

**MANEJO MULTIMODAL DEL DOLOR EN PACIENTES CON
ANTECEDENTES DE CONSUMO HABITUAL DE DROGAS EN LA REGIÓN
METROPOLITANA EN 2026**

REALIZADO POR: CATALINA BELTRÁN FUENTES
NASTASSJA ALTMAN FUENTES
PAULA BAEZA JERIA
CATALINA HENRÍQUEZ RODRIGUEZ
FERNANDA SAAVEDRA BARSBY

Tesis presentada a la Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad del
Desarrollo para optar al título profesional de Enfermería

PROFESOR GUÍA:
Sr. MARCELO OVALLE LIZANA

Julio, 2026

SANTIAGO

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

AGRADECIMIENTOS

Para las personas que enseñan sin saber que lo hacen.

A mi Mamá y Vicente, que me enseñaron que la empatía nunca es una debilidad, sino la forma más valiente de mirar al otro. A mi Papá, que me mostró que el mundo siempre es más grande de lo que creemos y por darme la oportunidad de conocerlo con sus distintas realidades. A Luiz, gracias por ser el lugar al que siempre quiero volver, gracias por sostenerme incluso cuando yo misma dudaba, por creer en mis sueños como si también fueran tuyos y por recordarme, cada día, que amar también es impulsar al otro a convertirse en quien está destinado a ser. Y a Fer, Cata, Naty, Pau y Marti, gracias por recordarme que la Enfermería también regala familia, las admiro profundamente y agradezco a la vida por haberlas traído a mi camino.

- Catalina Henríquez Rodríguez

A mis padres, por ser el pilar incondicional de este camino. A mi Mamá, por su amor infinito, por cocinarme, acompañarme, por cada palabra de aliento que me sostuvo en las noches difíciles y por sostenerme incluso en los momentos en que ni ella misma podía. A mi Papá, por acompañarme en cada minuto de la carrera, por esperarme con ansias cada fin de semana y por calmar mis pensamientos en minutos de ansiedad. A ambos, gracias por estar cuando más lo necesite.

A mi hermana, por su paciencia en mis momentos difíciles, acompañarme y escucharme. A Juancrí, por cada beso, apoyo y pie de limón en mis semanas de certámenes. Y a mis amigas, por las risas que aliviaron el estrés y por caminar juntas hasta esta meta, me enseñaron que es la amistad y lo bonito que se siente.

Con todo cariño, gracias por creer en mí.

- Catalina Beltrán Fuentes

Ningún sueño se construye en soledad, y este logro también pertenece a quienes me acompañaron y creyeron en mí durante todo este camino.

A mi mamá, gracias por tu amor incondicional, por creer siempre en mí, incluso cuando yo no lo hacía, y por enseñarme, con tu ejemplo, a levantarme una y otra vez, a ser fuerte y a nunca dejar de luchar por mis sueños. Todo lo que soy y todo lo que he logrado es por ti. A mi papá, por permitirme conocer esta hermosa profesión y despertar en mí el amor por la enfermería. Y a mis amigas, porque sin ustedes nada

de esto habría sido posible. Gracias por cada día compartido, por estar en los momentos más difíciles, por las risas, el apoyo incondicional y por hacer de este camino una experiencia inolvidable.

- Nastassja Altman

En primer lugar, a mi mamá y mi papá, que me dieron todo lo necesario para lograrlo e hicieron lo posible para no rendirme, por las tardes en las que solo quería dejarlo y por las miles de veces que tuvieron que recordarme de lo que estoy hecha. A Benjamín, por darme el cariño y ser mi lugar seguro en momentos de intranquilidad, por recordarme mi valor por sobre lo académico e incentivar mi curiosidad. A mi Suzie, por acompañarme durante largas noche de trabajos interminables, por limpiarme siempre las lágrimas con tu lengüita y por siempre querer cuidar mi sueño mandándome a dormir contigo.

Por último, y no menos importante, a mis amigas; Cata, Naty, Catita, Pau y Marti, por siempre enseñarme cosas nuevas, apoyarme en mis locuras, reírse conmigo y mostrarme otra forma de amar con el corazón. Siempre las llevaré conmigo.

- Fernanda Saavedra Barsby

“Si he logrado ver más lejos, es porque me he subido a hombros de gigantes” Isaac Newton

A mi Gaitopin, que siempre vivirá en mi corazón. A mis padres y hermano, por los buenos momentos compartidos. A mis suegros, por hacerme parte de su familia y por cuidar a lo más preciado que tengo. A mis amigas, por enseñarme que la verdadera amistad va más allá de un número; son las hermanas que nunca pensé encontrar. A mis hijos, Burbuja y Puntito, por ser mi motor, mis compañeros de estudio, mi gran orgullo y mis verdaderos maestros de vida. Y a mi Pollito, por nuestra hermosa familia, por amarme a través del tiempo y el espacio, por creer en mí y guiarme en cada faceta; gracias por acompañarme a lograr mis sueños, que también son nuestros sueños.

- Paula Baeza Jeria

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
ÍNDICE.....	5
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
OBJETIVO GENERAL	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
METODOLOGÍA.....	19
PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS	27
DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIÓN.....	53
REFERENCIAS	55
ANEXOS	65
Pauta de entrevista	65
Consentimiento informado	67
Acta de aprobación Comité de ética	69

RESUMEN

Introducción: La presente investigación indaga el manejo del dolor utilizado por profesionales de enfermería en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas hospitalizados en servicios médico-quirúrgicos de la Región Metropolitana durante 2026. Surge ante la ausencia de protocolos estandarizados a nivel nacional, situación que obliga a basar las decisiones en el juicio clínico y la experiencia. **Metodología:** Se desarrolló un estudio cualitativo, descriptivo, de estudio de caso, con perspectiva holística e inductiva. Participaron 10 profesionales de enfermería seleccionados mediante muestreo opinático. La información se recolectó mediante entrevistas semiestructuradas y se analizó mediante análisis narrativo de contenido. **Resultados:** El manejo farmacológico se caracteriza el uso de AINES, tramadol y coadyuvantes psicotrópicos debido a la tolerancia farmacológica observada. Las estrategias no farmacológicas contribuyen a disminuir la ansiedad, favorecer la contención emocional, aunque son percibidas insuficientes para aliviar el dolor físico. Las principales dificultades se identifican las limitaciones de las escalas tradicionales de valoración del dolor, la incongruencia entre el autorreporte, la evaluación clínica, la sobrecarga asistencial, la ausencia de protocolos específicos y la persistencia del estigma clínico. **Discusión:** Los hallazgos coinciden con la evidencia sobre tolerancia farmacológica, juicio clínico y estigma, pero difieren de la literatura que respalda el manejo multimodal, ya que las intervenciones no farmacológicas regulan principalmente la ansiedad sin aliviar significativamente el dolor. **Conclusión:** El manejo del dolor depende del juicio clínico y la experiencia de enfermería, evidenciando la necesidad de protocolos específicos, abordaje interdisciplinario y atención humanizada, basada en evidencia y libre de prejuicios.

Palabras

clave:

Atención de Enfermería – Manejo del dolor – Consumidores de Drogas – Dolor – Investigación Cualitativa

INTRODUCCIÓN

El presente informe se elabora con el propósito de indagar el manejo utilizado por el personal de enfermería en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas más prevalentes en Chile, específicamente en los servicio médico-quirúrgico de la Región Metropolitana durante el año 2026. La finalidad de esta investigación surge a raíz de la ausencia de un protocolo estandarizado para el manejo del dolor en pacientes con consumo habitual de las drogas más prevalentes en Chile. Donde cada profesional de enfermería aplica estrategias en base a su propio juicio clínico, experiencia y formación. Esta situación puede o no influir en la calidad y eficacia del cuidado brindado, lo que justifica la necesidad de explorar y sistematizar dichas prácticas para promover una atención más coherente y basada en evidencia.

Este estudio busca aportar evidencia que permita visibilizar el manejo utilizado por el personal de enfermería, así como también recomendaciones y dificultades, con el objetivo de fortalecer estrategias de cuidado y contribuir a una atención más eficaz. Asimismo, se espera que los resultados puedan contribuir como base para futuras intervenciones, capacitaciones o políticas que mejoren el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas

El aumento constante del número de personas con consumo de drogas de forma habitual que requieren atención hospitalaria ha traído consigo nuevos desafíos clínicos, especialmente en el control y manejo del dolor. Se ha evidenciado una carencia de conocimiento sistematizado sobre las dificultades, barreras y carencias que perciben los profesionales de enfermería al cuidar pacientes con antecedentes de consumo de drogas (Hernández, 2016). Se identifican como sustancias más prevalentes a nivel nacional el alcohol, marihuana, cocaína y pasta base según datos del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, 2020).

A partir del contexto descrito y considerando la relevancia del rol de enfermería en el manejo integral del dolor, especialmente en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas, se plantea la siguiente pregunta de investigación *“¿Cuál es el manejo utilizado por el personal de enfermería para el tratamiento del dolor en pacientes con antecedente de consumo habitual de drogas prevalentes en los servicios médico-quirúrgico en la Región Metropolitana durante el año 2026?”*, por su parte, se formula como objetivo general *“Indagar el manejo utilizado por el personal de enfermería para el tratamiento del dolor en pacientes con antecedente de consumo habitual de drogas prevalentes en los servicios médico-quirúrgico en la Región Metropolitana de la 2026”*.

Con los siguientes objetivos específicos:

1. Indagar las estrategias farmacológicas que el personal refiere utilizar para el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas.
2. Indagar las estrategias no farmacológicas y cuidados de Enfermería que el personal refiere utilizar para el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas.
3. Describir las dificultades percibidas por el personal de enfermería en la aplicación de estrategias para el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas prevalentes en Chile.
4. Indagar las recomendaciones desde la experiencia de enfermería para mejorar el manejo del dolor en pacientes con antecedente de consumo habitual de sustancias en contexto hospitalario.

En este informe se presentarán datos cualitativos orientados a comprender el manejo del dolor, tanto farmacológico como no farmacológico, así como explorar las dificultades percibidas, junto con las recomendaciones surgidas desde la experiencia de los participantes. La información presentada en este informe se

encuentra organizada de lo general a lo particular, con el propósito de facilitar la comprensión progresiva del tema abordado. Iniciará con una introducción que presenta el propósito y relevancia del estudio. Luego, se desarrolla el marco referencial, el cual contextualiza el problema investigado, su magnitud, pertenencia para la enfermería, y estado actual del conocimiento a nivel nacional e internacional.

A posterior, se detalla la metodología cualitativa empleada, incluyendo el diseño, muestra, criterios de inclusión/exclusión y técnicas de recolección de datos. Después, se abordarán las dimensiones del fenómeno, plan de análisis, criterios de rigurosidad, limitaciones del estudio y los aspectos éticos considerados. Para finalizar se expondrán las conclusiones y referencias bibliográficas.

MARCO TEÓRICO

El tratamiento del dolor en personas con antecedentes de consumo habitual de drogas representa un desafío clínico y ético para el personal de salud, especialmente en los servicios médico-quirúrgicos. Esta problemática se ve intensificada por la complejidad en el abordaje farmacológico del dolor en estos pacientes, así como por barreras actitudinales y estructurales que limitan una adecuada atención. El presente marco referencial busca indagar las principales variables que inciden el manejo del dolor en esta población desde la perspectiva de la enfermería, identificando las estrategias terapéuticas utilizadas y las dificultades que aparecen en la práctica clínica, en el contexto de la Región Metropolitana, Chile. La necesidad de identificar cual es el manejo utilizado por el profesional de enfermería frente al dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas cobra especial relevancia tanto para optimizar la atención clínica como para fortalecer el rol de la enfermería en escenarios complejos de hospitalización.

El consumo de drogas en Chile presenta cifras preocupantes que no pueden ser ignoradas en el contexto hospitalario. Según el informe de la Comisión

Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (2019), la prevalencia de consumo de cocaína en el país alcanza el 1,1%, mientras que Chile registra la mayor prevalencia de consumo de pasta base de cocaína (PBC) de la región, con un 1,5%. Asimismo, el país se posiciona entre aquellos con las tasas más altas de consumo de cannabis en América del Sur (CICAD, 2019), evidenciando la magnitud del consumo de sustancias y la creciente necesidad de fortalecer la preparación de los equipos de salud para responder a las necesidades de esta población.

Los pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas suelen presentar desafíos clínicos complejos en relación con el manejo del dolor, como la respuesta disminuida a la eficacia de los opioides para el control del dolor agudo (Perezamador, M y Salcedo-Carrillo, M, 2019). Esta situación vuelve más compleja la evaluación y el manejo adecuado, lo que incrementa el riesgo de tratamientos ineficaces o inadecuados. Para comprender en profundidad esta problemática, se realizó una revisión de literatura tanto nacional como internacional centrada en estudios que abordan las prácticas de enfermería, dificultades percibidas en el tratamiento e intervenciones multimodales en la atención en salud de pacientes consumidores de sustancias. Para finalizar se presenta el vacío de conocimiento.

A nivel internacional, Perezamador, M y Salcedo-Carrillo, M. (2019), sostienen que el uso y abuso de sustancias puede disminuir la eficacia de los opioides para el control del dolor agudo de causa quirúrgica, debido a mecanismo de tolerancia, lo que conlleva a respuestas impredecibles al tratamiento analgésico habitual. Asimismo, Fuentes et al. (2016), plantea que la presencia de drogas en el organismo altera el metabolismo de los medicamentos anestésicos y analgésicos, lo que implica un alto nivel de experiencia y criterio clínico por parte del personal de salud a cargo. Además, el consumo simultáneo de alcohol con otras drogas, potencian los efectos de los opioides, incrementando sus

propiedades analgésicas y sedantes, dificultando el control clínico del dolor y elevando el riesgo de abuso combinado y sobredosis (Turner et al., 2022). Junto con eso, se ha evidenciado que incluso pequeñas cantidades de alcohol, cuando se consumen junto a opioides, pueden aumentar significativamente el riesgo de sobredosis fatal, por lo que se recomienda advertir a los pacientes sobre esta interacción (Dai et. al., 2020). Por esto es de gran importancia que el personal de salud pueda realizar una evaluación exhaustiva de los antecedentes de consumo, así como un monitoreo continuo del paciente durante su atención. Además, es necesario mencionar que el tipo de droga involucrada puede modificar significativamente la respuesta terapéutica y por lo tanto determinar la estrategia de intervención.

En ese sentido, Sowicz et al. (2022) afirma que los tratamientos disponibles pueden incluir intervenciones conductuales, farmacológicas o combinadas, siendo adaptadas a las necesidades de cada paciente y del contexto clínico. A su vez, Zwolinski et al (2023) evidencia que la aplicación temprana de terapia multimodal en el tratamiento del dolor ofrece mejores resultados en comparación con el uso exclusivo de opioides.

En paralelo, la evaluación del dolor en el ámbito intrahospitalario adquiere un valor prioritario ya que no solo representa una necesidad desde la perspectiva humana en la atención de salud, sino también por sus repercusiones fisiológicas, las cuales dificultan el proceso de recuperación y que pueden afectar negativamente en el entorno económica, familiar y social del paciente (Arellano et al., 2024). Por lo tanto, el manejo eficaz del dolor es un componente fundamental de la calidad asistencial en salud, especialmente en pacientes con antecedentes de consumo.

