatorio del paciente adulto. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000100003

Calderón Izaguirre, G. K. y Rivas Díaz, L. H. (2021). Factores laborales y nivel de estrés en enfermeras de centro quirúrgico. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192021000400013&script=sci_arttext

Calderón Gómez, C. (2009). Assessing the Quality of Qualitative Health Research: Criteria, Process and Writing. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 10(2). Doi: <https://doi.org/10.17169/fqs-10.2.1294>

Capdevila, X. (2019). Pain management through multimodal analgesia in the ICU. *ICU: management and practice* (Vol. 19, pp. 6–8). Francia. HealthManagement. https://healthmanagement.org/uploads/article_attachment/icu-v19-i1-xavier-capdevila-pain-management-through-multimodal-analgesia-in-the-icu.pdf

Cárdenas, N. (6 de Diciembre de 2018). *Fernando Rielo, un hombre dedicado a Cristo*. UTPL <https://noticias.utpl.edu.ec/fernando-rielo-un-hombre-dedicado-a-cristo>

Castañeda Flores, T. y Guerrero Castañeda, R. F. (2019). Espiritualidad en adultos mayores hospitalizados, oportunidad de cuidado para enfermería: aproximación cuantitativa. *Revista Cuidarte*, 10(3). Doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.724>

Cobos López, G., Soriano Torres, Á. y Seijo López, M. L. (2021). Estrés laboral en Enfermería de Cuidados Críticos. *Revista Científico Sanitaria*, 5(4), 74-85. https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v5_n4_a9.pdf

Coello, C. y Veletanga, J. (24 de Octubre de 2022). ¿Cuánto impacta el dolor crónico en la calidad de vida de los ecuatorianos? *Edicionmedica*. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/-cuanto-impacta-el-dolor-cronico-en-la-calidad-de-vida-de-los-ecuatorianos--99738>

- Colaizzi, P.F. (1978) Psychological research as the phenomenologist sees it. En R. S. Valle y M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48 – 71). New York : Oxford University Press.
- Colliere, M. F. (1993). *Promover a vida*. Málaga: McGraw-Hill.
- Corell Doménech, M. (2019). Terapeutas alternativos en México y la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014 - 2023: Comunicación, creencias y factores socio - económicos. *Perspectivas de la comunicación*, 12(1), 59-77. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48672019000100059>
- Corral Cuartas, Á. (2017). En busca de la dimensión intencional de las emociones y los estados de ánimo. *Ideas y Valores*, 66(3), 47-80. doi: <https://doi.org/10.15446/ideasyvalores.v66n3Supl.65636>
- Consejería de Sanidad de Madrid. (2020). *Estrategia de atención al dolor*. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/program/bvcm017980.pdf>
- Dávila Cabo de Villa, E., Morejón Hernández, J. y Acosta Figueredo, E. (2020). Dolor y analgésicos. Algunas consideraciones oportunas. *Medisur*, 18(4), 694–705. <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4742>
- De Oliveira Pegoraro, M. M. y Paganini, M. C. (2019). Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. *Revista Bioética*, 27(4), 699-710. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274353>
- Delgado Bravo, G., Roca Mesa, M., Vences Farfán, J. y Borbor Perero, R. (2022). Manejo del dolor en paciente crítico. En *Recimundo*, 6(3), 487 – 496. <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1854/2208>
- Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., . . . Gera. (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), 825–873. Doi: 10.1097/CCM.0000000000003299.

- Do Prado, M. L., De Souza, M. d. y Carraro, T. E. (2008). *Investigación Cualitativa en Enfermería: conceptos y bases conceptuales* (9na ed.). Washington: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51581>
- Do Prado, M. L., De Souza, M. d., Monticelli, M., Cometto, M. C. y Gomez, P. F. (2013). *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51587>
- Dos Santos Moura, R., Carvalho Saraiva, F. J., da Silva Lima Rocha, K. R., dos Santos, R. M., Rodrigues da Silva, N. A. y Melo Albuquerque, W. D. (2019). Estrés, burnout y depresión en los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Global*, 18(2), 79-123. Doi: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.337321>
- Durgun Ozan, Y., Okumuş, H. y Aytakin Lash, A. (2015). Implementation of Watson's Theory of Human Caring: A Case Study. *International Journal of Caring Science*, 8(1). <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4-Lash%20-%20Original.pdf>
- Espinoza Ventura, S. S. (2023). *La oración como un medio de comunicación con Dios*. [Tesis de especialidad, Universidad Católica Sedes Sapientiae]. <https://acortar.link/D3OjW>
- Esquivel Garzón, N., Díaz Heredia, L. P. y Cañon Montañez, W. (2019). Intervenciones adaptadas en personas con enfermedad cardiovascular: hacia un abordaje de enfermería para el cuidado individualizado. *Revista Cuidarte*, 10(3). Doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.947>
- Fernández Miranda, R. y Jiménez Gómez, I. (2021). Observación participante y enfoques emic/etic en la comunicación de la ciudadanía organizada. En R. Eguizábal Maza, y I. Jiménez Gómez, *Herramientas metodológicas para el estudio de la comunicación* (pág. 20). Madrid: Fragua. <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/d101b67f-719c-4590-bce6-fdbdf7d7b161/content>
- Freire Zurita, D. A., Cobos Calle, J. I. y Ortíz Segarra, J. I. (2022). Percepciones y prácticas tradicionales para el manejo del dolor reumático en la comunidad “Las Lagunas”,

