

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA- SEDE

CHOTA



***"VIVENCIAS DEL ADULTO INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE,
CHOTA 2012".***

TESIS

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

PRESENTADO POR:

BACH. ENF. CARRANZA SEGOVIA DENIER ISAÍ

BACH. ENF. DÍAZ VÁSQUEZ SEGUNDO MANUEL

ASESORA:

DRA. JUANA AURELIA NINATANTA ORTIZ

CHOTA - 2013

***“VIVENCIAS DEL ADULTO INTERVENIDO
QUIRURGICAMENTE, CHOTA 2012”.***

DEDICATORIA

A DIOS por haberme dado el regalo más precioso: La vida, y por estar siempre a mi lado en mis derrotas y triunfos.

A mi MADRE por su apoyo incondicional en los momentos más difíciles y por su esfuerzo para brindarme lo mejor.

A mis HERMANOS, mi ABUELITA porque siempre me apoyaron demostrando que me quieren y me aconsejaron a seguir el bien y nunca rendirme.

Denier Isai.

DEDICATORIA

A DIOS, Todopoderoso que con su infinita misericordia, me ha dado la sabiduría, y por ser el camino que me guía y lograr alcanzar mi meta propuesta

A mis Padres, razón de mi existencia por su ayuda, amor, perseverancia y enseñarme que por más difícil que se presenten las cosas se pueden superar.

A mi esposa y mis hijas Anabel y Karen por su ayuda y apoyo constante. A mis hermanos, Griselina y Víctor Edilberto, por su ayuda y entusiasmo en todo momento.

Segundo Manuel.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Universidad Nacional de Cajamarca – Sede Chota, nuestra Alma Máter, que nos acogió y contribuyó a nuestra formación profesional, y nos permitió adquirir conocimientos, habilidades y valores para el desenvolvimiento de nuestra vida personal y el desempeño de la Carrera Profesional de Enfermería.

Expresamos nuestro profundo agradecimiento a nuestra Asesora: Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz, por su apoyo perseverante, por sus orientaciones, recomendaciones y sugerencias, que hicieron posible la formulación y el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A los docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca por tener la paciencia y por sus conocimientos transmitidos durante todo el tiempo que formamos parte de la institución.

A los adultos participantes en la presente investigación, quienes nos permitieron conocer las vivencias que tienen ellos al ser intervenidos quirúrgicamente.

Finalmente, agradecemos a los integrantes del Comité Científico por sus recomendaciones y sugerencias, los que contribuyeron a encaminar la ejecución de la investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
	pag.
CAPITULO I	
1. INTRODUCCION	10
1.1. Presentación y delimitación del problema científico.	10
1.2. Objeto de estudio:	14
1.3. Preguntas orientadoras.	14
1.4. Objetivos.	15
1.5. Justificación	15
CAPITULO II	
2. REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPÍRICO.	19
2.1. Vivencias.	19
2.2. Intervención Quirúrgica	21
2.3. Edad Adulta	24
2.4. Paciente quirúrgico	27
CAPÍTULO III	
3. ABORDAJE METODOLÓGICO	29
3.1. Tipo de estudio.	29
3.2. Área de estudio.	29
3.3. Escenario del estudio.	30
3.4. Sujetos de estudio.	31
3.5. Muestra.	31
3.6. Recolección de datos.	31
3.7. Interpretación de datos.	33
3.8. Consideraciones éticas y rigor científico.	34
CAPÍTULO IV	
4. RESULTADOS	38
CONSIDERACIONES FINALES	91
SUGERENCIAS	95
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	96
ANEXOS	113

RESUMEN

El presente estudio, descriptivo-exploratorio de abordaje cualitativo se desarrolló con el objetivo de explorar y describir las vivencias del adulto intervenido quirúrgicamente. El estudio se realizó en el Hospital General I José Hernán Soto Cadenillas-Chota. La muestra se obtuvo por saturación de la información y estuvo conformada por seis participantes, un varón y cinco mujeres cuyas edades estuvieron dentro de los 30 y 46 años. Para el recojo de la información se utilizó la entrevista cualitativa y utilizando el análisis del discurso, se determinó 9 categorías: Sentimientos y emociones frente al proceso de cirugía, expresados por miedo, temor, preocupación, dolor, etc. La decisión de ser operado, al sentir que hay dolor, incomodidad y riesgo para su salud; Conversación y confianza, expresada por palabras de aliento, tranquilidad que ayudan al adulto a tener seguridad y confianza; Necesidad de cuidado, está configurada por la necesidad de ayuda, apoyo, atención y protección; La presencia de Dios; el adulto siente que es necesario tener mayor fuerza espiritual para salir adelante, reforzando así su fe en Dios. Vivenciando los efectos de la anestesia, referida a la situación desconocida, curiosidad, adormecimiento, inmovilidad, desesperación. Agotamiento del cuerpo, manifestado por cansancio, debilidad y decaimiento; Significado de la nueva realidad, refiriéndose al deseo de recuperación, esperanza y paciencia; y El ambiente hospitalario, que se lo caracteriza por ser frío e incómodo.