En este sentido, el estudio realizado por Vélez-Tovar et. al, (2022), sobre el tratamiento del dolor agudo por lesiones traumáticas en paciente con adicción, identificó que es difícil poder cumplir los objetivos para un manejo del dolor

adecuado, debido a la tolerancia, dependencia y la supresión que puede provocar la sustancia administrada. A su vez se demostró que la analgesia multimodal a base de opioides más el uso de antiinflamatorios no esteroideo (AINE) y paracetamol, fue fundamental para el tratamiento del dolor, subrayando la importancia de una intervención clínica que contemple la complejidad del historial del paciente.

Estas complejidades no solo exigen intervenciones farmacológicas específicas, sino que además deben considerar las barreras subjetivas a las que se enfrentan los propios pacientes. En este sentido, se ha demostrado que los pacientes con consumo de sustancias pueden tener varias preocupaciones, incluidos los miedos a la abstinencia, la recaída en el uso irrestricto de sustancias ilícitas, la sensación de que su dolor puede estar siendo tratado de forma insuficiente o los miedos a la discriminación por su historial de consumo de drogas, lo que representa una barrera significativa en el proceso terapéutico (Stumbo et. al., 2017).

Por otro lado, según Lewer et al. (2019), la relación entre los equipos de salud y los pacientes con antecedentes de consumo pueden estar mediada por prejuicios, sobre todo, se destacan las percepciones negativas de los profesionales de la salud, quienes pueden considerar que estos pacientes tienen una baja motivación, buscan prescripciones con fines no médicos o presentan comportamientos violentos que inciden negativamente en la calidad del cuidado. De igual forma, se menciona cómo algunos profesionales sienten que carecen de la capacitación y habilidades necesarias para atender las necesidades de este grupo.

De la misma manera, cabe mencionar que los trabajadores de la salud informaron que antes de tratar a un paciente con consumo no esperaban un resultado positivo, mencionando que este tipo de paciente podrían ser una "causa perdida" (Vu et al., 2023). Estas actitudes demuestran decisiones clínicas limitadas que

recaen directamente en la calidad y eficacia del tratamiento. Asimismo, un estudio realizado por Sanchez-Solis y San Jorge (2017), evidenció que la exposición frecuente del personal de enfermería frente a pacientes con síndrome de abstinencia por suspensión alcohólica que manifiestan comportamientos violentos genera actitudes de rechazo que impacta en la calidad de atención, pero que el personal de enfermería con antecedentes familiares de consumo de alcohol tiende a mostrar mayor empatía y mejor disposición en el ámbito hospitalario.

En este contexto, el abordaje clínico del dolor en personas con antecedente de consumo habitual no solo requiere conocimientos farmacológicos, sino también habilidades de comunicación, trabajo colaborativo y actitud empática libre de prejuicios. La falta de empatía o presencia de juicios personales hacia los pacientes puede generar una barrera crítica que obstaculiza la evaluación del dolor, retrasa decisiones clínicas y deteriora la relación terapéutica. Según Otálvaro et al. (2019), la mayoría de profesionales de la salud de atención especializada que fueron entrevistados presentan poca credibilidad y confianza hacia estos pacientes, lo cual se atribuye a la percepción de una falta de voluntad para abandonar el consumo, a los sobrecostos que suponen para el sistema de salud, ya que suelen acudir poco a los servicios, pero cuando lo hacen presentan cuadros de mayor gravedad, y, por último, al temor hacia comportamientos que podrían ser considerados peligrosos (robos, violencia física, verbal, entre otros). Esto incrementa el impacto negativo que tiene el estigma hacia las personas con trastornos por consumo de sustancias por parte de los profesionales de salud, como lo plantea Magnan (2024), quien destaca la necesidad de contar con instrumentos validados que permitan medir este fenómeno, así como desarrollar intervenciones efectivas que lo aborden desde la formación y práctica clínica. Promover un ambiente de respeto y comprensión no solo mejora la experiencia del paciente, sino que puede potenciar los resultados clínicos del manejo multimodal del dolor. (Quinlan y Cox, 2017)

Complementariamente a nivel nacional, en el estudio realizado por Fuentes et. al. (2016) se evidencia como las drogas más prevalentes si afectan al organismo. Algunas recomendaciones mencionadas para manejar el dolor de manera adecuada son indagar el patrón del consumo de drogas y de alcohol, e incluso enfatizar en preguntar sobre síntomas cardíacos como dolor precordial y palpitaciones, por presentar mayor riesgo Infarto Agudo al Miocardio (IAM). Además, el uso de analgésicos postoperatorios no se encuentra contraindicado, pero si son necesario dosis mayores para obtener los niveles de analgesia adecuados (Lum et al., 2024.).

Considerando la realidad nacional, la región Metropolitana concentra la mayor densidad poblacional del país y presenta una marcada heterogeneidad socioeconómica entre sus comunas, lo que se traduce en diferencias significativas en exposición a factores de riesgo, acceso a servicios de salud y patrones de consumo de sustancias. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2024), esta región concentra aproximadamente el 40% de la población nacional, lo que la convierte en el principal centro urbano y asistencial de Chile. De acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSAL, 2023), esta concentración poblacional se traduce en una mayor demanda hospitalaria y en la exposición a problemáticas sanitarias de alta complejidad, entre ellas el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo de drogas. De esta manera, los informes del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, 2022) y del Centro de Estudios Justicia y Sociedad de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2018) evidencian que la Región Metropolitana presenta una de las mayores tasas de consumo de sustancias ilícitas y legales del país, junto con una fuerte concentración de redes de tráfico y distribución.

Según la Biblioteca del Congreso Nacional (2025), la Región Metropolitana agrupa comunas que van desde niveles socioeconómicos altos hasta sectores

altamente vulnerables, configurando un escenario complejo para el abordaje del consumo habitual de drogas. Desde un enfoque de salud pública, esta problemática se explica mediante los determinantes sociales de la salud, definidos como las “condiciones sociales, económicas y ambientales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen” (Organización Panamericana de la Salud, 2025). La distribución desigual de estos determinantes genera brechas que favorecen el consumo de sustancias, especialmente en contextos marcados por la segregación urbana, diferencias socioeconómicas y vulnerabilidad territorial.

En relación al vacío del conocimiento existente, Hernández (2016) señala que el nivel de comprensión sobre esta problemática es muy limitado entre los profesionales de la salud, especialmente en el área de enfermería. Este desconocimiento se manifiesta tanto en la falta de herramientas clínicas para un abordaje analgésico efectivo, principalmente a nivel nacional. Además, como en la ausencia de estrategias comunicacionales empáticas y libre de estigmas. Esta carencia repercute directamente en la calidad del cuidado, dificultando una atención segura, humanizada y adaptada a las necesidades de esta población. Por ello, resulta fundamental generar evidencia que permita comprender cómo se maneja esta problemática en la práctica clínica, e identificar oportunidades de mejora en la formación y desempeño del personal de enfermería.

Con el propósito de comprender esta problemática en un contexto amplio y representativo del sistema de salud, la presente investigación se desarrollará en establecimientos de salud públicos y privados de la Región Metropolitana. Este ámbito de estudio permite abordar la complejidad del manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas en un entorno hospitalario real, abarcando distintas realidades socioeconómicas y asistenciales que influyen directamente en la práctica de enfermería y en la experiencia del paciente. En sentido, la tendencia observada en la Región Metropolitana no solo

contextualiza la magnitud del problema, sino que refuerza la pertinencia de investigar cómo estos patrones inciden en el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas desde la perspectiva del personal de enfermería.

Considerando lo anterior, el servicio de médico-quirúrgico enfrenta el desafío de brindar atención a pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas, lo que complejiza el manejo terapéutico debido a los efectos que sustancias como alcohol, marihuana, cocaína, pasta base y entre otras sustancias, pueden generar en la respuesta fisiológica al dolor y en la eficacia de los tratamientos farmacológicos. En este contexto, el personal de enfermería cumple un rol esencial para mejorar la calidad de vida, ya que su intervención abarca desde la evaluación inicial hasta el acompañamiento continuo durante todo el proceso terapéutico (Cabezas, 2021).

La población objetivo de esta investigación está compuesta por enfermeros y enfermeras que desempeñen o hayan desempeñado sus funciones en el servicio médico-quirúrgico en la Región Metropolitana. En esta línea el estudio de Simonetti et al. (2020), que incluye 37 hospitales públicos y 8 privados proporciona un referente sobre el perfil sociodemográfico de los enfermeros, siendo este homogéneo entre los profesionales participantes, destacando que la mayoría correspondían a mujeres jóvenes, con edades cercana a los 30 años, y con pocos años de experiencia profesional. Asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las enfermeras contaba con formación de posgrado. A nivel nacional la tasa de enfermeros registrados corresponde a 26,1 por cada 10.000 habitantes, con una notable concentración en la Región Metropolitana, debido a la mayor concentración de centros alta complejidad en esta zona (Zanga, 2022).

Por su representatividad y diversidad asistencial, realizar la investigación en la Región Metropolitana permite captar una amplia variedad de experiencias en torno al manejo del dolor, contribuyendo a comprender las dificultades que

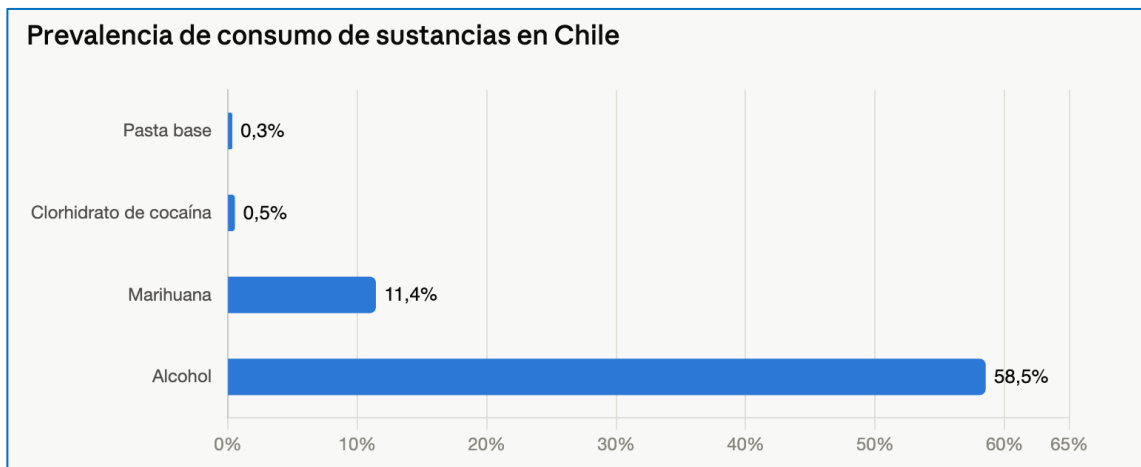
enfrenta la práctica de enfermería en escenarios de alta complejidad. De esta manera, los hallazgos obtenidos podrían aportar evidencia aplicable tanto a nivel institucional como para el desarrollo de futuras políticas públicas que aborden la atención integral de pacientes con consumo habitual de drogas en Chile.

Además de su relevancia epidemiológica, la elección de la Región Metropolitana responde también a criterios de viabilidad y alcance investigativo. Su alta concentración de establecimientos de salud, profesionales de enfermería y diversidad de realidades asistenciales permite acceder a una muestra heterogénea que enriquece la comprensión del fenómeno desde múltiples perspectivas. Esto se alinea con lo planteado por Hernández-Sampieri et al. (2023), quienes destacan que en los estudios cualitativos el contexto debe seleccionarse no solo por conveniencia, sino por su potencial para generar información significativa y transferible. Así, desarrollar esta investigación en la Región Metropolitana no solo facilita la recolección de datos, sino que también otorga al estudio una base sólida para futuras comparaciones interregionales y para la formulación de políticas públicas basadas en evidencia.

En el contexto de este estudio, se definirán los siguientes conceptos como:

- **Consumo habitual:** *“Patrón de consumo repetido y regular de bienes y servicios por parte de individuos u hogares. Se produce cuando las personas desarrollan hábitos consistentes”* (Tutor2u, 2024)
- **Drogas:** *“Toda sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo puede alterar de algún modo el Sistema Nervioso Central, generando modificaciones en el estado de conciencia, de pensamiento, de estados de ánimo y funciones motoras”.* (Ministerio de justicia y del derecho, s.f.)

Prevalencia de drogas consumidas por las personas en el último año:



(Fuente de elaboración propia con datos obtenidos del SENDA 2020)

- **Manejo multimodal del dolor:** *“El abordaje multimodal del dolor consiste en involucrar técnicas farmacológicas y no farmacológicas. La analgesia multimodal farmacológica involucra el utilizar distintos medicamentos con diversos mecanismos de acción para potenciar su acción (sinergia) y disminuir los efectos secundarios.”* (Guerrero-Gutiérrez et al., 2023)
- **Estigmatización clínica:** *“Característica, comportamiento o reputación que es socialmente desaprobado o considerado como negativo. Es un atributo que marca a una persona como diferente y que disminuye su estatus dentro de la sociedad. El estigma puede ser visible, como una discapacidad física, o invisible, como una enfermedad mental.”* (psiquiatría, s.f) *“El estigma relacionado con las condiciones de salud es el estigma relacionado con vivir con una enfermedad o condición de salud específica.”* (Nyblade et al., 2019)
- **Enfermera:** Profesional con formación científica, habilidades clínicas y marco ético que guía su práctica. Su labor incluye promover la salud, prevenir enfermedades, proteger la seguridad del paciente, aliviar el sufrimiento y acompañar la recuperación, defendiendo la dignidad a lo largo de la vida. (International Council of Nurses, 2025) A estos

profesionales también se les denomina profesional de enfermería, término que se hará referencia. (National Cancer Institute, s.f.)

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el manejo utilizado por el personal de enfermería para el tratamiento del dolor en pacientes con antecedente de consumo habitual de drogas prevalentes en el área médico-quirúrgico en la Región Metropolitana durante el año 2026?

OBJETIVO GENERAL

Indagar el manejo utilizado por el personal de enfermería para el tratamiento del dolor en pacientes con antecedente de consumo habitual de drogas prevalentes en el área médico-quirúrgico en la Región Metropolitana durante 2026.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Indagar las estrategias farmacológicas que el personal refiere utilizar para el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas.
2. Indagar las estrategias no farmacológicas y cuidados de Enfermería que el personal refiere utilizar para el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas.
3. Describir las dificultades percibidas por el personal de enfermería en la aplicación de estrategias para el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas prevalentes en Chile.
4. Indagar las recomendaciones desde la experiencia de enfermería para mejorar el manejo del dolor en pacientes consumidores con antecedente de consumo habitual sustancias en contexto hospitalario.

METODOLOGÍA

El diseño de la investigación fue de tipo cualitativo, pues pretende explorar percepciones, experiencias y significados construidos por el profesional de enfermería respecto a los cuidados utilizados en pacientes con antecedentes de

consumo habitual de drogas y que requieren manejo del dolor después de procesos quirúrgicos. Este tipo de diseño es adecuado para *“comprender la complejidad y significados de la experiencia humana”* (Vásquez et al., 2017) y se orienta a contextos naturales con una perspectiva holística e inductiva.

Asimismo, se adoptó un diseño descriptivo, cuyo objetivo es caracterizar las percepciones sin establecer relaciones causales. Finalmente, se trató de un estudio de caso, al centrarse en un contexto específico, en este caso, en los servicios de médico-quirúrgico en la Región Metropolitana durante el año 2026.