- Saraguro 2018. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca*, 39(3), 11-20. Doi: <https://doi.org/10.18537/RFCM.39.03.02>
- Gálvez Cerdán, S. R. y Mesta Delgado, R. d. (2020). La comunicación y apoyo emocional en enfermería desde la perspectiva del familiar del paciente crítico en un hospital público, Chiclayo 2019. *ACC Cietna*, 7(1), 65-74. Doi: <https://doi.org/10.35383/cietna.v7i1.358>
- Gijón Villanova, L. y Cobos del Moral, E. J. (2019). El Efecto Placebo: Revisión bibliográfica sobre estudios de dolor. *Revista Científico Sanitaria*, 3(2), 18-30. . https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v3_n2_a3.pdf
- Gónima, E. (2019). Educación sobre el manejo del dolor en Colombia. *Revista Dolor*, 8(2), 67-75. https://dolor.org.co/biblioteca/revistas/Revista8_2.pdf
- González Echevarría, A. (2010). La dicotomía emic/etic. Historia de una confusión. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 31(121), 257-269 https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-39292010000100009
- González Rey, F. y Patiño Torres, J. F. (2017). La Epistemología Cualitativa y el estudio de la subjetividad en una perspectiva cultural-histórica. Conversación con Fernando González Rey. *Revista de Estudios Sociales*, 1(60), 120-127. Doi: <https://doi.org/10.7440/res60.2017.10>
- Goñi Viguria, R., Salas, V., Martín, I., Arteche, Y. y Tainta, M. (2021). Conocimientos y actitudes de las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos acerca del dolor de los pacientes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 43(2), 177-187. Doi: <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0872>
- Grunenthal. (2023). *Clasificación del dolor*. http://cuerpomedicorebagliati.org/portal/files/Change_Pain_Doc_1_final.pdf
- Guerrero Castañeda, R. y Chávez Urías, R. (2020). Momento de cuidado, un encuentro fenomenológico entre enfermera y persona cuidada: reflexión en Watson. *Cultura de los cuidados* 24(58), 7-18. doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.02>

- Guerrero Liñeiro, M y Gómez López, M. (2019). Estudio nacional sobre prevalencia, características e incapacidad asociada al dolor en la población colombiana. *Revista Dolor*, 8(1), 6-12. https://dolor.org.co/biblioteca/revistas/Revista%208_1.pdf#page=17
- Guevara Alban, G. P., Verdesoto Arguello, A. E. y Castro Molina, N. E. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Recimundo*, 4(3), 163-173. <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/860/1363>
- Hämäläinen, J., Kvist, T., Koota, E. y Kankkunen, P. (2022). Nurses' Perceptions of the Management of Acute Pain in Emergency Departments: Cross-sectional Study. *Clinical nurse specialist*, 36(5), 254-263. Doi: 10.1097/NUR.0000000000000694
- Henaó Castaño, A. y Quiñonez Mora, M. (2019). Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico. *Enfermería Intensiva*, 30(4), 163-169. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.10.005>
- Hernández Sampieri, R. (2018). *Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas* (1era ed.). México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
- Hernandez Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández Terrazas, L. E., Díaz Oviedo, A., Martínez Licon, J. F. y Gaytan Hernández, D. (2018). Educação em enfermagem no cuidado humanizado. *Escola Anna Nery*, 22(1). Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0275>
- Husserl, E. (2012). *La idea de la Fenomenología*. (J. A. Escudero, Trad.) Barcelona: Herder. <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/joyce/idea.pdf>
- Intriago, J. y Villavicencio, M. (2020). *Percepción del personal de enfermería sobre la espiritualidad durante su formación*. [Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil].

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/54033/1/1632-TESIS-INTRIAGO-VILLAVICENCIO-LIC.LINA%20CALDERON.pdf>

- Jeremías. (2005). Nueva promesa de restauración. En San Pablo, *Biblia Latinoamericana* (págs. 636 - 637). Madrid: Editorial Verbo Divino. <https://www.sanpablo.es/biblia-latinoamericana/la-biblia/nuevo-testamento/primer-cart-a-los-corintios/6>
- Jimenez Barrera, M. (2021). Formación del docente de Enfermería en metodologías activas de aprendizajes: ¿Es necesario en los saberes?. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(3), e3634. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2021000300019#aff1
- Joven, Z. M. y Guáqueta Parada, S. R. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería*, 37(1). Doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>
- Keen, A., McCrate, B., McLennon, S., Ellis, A., Walls, D. y Jones, S. (2017). Influencing Nursing Knowledge and Attitudes to Positively Affect Care of Patients with Persistent Pain in the Hospital Setting. *Pain Management Nursing*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.04.002>
- Kiekkas, P., Gardeli, P., Bakalis, N., Avdulla, C., Tzourala, G. y Konstantinou, E. (2014). Predictors of Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Postoperative Pain in Greece. *Pain Management Nursing*, 18(3), 137-143. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.02.002>
- Lagoueyte Gómez, M. I. y Uribe Velásquez, S. P. (2019). La espiritualidad como fuente de inspiración para el cuidado de enfermería. *Cultura del cuidado* , 16(1), 61-74. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5846>
- Laverdure Dupont, D., Rainville, P., Renancio, C., Montplaisir, J. y Lavigne, G. (2018). Placebo analgesia persists during sleep: An experimental study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 13(85), 33-38. Doi:10.1016/j.pnpbp.2018.03.027
- Lazaro Gutierrez, R. (2021). Entrevista estructuradas, semi-estructuradas y libres. Análisis de contenido. En J. M. Tejero Gonzalez, *Técnicas de investigación cualitativa en los*

ámbitos sanitario y sociosanitario (pág. 28). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. <http://hdl.handle.net/10578/28525>