Finalmente se llegó a la conclusión que las vivencias del adulto al ser intervenido quirúrgicamente están divididas en vivencias intencionales y no intencionales, que enmarcan una aproximación al cuidado de enfermería en estos pacientes.

Palabras clave: vivencia, adulto, intervención quirúrgica.

ABSTRACT

The present study, descriptive exploratory of qualitative boarding developed for the sake of exploring and describing the events experienced in life of the adult performed surgery,. The study came true in the General Hospital I José Hernán Soto Cadenillas Chota. The sample obtained himself for informational saturation and it was shaped by six all-comers, a male and five women whose Whose ages were within the 30 and 46 years. For gather information use was done of the the qualitative interview and using the discourse analysis, 9 categories were determined: Feelings and emotions in front of the process of surgery, expressed for fear, fear, worry, pain, etc. The decision of having an operation, when feeling that there are pain, discomfort and risk for her health; Conversation and confidence, expressed for words of breath, tranquility that help the adult to have certainty and confidence; Delicate need, is configured by the need of help, support, attention and protection; God's presence; The adult feels that it is necessary to have bigger spiritual force to come through, reinforcing his faith in God that way. Life experience the effects of anesthesia, once the unknown situation was referred, curiosity, sleepiness, immobility, despair. Depletion of the body, manifested for fatigue, weakness and depression; Significance of the new reality, in relation to the desire of recuperation, hope and patience; and the hospitable environment, that he characterizes it to be cold and uncomfortable.

Finally Himself arrive to the conclusion that the events experienced in life of the adult of the adult performed surgery, are divided in intentional events experienced in life and not intentional, that they delimit an approximation in nursing care in these patients.

Key words: Experience in life, adult, surgical intervention.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

1.1. Presentación y delimitación del problema científico.

La cirugía constituye una de las experiencias más temidas en la vida, incluso las intervenciones quirúrgicas consideradas menores por los especialistas pueden evocar fuertes reacciones psicológicas, sobre todo síntomas de ansiedad y depresión **(Die Trill M, Die Goyanes A. 2003)**.

Aunque estas reacciones aparecen en cierto grado en todos los pacientes quirúrgicos, la ansiedad aumenta cuando la intervención quirúrgica se realiza como tratamiento del cáncer, y es el cirujano el "portador de malas noticias", ya que la mayoría de ellos no reciben un entrenamiento para tal fin y suelen ser bastante bruscos, ocasionando el aumento de la ansiedad y los miedos **(Burton M, Parker R. 1997)**.

La cirugía favorece la aparición de ansiedad, angustia e impotencia, tanto en el paciente como en el familiar que en su caso acuda como acompañante. Estas sensaciones irán en aumento si no existe una buena información por parte del equipo que lo atiende, referente a su estado de salud, posible enfermedad y al tratamiento que debe seguir, cuando éste supone una intervención quirúrgica de urgencia, la repercusión emocional para las personas implicadas aumenta. Esto puede estar producido por varios factores, pero una explicación insuficiente de la necesidad de la cirugía, la información no acorde con las necesidades del paciente o una inadecuada comprensión por parte del mismo, desembocará en un aumento del estrés preoperatorio que influirá negativamente en el proceso quirúrgico **(Devine EC. 1990)**

Una intervención quirúrgica en la mayoría de las ocasiones es considerada como un acontecimiento vital estresante, **Leventhal, Contrada y Anderson (1994)** proponen que la amenaza que supone este acontecimiento puede organizarse en cuatro situaciones generales: el inmediato daño físico representado por la cirugía, los efectos secundarios derivados de haberse sometido a dicho proceso, inhabilidad para desempeñar los roles sociales y manejo a largo plazo de una condición médica crónica. Cada una de estas preocupaciones varían en el tiempo

y se distribuyen en varias fases: 1°. Fase de decisión, desde que se le dice a la persona que va a ser intervenida, hasta que ingresa en el hospital. 2°. Fase de hospitalización, desde que la persona ingresa hasta el momento de la anestesia. 3°. Fase de cuidados intensivos y recuperación. 4°. Fase de rehabilitación, periodo en el que la persona se mantiene en la planta hospitalaria.

Ingresar en un hospital para ser intervenido quirúrgicamente conlleva a una serie de situaciones estresantes por varios motivos. Por un lado está la enfermedad y el proceso quirúrgico, que se caracterizan por la incertidumbre, la falta de control, sensación de amenaza, la impotencia. Por otro, la hospitalización conlleva a la separación del entorno habitual para entrar en uno desconocido, la pérdida de intimidad (Vázquez y cols, 2004; Barrilero y cols, 1998; Castillo, 2002).