Se estableció un alcance muestral de 10 profesionales de enfermería. Esta cantidad se considera adecuada para una investigación de naturaleza cualitativa donde la prioridad es la profundidad y riqueza de la información, más que la representatividad estadística. La población participante de la investigación incluyó a profesionales de enfermería que se encuentren trabajando o hayan trabajado en hospitales chilenos, en un periodo máximo de 5 años. Sin embargo, nuestra muestra se focalizó en los profesionales de enfermería del servicio médico-quirúrgico de la Región Metropolitana el año 2026. Esta delimitación es coherente con la pregunta de investigación y permite una exploración detallada en un contexto definido.

La determinación del tamaño de la muestra se rigió por el principio de saturación de la muestra. Como señala Vasquez et al. (2017), la muestra se considerará suficiente cuando la información ha alcanzado la saturación, es decir, cuando las informaciones se repiten, son redundantes y no aportan aspectos nuevos, constatándose el agotamiento de nuevos datos por parte de los diferentes participantes y de los diferentes contextos. Para asegurar este proceso, se realizó un análisis constante de los datos a medida que se recopilaban. La identificación de la saturación de la muestra se fundamentó en la ausencia de aparición de nuevos hallazgos que enriquezcan la comprensión del fenómeno estudiado, garantizando así una recolección de datos eficiente y exhaustiva.

La técnica de muestreo seleccionada para este estudio fue de tipo opinático, la cual se caracteriza por la elección intencionada de los participantes a partir del criterio del investigador. Según Parra (2023), en este tipo de muestreo el investigador selecciona los elementos muestrales basándose en su experiencia, conocimiento del fenómeno y juicio sobre quiénes pueden aportar información pertinente. Esta técnica resulta especialmente útil en contextos donde el objeto de estudio es poco conocido o los informantes son difíciles de identificar, como señalan Vásquez et al. (2017), ya que permite priorizar factores de factibilidad, como la accesibilidad a los participantes o la existencia de contactos previos. En este sentido, la selección de contextos e informantes se definió por criterios pragmáticos, privilegiando aquellas situaciones o personas que faciliten el desarrollo de la investigación y el acceso a información relevante para los objetivos planteados. Para el presente estudio, esta técnica es ideal debido a que se buscará entrevistar a enfermeras y enfermeros que cuenten con experiencia en el manejo de pacientes con consumo habitual de drogas y que, además, presenten necesidades específicas en el control del dolor tras procedimientos quirúrgicos, lo que hace necesario recurrir a informantes clave que dominen este escenario clínico particular.

Los participantes fueron invitados voluntariamente mediante publicaciones en redes sociales y bola de nieve, en donde se presentará un QR con su respectivo formulario e información de la investigación, específicamente para el área de médico-quirúrgico, los cuales al rellenar el formulario fueron contactados por las entrevistadoras para la gestión de la entrevista de manera virtual según disponibilidad. La identidad de los participantes será resguardada en todo momento, además de la confidencialidad de los datos entregados.

En el estudio los participantes fueron seleccionados según criterios específicos para lograr una mayor precisión en cuanto a la información que queremos obtener. Es por esto, que se incluyeron en el estudio enfermeras y enfermeros

titulados que se desempeñen o hayan desempeñado en el servicio médico-quirúrgico del servicio público o privado dentro de la Región Metropolitana al menos 6 meses en los últimos 5 años, que trabajen en atención clínica directa con pacientes hospitalizados y que tengan experiencia en el cuidado de personas con antecedentes de consumo habitual de drogas. Por otro lado, se excluyeron aquellos profesionales que no desempeñen funciones clínicas directas en la atención hospitalaria, tales como personal administrativo, docentes o supervisores sin contacto asistencial.

Para la recolección de información se aplicó una técnica de investigación basada en entrevistas individuales semiestructuradas. Este formato permitió explorar en profundidad las percepciones, necesidades y desafíos que enfrenta el personal de enfermería en relación con el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de sustancias. La entrevista semiestructurada resultó adecuada para este propósito, ya que posibilita recoger relatos personales, respetando la subjetividad de cada participante y favoreciendo la flexibilidad para abordar temas emergentes de acuerdo con la experiencia de cada entrevistado. Además, este método permitió una interacción dinámica que posibilita una influencia recíproca entre el entrevistador y el entrevistado, lo que enriquece el contenido de la información recogida y permite ahondar en aspectos que podrían no haber sido previstos inicialmente, pero que resultan significativos para comprender el fenómeno estudiado (Vásquez, M. et. al, 2017). En esta misma línea, Salamanca et al. (2024) destacan que este tipo de técnicas permite *“recolectar datos que permitieran comprender cómo esta población se apropia de valores sociales para la vida y cómo estos impactan la realidad social en los departamentos en estudio”*, lo que reforzó la pertinencia de emplear entrevistas semiestructuradas para captar de forma contextualizada y profunda las vivencias de los y las enfermeras en torno a su experiencia en el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas.

El método de análisis seleccionado para este estudio fue el análisis narrativo de contenido. Esta técnica se concentra en el contenido manifiesto, es decir, en los *“significados expresados de forma directa por los participantes a través de sus relatos, para luego interpretar su sentido en función del contexto y los objetivos del estudio”* (Vásquez et al., 2017). Esta metodología permitió organizar, categorizar y comprender los discursos de manera sistemática, facilitando así la identificación de temas recurrentes, patrones y significados relevantes sobre la experiencia de manejo del dolor en pacientes con consumo habitual de drogas en contexto postquirúrgico.

El procedimiento de análisis se llevó a cabo a través de los siguientes pasos:

1. **Grabación de las entrevistas** mediante audio, previa aplicación y aceptación del consentimiento informado, garantizando el respeto por la confidencialidad y los principios éticos.
2. **Escucha atenta y transcripción literal** de la información obtenida, preservando el sentido original de los discursos de cada participante.
3. **Lectura exhaustiva y organización de los datos**, donde se revisó las transcripciones para familiarizarse con el contenido y reconocer elementos significativos.
4. **Análisis de los contenidos y construcción de categorías o dimensiones**, agrupando fragmentos discursivos similares que den cuenta de las percepciones y experiencias en torno a las estrategias de manejo del dolor.
5. **Descripción de los resultados**, identificando las categorías emergidas y los hallazgos asociados.
6. **Interpretación de los resultados**, vinculando los discursos de los informantes con los objetivos específicos de la investigación y el marco conceptual propuesto.

Los resultados se organizarán en torno a los cuatro objetivos específicos definidos para este estudio:

Objetivo específico 1: Estrategias farmacológicas

Se recogió información sobre los tipos de fármacos aplicados para el control del dolor, la observación clínica de la respuesta farmacológica en pacientes con antecedentes de consumo de sustancias y la participación del personal de enfermería en la evaluación y seguimiento del tratamiento indicado por el equipo médico, considerando su juicio clínico y experiencia profesional.

Objetivo específico 2: Estrategias no farmacológicas y cuidados

Se indagó en las intervenciones y cuidados no farmacológicos implementados por enfermería, tales como técnicas de confort, apoyo emocional o control ambiental. Además, se exploró la capacidad de individualización del cuidado, ajustado a las características y necesidades de cada paciente en función de su historial de consumo y condición clínica postoperatoria.

Objetivo específico 3: Dificultades percibidas en el manejo

Se identificó las dificultades clínicas que enfrenta el personal de enfermería para aplicar estrategias de manejo del dolor en este perfil de pacientes, así como las condiciones estructurales o factores organizacionales que puedan obstaculizar una atención adecuada y oportuna.

Objetivo específico 4: Recomendaciones

Se recogió sugerencias y propuestas emanadas desde la experiencia del personal de enfermería respecto al manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo de sustancias, junto con recomendaciones orientadas a mejorar políticas institucionales, protocolos de atención y la formación profesional en esta área.

Este método de análisis permitió captar tanto los aspectos explícitos como las implicancias que surgen del relato de los profesionales, generando información pertinente y contextualizada para fortalecer la práctica clínica y las estrategias institucionales en el manejo del dolor postoperatorio en pacientes con consumo habitual de drogas.

Para garantizar la calidad y solidez del presente estudio, se consideraron distintos criterios de rigurosidad propios de la investigación cualitativa propuestos por Vásquez et al. (2017). En primer lugar, se aseguró la adecuación teórico-metodológica mediante el abordaje de la pregunta de investigación a través de entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido, lo que permitió explorar en profundidad las percepciones y experiencias de los participantes. Esta estrategia es coherente con el enfoque cualitativo, ya que facilita una comprensión contextualizada y subjetiva del fenómeno. Asimismo, el análisis se orientó a partir de conceptos clave como estigma, juicio clínico y manejo del dolor, los cuales permitieron interpretar de manera más estructurada y significativa las narrativas escogidas.

En cuanto a la credibilidad, las investigadoras buscaron reflejar de forma fiel las experiencias de los participantes mediante la inclusión de enfermeros y enfermeras que desempeñan en distintos turnos e instituciones de salud de la Región Metropolitana. Esta variedad aportó una visión más completa del fenómeno estudiado. Además, se contempló la validación de los hallazgos preliminares mediante la revisión con algunos participantes, lo que permitió confirmar si los resultados interpretan adecuadamente sus aportes y redujó los posibles prejuicios de interpretación.

Finalmente, se aseguró la relevancia del estudio al abordar una problemática concreta, vigente y escasamente estudiada en el contexto clínico. Los resultados de esta investigación aportaron en mejorar los cuidados de enfermería, fomentó prácticas más equitativas y orientó en la elaboración de protocolos que

consideren tanto el juicio clínico como los factores sociales que influyen en la atención sanitaria.

Este estudio presentó algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. En primer lugar, la temporalidad del estudio constituye una restricción, ya que la investigación se llevará a cabo durante un período acotado en el año 2026, lo que impide observar posibles variaciones estacionales o cambios en las políticas hospitalarias. Otra limitación importante es que los resultados están circunscritos a un único contexto, específicamente en la Región Metropolitana, lo que restringe la posibilidad transferir los hallazgos a otros establecimientos de salud de regiones con realidades organizacionales distintas. Por último, se reconoce una falta de diversidad en los servicios clínicos incluidos, ya que el enfoque se limita al servicio médico-quirúrgico, dejando fuera unidades como urgencias, unidades críticas, psiquiatría, entre otras, donde las experiencias y prácticas frente a pacientes estigmatizados podrían variar significativamente.

La presente investigación cumplió rigurosamente con los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki, resguardando la dignidad, los derechos y el bienestar de los participantes. En concordancia con los siete requisitos propuestos por Emanuel et al., (2003) se aseguró el valor social del estudio al abordar una problemática vigente y relevante como es el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas por parte del personal de enfermería, lo cual permitirá generar conocimientos útiles para mejorar la calidad de la atención en salud y reducir prácticas discriminatorias. La investigación garantiza validez científica mediante un diseño metodológico riguroso y apropiado al enfoque seleccionado, lo que permitió obtener resultados confiables y pertinentes. Se promovió una selección equitativa de los sujetos, evitando prejuicios y asegurando que todos los participantes representen adecuadamente el contexto del área médico-quirúrgica, sin reforzar estigmas ni

discriminar por condición social, género u otros factores. Además, se procuró una relación riesgo/beneficio favorable, minimizando todo potencial daño psicológico, social o emocional a través de condiciones seguras de participación, mientras se maximizan los beneficios esperados tanto para los sujetos como para el sistema sanitario.

El estudio fue sometido previamente a evaluación independiente mediante la presentación del protocolo al Comité de Ética Científico de la Universidad del Desarrollo, adjuntando además la carta de resguardo de confidencialidad. En cuanto a los criterios de participación, esta fue estrictamente voluntaria y anónima, y se garantizó que los datos recolectados serán utilizados exclusivamente con fines académicos y de mejora de la atención. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, redactado en lenguaje claro y comprensible, en el cual se explicitaron los objetivos del estudio, los procedimientos, el uso confidencial de la información, el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias y las medidas tomadas para resguardar su identidad. Finalmente, se mantuvo un respeto constante por los sujetos involucrados, asegurando la confidencialidad, el acceso a información sobre los resultados si así lo desean, y la vigilancia continua de su bienestar durante todo el proceso de investigación.

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

Objetivo 1: Indagar las estrategias farmacológicas que el personal refiere utilizar para el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas.

a. Tipos de fármacos más utilizados

De acuerdo con los relatos de los entrevistados, el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo de sustancias trasciende la terapia analgésica convencional, configurándose como una estrategia mixta que entrelaza la

escalera analgésica de la OMS con el control de la abstinencia y la ansiedad basal. Los resultados identifican un abordaje caracterizado por la implementación de analgesia multimodal, el uso predominante de opioides y la incorporación de coadyuvantes psicotrópicos. Si bien la estrategia inicial suele basarse en el uso de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES), existe un consenso profesional en que estos medicamentos resultan insuficientes por sí solos debido a la tolerancia del usuario; esto obliga al equipo a recurrir rápidamente a combinaciones farmacológicas, técnicas avanzadas como bloqueos nerviosos, o la programación de Bombas de Infusión Continua (BIC) y dispositivos elastoméricos para potenciar el efecto analgésico.

Respecto a los opioides, una mayoría significativa identifica al Tramadol como el fármaco de elección más efectivo y utilizado en el servicio. Al respecto, emerge una percepción compartida entre los profesionales de que estos pacientes no solo buscan el alivio del dolor físico, sino también una sensación de bienestar y la satisfacción de una necesidad de consumo que los analgésicos comunes no logran proveer. En consecuencia, el manejo del dolor se presenta como un fenómeno inseparable del control de la agitación y la abstinencia, donde fármacos como el Diazepam, la Quetiapina o la Metadona aparecen como herramientas de coadyuvancia críticas para estabilizar al usuario o actuar en calidad de rescate ante cuadros refractarios.

“Mira el que mejor da efecto finalmente es tramal [...] pero no porque estén con dolor, sino que porque ellos necesitan el sentir que están consumiendo o ingiriendo algo que les va a quitar esa necesidad como de esa sensación de abstinencia” (E1024042026).

“...normalmente en el 90% de las veces se les hace un bloqueo nervioso con lidocaína y quedan conectado una bomba elastomérica y además se

combina con los analgésicos típicos paracetamol, parecoxib o celebra vía oral...” (E0710042026).

b. Observación clínica de la respuesta

En cuanto a la respuesta observada tras la administración de terapias farmacológicas, el personal manifiesta de manera unánime la existencia de una respuesta diferenciada en pacientes con antecedentes de consumo. El análisis permite identificar la presencia de una tolerancia aumentada y el desafío que implica la estandarización de dosis en receptores biológicos previamente saturados. Los entrevistados reportan que la respuesta clínica esperada para fármacos de primer y segundo escalón analgésico es prácticamente nula, observándose una resistencia absoluta a dosis que, en usuarios sin antecedentes de consumo, provocarían efectos analgésicos o secundarios inmediatos.

Además, destaca la disociación entre lo referido por el paciente y las manifestaciones clínicas observables; el personal describe un escenario donde el usuario mantiene una demanda constante de medicación sin manifestar facciones típicas de dolor, lo que obliga a recurrir a la monitorización estricta de parámetros fisiológicos y signos vitales como el único medio objetivo para comprobar la veracidad del síntoma. Finalmente, esta respuesta farmacológica suele verse condicionada por el temor del profesional a fomentar la dependencia, lo que genera tensiones en el periodo postquirúrgico inmediato, donde la respuesta del usuario suele caracterizarse por una inquietud y agitación psicomotora ineficaz ante las infusiones habituales del servicio.