- López Sevillano, J. (2016). Concepción del dolor en la poesía de Fernando Rielo. *Revista de estudios medicos humanistico*.
<https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/download/342/273/>
- Mannion, R. y Exworthy, M. (2017). Making the Procrustean Bed? Standardization and Customization as Competing Logics in Healthcare. *International Journal of Health Policy and Management* 6(6), 301-304. Doi:10.15171/IJHPM.2017.35
- Meneses Falcón, C. y Úcar Ventura, P. (2021). El lenguaje en prostitución: uso, intención y significados de algunas palabras y expresiones. *Revista Estudios*, (43). Doi: <https://doi.org/10.15517/re.v0i43.49337>
- Michelan, V. C. y Spiri, W. C. (2018). Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 372-378. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0485>
- Montealegre Gómez, D.C. (2014). Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. *Revista Cuidarte*, 5(1), 679-688. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732014000100012
- Montserrat Busquets, S. (2019). Descubriendo la importancia ética del cuidado. *Folia humanística* (12), 20–39. Doi: <https://doi.org/10.30860/0053>
- Moraes Tavares, M., Gomes Coelho, P. T. y Rêgo Lopes, T. M. (2019). Percepção da família sobre a assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva adulta. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 8(1), 17-22. Doi: <https://doi.org/10.26694/2238-7234.8117-22>
- Moreira Corgozinho, M., Oliveira Barbosa, L., Pereira de Araújo, I. y Ferreira de Araújo, G. (2020). Dolor y sufrimiento desde la perspectiva de la atención centrada en el paciente. *Revista bioética*, 28(2), 249 – 256. doi:10.1590/1983-80422020282386

- Muñoz Devesa, A., Morales Moreno, I., Bermejo Higuera, J. C. y Galán González, J. M. (2014). La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index de Enfermería*, 23(3), 153-156. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008>
- Newman, J. (2021). *Discursos sobre la fe* (4ta ed.). (J. Morales, Trad.) Madrid: Ediciones RIALP S.A. <https://acortar.link/yeSoni>
- Nordness, M., Hayhurst, C. y Pandharipande, P. (2021). Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. *Journal of Pain Research*, 21(14), 1733 - 1744. <https://acortar.link/OrhH1b>
- Olmos, M., Varelab, D. y Klein, F. (2019). Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2) , 126 – 139. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-con-des-202-pdf-S0716864019300215>
- Organización Mundial de la Salud (22 de diciembre del 2022). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Osorio Garcia, M. (2020). Vivencia de las profesoras de enfermería en la enseñanza del cuidado. *Revista Universitaria Identidad Bolivariana*, 5(1). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8377981.pdf>
- Parra Giordano, D., Cuadro Maturana, V., Nies Moraga, R., Pávez Castro, C., Romero Torres, M. y Seoane Cabezas, C. (2020). Percepción de las Enfermeras frente al manejo del dolor en niños en un Servicio Oncológico Hospitalario en Chile. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(2), 85–99. Doi: <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.2094>
- Peñaloza Rojas, A., Contreras Barreto, K., Beltrán Hernández, G. y Michilena Osio, B. (2018). Conocimientos de enfermería: manejo del dolor. *Revista Conecta Libertad*, 2(2), 26–35. <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/64>
- Pereira Ríos, D. (2022). ¿Hemos conocido el amor de Dios? Una invitación a revisar nuestra experiencia fundante. *Revista de Educación Religiosa*, 2(4). Doi: <https://doi.org/10.38123/rer.v2i4.217>

- Pérez Lucendo, A., Piñeiro Otero, P., Matía Almudévar, P., Alcántara Carmona, S., López López, E. y Ramasco Rueda, F. (2023). Estrategias de analgesia, sedación, delirium y confort individualizado en el enfermo crítico: Una revisión narrativa. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.redar.2023.03.001>
- Pérez, J. (2021). Grupos de discusión. En J. M. Tejero González, *Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario* (pág. 18). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/28531/06%20TECNICAS-INVESTIGACION-WEB-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pineda, E., Alvarado, E. y Hernandez de Canales, F. (2008). *Metodología de la investigación*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51580>
- Quintero Laverde, M. C. (2001). Enfermería en el mundo cristiano. *Aquichan*, 1(1), 42-45. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972001000100012
- Raile Alligood, M. (2018). *Modelos y Teorías de Enfermería* (9ª ed.). España: Elsevier. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=560252>
- Raja, S., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., y Gibson, S. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982 doi:10.1097/j.pain.0000000000001939
- Research, I. F. (2015). Metaphysics. *Proceedings Sixth World Conference on Metaphysics* (pág. 1190). Madrid: Editorial Fundación Fernando Rielo. http://romemetaphysics.org/wp-content/uploads/Actas_VICongresoMundialMetafi%CC%81sica.pdf#page=209
- Rielo, F. (2012). *Fernando Rielo: un diálogo a tres voces* (2da ed.). (M.-L. Gazarian, Ed.) Madrid: Fundación Fernando Rielo.
- Rielo, F. (2017). *Cristo y su sentido de empresa*. Madrid: Fundación Fernando Rielo.