La vivencia de la intervención quirúrgica, es un fenómeno de naturaleza subjetiva en el cual las personas enfermas perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de situaciones internas y externas configuradas en sus propias vivencias del padecimiento quirúrgico, de su cuidado y su atención.

El paciente adulto intervenido quirúrgicamente, pasa por un proceso de vivencias variables, que abarca desde el inicio de los síntomas, la intervención y su recuperación e incluso hasta la muerte. Estas vivencias pueden ser percepciones, significados, experiencias, evaluaciones y manifestaciones diversas, no solo en el enfermo, sino también a quienes le rodean. Cada persona enferma tiene experiencias personales y únicas, percibirá cambios cualitativos y cuantitativos, no sólo en su parte orgánica, sino también en su vida laboral, social, espiritual y emocional, y es en estas dimensiones, que el paciente debe ser atendido y cuidado por el profesional de enfermería.

La necesidad de conocer el proceso individual que cada persona experimenta acerca de la subjetividad del proceso quirúrgico, el conocimiento de sus opiniones, sus vivencias, a través de las expresiones del propio adulto

intervenido quirúrgicamente, ayudará a dar significados a este proceso y orientar las formas de humanizar su cuidado. De igual manera la interpretación que tiene con respecto al proceso que está viviendo debe tener un alcance más allá de los procedimientos, los instrumentos diagnósticos, y su tratamiento médico. Y en el proceso de cuidado, el profesional de enfermería tiene la función de observar y atender las necesidades, dificultades, desequilibrios y alteraciones físicas, psicológicas y emocionales de pacientes para su rápida recuperación, rehabilitación e incorporación a su vida cotidiana.

La edad adulta es una de las etapas más extensas de la vida humana que incluye al grupo etareo más productivo de la sociedad y que se caracterizan por la afirmación de su vida, por ser dinámicas, más productivas, con grandes deseos de crecimiento profesional y personal, tienen sueños para sí mismos y para los hijos.

El grupo de personas de edad media es considerado una etapa de ajustes, importantes donde las personas establecen una relación, comienza a formar sus propias familias y desarrollan una sensación de ser parte de algo más amplio. Aportan algo a la sociedad al criar a los hijos, ser productivos en el trabajo, y participar en las actividades y organización de la comunidad.

La intervención quirúrgica es para ellos una fase aún más amenazante que le producirá reacciones de tristeza, temor y miedo, algunas veces puede ser simple o producirle hasta la alteración severa en la imagen corporal y emocional.

Así también en el hospital se observa que los pacientes adultos que se encuentran en la etapa de la cirugía, viven experiencias negativas, así como experiencias positivas, que es necesario saberlo desde sus propias vivencias para comprender su situación y brindar cuidados profesionales desde otra perspectiva más integral y holística, y no sólo exclusivamente biomédica, orientada solamente a curar la enfermedad sin considerar los aspectos subjetivos, también relevantes en la persona enferma.

El estudio se realizó en el Hospital General I José Hernán Soto Cadenillas-Chota en el grupo de adultos, pues es una población que con frecuencia se hospitaliza para ser intervenidos quirúrgicamente por diversas enfermedades: en el año 2011 se intervinieron a 153 personas, de las cuales 69 adultos del grupo etario de 25 a 59 años, fueron intervenidos, seguido por el grupo etareo adulto mayores (60 años a más) con 29 pacientes intervenidos; en los otros grupos etareos se presentó 18 pacientes en cada uno. La enfermedad más frecuente motivo de intervención quirúrgica fue la apendicitis aguda con un total de 61 pacientes, el cual representa el 39,9% de los pacientes intervenidos, en segundo lugar están los tipos de hernia con 29 pacientes intervenidos, representando el 19%; en tercer lugar la peritonitis con 18 casos y representa el 11,8%.

Para el año 2012 según el registro de pacientes del servicio de cirugía del Hospital General I José Hernán Soto Cadenillas-Chota, hasta el mes de abril se han intervenido a 97 personas, de las cuales en primer lugar se encuentran también los adultos de edad media de 25 - 54 años) con 46 adultos intervenidos y representa el 47,4%; en segundo lugar están los adultos jóvenes 20 a 24 años, con 13 pacientes intervenidos y representa 13,4%; el grupo etareo menos frecuente es el de los adultos pre mayores (55 a 60 años) con tan sólo 5 adultos intervenidos el cual representa el 5,2%. La apendicitis aguda ocupa el primer lugar en frecuencia, con 31 pacientes (32,0%); los diferentes tipos de hernia ocupan el segundo lugar con 19 pacientes (9,6%); en tercer lugar peritonitis y la colecistitis 13 pacientes (13,4%) cada una; también hubo amputación de dedos presentándose 2 pacientes (2,1%) (**Hospital General I José Hernán Soto Cadenillas-Chota 2011-2012**).