“...hay pacientes que le he estado pasando, empezando a pasar el tramal y están vomitando. En cambio, a ellos su resistencia es absolutamente mayor que muchas veces sedarlos es muy complejo o calmarlos que una

inyección intramuscular de haldol no les hace nada, un diazepam intravenoso no los plancha...” (E1024042026).

“Ahi como que a veces es un poco difícil poder discernir. Como más que nada, uno se deja llevar por los signos vitales, como para poder saber si es verdad o no como la realidad del dolor que tienen” (E0226032026).

c. Rol de enfermería en la administración y vigilancia

El rol de enfermería trasciende la mera ejecución técnica, posicionándose como el puente fundamental entre la indicación médica y la realidad clínica del paciente. En este ámbito, el profesional funciona como un "filtro" en la gestión de las dosis y mantiene una mirada crítica ante una posible adicción; los entrevistados refieren un rol activo que los faculta para ajustar dosis y horarios dentro de los límites permitidos con el fin de controlar mejor el dolor. De este modo, el enfermero actúa como un mediador estratégico entre el usuario y los médicos, participando en la reevaluación constante del tratamiento.

Asimismo, la vigilancia de enfermería implica la compleja tarea de diferenciar el dolor real de los síntomas de abstinencia, para lo cual se evalúa al paciente comparando la escala de dolor que refiere con su conducta observada, sumando el apoyo emocional para calmar la ansiedad basal. Además, los entrevistados mencionan que, cuando surgen dudas sobre la intensidad del dolor o la eficacia del analgésico, se han utilizado estrategias como el placebo para evaluar la respuesta objetiva del paciente. Finalmente, los participantes señalan que enfermería coordina la seguridad del entorno y el plan de cuidados continuo, avisando oportunamente cuando el tratamiento es insuficiente y gestionando con el equipo médico la interconsulta con otras especialidades.

“...muchas veces lo que hacíamos es que se conversaba con el médico y le decíamos que vamos a pasar placebo para ver cómo funciona si realmente es dolor o no” (E0126032026).

“gestión con los médicos, sabes que estuvo mal [...] podemos ver si le podemos cambiar el medicamento, hay que subirle la dosis [...] podemos solicitar evaluación de psiquiatría a lo mejor como para evaluar la dependencia...” (E1024042026).

d. Uso del juicio clínico

El juicio clínico de enfermería es la herramienta principal para enfrentar casos complejos de policonsumo ante la ausencia de protocolos estandarizados, permitiendo evaluar tanto el dolor subjetivo que relata el paciente como sus respuestas fisiológicas objetivas para funcionar como un mecanismo de protección. En la práctica, los profesionales adaptan constantemente las indicaciones médicas rígidas, ajustando horarios y dosis según la reacción observada para mantener niveles estables del fármaco en el organismo. Asimismo, este juicio ayuda a distinguir si la demanda del usuario se debe a un dolor real o a un cuadro de abstinencia, utilizando el control estricto de signos vitales o el uso de placebos para comprobar la veracidad del síntoma y asegurar una administración correcta. Esto, no solo permite identificar a tiempo signos de agitación y proponer rescates farmacológicos evaluando siempre los riesgos hemodinámicos, sino que también destaca como una habilidad consolidada mediante la experiencia práctica, aunque se advierte la necesidad latente de protocolos claros que respalden legalmente el actuar de enfermería.

“Entonces hay que ir como escalando o de repente lo que yo hacía era sugerirle al médico que dejara, pongamos metamizol a horario, tramadol a

horario y ketorolaco a horario entonces así vamos como intercalando con los medicamentos.” (E0126032026).

Objetivo 2: Indagar las estrategias no farmacológicas y cuidados de Enfermería que el personal refiere utilizar para el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas.

a. Técnicas no farmacológicas implementadas

En el manejo del paciente con consumo habitual de drogas, las estrategias no farmacológicas dejan de ser un simple complemento de confort para transformarse en herramientas críticas de estabilización psicomotora y ambiental. Los profesionales de enfermería describen que estas intervenciones son esenciales, pero no necesariamente para eliminar el dolor físico, sino para gestionar la brecha entre la demanda del paciente y las limitaciones del arsenal farmacológico. Dentro de las respuestas y medidas concretas, destacaron el manejo del microambiente como una prioridad para disminuir la irritabilidad del sistema nervioso, utilizando técnicas como mantener luces bajas, reducir estímulos sonoros y controlar la temperatura de la unidad. Asimismo, se reporta el uso de distracción y acompañamiento emocional a través de la música, televisión o simplemente “prestar la oreja”, para que el paciente se desahogue, lo que permite bajar niveles de ansiedad que suelen confundirse con dolor físico.

En casos más específicos incluso se menciona la aplicación de medidas físicas, como cambios de posición antiálgica, compresas frías o calor local, aunque los entrevistados reconocen que su efectividad es limitada y de corta duración en este perfil de paciente. Incluso, en algunos casos se han implementado terapias complementarias como la aromaterapia, auriculoterapia o musicoterapia, buscando una respuesta más holística ante la agitación.

“La disminución de todas las interferencias que pudiesen aumentar el dolor, disminuir la luz. Ojalá que no haya ruido. También la temperatura de la habitación, ¿cierto? tratar de por ejemplo darle algún estímulo externo como por ejemplo, si es que el paciente lo quiere, ver televisión, o escuchar música, como tratar como de distraer también” (E0401042026)

“Muchas veces yo lo he visto, necesitan atención, que le prestes oreja al paciente, que te prestes quedas un ratito a conversar, que lo escuches. Muchas veces el hecho que se desahoguen un poco contigo les baja harto la ansiedad y como que los calma y eso hace que se calme todo el ambiente te calma el turno. Todo esto es más tranquilo.” (E0509042026)

Sin embargo, el análisis también revela una postura crítica y, en ocasiones pesimista sobre su utilidad real, manifestando que en pacientes con perfiles de consumo de “drogas duras” o en estados de agitación severa las medidas farmacológicas no funcionan o son percibidas como pérdida de tiempo frente a la magnitud de la abstinencia.

“O sea, una persona alterada, tú no puedes tratar de explicarle, puedes tratar de contenerla, pero generalmente con ellos no funciona [...] Generalmente ahí se nota la diferencia entre un paciente policonsumo y otro no, porque frente a otro, frente al dolor o frente a la labilidad emocional, uno puede hacer algo, uno conversa porque ahí uno es psicóloga, terapeuta, kinesióloga, de todo dependiendo del día [...] por ejemplo, son súper carentes de afecto, entonces yo así como, hola mi niño, ¿cómo estás? ¿Cómo dormiste? ¿Comiste? Como casi una mamá. Otra, no sé, pues necesitan un amigo, ¿habló con su señora?, ¿cómo está hoy día? y

uno va cambiando y se va ganando también el respeto de ellos ¿ya?, pero hay gente que de verdad es insostenible.” (E1024042026)

b. Adaptación del cuidado según historial de consumo

La adaptación del cuidado según el historial de consumo no aparece en los relatos como una práctica estandarizada, sino como una respuesta reactiva basada en la anticipación del riesgo. Los profesionales de enfermería describen que la planificación se modifica en el momento exacto en que identifican los antecedentes del usuario, activando un estado de “alerta” que condiciona la atención. En este contexto, el síndrome de abstinencia es percibido como un factor que complejiza la recuperación hospitalaria y el manejo del dolor, motivo por el cual los entrevistados destacan la necesidad de anticipar estas situaciones manteniendo una comunicación proactiva con el equipo médico para sugerir esquemas terapéuticos más potentes.

Un aspecto central de esta adaptación es la clasificación dada según la gravedad del consumo. Los enfermeros diferencian los cuidados aplicados a un consumidor de cannabis o tabaco de aquellos dirigidos a usuarios de “drogas duras”, ya que en los segundos se asume de antemano una resistencia farmacológica y un manejo conductual mucho más complejo. Esta estratificación lleva a implementar medidas de resguardo preventivo, como la gestión de interconsultas con psiquiatría o la solicitud de fármacos específicos para modular la ansiedad y prevenir signos críticos de agitación. A su vez, la adaptación también se expresa en la gestión de recursos no clínicos para la contención; al reconocer que estos pacientes presentan una angustia basal, el personal flexibiliza las rutinas del servicio, alterando los horarios o cantidades de comida y los regímenes de visitas para saciar las necesidades de ansiedad oral o

acompañamiento que el arsenal farmacológico estándar no logra cubrir, logrando así estabilizar la conducta del usuario durante la hospitalización.

“Para mí, los pacientes que consumen como más drogas duras. O sea, un paciente que consume THC, voy a hablar también del tabaquismo [...] Claro, es una droga que está legalizada, pero en sí también hay pacientes apartes de que fuman en el mismo servicio, se van al baño y fuman [...] va a depender de la calidad del paciente y para mí un paciente que consume drogas duras [...] es más difícil la contención a los medicamentos, o sea, ellos nada les genera que el dolor seda. Ellos necesitan como sentir la sensación de cómo se sienten estando drogados” (E0126032026)

c. Percepción de efectividad en las estrategias utilizadas

Respecto a la percepción de efectividad de estas intervenciones, las narrativas revelan una marcada ambivalencia en el personal de Enfermería. Por un lado, existe un consenso técnico en que las medidas no farmacológicas son insuficientes por sí solas para tratar el componente puramente biológico del dolor en un sistema nervioso que ya se encuentra sensibilizado por el consumo crónico; debido a esto, los profesionales las califican como soluciones momentáneas que resultan ineficaces si no se acompañan de una carga farmacológica potente. No obstante, la efectividad de estas mismas estrategias se valora positivamente cuando el objetivo terapéutico se desplaza desde el alivio del dolor físico hacia la modulación de la conducta y la ansiedad basal del usuario. En este sentido, prácticas como la escucha activa y la contención, donde el enfermero refuerza psicológicamente la potencia del medicamento administrado, demuestran ser herramientas eficaces para validar la experiencia subjetiva del paciente.

"Complicado en verdad, porque para ellos sanar su dolor o aliviar su dolor, es que uno haga una intervención en ellos [...] Entonces medidas no farmacológicas quizás puedan tranquilizarlos en el momento por un corto periodo [...] pero quizás ya a la media hora va a estar de nuevo acusando dolor [...] Es complejo manejarlo así de manera no farmacológica y que digan que alivió su dolor. Lo que buscan es que uno en verdad, haga algo en cuanto a administración de algo para poder calmarlo." (E0226032026)

"Muchas veces el hecho que se desahoguen un poco contigo les baja harto la ansiedad y como que los calma y eso hace que se calme todo el ambiente te calma el turno [...] Como el dolor en el fondo es una experiencia que es subjetiva y es propio de cada persona. Yo creo que sí, influye, influye mucho (refiriéndose al manejo no farmacológico). Como el manejo que tú le puedas hacer ambiental del paciente, el manejo muchas veces te pasa." (E0509042026)

d. Integración de enfoques humanizados

La integración de enfoques humanizados en el servicio médico-quirúrgico se presenta en los discursos no solo como una obligación ética, sino también como una estrategia pragmática fundamental para garantizar la seguridad del entorno y la eficacia del tratamiento. En este sentido, el personal de enfermería destaca que mantener la calma, evitar el enfrentamiento y establecer una relación de respeto mutuo resulta crítico para prevenir episodios de agresividad o desregulación conductual. Este trato humanizado se operacionaliza mediante la flexibilización de las dinámicas hospitalarias y la adaptación de los cuidados a las necesidades emocionales y sociales del usuario. Para ello, se priorizan intervenciones orientadas a disminuir la ansiedad basal, tales como permitir visitas prolongadas, facilitar el acompañamiento familiar y generar instancias de diálogo destinadas a comprender el contexto personal del paciente.

En la práctica diaria, este enfoque se traduce en el desarrollo de un vínculo significativo basado en la contención emocional y la cercanía para generar confianza. Sin embargo, este proceso no está exento de complejidades; los participantes manifestaron percepciones de frustración frente al manejo conductual y emocional, señalando la existencia de barreras clínicas asociadas al consumo de sustancias que dificultan una contención afectiva eficaz durante la hospitalización. A pesar de estos desafíos, el trato humanizado se posiciona como una barrera crítica contra la violencia física o verbal, dado que un abordaje autoritario o prejuicioso escala con rapidez hacia el conflicto, especialmente en usuarios con baja tolerancia a la frustración y síntomas de abstinencia activos. De este modo, la humanización se utiliza deliberadamente como una técnica de contención primaria; validar el relato del paciente y dignificar su estancia hospitalaria no solo optimiza el manejo integral del dolor, sino que previene la reactividad y favorece la continuidad del cuidado durante el turno.

“Es clave no caer en peleas o contradicciones, sino estar en un plan de oír al paciente, escucharlo y tratar de calmarlo lo más que se pueda. Si se sienten juzgados, responden con más violencia.” (E0226032026)

“Dedicarse 30 segundos más [...] hacer ciertas preguntas a indagar un poquito en la vida de la gente de a ver quién lo puede acompañar, de favorecer ciertas cosas que a veces nosotros tenemos visitas muy restringidas, pero hay pacientes que favorecemos un poco las visitas más prolongadas porque sabemos que eso nos va a ayudar a nosotros también, a bajar estas ansiedades [...]. Es importante [...] no verlo como la cama tanto, diagnóstico tanto, cirugía tanto y con antecedentes de [...] policonsumo, como que también hay que darse el tiempo de entender dentro del poco tiempo que uno maneja como el todo de un paciente y ver pequeñas cositas que uno puede hacer ahí también.” (E0327032026)

Objetivo 3: Describir las dificultades percibidas por el personal de enfermería en la aplicación de estrategias para el manejo del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas prevalentes en Chile.

a. Dificultades clínicas específicas

En el ámbito de los desafíos clínicos específicos, los profesionales entrevistados identifican de manera unánime la elevada tolerancia farmacológica como una de las principales barreras en el manejo del dolor, factor que limita severamente la eficacia de los esquemas analgésicos convencionales. Los discursos describen que este perfil de usuarios presenta una respuesta marcadamente disminuida a terapias basadas en antiinflamatorios no esteroideos (AINES), tramadol e incluso opioides mayores, en comparación con la población sin antecedentes de consumo. Esta resistencia terapéutica obliga al equipo de salud a realizar un escalamiento analgésico más acelerado hacia fármacos de alta potencia o a diseñar combinaciones polifarmacológicas complejas para alcanzar el alivio.

Esta complejidad farmacológica se ve agudizada por la dificultad para operacionalizar la valoración del dolor mediante herramientas subjetivas tradicionales, como la Escala Visual Análoga (EVA). El personal de enfermería percibe que dichos instrumentos resultan limitados e insuficientes, particularmente cuando se manifiesta una incongruencia entre el autorreporte del usuario y las manifestaciones clínicas objetivables. Ante este escenario, los profesionales se ven forzados a complejizar el proceso de atención de enfermería, complementando la evaluación estandarizada con la monitorización rigurosa de parámetros hemodinámicos, la observación de conductas, la expresión facial y el análisis retrospectivo del historial clínico del paciente.