- Rodríguez Díaz, J. L., Galván López, G. P., Pacheco Lombeida, M. X. y Parcon Bitanga, M. (2019). Evaluación del dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias por enfermería. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(1), 53-63. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552019000100053&script=sci_arttext&tlng=pt
- Rodríguez Jimenez, S., Cárdenas Jimenez, M., Pacheco Arce, A. y Ramirez Perez, M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria* 11(4), 145-153. <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v11n4/v11n4a5.pdf>
- Rodríguez Sabiote, C., Lorenzo Quiles, O. y Herrera Torres, L. (2005). Teoría y practica de analisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 15(2), 133-154. <https://www.redalyc.org/pdf/654/65415209.pdf>
- Rojas Izquierdo, M. M. y González Escalona, M. E. (2018). Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud. *Educación Médica Superior*, 32(3). <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1511/706>
- Ruiz Romero, M., Guerra Martín, M., Álvarez Tellado, L., Sánchez Villar, E., Arroyo Rodriguez, A. y Sánchez Gutiérrez, M. (2021). Terapias no farmacológicas para el dolor crónico no oncológico: percepciones de los pacientes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(1), 61-69. Doi: <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0927>
- Ruiz-Roa, S. L. (2021). Bienestar espiritual de enfermeros de las unidades de cuidado intensivo en pandemia. *Ciencia y Cuidado*, 18(2), 8-18. Doi: <https://doi.org/10.22463/17949831.2849>
- Sánchez, J. y Venegas, G. (1989). Un saber acerca del hombre. *Revista Jabega* 65(1989), 33-36. <http://hdl.handle.net/10486/675948>
- Sánchez, F. y Vanegas, G. (2020). *Fernando Rielo: Una Biografía Intelectual*. Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/8724177.pdf>
- Schuller, K. y Dunson-Dillard, T. (2023). Pain management: A deeper look at rural and urban nurses' perceptions and experiences. *The Journal Of Rural Health*, 39(2), 320-327. Doi: <https://doi.org/10.1111/jrh.12742>

- Seybold, K. (2007). Physiological Mechanisms Involved in Religiosity/Spirituality and Health. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 303 - 309. Doi:10.1007/s10865-007-9115-6
- Secretaria Nacional de Planificación. (2021). *Plan de creacion de oportunidades*.
https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan-de-Creaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado_compressed.pdf
- Tamayo, M. (2007). *El proceso de la investigación científica*. México: Editorial Limusa S.A.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227860/El_proceso_de_la_investigacion_cientifica_Mario_Tamayo.pdf
- Tlhowe, T., Du Plessis, E. y Koen, M. (2017). Strengths of families to limit relapse in mentally ill family members. *Journal of interdisciplinary health sciences*, 22(2017), 28-35. Doi: <https://doi.org/10.4102/hsag.v22i0.1019>
- Toro López, J. R., Gallardo Castro, M., Torrijos Molini, J. A., García Durán, A. y Rodríguez Oliva, M. S. (2020). Importancia de la empatía en el estado de salud. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, (103), 10-17.
https://www.researchgate.net/publication/338558937_Importancia_de_la_Empatia_en_el_Estado_de_Salud
- Torralba, A., Miquel, A. y Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa Pain Proposal. *Revista de la sociedad española del dolor*, 21(1). Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000100003>
- Torrey, T. (2020). *Acute and Subacute Pain Differences*.
<https://www.verywellhealth.com/acute-and-subacute-2615141>
- Uno, M., Tsujimoto, T. y Inoue, T. (2017). Perceptions of nurses in Japan toward their patients' expectations of care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(1), 58-62. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.12.005>
- Van Dijk, J., Schuurmans, M., Alblas, E., Kalkman, C. y Van Wijck, A. (2017). Postoperative pain: knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3500-3510. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13714>

- Vargas Escobar, L. M., Guarnizo Tole, M., Tovar Pardo, M. F. y Rojas Pérez, C. M. (2019). Tendencias de investigación en torno al cuidado espiritual de enfermería: Revisión de la literatura. *Revista de investigación en salud de la universidad de Boyacá*, 6(1), 145-169. Doi: <https://doi.org/10.24267/23897325.304>
- Vélez León, P., Placencia Tapia, M. y Carrera Herrera, X. (2019). *La familia en el contexto social. Estudios sobre el contexto familiar desde la educación y la bioética*. Loja: Ediloja Cia. Ltda.
- Vernaza Pinzón, P., Posadas Pérez, L. y Acosta Vernaza, C. (2019). Dolor y emoción, una reflexión para el profesional en ciencias de la salud. *Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud*, 16, 145-155. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2639>
- 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*, 27(4), 232-233. doi: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>
- Waldow, V. R. (2014). Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería*, 23(4), 234-238. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300009>
- Waldow, V. R. (2008). *Cuidar: expresión humanizadora de la enfermería*. (F. Daniel, y J. Estela, Trads.) México: Palabra ediciones. <https://es.scribd.com/document/360713513/Waldow-Cuidar-Expresion-Humanizadora>
- Walpole, R. y Myers, R. (1996). *Probabilidad y Estadística* (4ta ed.). México: McGraw-Hill.
- Watson, J. (2011). *Human Caring Science. A Theory of Nursing*. Boston: Jones & Bartlett Learning.
- Watson, J. C. (2022). Dolor crónico. Merck Sharp and Dohme: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-neuro%C3%B3gicos/dolor/dolor-cr%C3%B3nico>
- Wight, D., Erica, W., Ruth, J. y Doi, L. (2016). Six steps in quality intervention development (6SQuID). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 70(5). Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2015-205952>

8. ANEXOS

Anexo 1: Cronograma de trabajo de titulación

Tabla 1. Cronograma del trabajo de titulación 2023

N°	Cronograma	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep
1	Desarrollo del Plan									
2	Elaboración del marco teórico									
3	Elaboración de la metodología									
4	Aplicación de instrumentos									
5	Análisis de los testimonios y construcción de categorías - subcategorías									
6	Constatación de los resultados									
7	Elaboración del informe final del Trabajo de Titulación									
8	Disertación del posgrado									

Fuente: William Padilla.