En nuestra formación profesional, y en las prácticas hospitalarias, hemos tenido la oportunidad de observar a pacientes que son intervenidos quirúrgicamente, quienes expresan temor, nerviosismo, vergüenza, así mismo se ha visto muchas veces a pacientes preocupados, poco comunicativos, aislados, negativistas, irritables, y un profesional de salud preocupado más por la atención médica, que por el cuidado psicológico y emocional del paciente, al parecer ha olvidado que la persona enferma, no solo es cuerpo biológico, con dolencia física, y

necesidades fisiológicas alteradas, sino que la persona es cuerpo-mente y por ende gran parte de su males están acompañadas de dolencias espirituales y emocionales, la persona es integral y holística y en este sentido el cuidado también es integral.

El presente trabajo de investigación en pacientes adultos intervenidos quirúrgicamente, sirvió para escuchar experiencias, vivencias, sentimientos y emociones de estos adultos frente a la situación de ser hospitalizados e intervenidos quirúrgicamente y que ven afectada su integridad, como seres humanos y a partir de estas vivencias se logra fortalecer los conocimientos para el cuidado de enfermería.

Así mismo el conocimiento de las vivencias permitirá fundamentar las intervenciones de enfermería, contribuyendo a brindar el cuidado mediante la adopción de una filosofía holista e integral. Los objetivos de este estudio se centran en dos aspectos principales, explorar y describir las vivencias de los pacientes sometidos a un proceso quirúrgico.

De esta manera, el estudio se orientará a través del planteamiento de su objeto de estudio sus interrogantes, objetivos, justificación y un referencial teórico que ayudará a una mejor comprensión de las vivencias en las personas que son intervenidas quirúrgicamente.

1.2. Objeto de estudio:

Vivencias de las personas adultas intervenidas quirúrgicamente.

1.3. Preguntas orientadoras.

- ❖ ¿Cuáles son las vivencias de las personas adultas hospitalizadas en el servicio de cirugía y que han sido intervenidas quirúrgicamente?

- ❖ ¿Cómo viven las personas adultas hospitalizadas el día a día su intervención quirúrgica?

1.4. Objetivos.

- ❖ Explorar las vivencias de las personas adultas hospitalizadas que son intervenidas quirúrgicamente en el Hospital José Soto H. Cadenillas, Chota 2012.

- ❖ Describir la situación que viven las personas adultas que son sometidos a una intervención quirúrgica en el Hospital José Soto H. Cadenillas, Chota 2012.

1.5. Justificación

Las personas que son hospitalizadas y en especial los que van a ser intervenidas quirúrgicamente se enfrentan con múltiples situaciones estresantes, físicas y psicológicas, como se sabe el fin último de la cirugía es ingresar en el organismo, reconstruir o eliminar lo que está mal, suturar y mandar al paciente a casa lo antes posible. Este proceso, sin importar el número de veces que se haya experimentado antes, genera numerosas situaciones emotivas en el paciente; además, deben afrontar diferentes problemas psicológicos y sociales mostrándose emocionalmente aprehensivos y con temor por su recuperación y su futuro.

Cuando llega el momento de la operación, la persona debe desprenderse de todos los objetos y pertenencias, el individuo de pronto se ve en una camilla que es llevado por una cara no familiar, a un ambiente totalmente desconocido, lo que incrementa su temor y que en muchas veces se puede transformar en un estado negativo para afrontar la cirugía y su recuperación.

Por ello, el personal de enfermería a cargo de pacientes quirúrgicos ha de conocer y recordar todos estos aspectos de la experiencia quirúrgica. Debe mostrar, una actitud de atención hacia el individuo mediante una aproximación pausada, una escucha atenta y receptiva y una anticipación de las necesidades físicas (**Michelle y Morrison. 1999**).

La importancia del presente estudio, está orientado a explorar y describir las vivencias de los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente, lo cual permitirá llegar a una mejor comprensión de su situación, y recibir una atención adecuada por parte de los profesionales de enfermería para su recuperación satisfactoria, pues el paciente, como ser humano, es integral presenta cambios en su dimensión objetiva y subjetiva, en tanto la persona es considerada multidimensional.

La investigación busca aportar conocimientos a los profesionales de salud, para mejorar su intervención y el cuidado del enfermo operado, sabiendo que una intervención quirúrgica tiene consigo repercusiones biológicas, espirituales, sociales, culturales, religiosas, psicológicas y emocionales en la vida de quien experimenta cambios en su integridad como persona. Se considera que los resultados de la investigación permitirá mejorar el rol que cumple el profesional de enfermería, en la atención y cuidado del paciente, precisando que cuidado en este estudio tiene una connotación especial y desde una nueva perspectiva, cuidado es una forma de ser y estar, con el paciente, el mismo que se expresa en comportamientos y actitudes respecto a cómo el profesional de enfermería realiza las acciones en dicho paciente, esto es con atención, esmero, velar, mimar, imaginar, pensar, meditar, asistir, vigilar, tratar, prevenir, etc.