“...El desafío principal es cuando llegamos al tope del paciente, donde su abstinencia es alta y se ponen agresivos. Ahí es cuando nosotros y los

técnicos sacamos la peor parte, porque se ponen agresivos con quienes estamos ahí.” (E0226032026)

“Considero que en un paciente con un leve conocimiento y sin ninguna patología psiquiátrica o psicológica asociada, puede ser una escala que es muy verídica [...] Pero generalmente si tú vas a un paciente que a lo mejor tiene un trastorno del ánimo que está en tratamiento, que es depresiva basal, les va a doler todo y le va a doler la vida y te va a decir tengo un EVA 10 de 10 y tú la ves con el celular hablando por teléfono contándole a la familia lo mal que está cuando no está mal con un control de signos vitales que es normal que tú la ves caminando y solamente tiene las molestias” (E1024042026)

b. Limitaciones en la evaluación del dolor

Respecto a las limitaciones intrínsecas en la evaluación del dolor, los entrevistados destacan que el proceso se complejiza profundamente debido a la naturaleza subjetiva del síntoma, lo que suele generar una percepción de desconfianza en el equipo de salud frente al autorreporte del usuario. Esta tensión emerge con mayor fuerza cuando el valor asignado por el paciente en la Escala Visual Análoga (EVA) no coincide con las manifestaciones clínicas evidentes. Ante esta disonancia, el juicio clínico de enfermería adquiere un rol rector, forzando a los profesionales a validar y complementar la valoración diagnóstica mediante la observación conductual rigurosa y la monitorización de signos vitales.

Sin embargo, la mayor dificultad metodológica radica en la complejidad para diferenciar si las manifestaciones psicomotoras y autonómicas del usuario responden genuinamente a un estímulo doloroso o a la necesidad imperiosa de consumir sustancias derivada de un síndrome de abstinencia activo. Esta superposición sintomática introduce un alto grado de incertidumbre en el

quehacer profesional, instalando sentimientos de inseguridad en la toma de decisiones clínicas y obstaculizando la prescripción y ejecución oportuna de las estrategias analgésicas multidimensionales.

“Bueno, la EVA es de 0 a 10, ¿ya? Claro, uno les pregunta cuál es el dolor y ellos dicen 10, pero su cara no refleja el dolor, la posición que ellos tienen, muchas veces están conectado en el teléfono, chateando, hablando y oh que tengo dolor” (E0126032026)

“Ahí como que a veces es un poco difícil poder discernir. Como más que nada, uno se deja llevar por los signos vitales, como para poder saber si es verdad o no como la realidad del dolor que tienen” (E0226032026)

“Porque son pacientes que uno entiende que el medicamento en sí no le hace nada, a veces quieren consumir cosas, ni siquiera está ligado a que tengan dolores, el hecho de sentir como la tranquilidad.” (E0327032026)

c. Obstáculos organizacionales y estructurales

Los entrevistados refieren consensuadamente que la carga asistencial impide muchas veces desarrollar cuidados humanizados o evaluaciones profundas, favoreciendo intervenciones rápidas centradas en farmacología. Los enfermeros señalan que el tiempo requerido para contener, evaluar y gestionar adecuadamente a estos pacientes suele comprometer la atención del resto del servicio.

De igual manera, surgió reiteradamente la percepción de insuficiencia de herramientas clínicas y protocolos institucionales específicos para el manejo de pacientes con antecedente de consumo de drogas. Los profesionales describen que muchas veces las decisiones quedan sujetas al criterio individual de cada profesional o equipo clínico.

“... A veces uno de verdad uno quiere hacer todo y no te da el tiempo para poder sentarte con cada paciente, compartir un rato, evaluar situaciones, bajar ansiedades, miedo o a veces hasta hacer la mejor educación posible. Uno está tan apurado que tampoco se puede...” (E0327032026)

“El problema radica en la falta de protocolos que hay en cuanto al manejo en este tipo de pacientes para poder salvaguardarnos nosotros mismos en cuanto a estas situaciones. Que como si bien usted dice, es harta la demanda que tenemos y poco se hace muchas veces de parte médica para poder resguardarnos.” (E0226032026)

En adición, se identifica como una de las principales barreras institucionales la limitada disponibilidad médica y de especialistas dentro del servicio, especialmente en unidades de menor complejidad donde no existe presencia médica continua, obligando al personal de enfermería a depender de indicaciones diferidas, llamados a tratantes o residentes externos y del uso restringido de medicamentos SOS mientras esperan nuevas prescripciones. Esta situación no solo retrasa la atención oportuna del dolor, sino que también genera una carga adicional para enfermería, quienes deben gestionar burocracias asociadas a estupefacientes, insistir en la necesidad de ajustes farmacológicos y sostener pacientes de alta demanda en contextos de sobrecarga asistencial. Asimismo, la escasa disponibilidad de apoyo interdisciplinario, como psiquiatría y psicología, profundiza estas dificultades, prolongando la espera de intervenciones integrales necesarias para esta población. A ello se suma la percepción de vulnerabilidad profesional de enfermería frente a estructuras organizacionales donde su experiencia clínica suele ser subvalorada, especialmente en la elaboración de protocolos poco ajustados a la realidad asistencial, dejando importantes necesidades prácticas sin abordar.

“No en todos los servicios hay médicos presentes 24/7, por ejemplo, el MQ como es un servicio de baja complejidad, generalmente no hay un residente ahí in situ. Uno llama al tratante o llama a un residente que esté de turno.” (E0609042026)

“Los estupefacientes son retenidos, requieren receta especial, entonces como que toda la burocracia que hay detrás de eso, como que retrasa más la atención del paciente.” (E0609042026)

“... Disponibilidad de otras especialidades, en este caso, por ejemplo, de psicólogo y psiquiatra. Nosotros igual contamos con psiquiatra [...] tenemos un paciente esperando todo el día al psiquiatra o al psicólogo que va dos veces a la semana y tienes que agendarlo antes. Yo creo que eso es una de nuestras barreras [...]” (E0710042026)

“... El médico [...] no nos pescan mucho en realidad [...] porque no es manejo médico, es manejo quirúrgico y generalmente los cirujanos están operando. Entonces en el periodo de agresión no hay nadie [...] sino que llegan después y me dice, pero si yo lo veo tranquilo” (E1024042026)

d. Experiencias de estigma o discriminación

En el ámbito de las experiencias de estigma y discriminación, los discursos revelan que los usuarios con antecedentes de consumo habitual son catalogados bajo las etiquetas de pacientes "difíciles" o "agresivos". Esta categorización no solo condiciona negativamente el establecimiento de la relación terapéutica durante la hospitalización, sino que consolida un marco de prejuicios dentro del equipo de salud vinculados a la sospecha de conductas violentas, la manipulación de síntomas para la obtención de psicofármacos y una

desconfianza sistemática frente al autorreporte del dolor; factores que, en su conjunto, configuran una predisposición negativa incluso antes del primer contacto clínico.

Asimismo, los datos evidencian que este estigma se reproduce y normaliza institucionalmente a través de la comunicación verbal informal entre el personal, manifestándose con especial fuerza en comentarios despectivos emitidos durante los procesos de cambio de turno o en interacciones cotidianas en residencias funcionarias, lo que perpetúa conductas discriminatorias y mermas en la calidad asistencial. Como consecuencia directa, este sesgo cognitivo se erige como una barrera estructural para el abordaje oportuno de la analgesia, toda vez que la falta de credibilidad y la percepción de rechazo clínico invisibilizan las necesidades reales del usuario.

No obstante, el análisis cualitativo también devela un hallazgo divergente en el servicio médico-quirúrgico: ciertos discursos individuales matizan esta realidad al manifestar que no perciben necesariamente prácticas discriminatorias de carácter explícito por parte de la totalidad del estamento, sugiriendo matices en la cultura organizacional respecto al abordaje de la vulnerabilidad social.

“Siempre hay un estigma con estos pacientes, o sea, siempre los vamos a como a juzgar porque ya lleva una larga data de pacientes así, entonces uno ya sabe, ya se antepone a lo que puede venir” (E0126032026)

“Cuando lo escuchas de pasillo, lo escuchas ante el personal, “ah, este paciente va a hacer un cacho”. Ya empiezan al tiro como los comentarios...” (E0509042026)

“Enfrente del paciente, no. Pero si cuando nos comentaban a nosotros o nosotros les contábamos lo que pasaba con el paciente, lo que pasó durante la noche, etc. Como que ellos (refiriéndose al equipo médico) sí le estigmatizaban un poco. Así como, “ah, pero no sé, ¿este paciente no le gusta consumir?, entonces se va a tener que aguantarse porque no le podemos pasar nada más”. Entonces eran comentarios recurrentes” (E0923042026)

“...También este estigma de como que son mucho menos cooperadores, de que fingen, entonces obviamente por parte del equipo de salud es como una barrera ya de inicio” (E0821042026)

“Eh, no, al menos en mi servicio, no, de repente es más como un sentimiento como de lástima, como “pobrecito, ¿qué le tiene que haber pasado para que terminara usando drogas?” (E0710042026).

Objetivo 4: Indagar las recomendaciones desde la experiencia de enfermería para mejorar el manejo del dolor en pacientes consumidores con antecedente de consumo habitual sustancias en contexto hospitalario.

a. Sugerencias para manejar protocolos

Las entrevistas evidencian una urgente necesidad institucional de diseñar e implementar protocolos específicos y estandarizados para el manejo de pacientes con antecedentes de consumo habitual de sustancias en los servicios médico-quirúrgicos. Actualmente, la evidencia cualitativa demuestra que las intervenciones analgésicas y conductuales carecen de un marco regulatorio uniforme, dependiendo casi exclusivamente del criterio individual, la experticia previa o la intuición empírica de cada profesional. Esta descentralización del cuidado genera respuestas fragmentadas frente al dolor, la agitación psicomotora

o el síndrome de abstinencia, incrementando una percepción de improvisación clínica que vulnera tanto la seguridad del usuario como la del personal de salud. Para los participantes, la normalización del cuidado permitiría unificar criterios, hablar un lenguaje técnico común, delimitar roles estamentos claros y, fundamentalmente, transitar desde una práctica reactiva hacia una atención proactiva y oportuna ante los primeros signos de desregulación conductual.

Sin embargo, los discursos advierten con especial énfasis que estos lineamientos normativos no deben responder a construcciones teóricas aisladas, sino que deben "aterrizar" y adaptarse estrictamente a la realidad pragmática y material de los centros asistenciales públicos de alta prevalencia y complejidad. En este sentido, enfermería propone un enfoque de manejo multimodal que trascienda la esfera analgésica tradicional e incorpore estrategias de soporte integral ausentes en las guías clínicas estandarizadas actuales.

Entre estas propuestas específicas, destaca la necesidad de formalizar intervenciones no farmacológicas adaptadas a la neurobiología del consumo, tales como planes de manejo nutricional hipercalórico y colaciones estratégicas orientadas a mitigar los sustratos neurobiológicos de la ansiedad basal del usuario. Asimismo, se plantea la obligatoriedad de automatizar e incorporar de forma temprana interconsultas a especialidades de salud mental (psiquiatría y psicología) desde el momento del ingreso hospitalario, previniendo crisis y coordinando esquemas analgésico-sedativos óptimos para estancias prolongadas.

Por último, los profesionales explicitan una severa barrera logística respecto a la disponibilidad oportuna de psicofármacos y estupefacientes controlados. La burocracia administrativa asociada al resguardo de estas sustancias ralentiza de forma crítica la velocidad de respuesta de enfermería ante episodios de agitación

por abstinencia o crisis dolorosas agudas. Ante esto, se sugiere el diseño de estrategias organizacionales que flexibilicen la gestión de farmacia, sugiriendo la creación de stocks basales de emergencia (tales como diazepam, morfina, haloperidol o metadona) custodiados de forma local en las residencias de enfermería o jefaturas de turno bajo estrictas medidas de seguridad, reduciendo los tiempos de espera burocráticos y garantizando un acceso analgésico inmediato.

No obstante, se advierte que estas directrices institucionales deben conservar un carácter flexible y dinámico, actuando como guías de orientación científica y de seguridad farmacológica sin sustituir en ningún caso el juicio clínico individualizado ante la variabilidad de los patrones de consumo. En esta línea, el estamento de enfermería se posiciona como el actor crítico y articulador en el diseño de dichos protocolos; su permanencia y monitoreo continuo las 24 horas del día les otorga una ubicación estratégica privilegiada para la detección precoz de variaciones conductuales, la evaluación diaria de la respuesta terapéutica a los sedantes y la gestión activa de las indicaciones condicionales (SOS), salvaguardando la continuidad y la integralidad del cuidado.

“Yo creo que deberían existir protocolos estandarizados de cómo manejar esa pasión. Porque así, al estandarizarlo todos hablamos el mismo idioma, no es lo que se me ocurrió a mí como L.C. de mi cosecha [...] sino que ante tales signos y ante tal evidencia, el paciente, lo más probable es que requiera benzodiacepina” (E0509042026).

“Es que yo creo que deberían aterrizar un poco los protocolos [...] y ser un poco más realista con lo que se necesita [...], sabemos que por ejemplo debería haber un manejo nutricional más activo, a lo mejor ofrecer una colación extra [...] para calmar su ansiedad. Que, si sabemos que va a estar

más de cinco días con nosotros, que de entrada ya fuera como una evaluación psiquiátrica [...] que a lo mejor sí podría haber como un stock basal de medicamentos Diazepam, Morfina, Haldol, Metadona, que lo manejara a lo mejor el jefe de turno [...] bajo llave, pero como un stock estándar [...] para tener un acceso más rápido (refiriéndose a crisis de agresividad)" (E1024042026).

"Hemos tenido pacientes que son policonsumo, pero reales y que lo único que me dicen, es señorita, usted no tiene la culpa, pero por favor deme comida, entonces yo hablo con la nutri, le digo, pucha, mi amor habría la opción de que le trajera doble pan, doble cosas [...] con comida va a estar tranquilo y no interfiere dentro de su patología base." (E1024042026).

b. Recomendaciones para formación y capacitación

Los participantes señalan que la preparación académica actual en el pregrado resulta insuficiente para enfrentar el manejo clínico y relacional de usuarios con antecedentes de consumo habitual de sustancias, abordando estos contenidos de manera muy general. Ante esto, los entrevistados recomiendan fortalecer la educación continua, incorporando temáticas específicas sobre el manejo del dolor en contextos de adicción, abordaje del síndrome de abstinencia, farmacovigilancia segura, contención verbal y técnicas de desescalamiento conductual, entregando lineamientos claros que acompañen al profesional desde el ingreso hasta el alta del paciente.

Asimismo, se destaca la necesidad de desarrollar habilidades blandas orientadas al manejo de conflictos, la regulación emocional y el trato humanizado. Dado que estos pacientes suelen generar alta tensión en las unidades, contar con herramientas comunicacionales y psicológicas permitiría reducir confrontaciones,

derribar estigmas y mejorar la relación terapéutica. Por último, los relatos reconocen que, si bien la formación teórica es la base inicial, la experiencia clínica directa y la capacitación adaptada a la realidad local de cada centro asistencial son los elementos que finalmente permiten consolidar el criterio profesional ante estos escenarios complejos.