Anexo 2. Recursos

Tabla 2. Recursos

Recursos	Cantidad	Valor unitario	Valor total USD
GASTOS			
Humano			
Estudiantes*	1		0
Costos Operacionales (materiales)**			
Resma de papel.	1	4	4
Copias	350	0,05	17,5
Carpetas	2	0,35	0,7
Galon de Gasolina	25	2,4	60
Comida	10	3	30
Anillados de borradores	6	2	12
Inversiones (tecnológicos)**			
Computadora	1	1200	1200
Impresora	1	300	300
Cartuchos Tinta	3	10	30
Pen drive	1	12	12
Gestión (mes)**			
Internet mensual	1	22,5	22,5
Teléfono	1	10	10
Reproducción de escritos °			
Informe Final (Anillado)	1	10	10
Cd's	6	0,5	3
Subtotal			1711,7
Imprevistos 5%			85,59
TOTAL:			1.797,29
INGRESOS			
Fuente de Ingresos			
Recursos propios			249,36
IECE			2000
TOTAL:			2.249,36

Fuente: William Padilla.

Anexo 3. Guía de entrevista semiestructurada

Instrumento de recolección de datos

Concepciones sobre manejo del dolor en el ser cuidado en profesionales enfermeros: legado de Fernando Rielo

I. Introducción

Un cordial saludo, gracias por la voluntad de estar presente en esta sesión, la misma tiene como finalidad recolectar información acerca de las concepciones del manejo del dolor del ser cuidado en profesionales de enfermería: legado de Fernando Rielo. Los datos proporcionados por usted, serán mantenidos en reserva mediante el anonimato. Agradeciéndoles de antemano su gentil colaboración.

II. Datos generales

Nombres completos _____

Edad _____ años cumplidos.

Sexo: F () M ()

Estado Civil: Soltera/o () Casada () Unión libre ()

Religión creyente: Cristianismo () Judaísmo () Islam () Otros ()

Congregación religiosa: Católico () Evangélico () Testigo de Jehová ()

Otros: _____

Formación académica: Licenciado () Magister () Doctor () Especialista ()

Institución y área en la que labora:

Cargo: _____ Años de labor: _____

III. Datos específicos: Pregunta generadora del instrumento

1. Detalle ¿Qué concepciones ha desarrollado usted acerca del manejo del dolor del ser cuidado desde la disciplina enfermería?
2. ¿El manejo del dolor que realizan los enfermeros, expresa los aspectos sustantivos de las concepciones descritas en el marco del cuidado como ejercicio profesional?
3. ¿Qué similitudes encuentra entre las concepciones acerca del manejo del dolor por los enfermeros y las intervenciones desde la perspectiva de Fernando Rielo?

IV. Cierre de la sesión

Se le agradece el tiempo brindado en este encuentro, recordándole que la información brindada es confidencial.

Muchas gracias.

Anexo 4. Consentimiento informado para la recolección de datos**Concepciones sobre manejo del dolor en el ser cuidado en profesionales enfermeros: legado de Fernando Rielo**

Ciudad: _____

Fecha: _____

Yo _____ con CI _____ en calidad de (Profesión) _____, declaro que he sido informado e invitado a participar libre y voluntariamente del proceso de recolección de datos para el trabajo en mención por el investigador Lic. William Manuel Padilla Palma.

Acepto a participar y me comprometo a responder las preguntas que se me realice en honor a la verdad. Autorizo durante la entrevista me sea grabada/o por video o audio teniendo en cuenta que los datos obtenidos serán única y exclusivamente manejados por el investigador del proceso con carácter confidencial sin reproducción a terceros, como también la utilización de los mismos para fines pertinentes.

Firma: _____

C.I: _____

Anexo 5. Matriz de codificación

Tabla 3. *Primera matriz de análisis: codificación a posterior y significado*

Número de código	Color	Significado
C1	Verde Lima	Experimentando un nivel de dolor, intervención del enfermero para el alivio y control de manera eficaz
C2	Amarillo	Valoración exhaustiva del dolor y los factores asociados, como el sufrimiento espiritual e intensidad del dolor
C3	Turquesa	Considerado alternativas en la terapia del dolor
C4	Azul	El enfoque holístico en el manejo del dolor, considerando y atendiendo las necesidades emocionales del paciente
C5	Verde azulado	Atención integral brindada a los pacientes, implicancia de estrategias y técnicas adecuadas
C6	Rojo	Características individuales, preferencias y necesidades del paciente para proporcionar un cuidado específico y efectivo para aliviar el dolor
C7	Fucsia	Falta de personalización en el manejo del dolor
C8	Gris claro	Obstáculos percibidos por los profesionales de enfermería en las concepciones del dolor en el marco del cuidado
C9	Oliva	Interacción paciente- enfermero significancia
C10	Azul Grisáceo	Gestión del tiempo y carga laboral por parte del enfermero
C11	Naranja	Nivel de conocimiento y formación del profesional enfermero en el área específica de estudio
C12	Púrpura	Exploración integral y efectiva de las intervenciones y concepciones del manejo del dolor por parte de los enfermeros desde la perspectiva de Fernando Rielo
C13	Verde menta	Enfoques propuestos por Fernando Rielo aplicados en el manejo del dolor, comprensión y efectividad de las intervenciones
C14	Beige	Aplicación efectiva de la inspiración espiritual y humanista de Fernando Rielo en el cuidado del dolor, principios y valores
C15	Rosado	Inspiración espiritual y humanista en el cuidado del dolor, integración y comprensión de los principios y valores propuestos por Rielo.

Fuente: Análisis de los datos del estudio.

Elaborado por: William Padilla.