En la Universidad existe la necesidad de reorientar la enseñanza del cuidado de enfermería para la atención y cuidado del paciente intervenido quirúrgicamente. En este sentido los resultados del presente trabajo de investigación permiten saber la manera como el paciente vivencia la etapa quirúrgica para en lo posterior ser tomados en cuenta en el desarrollo de los cursos de formación profesional relacionados con estos procesos pues se tiene que cuidar al paciente en todas sus dimensiones. Sera que a partir de saber cuáles son los sentimientos y vivencias de pacientes hospitalizados e intervenidos quirúrgicamente que se lograra comprender y cuidar mejor al paciente y de esta manera lograr la recuperación más rápida del paciente y así devolverlo a la sociedad a que siga con sus actividades.

Así mismo, la motivación que impulsa el desarrollo del tema, surge de experiencia personal, al observar las diferentes emociones en los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente y que a veces no se encuentra ninguna explicación sobre sus miedos y angustias, que sólo ellos en su mundo interno, subjetivo lo viven durante este proceso de la enfermedad.

Explorar las expresiones de las vivencias de los pacientes en este proceso quirúrgico permitió descubrir cuáles son estas vivencias y describirlas haciendo una interpretación de estas ayudará a ir al encuentro de nuevas formas de humanizar el cuidado en este grupo de personas. Así como fortalecer los conocimientos para el cuidado de enfermería.

CAPITULO II

2. REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPÍRICO.

El presente trabajo se realizó dentro de una aproximación teórica sobre las vivencias, intervención quirúrgica y teorías del desarrollo en lo que concierne a la etapa de vida de edad adulta media la cual para este estudio se enmarca dentro de la teoría de Erikson quien dice que abarca desde los 25 a los 55 años.

2.1. Vivencias.

Vivencia es una experiencia de vida como fenómeno tiene importancia en la filosofía, en la educación y en la psicología (Melucci, A. 2009). Las vivencias se definen como la interiorización de algo, en un proceso consciente que posee un campo limitado, siendo más o menos amplio según el individuo, pudiendo referirse a una experiencia precisa o difusa (Dorsch, F. 1985). Según este autor, la vivencia se encontraría compuesta por las sensaciones, los pensamientos y la imaginación, agregándose una cuarta categoría que correspondería a los sentimientos, los cuáles complementarían la vivencia con una actitud personal, y en la mayoría de los casos una marcada tonalidad de placer o displacer .

Díaz, O. (2007), señala que las “vivencias” son fenómenos específicos de los seres del mundo que, además de vivir, están dotados de vida psíquica. También menciona que las vivencias son fenómenos “interiores” de estos seres vivientes; transcurren en la “inmanencia” de su propio ser y no más bien en el “exterior” de éste; Ellas miran “hacia dentro” de la misma vida y no más bien “hacia fuera” de ésta. Las vivencias permiten a estos seres vivientes experimentarse a sí mismos como “sujetos” de ellas y no más bien como objetos, como sucede, en cambio, con su propio cuerpo. Debido a su carácter interior y su vinculación con la subjetividad de estos seres, estas vivencias se consideran “entidades subjetivas”; En cambio las vivencias, como se ha dicho, son fenómenos subjetivos y hacen referencia al estado consciente de la vida; más aún, revelan esta conciencia de la vida.

Vivencia es el modo como la persona percibe y comprende sus experiencias, en las más variadas situaciones, atribuyéndole significados que, con mayor o menor intensidad, siempre son acompañadas de algún sentimiento (**Forghieri. 1993**).

La vivencia es entendida como una construcción que el sujeto hace consigo mismo y con los otros, a partir de la inter-relación de las experiencias pre-reflejadas y reflexivas, en un continuo del flujo de la existencia, unida a la facticidad del mundo, tal como se presentaba. Las vivencias son un flujo autónomo de producción de sentido, eminentemente intersubjetivo; por lo tanto, que no se traduce en una verdad absoluta (**Dantas y Moreira. 2009**).

Puede decirse entonces que en el interior del hombre tienen lugar tanto vivencias intencionales como vivencias no-intencionales.

Las vivencias intencionales: no surgen en el hombre propiamente por las relaciones significativas que éste establece con los objetos de la realidad, sino que son "causadas", "provocadas", "ocasionadas" psíquicamente en él: en primer lugar, por las distintas relaciones físicas que tienen lugar entre su ser y el ambiente que lo rodea, como los cambios de temperatura, las variaciones de calor o de humedad, la alternancia de la luz y la oscuridad, la presencia de agentes irritantes para el hombre (como el ruido, la polución o los estímulos visuales). Las vivencias "no-intencionales", surgen por determinadas circunstancias por las que atraviesa el hombre en algunos momentos de su vida, como el exceso de fatiga, la disminución de los momentos de reposo (en sus formas de sueño o de descanso), padecimientos de salud prolongados, comportamientos cada vez más sedentarios, alimentación inadecuada, abuso de agentes estimulantes (como el café, el tabaco, el alcohol, las drogas), etc.