“Principalmente el manejo de este tipo de paciente complejo que suele responder de forma agresiva. Es clave no caer en peleas o contradicciones, sino estar en un plan de oír al paciente, escucharlo y tratar de calmarlo lo más que se pueda. Si se sienten juzgados, responden con más violencia. [...] Siento que la universidad no enseña esto; la formación es muy general y no aborda la realidad hostil de trabajar con pacientes de policonsumo.”
(E0226032026)

c. Recomendaciones para mejorar el trabajo interdisciplinario

Los participantes plantean que una de las principales necesidades es fortalecer la coordinación entre los estamentos, ya que el manejo de usuarios con antecedentes de consumo habitual de sustancias no debe recaer de manera exclusiva en el personal de enfermería. Al tratarse de pacientes con necesidades clínicas, psicológicas y sociales complejas, se requieren respuestas integrales y articuladas desde el momento de su ingreso. En este contexto, se manifiesta la urgencia de contar con una mayor disponibilidad médica y respuestas oportunas ante las alertas de enfermería, especialmente cuando las medidas iniciales son insuficientes y la agitación o el dolor comienzan a descontrolarse.

Asimismo, los relatos enfatizan la necesidad de incorporar activamente a disciplinas como psicología, psiquiatría, nutrición y kinesiología, reconociendo que cada área aporta al bienestar del paciente y a la prevención de crisis

conductuales durante la hospitalización. Para lograr esto, los entrevistados destacan como fundamental optimizar la comunicación entre los distintos estamentos y establecer reuniones interdisciplinarias periódicas. Estos espacios permitirían compartir información relevante sobre el historial del usuario, evaluar la efectividad de las estrategias implementadas y tomar decisiones en conjunto, evitando intervenciones contradictorias y garantizando la continuidad del cuidado.

“Por ejemplo, si no sé, justo en tu piso hay un paciente con consumo de sustancia en que está en, no sé, ponte en están teniendo problemas. Que se junte todo el equipo. O sea, todo el equipo tratante, o sea, médico, enfermera, técnico, no sé si hay kinesiólogos involucrados, nutricionista y que ojalá estén también presente las jefaturas.” (E0923042026).

DISCUSIÓN

En relación con las estrategias farmacológicas, el control del dolor intrahospitalario en estos pacientes es de difícil manejo debido a que el consumo crónico de sustancias altera el metabolismo farmacológico y genera resistencia. En el servicio médico-quirúrgico, las dosis típicas de analgésicos suelen ser insuficientes, lo que coincide con Perezamador y Salcedo-Carrillo (2019), quienes sostienen que el uso habitual de sustancias disminuye la eficacia de los opioides en el dolor agudo postquirúrgico por mecanismos de tolerancia cruzada, provocando respuestas terapéuticas impredecibles.

Por esto, el personal destaca que se requieren dosis más altas o intervalos más cortos para alcanzar metas analgésicas aceptables, en línea con las guías de Lum et al. (2024). Sin embargo, implementar dosis elevadas despierta un conflicto ético y clínico en enfermería por el temor a exacerbar la adicción o inducir depresión respiratoria. Esto se complejiza ante el consumo de alcohol, ya que Turner et al. (2022) y Dai et al. (2020) señalan que su interacción con

opioides, potencia críticamente la sedación y eleva el riesgo de sobredosis fatal, obligando a una monitorización continua de signos vitales y estado de conciencia con mayor frecuencia que en otros pacientes. Ante esto, la analgesia multimodal combinada (opioides, AINE y paracetamol) constituye el pilar más seguro y eficaz; como demostraron Vélez-Tovar et al. (2022), esta estrategia optimiza el control del dolor y reduce parcialmente el requerimiento de dosis masivas de rescates opioides.

Respecto a las estrategias no farmacológicas, los entrevistados mencionaron la disminución de estímulos ambientales, la escucha activa y el acompañamiento familiar, evidenciando que reciben menor prioridad, se aplican sin planificación y resultan poco efectivas por sí solas. Este hallazgo contradice a Zwolinski et al. (2023), quien afirma que la aplicación temprana de intervenciones conductuales y ambientales complementarias ofrece resultados significativamente superiores al uso exclusivo de fármacos. Así, la realidad de los contextos médico-quirúrgicos de la Región Metropolitana muestra una brecha importante, donde las medidas no farmacológicas resultan insuficientes por sí solas.

Cabe destacar que el dolor no es un fenómeno estrictamente físico, sino una experiencia compleja influenciada por factores psicológicos y emocionales. En estos pacientes, el componente afectivo se intensifica por el síndrome de abstinencia y la desconfianza hacia los tratamientos no farmacológicos. Para abordar esto, la educación, el manejo ambiental, las técnicas de relajación y el posicionamiento terapéutico son fundamentales como moduladores de la ansiedad. Según Sowicz et al. (2022), adaptar estas terapias combinadas a las necesidades particulares del individuo es indispensable para mitigar la hiperalgesia, favoreciendo un trato respetuoso que valida el sufrimiento y disminuye la angustia psicológica que empeora la percepción dolorosa.

Respecto a las dificultades percibidas por enfermería, la principal barrera es el vacío de conocimiento junto a la estigmatización clínica hacia el paciente con consumo habitual de drogas. Esto concuerda con Hernández (2016), quien señala que la comprensión teórica sobre la fisiopatología de las adicciones y el manejo analgésico complejo es limitada en los equipos de enfermería chilenos. Esta falta de base científica promueve la variabilidad en el cuidado y mantiene la aplicación de estrategias basadas en el juicio clínico o la experiencia empírica individual ante la ausencia de directrices institucionales.

Junto a los vacíos técnicos, las entrevistas evidencian actitudes de rechazo y desconfianza, catalogando a estos usuarios como "menos cooperadores", "difíciles" o "agresivos", acusándolos de simular dolor para obtener fármacos. Esta categorización consolida prejuicios vinculados a la sospecha de violencia y a una desconfianza sistemática frente al autorreporte del síntoma, generando una predisposición negativa previa al contacto clínico. Como describen Lewer et al. (2019) y Otálvaro et al. (2019), el estigma deteriora la relación terapéutica desde el primer momento, daña la credibilidad del relato del paciente y retrasa o invisibiliza el abordaje oportuno de la analgesia.

Resulta alarmante constatar la persistencia de visiones que catalogan a estos usuarios como una "causa perdida", realidad descrita por Vu et al. (2023) que impacta directamente en el pronóstico y la recuperación. Asimismo, la exposición constante a síndromes de abstinencia agudos y conductas hostiles detona desgaste profesional y distanciamiento defensivo en el enfermero, confirmando lo expuesto por Sánchez-Solis y San Jorge (2017). Como futuras profesionales, es urgente comprender que estas conductas disruptivas son manifestaciones sintomatológicas de una patología compleja de base y no un ataque personal, por lo que responder con discriminación constituye una vulneración ética al rol del cuidado.

Finalmente, referente a las propuestas de mejora, los entrevistados coinciden en la necesidad de transformaciones estructurales. La primera recomendación apunta a la creación urgente de protocolos de manejo multimodal del dolor específicos para pacientes con antecedentes de consumo, diseñados bajo la realidad epidemiológica de la Región Metropolitana, la cual concentra los mayores índices de consumo de pasta base, cocaína y alcohol según datos de SENDA (2022).

Asimismo, se plantea reestructurar la valoración inicial de enfermería. Siguiendo a Fuentes et al. (2016), es fundamental estandarizar una anamnesis exhaustiva que indague el patrón, frecuencia y tipo de sustancia, combinada con un monitoreo hemodinámico dado el riesgo de complicaciones cardiovasculares graves, como infarto agudo al miocardio o crisis hipertensivas en usuarios de estimulantes.

Desde la formación profesional, y en concordancia con Magnan (2024), se requiere incorporar transversalmente en las mallas de pregrado y capacitaciones institucionales herramientas e intervenciones orientadas a la bioética, la empatía y la comunicación asertiva. Solo mediante la educación basada en evidencia y el desarrollo de habilidades blandas se logrará deconstruir el prejuicio asistencial, permitiendo al enfermero clínico brindar un cuidado seguro, libre de juicios de valor, equitativo y verdaderamente humanizado.

CONCLUSIÓN

La presente investigación exploró el manejo del dolor por parte del personal de enfermería en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas en los servicios médico-quirúrgicos de la Región Metropolitana durante el año 2026. Al cumplir los objetivos, se determinó que la atención está condicionada por el uso de analgesia multimodal ante la insuficiencia de dosis convencionales, una aplicación intuitiva y asistemática de estrategias no farmacológicas, y la persistencia de barreras críticas como el estigma clínico y la falta de protocolos unificados.

Entre los hallazgos más relevantes, destaca que la analgesia multimodal, con el tramadol como opioide más referido, es la estrategia más eficaz. Asimismo, se evidenció que los prejuicios del equipo suelen anteceder al contacto con el usuario, deteriorando la relación terapéutica de forma temprana. En el ámbito clínico, la Escala Visual Análoga (EVA) resultó insuficiente debido a la superposición de síntomas entre el dolor agudo y el síndrome de abstinencia, lo que genera incertidumbre diagnóstica. Frente a esto, la humanización del cuidado demostró ser una herramienta terapéutica real que modera la ansiedad y la demanda analgésica.

El estudio visibilizó vacíos estructurales como la ausencia de un protocolo nacional estandarizado, deficiencias en la formación de pregrado sobre adicciones y la falta de herramientas de evaluación validadas para pacientes con tolerancia activa. Para avanzar, es imperativo adoptar la multimodalidad como norma, integrar la salud mental al equipo interdisciplinario y diseñar capacitaciones continuas que reduzcan el estigma.

Respecto a las limitaciones, se encuentra la temporalidad acotada, impidiendo observar variaciones estacionales o cambios en las políticas hospitalarias. También, los hallazgos están en el Región Metropolitana lo que restringe su

transferibilidad a establecimientos de salud de otras regiones con distintas realidades organizacionales. Finalmente, una falta de diversidad en los servicios clínicos incluidos, ya que el estudio se centró exclusivamente en el servicio médico-quirúrgico, dejando fuera unidades como urgencias, unidades críticas o psiquiatría, donde las experiencias y prácticas frente a pacientes estigmatizados podrían variar.

El consumo habitual de drogas no define al paciente, pero sí el desafío de cuidarlo. El manejo del dolor en esta población representa uno de los escenarios más complejos para la enfermería contemporánea. Esta investigación demuestra que la calidad del cuidado no depende solo de los recursos fármaco-clínicos, sino de la formación y la ética profesional. Ante la falta de directrices institucionales, la enfermería tiene la oportunidad de posicionarse como agente de cambio, promoviendo una práctica basada en la evidencia, humanizada, libre de prejuicios y firmemente comprometida con la dignidad irrenunciable de cada persona.

REFERENCIAS

- Acuña, B. (2014). Tratamiento del dolor agudo en el paciente dependiente de sustancias. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 664–673. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70088-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70088-4)
- Arellano, M., Espinosa, F., Momberg, P., Rabie, V., Zarges, M., González-Teuber, J., Arce, F., & Sepúlveda V., P. (2024). Evaluación del estado del dolor agudo en el Hospital Base San José de Osorno. *Revista Chilena de Anestesia*, 53(6), 614–620. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv53n6-10>
- Babativa Salamanca, H. A., Rubiano Cárdenas, P. A., Velásquez Pérez, T., Gaona Diaz, N. F., González Ortega, J. A., & Vega Gámez, M. I. (2024). La entrevista semiestructurada: una herramienta pertinente en la percepción de valores sociales para la vida. *Revista Lasallista de Investigación*, 21(1), 92–107. <https://doi.org/10.22507/rli.v21n1a5>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2025). *Reportes comunales*. Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/index.html>
- Cabezas Morla, A. (2021). *Rol de la enfermería en las unidades del dolor* [Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47713/TFG-H2229.pdf?sequence=1>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. Organización de los Estados Americanos. <https://bibliodrogas.gob.cl/wp-content/uploads/2021/05/Informe-sobre-el-consumo-de-drogas-en-las-Américas-2019.pdf>
- Dai, Z., Abate, M. A., Long, D. L., Smith, G. S., Halki, T. M., Kraner, J. C., & Mock, A. R. (2020). Quantifying enhanced risk from alcohol and other factors in polysubstance-related deaths. *Forensic Science International*, 313, 110352. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110352>
- Emmanuel, E. (2003). *¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos* (F. Lolas & A. Quezada, Eds.). Programa Regional de Bioética OPS/OMS. <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/35678507/pautas-libre.pdf?1416627826=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPautas+Eticas+de+Investigacion+en+Sujeto.pdf&Expires=1750642796&Signature=Et1yIUj-Sdo0-h4IFmZ03FFqQA-39oORaLDIIzks~Dx2rkeaCD3rjV44d3HwLcEvst8wOYjjNWfLjv8pTh2ZjicwYwe1CcBI8EYEkaYKQH9G161IFo7jCHLCF19Taray0Y6kRdXgyeJ78X-gGiG8S9hxunyGPplfaPzg~DbaaAGKfCNPgGsBAvsv54TQaluszANFMq4VGfCcNI5SpO0r-Vs6ZOGwPtyeOrmercsM~->

- [5xsl7Z6rpzgg3ZN7kZzBTnZLzdxqRQC5lNZxaZMTLIMHXWhYZaE~wBIOLhkOeSpjW5ZQ3QtoZ7D9Y0CKlZ4SZCJAw186jXciLPxln6jHtQw &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=84](https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.008)
- Fuentes, R., Medina, P., & Nazar, C. (2016). Consideraciones perioperatorias en pacientes consumidores de drogas ilícitas de uso frecuente. *Revista Chilena de Cirugía*, 68(5), 384–389. <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.008>
- Guerrero-Gutiérrez, M. A., Pérez-Nieto, O. R., Escarraman-Martínez, D., Ojeda Niño, A., Zamarrón-López, E. I., Olivares-Reséndiz, R., Díaz-Martínez, M. A., Deloya-Tomás, E., Sánchez-Díaz, J. S., Silva-Llorente, M., Chora-Pérez, K. S., Mosqueda-Aguilera, L. C., Carbajo-Martínez, S., Torres-Prado, D., & Ferrando, C. (2023). Analgesia multimodal en el paciente crítico. *Revista Chilena de Anestesia*, 52(2), 177–192. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv5223121124>
- Hernández Abenza, S. (2016). *Cuidados de Enfermería en Pacientes Drogodependientes* [Trabajo de Fin de Grado, Repositorio Institucional de la Universidad de Almería]. <https://repositorio.ual.es/handle/10835/6714>
- International Council of Nurses. (2025). *Definición de enfermería*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_SP_Web.pdf
- Lewer, D., Freer, J., King, E., Larney, S., Degenhardt, L., Tweed, E. J., Hope, V. D., Harris, M., Millar, T., Hayward, A., Ciccarone, D., & Morley, K. I. (2019). Frequency of health-care utilization by adults who use illicit drugs: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 115(6), 1011–1023. <https://doi.org/10.1111/add.14892>
- Lum, Z. C., O'Connor, D. T., Holland, C. T., Gharib-Parsa, A., Barragan-Trejo, A., Park, J. Y., Giordani, M., & Meehan, J. P. (2024). Natural History of Opioid Use in Naive and Tolerant Patients in Revision Total Hip Arthroplasty. *JAAOS: Global Research and Reviews*, 8(4). <https://doi.org/10.5435/JAAOSGlobal-D-23-00165>
- Magnan, E., Weyrich, M., Miller, M., Melnikow, J., Moulin, A., Servis, M., Chadha, P., Spivack, S., & Henry, S. G. (2024). Stigma Against Patients With Substance Use Disorders Among Health Care Professionals and Trainees and Stigma-Reducing Interventions: A Systematic Review. *Academic Medicine*, 99(2), 221–231. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005467>
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (n.d.). *Sustancias Psicoactivas*. Ministerio de Justicia y Del Derecho. Retrieved June 21, 2025, from <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Paginas/Sustancias-Psicoactivas.aspx#:~:text=II%C3%ADcitass%3A,coca%C3%ADna%2C%20Ia%20hero%C3%ADna%2C%20etc>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2023). Plan Nacional de Inversiones en Salud 2022–2026. Gobierno de Chile. Recuperado de <https://plandeinversionesensalud.minsal.cl/>