Tabla 4. Segunda matriz de análisis: Categorías y subcategorías definidas a posteriori

Categoría	Subcategoría
Perspectivas del profesional de enfermería en el manejo integral del dolor en pacientes de cuidados intensivos	Evaluación del dolor y factores asociados: sufrimiento espiritual, umbral del dolor. Alternativas en la terapia del dolor: farmacológicas y no farmacológicas. Abordaje de la dimensión emocional (desconexión). Personalización del manejo del dolor
El manejo del dolor como expresión de los aspectos sustantivos del cuidado en la práctica profesional de enfermería.	Abordaje holístico del dolor en el cuidado Actitud integral humanizada y empática en el manejo del dolor. Comunicación paciente – enfermero - familia
Barreras percibidas por profesionales de enfermería en las concepciones del dolor en el marco del cuidado	Limitaciones de tiempo y carga de trabajo Falta de conocimiento y formación Incertidumbre espiritual del profesional enfermero Sentir la proximidad del apoyo enfermero una forma de estar arropado ante el dolor
Desde la perspectiva de Fernando Rielo: Explorando las intervenciones y concepciones del manejo del dolor por enfermeros	Fortaleciendo la Fe y Esperanza para valorar la vida: descubrir el amor divino El arma celestial del cuidado en el dolor: la importancia de la oración en la práctica de enfermería
La inspiración espiritual y humanista de Fernando Rielo en el cuidado del dolor	

Fuente: Análisis de los datos del estudio.

Elaborado por: William Padilla.

Anexo 6. Perfil sociodemográfico y académico de los participantes del estudio

Tabla 5. Perfil sociodemográfico y académico de los participantes del estudio

Seudónimo	Edad en años	Género	Religión / Congregación	Nivel de educación	Lugar de labor actual	Área de labor	Años de servicio
ET1	53	Femenina	Cristiana Católica	Enfermera especialista en cuidados intensivos	Hospital Luis Vernaza	UCI	30
ET2	28	Masculino	Cristiano Católico	Licenciado en enfermería	Hospital Luis Vernaza	UCI	5
ET3	54	Femenina	Cristiana Evangélica	Licenciada en enfermería	Hospital Luis Vernaza	UCI	20
ET4	25	Femenina	Cristiana Evangélica	Magister en gestión del cuidado con mención en unidades de emergencias y unidades de cuidados intensivos	Hospital Luis Vernaza	UCI	2
ET5	45	Femenina	Cristiana Católica	Licenciada en enfermería	Hospital Luis Vernaza	UCI	20
ET6	25	Femenina	Cristiana Católica	Licenciada en enfermería	Hospital Clínica Panamericana	UCI	2
ET7	42	Femenina	Cristiana Católica	Licenciada en enfermería	Hospital Luis Vernaza	UCI	15
ET8	40	Femenina	Cristiana Católica	Licenciada en enfermería	Hospital Luis Vernaza	UCI	20

Fuente: Guías de entrevista semiestructurada del estudio, datos proporcionados por los entrevistados.

Elaborado por: William Padilla

Anexo 7. Periodicidad de palabras en los testimonios. ATLAS. Ti versión 2022

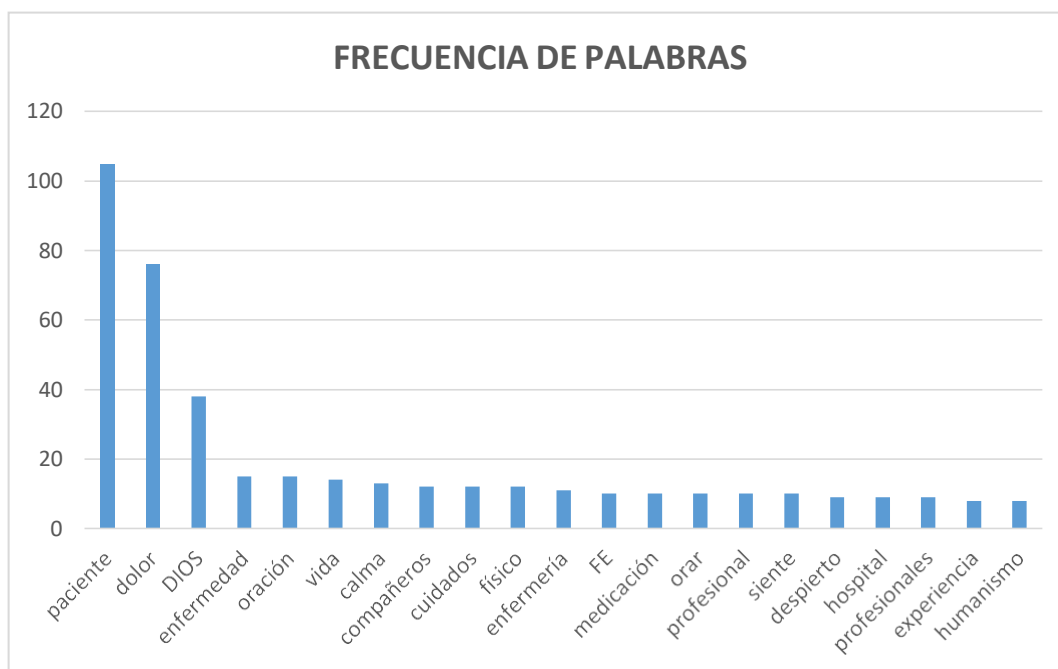


Ilustración 1 . Periodicidad de palabras en los testimonios. ATLAS. Ti versión 2022