También la expresión vivencia designa una parte del curso de la vida. Como tal es una realidad, que se presenta de modo inmediato, de la que nos percatamos interiormente sin recorte alguno, no dada ni tampoco pensada. Todo lo que esta conexión estructural que se presenta en mí como realidad, es la vivencia (**Dilthey. 1998**).

Candela B. y Hueso C. (2007). En su estudio "La enfermedad no entiende de vacaciones. Vivencias de una estancia hospitalaria". Este relato biográfico nos permite un mayor acercamiento a las vivencias personales y en concreto al proceso salud-enfermedad. El hecho de ingresar en un hospital hace que la persona tenga que hacer frente a situaciones de incertidumbre, falta de control, sensación de amenaza, etc., situaciones que se agravan si la estancia resulta desagradable por los problemas organizativos de la institución. Se presenta el relato de Pilar, una mujer que nos describe su vivencia durante un ingreso hospitalario en pleno periodo vacacional. Los problemas que tuvieron al ingreso como el cierre de plantas, la falta de información y sobrecarga de trabajo de los profesionales, la inseguridad y falta de intimidación las principales dimensiones que emergen del discurso de la informante.

Peinado M. (2008). En su estudio "Vivencias sobre el cambio evolutivo del proceso quirúrgico", señala que los numerosos y rápidos cambios que se producen en la sociedad tecnificada en la que vivimos, condicionan el modo de progreso en la sanidad. Desde hace años y gracias a la evolución experimentada en diversos ámbitos sanitarios (técnicas quirúrgicas, anestesia, administración de cuidados de enfermería, población, costes), surgió la Cirugía Mayor Ambulatoria. Esta nueva forma de entender la cirugía, busca que la resolución quirúrgica de un proceso patológico se realice en un día y que la recuperación posterior al acto quirúrgico la realice el paciente en su casa. Este nuevo enfoque asistencial es acogido generalmente de forma muy favorable por la mayoría de pacientes. El informante del relato participante en el estudio señala que ha experimentado en la distancia del tiempo el cambio que supone la introducción de la Cirugía Mayor Ambulatoria ante un mismo proceso patológico de resolución quirúrgica, junto a los miedos ante el quirófano, la valoración de la información y los cuidados que le realizan.

2.2. Intervención Quirúrgica

Existe muchas definiciones de lo que es la cirugía, los conceptos han ido evolucionando desde diferentes puntos de vista.

La cirugía se define como parte de la medicina que tiene por objeto curar las enfermedades por medio de una operación, actuación quirúrgica para extirpar, amputar, implantar, reparar o coser, alguna parte enferma o degenerada del organismo o reconstruir partes afectadas por un accidente (**Diccionario Word Magic Software 5.3. 2009**).

Es la rama de la medicina que comprende el cuidado pre, trans y post operatorio del enfermo e incluye como elemento principal la intervención quirúrgica, para la corrección de deformidades, mitigación del sufrimiento y prolongación de la vida (**Berry K. 1981**).

Intervención es cualquier acto realizado para evitar que se produzcan lesiones a un paciente, o para mejorar sus funciones mentales, emocionales o físicas. Puede servir para vigilar o mejorar un proceso fisiológico, o para interrumpir o controlar un proceso patológico (**Diccionario Mosby. 2000**).

La intervención quirúrgica es el elemento principal de la cirugía. Dentro de las intervenciones quirúrgicas según el enfoque que se utilice, existen varios tipos de clasificaciones. Si se realiza un enfoque anatómico, o sea, una clasificación es topográfica, tomará el nombre de cada región anatómica del cuerpo humano: cirugía de cabeza, de cuello, de hombro, de brazo, de tórax, de abdomen, de pelvis, de miembros inferiores, de pies, etc. También existe otro enfoque que se realiza de acuerdo a los aparatos que son intervenidos: intervención del aparato respiratorio, del digestivo, del renal, del cardiovascular, del Sistema Nervioso Central, etc. Si se utiliza el enfoque según los órganos intervenidos: intervención de vesícula, de estómago, de pulmones, de oído, de próstata, de ojos, de vejiga, de hemorroides, de corazón, etc. Finalmente se puede establecer otra clasificación, si el enfoque se hace desde la patología que presentan los diferentes tejidos u órganos: intervención por cálculo en cuello de la vesícula (colecistectomía), intervención por cáncer de cabeza de páncreas (pancreatectomía), intervención por úlcera sangrante de estómago (gastrectomía), intervención por cáncer de pulmón (neumonectomía), intervención de mama por tumor maligno (mastectomía parcial), etc.