- National Cancer Institute. (s.f.). *Enfermero*. Diccionario de cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/enfermero>
- Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., Mitchell, E. M. H., Nelson, L. R. E., Sapag, J. C., Siraprapasiri, T., Turan, J., & Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, 17(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2024). *Informe Mundial sobre las Drogas 2024 de UNODC: los daños del problema mundial de las drogas siguen aumentando en medio de la expansión del consumo y los mercados de drogas*. <https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2024/June/unodc-world-drug-report-2024-harms-of-world-drug-problem-continue-to-mount-amid-expansions-in-drug-use-and-markets.html>
- Oltávaro, A. F. T., Vallejo, G., Escobar, S., Gallón, V., & Giraldo, I. (2019). Estigma social de profesionales de la salud hacia personas que usan drogas. *Revista Psicología Em Pesquisa*, 13(1), 10. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2019.v13.23863>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Determinantes sociales de la salud*. Organización Panamericana de La Salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Parra, A. (2023). *Muestreo intencional. Características y ejemplos*. QuestionPro. <https://www.questionpro.com/blog/es/muestreo-intencional/>
- Perezamador Del Cueto, M., & Salcedo-Carrillo, M. G. (2019). Analgesia en el paciente con abuso de sustancias nocivas. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 42, 182–186. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032019000300183
- psiquiatria.com. (n.d.). *Estigma*. Psiquiatria.Com. Retrieved June 21, 2025, from <https://psiquiatria.com/glosario/estigma>
- Quinlan, J., & Cox, F. (2017). Acute pain management in patients with drug dependence syndrome. *PAIN Reports*, 2(4), e611. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000611>
- Sánchez-Solís, A., & de San Jorge, X. (2017). Experiencias del personal de enfermería con pacientes hospitalizados por abuso de alcohol. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.001>
- SENDA. (2020). *Décimo Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General, 2020*.
- Simonetti, M., Soto, P., Galiano, A., Cerón, M. C., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2020). Dotaciones, skillmix e indicadores laborales de enfermería en Hospitales Públicos chilenos. *Revista Médica de Chile*, 148(10), 1444–1451. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020001001444>

- Sowicz, T. J., Compton, P., Matteliano, D., Oliver, J., Strobbe, S., St. Marie, B., Turner, H. N., & Wilson, M. (2022). Pain Management and Substance Use Disorders. *Pain Management Nursing*, 23(6), 691–692. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.08.015>
- Stumbo, S. P., Yarborough, B. J. H., McCarty, D., Weisner, C., & Green, C. A. (2017). Patient-reported pathways to opioid use disorders and pain-related barriers to treatment engagement. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 73, 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.11.003>
- Turner, H. N., Oliver, J., Compton, P., Matteliano, D., Sowicz, T. J., Strobbe, S., St. Marie, B., & Wilson, M. (2022). Pain Management and Risks Associated With Substance Use: Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 23(2), 91–108. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.11.002>
- Tutor2u. (2024). *What is habitual consumption and what causes it?* Tutor2u. <https://www.tutor2u.net/economics/reference/what-is-habitual-consumption-and-what-causes-it>
- Vásquez Navarrete, M. L., Ferreira da Silva, M. R., Mogollón Pérez, A. S., Fernandez de Sanmamed, M. J., & Delgado Gallego, M. E. (2017). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Programa editorial Universidad del Valle. <https://doi.org/10.25100/peu.188>
- Vélez-Tovar, L. F., Cruz-Nocelo, E. J., Serratos-Vázquez, M. C., & Zúñiga-Carmona, V. H. (2022). Tratamiento del dolor agudo por lesión traumática en pacientes con adicciones. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 45(2), 107–113. <https://doi.org/10.35366/103885>
- Vu, P. D., Malik, A., Cohen, A. S., Bansal, V., Cowan, M. R., Blazek, G. M., & Champagne-Langabeer, T. (2023). Shared Decision Making in Acute Pain Management in Patients with Opioid Use Disorder: A Scoping Review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(10), 3555. <https://doi.org/10.3390/jcm12103555>
- Zanga, R. (2022). *Caracterización de los profesionales de la salud en Chile 2021*. https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2022/04/articles-20912_recurso_1.pdf
- Zwolinski, N. M., Patel, K. S., Vadivelu, N., Kodumudi, G., & Kaye, A. D. (2023). ERAS Protocol Options for Perioperative Pain Management of Substance Use Disorder in the Ambulatory Surgical Setting. *Current Pain and Headache Reports*, 27(5), 65–79. <https://doi.org/10.1007/s11916-023-01108-3>

COLLECTIONS

- Investigación cualitativa
- Mujer y ciencia
- Create collection

All References	AUTHORS	YEAR	TITLE	SOURCE	ADDED ▼	FILE
☐	☒ Magnan, Elizabeth...	2024	Stigma Against Patients With Substance Use Disorders Am...	Academic Med.	22/6/2025	
☐	☒ Oñativar, Andrés Fel...	2019	Estigma social de profesionales de la salud hacia personas ...	Revista Psico.	22/6/2025	
☐	☒ Hernández Abercía, A...	2016	Cuidados de Enfermería en Pacientes Drogodependientes		22/6/2025	
☐	☒ Sánchez-Solis, A. d...	2017	Experiencias del personal de enfermería con pacientes hos...	Enfermería Uni.	22/6/2025	
☐	☒ Vu, Peter D., Malik...	2023	Shared Decision Making in Acute Pain Management in Pati...	Journal of Clin.	22/6/2025	
☐	☒ Vélez-Tovar, Luisa F...	2022	Tratamiento del dolor agudo por lesión traumática en pedi...	Revista Mexica.	22/6/2025	
☐	☒ Arellano, Mauricio...	2024	Evaluación del estado del dolor agudo en el Hospital Base ...	Revista Chilen	22/6/2025	
☐	☒ Zwiolski, Nicholas ...	2023	ERAS Protocol Options for Perioperative Pain Management...	Current Pain a...	22/6/2025	
☐	☒ Sowicz, Timothy Jos...	2022	Pain Management and Substance Use Disorders	Pain Managem...	22/6/2025	
☐	☒ Turner, Helen N., Ol...	2022	Pain Management and Risks Associated With Substance U...	Pain Managem...	22/6/2025	
☐	☒ Fuentes, Ricardo, M...	2016	Consideraciones periperatorias en pacientes consumidore...	Revista Chilena	22/6/2025	
☐	☒ Vázquez Navarete, R...	2017	Introducción a las técnicas cualitativas de investigación apli...		22/6/2025	

GROUPS

- + Add references

All References

	AUTHORS	YEAR	TITLE	SOURCE	ADDED ▼	FILE
☐	Vázquez Navarrete, ...	2017	Introducción a las técnicas cualitativas de investigación apli...		22/6/2025	
☒	Tutor2u	2024	What is habitual consumption and what causes it?	Tutor2u	22/6/2025	
☐	Stumbo, Scott P., Ya...	2017	Patient-reported barriers to opioid use disorders and pain...	Journal of Sub...	22/6/2025	
☐	Guevero-Gutiérrez, ...	2023	Análisis multimodal en el paciente crítico	Revista Chilen...	22/6/2025	
☐	SEINDA	2020	Décimo Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población G...		22/6/2025	
☐	psiquiatría.com		Estigma	psiquiatría.com	22/6/2025	
☐	Babativa Saizamanc...	2024	La entrevista semiestructurada: una herramienta pertinente ...	Revista Lasali...	22/6/2025	
☐	Parra, Andrea	2023	Muestreo intencional. Características y ejemplos	QuestionPro	22/6/2025	
☐	Oficina de las Nacio...	2024	Informe Mundial sobre las Drogas 2024 de UNODC: los dal...		22/6/2025	
☐	Nyblæke, Laura; Slo...	2019	Stigma in health facilities: why it matters and how we can ch...	BMC Medicine	22/6/2025	
☐	Ministerio de Justici...		Sustancias Psicoactivas	Ministerio de J...	22/6/2025	
☐	Lewer, Dan; Freer, J...	2020	Frequency of health-care utilization by adults who use illicit ...	Addictio	22/6/2025	
☐	Alonso-Pardo, Franje...	2024	Narcotráfico y el consumo de drogas psicotrópicas		22/6/2025	

Buscar

25°C Soleado 13:14 12-11-2025

+ Add references		All References					Search	Filters	View
		AUTHORS	YEAR	TITLE	SOURCE	ADDED	FILE		
☐	☐	Alessandri, Francis...	2024	Narcotráfico y el consumo de drogas escolar		22/6/2025			
☐	☒	Perezamador Del C...	2019	Analgésia en el paciente con abuso de sustancias nocivas	Revista Mexica...	22/6/2025			
☐	☒	Dai, Zheng, Abate, ...	2020	Quantifying enhanced risk from alcohol and other factors in ...	Forensic Scien...	22/6/2025			
☐	☒	Consejo Internacion...		Definiciones actuales de enfermería		22/6/2025			
☐	☒	Biblioteca del Congr...	2025	Reportes comunes	Biblioteca del ...	22/6/2025			
☐	☒	Juan Pablo Acuña, B.	2014	Tratamiento del dolor agudo en el paciente dependiente de ...	Revista Médica...	22/6/2025			

Autor(es) y año	Propósito	Muestra	Mediciones	Tratamiento	Resultados cuantitativos	Resultados cualitativos (hallazgos)
CICAD, 2019	Analiza las tendencias del consumo de drogas en América.	Estadísticas poblacionales.	Encuestas estandarizadas.	No aplica.	Prevalencia y patrones por país y sustancia.	Políticas públicas y necesidades regionales.
Perezamador & Salcedo-Carrillo, 2019	Revisa estrategias analgésicas en usuarios de sustancias.	No aplica.	Revisión narrativa.	Abordaje farmacológico individualizado.	No aplica.	Recomendaciones clínicas para evitar interacciones.
Lewer et al., 2019	Examina el uso de servicios de salud en usuarios de drogas.	Estudios incluidos en metaanálisis.	Frecuencia de hospitalizaciones, consultas.	No aplica.	Uso elevado de servicios por complicaciones.	Estigmatización y necesidad de atención centrada en el paciente.
Fuentes, Medina & Nazar, 2016	Describe consideraciones perioperatorias.	No aplica.	Revisión de literatura.	Ajuste anestésico y vigilancia intensiva.	No aplica.	Importancia de evaluación preanestésica adecuada.
Turner et al., 2022	Emite recomendaciones sobre	No aplica.	Revisión de evidencia.	Manejo multimodal, no opioide	No aplica.	Se proponen guías basadas en riesgos.

	manejo del dolor.			preferente.		
Dai et al., 2020	Evalúa riesgo en muertes por poliuso.	Casos forenses.	Análisis de causas múltiples.	No aplica.	Incremento de riesgo al combinar sustancias.	Necesidad de educación sobre mezclas letales.
Sowicz et al., 2022	Analiza el manejo del dolor y trastornos por uso de sustancias.	No aplica.	Revisión narrativa.	Integración de salud mental y control de dolor.	No aplica.	Relevancia de entrenamiento clínico en adicciones.
Zwolinski et al., 2023	Evalúa protocolos ERAS en cirugía ambulatoria.	Revisión de literatura.	No aplica.	Manejo multimodal y centrado en el paciente.	No aplica.	Necesidad de adaptar protocolos para SUD.
Arellano et al., 2024	Evalúa el estado del dolor agudo.	384 pacientes hospitalizados.	Escalas de dolor.	No aplica.	Alta prevalencia de dolor no controlado.	Importancia de evaluación inicial del dolor.
Vélez-Tovar et al., 2022	Propone manejo del dolor en trauma con adicciones.	No aplica.	Revisión narrativa.	Análisis farmacológico y de estrategias.	No aplica.	Necesidad de abordaje libre de prejuicios.

Stumbo et al., 2017	Explora caminos hacia trastornos por opioides.	396 pacientes.	Entrevistas cualitativas.	No aplica.	No aplica.	Barreras percibidas y rutas hacia la adicción.
Vu et al., 2023	Analiza las decisiones compartidas en pacientes con OUD.	17 estudios revisados.	Revisión sistemática.	Estrategias centradas en el paciente.	No aplica.	Comunicación empática mejora resultados.
Sánchez-Solís & de San Jorge, 2017	Explora las experiencias de enfermería con alcohólicos.	9 enfermeras/os.	Entrevistas cualitativas.	No aplica.	No aplica	Rechazo, frustración y necesidad de capacitación.
Oltávaro et al., 2019	Evalúa el estigma hacia usuarios de drogas.	52 profesionales de salud.	Cuestionarios.	No aplica	Alta prevalencia de estigma.	Estereotipos afectan la calidad del cuidado.
Magnan et al., 2024	Revisa intervenciones para reducir estigma.	Estudios incluidos en revisión.	Revisión sistemática.	Programas educativos y de contacto.	Reducción significativa del estigma.	La formación y exposición directa son efectivas.
Quinlan & Cox, 2017	Aborda el manejo del dolor en dependientes a drogas.	No aplica.	Revisión narrativa.	Analgesia multimodal y precauciones.	No aplica.	Requiere protocolos diferenciados.

Lum et al., 2024	Evalúa el uso de opioides en cirugía de cadera.	157 pacientes.	Seguimiento clínico.	Protocolo estándar.	Mayor uso en pacientes tolerantes.	Uso previo influye en manejo postoperatorio.
Hernández Abenza, 2016	Describe los cuidados enfermeros a drogodependientes.	No aplica.	Revisión documental.	Apoyo emocional, supervisión, educación.	No aplica.	Relevancia del rol enfermero empático.
BCN Chile, 2025	Caracteriza a las comunas de Chile.	Datos nacionales.	Estadísticas.	No aplica.	Datos socioeconómicos y de salud.	Apoya planificación territorial en salud.
SENDA, 2020	Es un estudio nacional de drogas.	Población general.	Encuestas probabilísticas.	No aplica.	Tendencias de consumo por región.	Variaciones por edad, sexo y nivel socioeconómico.
OPS, 2025	Describe los determinantes sociales de salud.	No aplica.	Revisión conceptual.	No aplica.	No aplica.	Pobreza, estigma, acceso afectan salud.
Cabezas Morla, 2021	Describe el rol de enfermería en unidades de dolor.	No aplica.	Revisión bibliográfica.	Apoyo al control del dolor.	No aplica.	Humanización del cuidado.

Simonetti et al., 2020	Evalúa las condiciones laborales en hospitales chilenos.	36 hospitales.	Encuestas a enfermeras/os.	No aplica.	Relación entre dotación y calidad.	Carga laboral y condiciones afectan cuidado.
Zanga, 2022	Caracteriza a profesionales de salud en Chile.	Registro nacional.	Datos demográficos y formativos.	No aplica.	Distribución y características por región.	Aporta a planificación sanitaria.
Tutor2u, 2024	Explica el consumo habitual.	No aplica.	Definición	No aplica.	No aplica.	No aplica.
Min. de Justicia (Colombia), s.f.	Informa sobre las sustancias psicoactivas.	No aplica.	Definición, clasificación y efectos.	No aplica.	No aplica.	No aplica
Guerrero-Gutiérrez et al., 2023	Propone la definición de analgesia multimodal en críticos.	No aplica.	Revisión narrativa.	Analgesia balanceada.	No aplica.	Recomendaciones clínicas para UCIs.
Psiquiatría.com, s.f.	Define estigma.	No aplica.	Definición	No aplica.	No aplica.	No aplica
Nyblade et al., 2019	Revisa el estigma en salud.	Estudios internacionales.	Revisión sistemática.	Intervenciones educativas y	Disminución del estigma postintervención.	Factores contextuales agravan el problema.

				estructurales.		
Consejo Internacional de Enfermeras, s.f.	Provee definiciones de enfermería.	No aplica.	Revisión conceptual.	No aplica.	No aplica.	Rol integral de enfermería en el bienestar.