Anexo 8. Frecuencia de palabras adaptadas a la nube. ATLAS. Ti versión 2022

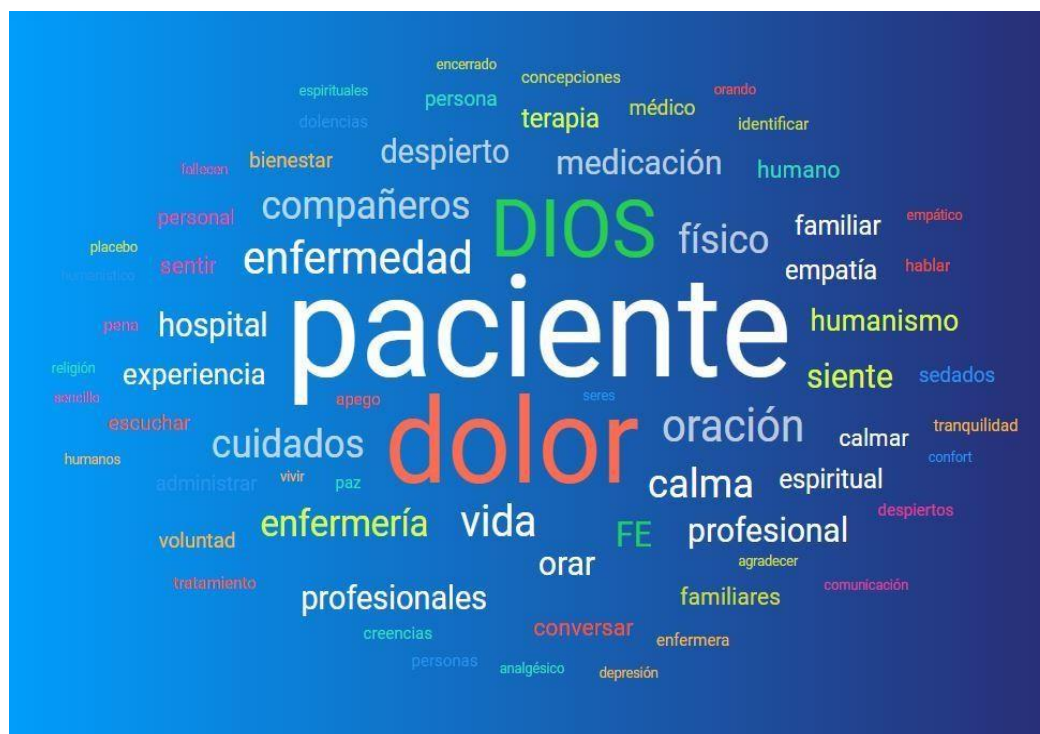


Ilustración 2. Frecuencia de palabras adaptadas a la nube. ATLAS. Ti versión 2022

Anexo 9.



Ilustración 3. Categoría 1: Perspectivas del profesional de enfermería en el manejo integral del dolor en pacientes de cuidados intensivos. ATLAS. Ti versión 2022

Anexo 10.

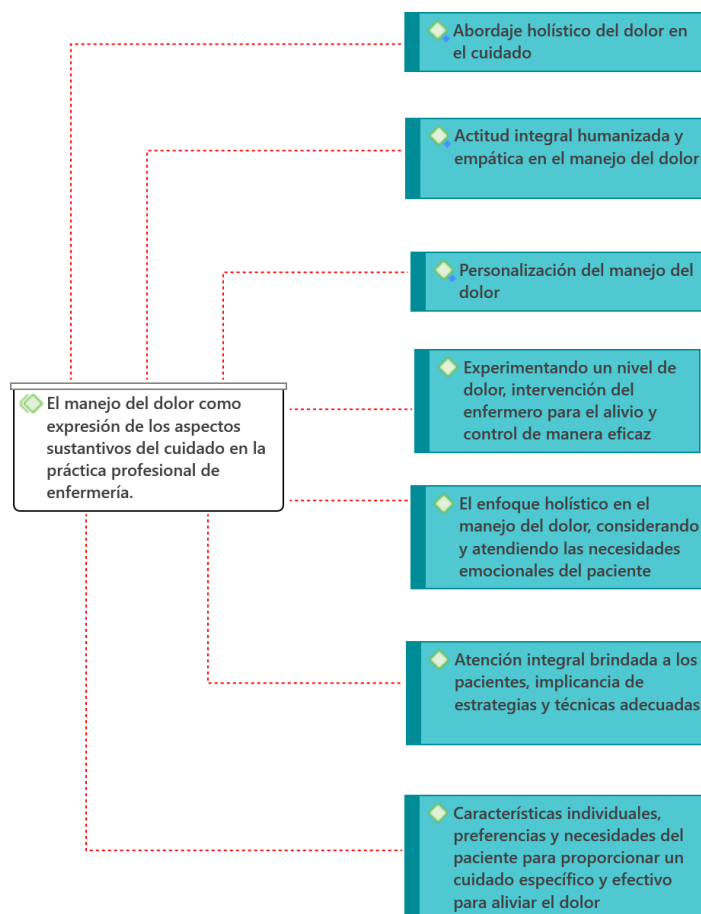


Ilustración 4. Categoría 2: El manejo del dolor como expresión de los aspectos sustantivos del cuidado en la práctica profesional de enfermería. ATLAS. Ti versión 2022

Anexo 11.