La intervención quirúrgica consta de tres fases; preoperatoria: se llama así a la fase que antecede al acto quirúrgico, donde se realiza la evaluación integral del paciente y cuyo propósito fundamental es determinar si alguna enfermedad (coexistente, real o sospechada) es lo suficientemente peligrosa para retrasar, modificar o contraindicar la operación. Resulta muy claro que una correcta evaluación preoperatoria que incluya un diagnóstico preciso de la patología del enfermo y de sus consecuencias a nivel sistémico, aunado a un manejo preventivo adecuado de los posibles factores de riesgo, son determinantes del éxito o fracaso de un procedimiento quirúrgico. Podemos considerar que la etapa preoperatoria comienza desde la primera consulta del paciente con el cirujano y termina cuando el paciente entra en la sala de operaciones y se da inicio a la anestesia. En este tiempo el médico tendrá especial interés en diagnosticar no sólo la patología que motiva la consulta, sino todos aquellos padecimientos asociados existentes en ese paciente, con el objeto de evaluarlo de manera integral. El periodo Transoperatorio puede dividirse en dos partes: Transoperatorio anestésico: Se clasifica a través de dos apartados: a) el sistema transoperatorio de control para intervención quirúrgica en paciente de bajo riesgo (CBR) y b) el sistema transoperatorio de control para intervención quirúrgica en paciente de alto riesgo (CAR). Transoperatorio quirúrgico: Se refiere a los aspectos técnicos, que realiza el cirujano. Posoperatorio abarca desde que el paciente sale del quirófano o ingresa en la sala de recuperación, si el procedimiento así lo requirió, se inicia la fase del posoperatorio. Esta fase se puede dividir a su vez en tres fases: posoperatoria inmediata, posoperatoria mediata y posoperatoria tardía.

La cirugía se encuentra entre los acontecimientos más estresantes para los seres humanos, pues obliga a hacer importantes adaptaciones físicas y psicológicas **(Cunill. Grau. y Meléndez. 2008).**

Cada una de estas fases tiene sus propias características, y consecuentemente sus principios, los cuales se deben seguir minuciosamente al igual que en las etapas previas. En la actualidad, con la disponibilidad de las unidades de terapia intensiva de cuidados intermedios, se dispone de una amplia variedad de técnicas

de monitoreo, como son las líneas arteriales, el apoyo ventilatorio, los catéteres centrales, etcétera.

2.3. Edad Adulta

Se define al adulto como aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras. (MAIS; Minsa-Perú; 2004).

Sujeto completamente desarrollado y maduro y que ha alcanzado la capacidad intelectual y la estabilidad emocional y psicológica propias de una persona madura. Persona que ha alcanzado una edad que le confiere todas las responsabilidades desde el punto de vista legal (Diccionario Mosby. 2000).

La palabra Adulta (ta). Proviene del latín adultus que significa llegado a su mayor crecimiento o desarrollo (Real Academia Española. 2005)

Según la psicología del desarrollo la adultez se divide en Etapa del adulto joven, Edad madura o adultez media así como adulto pre mayor.

Etapa del Adulto Joven: Esta primera sub-fase de la vida adulta fue descrita por Erikson y luego estudiada sistemáticamente por Levinson, Nemiroff y Colarusso. El período entre los 20 y 40 años constituye el de mayor capacidad física del individuo, a su inserción activa en el mundo laboral y social, y generalmente al período de formación y consolidación de una relación de pareja, primero, y de una familia, después. Para Erikson el logro central de esta etapa es la capacidad de intimidad con el otro, y el riesgo más serio, es el del aislamiento (Florenzano R. 2008).

Edad Madura o Adulthood Media: Es el período entre los 40 y 60 años se caracteriza para Erikson por el desarrollo de la capacidad de "Generatividad". Saber cuidar del desarrollo de los demás, sean los propios hijos o las generaciones más jóvenes en un sentido amplio. Los adultos maduros, plantea Erikson, necesitan cuidar a sus hijos tanto como éstos requieren ser cuidados. El así llamado "instinto maternal" es para él otra expresión de su principio epigenético los adultos maduros desarrollan esta capacidad no sólo como padres, sino como profesores y mentores o guías de juventudes en un sentido u otro. El fracaso de esta capacidad lleva al estancamiento y a la auto-absorción, que se ve en el adulto que vive en forma egocéntrica y sin proyección hacia el futuro. Jung ha descrito este período como uno de transición entre la primera mitad de la vida, en que se recibe e incorpora desde la sociedad, y la segunda, en que se entrega y retribuye a esta. La vivencia concreta de la propia mortalidad comienza a surgir en el horizonte en forma cada vez más real, sea a través de las señales físicas externas del paso del tiempo (canicie, calvicie, arrugas, etc.) sea a través de los primeros signos de enfermedades crónicas del adulto (diabetes, hipertensión, cuadros articulares, etc.).