ANEXOS

Pauta de entrevista

Para mejor visualización: [Set Preguntas Libres](#)

DIMENSIÓN 1: Estrategias farmacológicas

Áreas de indagación y preguntas – 1 por área de indagación

- Tipos de fármacos más utilizados**
 - (1) ¿Qué analgésicos o combinaciones se usan con mayor frecuencia en estos pacientes?
 - (2) ¿Cuál considera que es el medicamento más efectivo en su experiencia clínica?
- Observación clínica de la respuesta**
 - (3) ¿Ha notado diferencias en la tolerancia o resistencia a los analgésicos en estos pacientes?
- Rol de enfermería en la administración y vigilancia**
 - (4) ¿Qué rol desempeña en ajustar horarios, dosis o combinaciones?
- Uso del juicio clínico**
 - (5) ¿Qué tanto confía en las escalas de dolor para este perfil de pacientes?
 - (6) ¿Qué rol cree que tiene la experiencia acumulada de enfermería en este proceso?

DIMENSIÓN 2: Estrategias no farmacológicas y cuidados

Áreas de indagación y preguntas

- Técnicas no farmacológicas implementadas**
 - (7) ¿Ha visto diferencias entre pacientes con y sin consumo habitual de drogas?
 - (8) ¿Cuál de las técnicas no farmacológicas considera más efectiva en el control del dolor en este tipo de pacientes?
- Adaptación del cuidado según historial de consumo**
 - (9) ¿Qué dificultades encuentra al ajustar los cuidados a este perfil de pacientes?
- Percepción de efectividad de estas estrategias**
 - (10) ¿Qué tanto confían los pacientes en estas estrategias?
 - (11) ¿Cómo integraría estas prácticas de manera más sistemática?
- Integración de enfoques humanizados**
 - (12) ¿Ha percibido que el trato humanizado influye en la respuesta al dolor?
 - (13) ¿Qué desafíos enfrenta para mantener una atención humanizada en un ambiente de alta demanda?

DIMENSIÓN 3: Dificultades percibidas en el manejo

Áreas de indagación y preguntas

1. **Dificultades clínicas específicas**
 - (14) ¿Cómo maneja situaciones de resistencia o poca respuesta a la analgesia?
 - (15) ¿Qué desafíos surgen cuando aparecen síntomas de abstinencia?
2. **Limitaciones en la evaluación del dolor**
 - (16) ¿Qué tan confiable considera el autorreporte del dolor en estos pacientes?
 - (17) ¿Ha sentido que estas herramientas son insuficientes en este perfil?
3. **Obstáculos estructurales u organizacionales**
 - (18) ¿Qué recursos faltan para mejorar el abordaje multimodal?
 - (19) ¿Cómo influye la carga laboral en la calidad del cuidado?
4. **Experiencias de estigma o discriminación**
 - (20) ¿Ha presenciado actitudes de estigmatización hacia pacientes con consumo habitual de drogas?

DIMENSIÓN 4: Recomendaciones

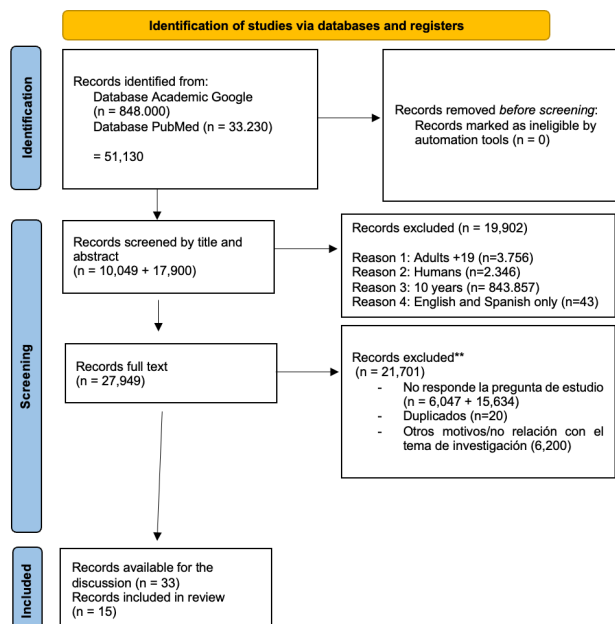
Áreas de indagación y preguntas

Pregunta de inicio: ¿Conoces o utilizas algún protocolo internacional relacionado con el manejo del dolor en este tipo de pacientes o los cuidados son en base a su experiencia clínica?

1. **Sugerencias para mejorar protocolos**
 - (21) ¿Qué procedimientos deberían reforzarse en la práctica diaria en el cuidado de estos pacientes?
 - (22) ¿Qué rol cree que debería tener enfermería en el diseño de nuevos protocolos?
2. **Recomendaciones para formación y capacitación**
 - (23) ¿Qué contenidos deberían incluirse en la capacitación de enfermería en este ámbito?
 - (24) ¿Cree que es suficiente la formación actual recibida sobre manejo del dolor y consumo de drogas?
3. **Ideas para mejorar el trabajo interdisciplinario**
 - (25) ¿Qué barreras identifica en la colaboración interdisciplinaria?
 - (26) ¿Qué estrategias propondría para fortalecer el enfoque multimodal en equipo?

Prisma

El diagrama PRISMA muestra el proceso de identificación, selección y revisión de los estudios incluidos. Se identificaron 51.130 registros mediante Academic Google y PubMed. Tras el cribado inicial por título y resumen, se excluyeron 19.902 registros por criterios como población adulta, estudios en humanos, antigüedad mayor a 10 años o idioma. Luego, en la revisión de texto completo (27.949 registros), se excluyeron 21.701 estudios por no responder a la pregunta de investigación, estar duplicados o no relacionarse con el tema. Finalmente, 33 estudios fueron considerados aptos para la discusión y 15 quedaron incluidos en la revisión.



Consentimiento informado

Para mejor visualización: [Consentimiento Informado.docx](#)

INVESTIGACION DE PRE GRADO
Manejo Multimodal del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas; perspectivas del profesional de enfermería en la Región metropolitana, 2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO - INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES

Nombre de los Investigadores y Tutor responsables de la investigación/estudio

Paula Baeza, Catalina Henríquez, Fernanda Saavedra, Nastassja Altman, Catalina Beltrán.
Estudiantes de cuarto año de Enfermería de la Universidad del Desarrollo.
Vivian Aedo Carreño tutora responsable del estudio de la Universidad del Desarrollo.

Introducción / Objetivo

Este estudio busca indagar cómo las/os enfermeras/os enfrentan el dolor en pacientes que han consumido drogas de forma habitual. Se quiere entender qué tratamientos y cuidados utilizan y cómo los aplican en este tipo de pacientes, especialmente en el área médico-quirúrgica. Todo esto con el fin de mejorar la atención hospitalaria y adaptar mejor el tratamiento. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y desde ya agradecemos su tiempo.

¿Quiénes pueden participar en este estudio?

Enfermeras/os del Servicio Médico-Quirúrgico de la Región Metropolitana que hayan atendido a pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas y tengan al menos 6 meses de estabilidad laboral.

Procedimientos del estudio

Se realizará una entrevista individual semi-estructurada mediante videollamada a través de la plataforma Zoom fuera del horario laboral. Tendrá una duración aproximada 45-60 minutos. Se utilizará un guión con preguntas abiertas y flexibles, en donde la conversación será grabada en audio y luego transcrita palabra por palabra. En esta entrevista estarán presentes el/la entrevistador/a y entrevistado/a para resguardar su privacidad y comodidad. No se le pedirán datos clínicos de pacientes ni información que permita identificarlos.

Riesgos y beneficios

Riesgo mínimo:

- Podrá sentir incomodidad al recordar experiencias difíciles; ante esto tendrá la posibilidad de hacer una pausa o terminar la entrevista según necesidad.
- No existen riesgos físicos ni intervenciones sobre su salud.
- Aunque tomamos muchas medidas para proteger su información, existe un riesgo muy bajo de que datos sean accesados por personas no autorizadas. Si eso llegase a ocurrir, actuaremos de inmediato para limitar el daño, averiguar qué pasó y avisarle a usted y a las autoridades si es necesario.

Beneficios: No hay beneficios directos para usted, sin embargo, los resultados podrían contribuir a mejorar el manejo del dolor y la calidad de los cuidados a nivel nacional.

Iniciales Investigador/a

Fecha

Iniciales Participante

INVESTIGACION DE PRE GRADO

Manejo Multimodal del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas; perspectivas del profesional de enfermería en la Región metropolitana, 2026

En caso de que durante la investigación, se encuentren situaciones que afecten negativamente a los participantes o se cuente con suficiente información para responder a los objetivos, se suspenderá parcial o totalmente por decisión del equipo investigador o del comité de Ética. En cualquier situación, se informará a todos los participantes.

Costos para el participante

La participación no implica costos económicos y no se ofrecerá pago por participar.

Participación voluntaria y confidencialidad

La participación es totalmente voluntaria. Puede rechazar o abandonar el estudio en cualquier momento, sin que esto afecte su relación laboral ni sus evaluaciones de desempeño. La información se manejará de forma confidencial. Los audios se codificarán y sólo el equipo investigador tendrá acceso. Las transcripciones serán anónimas, eliminando su nombre y cualquier dato que pueda identificarle. Además, una vez finalizada la transcripción las grabaciones de audios se eliminarán de manera definitiva. Los resultados se presentarán como un resumen general de todas las respuestas, sin nombres ni cargos. Se informa que los resultados relevantes de la investigación, así como los hallazgos generales, serán comunicados a los sujetos participantes.

Los registros serán almacenados en una carpeta segura de OneDrive, a la cual únicamente las autoras del estudio tendrán acceso para su revisión, sin posibilidad de edición una vez cargados. Transcurridos cinco años, toda la información será eliminada de manera definitiva.

Más información

Investigador responsable (alumno tesista): Catalina Henríquez Rodríguez - email cahenriquez@udd.cl
Tutor responsable: Vivian Aedo - email vaedo@udd.cl

Aprobación: Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética Científico de Pre-Grado de la Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo (CEC PG)

A quién puede consultar en caso de duda: Al número de contacto +56 223 279 248 a nombre de Catalina Henríquez y al CEC PG UDD Sra. Alejandra Valdés al email cecpg@udd.cl

Esta información es para usted, guárdela una vez leída.

Iniciales Investigador/a

Fecha

Iniciales Participante

INVESTIGACION DE PRE GRADO

Manejo Multimodal del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas; perspectivas del profesional de enfermería en la Región metropolitana, 2026

REGISTRO EXPRESIÓN DE VOLUNTAD - CONSENTIMIENTO INFORMADO

✓ Reconocimiento del Participante (o su Representante) en la investigación:

- He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado "Manejo Multimodal del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas; perspectivas del profesional de enfermería en la Región metropolitana, 2026".
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que recibí una copia firmada y con fecha de este formulario de CI.
- Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Entiendo que puedo retirar y o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada la atención de mi salud en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- He sido informado que, en el caso de no participar en este estudio, ello no afectará mi desempeño laboral.
- Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

- ☐ Acepto participar en este proyecto de investigación.
☐ Rechazo participar en este proyecto de investigación

Nombre y Firma Participante: _____

Nombre Representante y relación con el Participante (Solo si lo requiere) _____

Firma Representante: _____ Fecha: ____/____/____

Declaración del Investigador:

El suscrito declara que ha explicado en forma total y cuidadosa la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios de esta investigación al participante o su Representante que está firmando este formulario de consentimiento y que ha contestado las preguntas y dudas de manera satisfactoria.

Nombre del investigador que toma CI: _____

✓ Firma del investigador: _____ Fecha de la firma: ____/____/____

Autoridad institucional que autoriza: _____

Iniciales Investigador/a

Fecha

Iniciales Participante

Acta de aprobación Comité de ética

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO – CLÍNICA ALEMANA
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICO
PROYECTO DE PRE-GRADO

ACTA DE APROBACION

PG_2025-74

Santiago, 21 de enero de 2026

Autoras responsables: Nastassja Altman F., Paula Baeza J., Catalina Beltrán F., Catalina Henríquez R. y Fernanda Saavedra B.

Tutora: Vivian Aedo

Institución: Carrera de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

- 1) Proyecto de Investigación: "Manejo multimodal del dolor en pacientes con antecedentes de consumo habitual de drogas: perspectivas del personal de enfermería en la Región Metropolitana durante 2026".
- 2) Currículum vitae de las investigadoras y su Tutora
- 3) Compromiso de su Tutora y colaboradoras directa de la investigación.
- 4) Consentimiento Informado
- 5) Material que se utilizará como, por ejemplo: encuestas, métodos de reclutamiento de participantes, material que se entregará a los participantes, entre otros.

Link acceso

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=J4nXtdAlqUSDcNhuV8e6ltKM-9ZSMkNLI5bt0-imo51UNEI4SU5OSDk0QzJZQ1BIUIVVSUIzRExNRy4u>

Sobre la base de esta información, el Comité se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los siguientes aspectos éticos:

- Justificación Social: aportar al conocimiento con información de enfermería relacionada con el manejo del dolor en áreas médico quirúrgicas.
- Evaluación riesgo/beneficio: no superiores al mínimo.
- Validez científica: con las limitaciones propias de un estudio descriptivo de casos.
- Existe protección a los participantes en cuanto a:

- a. Población vulnerable.
- b. Libertad para participar.
- c. Confidencialidad.
- d. Cobertura de costos del estudio.
- e. Cobertura de eventuales eventos adversos serios.

Por lo tanto, el Comité de Ética considera que el estudio está bien justificado, que no hay objeciones para la realización del estudio propuesto y por ende otorga su aprobación.

Conjuntamente, el comité recuerda al investigador que debe:

- Utilizar el formulario de consentimiento informado con timbre y fecha de aprobación del comité.
- Reportar los eventos adversos serios en un plazo inferior a 48 horas de ocurrido.
- Entregar oportunamente las enmiendas que se deseen incorporar al protocolo.
- Entregar un informe con los resultados, una vez finalizado el proyecto o en caso de suspensión anticipada.

Alejandra Valdés



Digitally signed by ALEJANDRA VICTORIA VALDÉS VALDÉS
DN: cn=CL, ou=FM-Metropolitana, c=Santiago, o=e-Digital, ou=e-Digital,
cn=ALEJANDRA VICTORIA VALDÉS
VALDÉS, email=avaldesv@udd.cl
Reason: Sign CEDULA:7842508-3 -
2ba3d14585253
Location: e-Digital App
Date: 21.01.2023 16:25:26 -0300

Sra. Alejandra Valdés V.
Vicepresidenta
Comité de Ética Científico
Facultad de Medicina Clínica Alemana
Universidad del Desarrollo