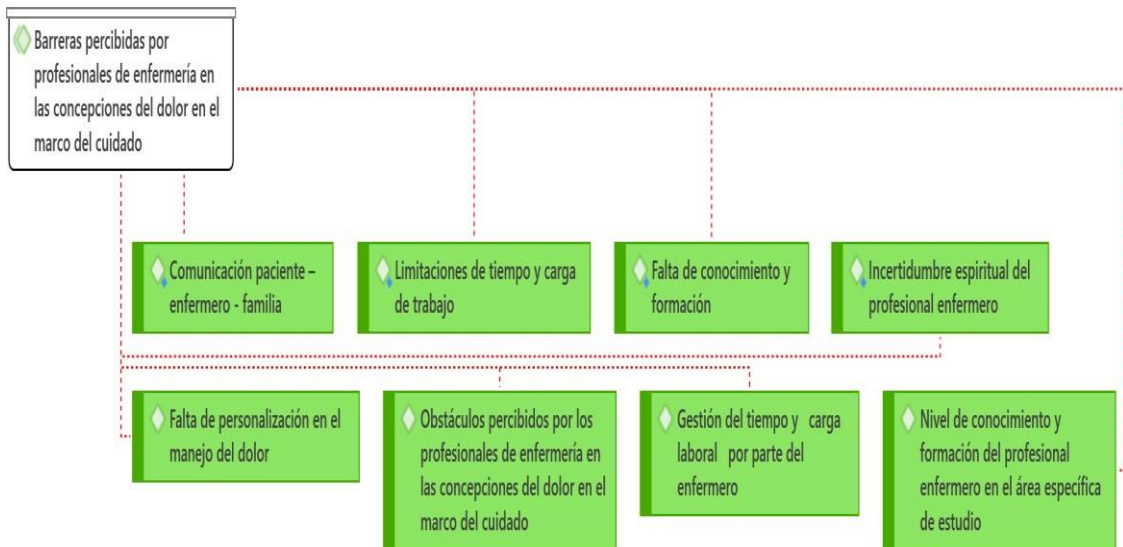


Ilustración 5. Categoría 3: Barreras percibidas por profesionales de enfermería en las concepciones del dolor en el marco del cuidado. ATLAS. Ti versión 2022

Anexo 12.

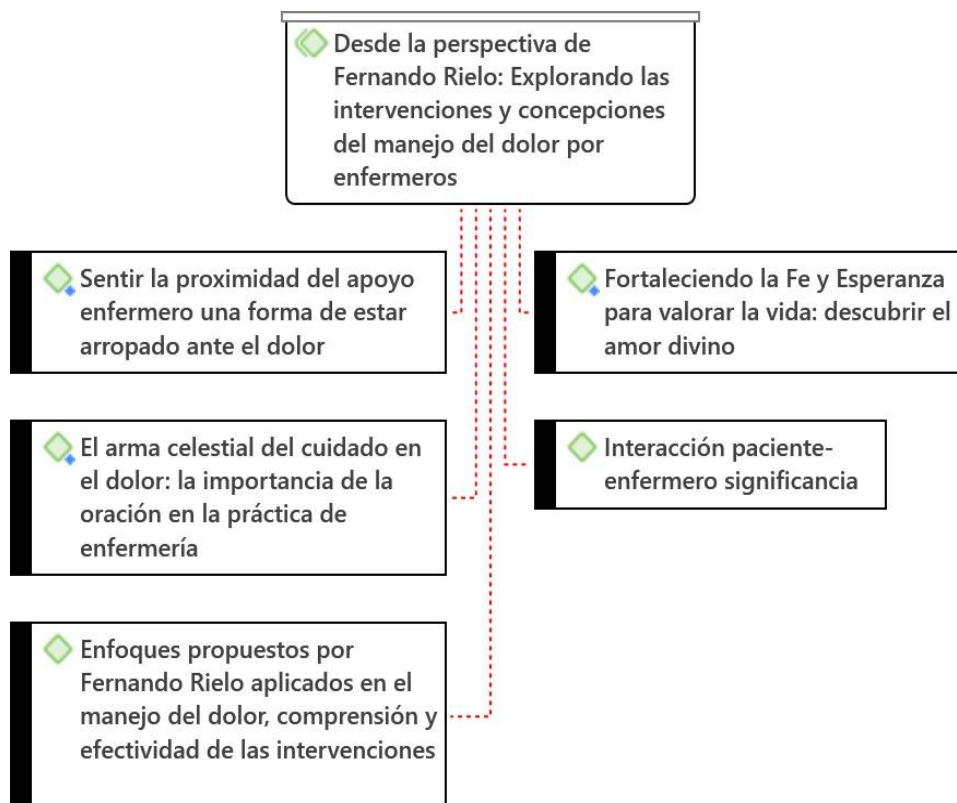


Ilustración 6. Categoría 4: Perspectiva de Fernando Rielo: Explorando las intervenciones y concepciones del manejo del dolor por enfermeros. ATLAS. Ti versión 2022

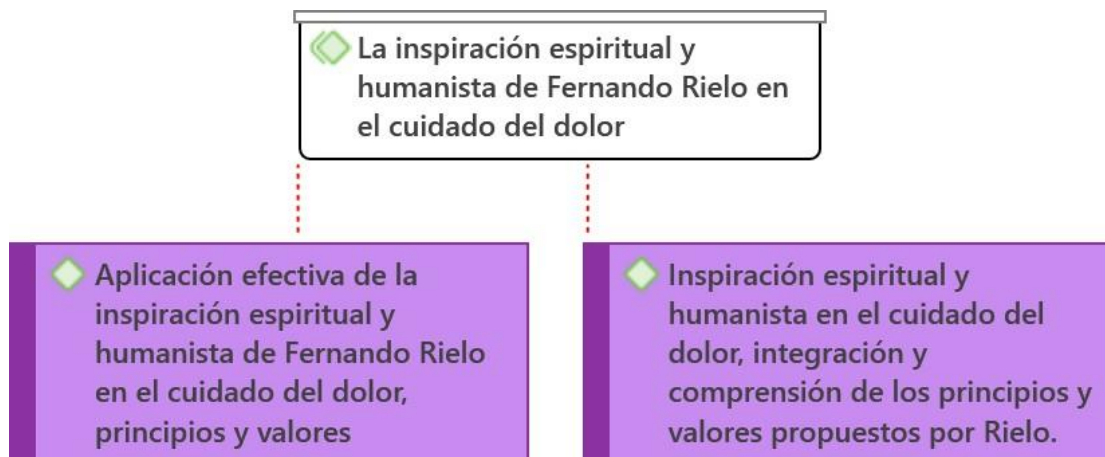
Anexo 13.

Ilustración 7. Categoría 5: La inspiración espiritual y humanista de Fernando Rielo en el cuidado del dolor. ATLAS. Ti versión 2022