Cuando los desafíos recién enunciados no son enfrentados exitosamente, surgen frecuentemente conflictos familiares, uso excesivo de alcohol o de otras sustancias químicas, o cuadros ansiosos o depresivos crónicos. Por otro lado, al llegar a un período de madurez estable y tranquila, muchas personas entran al período de mayor productividad y creatividad. Por ello Ortega y Gasset llamó a este período el de la "Generación Dominante", ya que es cuando se tienden a ocupar posiciones de mayor responsabilidad y poder sociales (Florenzano R. 2008).

Según el modelo de atención integral de salud, la etapa de vida adulta se divide en tres grupos: adulto joven 20 – 24 años; en esta etapa de la vida se comienza asumir responsabilidades sociales y familiares; inicia el desarrollo de su proyecto de vida; puede ser económicamente dependiente o no; adulto intermedio 25 a 54 años; tiene responsabilidad familiar generada o de origen, son económicamente independientes, el entorno familiar (crianza de sus hijos) y

laboral constituyen la razón de sus vidas; adulto pre mayor 55 a 59 años, es una etapa de transición hacia el envejecimiento, implica una menor función reproductiva en el varón y el cese de esta función en la mujer, menor responsabilidad de crianza de los hijos, cese obligado o cambio de las funciones laborales en ambos (MAIS; Minsa-Perú. 2004).

Según Erikson el VII estadio corresponde al de la adultez media. Es muy difícil establecer el rango de edades, pero incluiría aquel periodo dedicado a la crianza de los niños. Para la mayoría de las personas de nuestra sociedad, estaríamos hablando de un período comprendido entre los 25 y 55 años. La tarea fundamental aquí es lograr un equilibrio apropiado entre la productividad y el estancamiento.

La productividad es una extensión del amor hacia el futuro. Tiene que ver con una preocupación sobre la siguiente generación y todas las demás futuras. Por tanto, es bastante menos "egoísta" que la intimidad de los estadios previos: la intimidad o el amor entre amantes o amigos, es un amor entre iguales y necesariamente es recíproco. Pero la verdad es que si no recibimos el amor de vuelta, no lo consideramos un amor verdadero. Con la productividad, no estamos esperando, al menos parece que no implícitamente, una reciprocidad en el acto. Pocos padres esperan una "vuelta de su investimento" de sus hijos, y si lo hacen, no creemos que sean buenos padres.

Aunque la mayoría de las personas ponen en práctica la productividad teniendo y criando los hijos, existen otras maneras también. Erikson considera que la enseñanza, la escritura, la inventiva, las ciencias y las artes, el activismo social complementan la tarea de productividad. En definitiva, cualquier cosa que llene esa "vieja necesidad de ser necesitado".

El estancamiento, por otro lado, es la "auto-absorción"; cuidar de nadie. La persona estancada deja de ser un miembro productivo de la sociedad. Es bastante difícil imaginarse que uno tenga algún tipo de estancamiento en nuestras vidas, tal y como ilustra la tendencia mal adaptativa que Erikson llama sobrextensión.

Algunas personas tratan de ser tan productivas que llega un momento en que no se pueden permitir nada de tiempo para sí mismos, para relajarse y descansar. Al final, estas personas tampoco logran contribuir algo a la sociedad.

Más obvia todavía resulta la tendencia maligna de rechazo, lo que supone muy poca productividad y bastante estancamiento, lo que produce una mínima participación o contribución a la sociedad. Y desde luego que aquello que llamamos "el sentido de la vida" es una cuestión de cómo y qué contribuimos o participamos en la sociedad. Esta es la etapa de la "crisis de la mediana edad". Debido al pánico a envejecer y a no haber logrado las metas ideales que tuvieron cuando jóvenes, tratan de "recapturar" su juventud. El ejemplo más evidente se percibe en los hombres. Dejan a sus sufrientes esposas, abandonan sus tediosos trabajos, se compran ropa de última moda y empiezan a acudir bares de solteros. Evidentemente, raramente encuentran lo que andan buscando porque sencillamente están buscando algo equivocado. Pero si atravesamos esta etapa con éxito. Desarrollaremos una capacidad importante para cuidar que nos servirá a lo largo del resto de nuestra vida (Boeree G. 1998).

2.4. Paciente quirúrgico

Del latín *patiens* ("padecer", "sufrir"), paciente es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar).

El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.

Entonces la definición de paciente quirúrgico sería aquella persona que sufre una enfermedad y necesita ser intervenido quirúrgicamente o ya ha sido intervenido.

CAPÍTULO III

3. ABORDAJE METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio.

La presente investigación fue de abordaje cualitativo, descriptivo-exploratorio; se realizó desde la perspectiva de las vivencias del adulto de edad media intervenido quirúrgicamente. Los estudios cualitativos son fundamentados en procesos inductivos; es decir explorar y describir, para luego generar perspectivas teóricas. Así mismo proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas. También aporta un punto de vista "fresco, natural y completo de los fenómenos", así como su flexibilidad (Hernández S. 2006).

Este estudio fue exploratorio porque se basó en buscar las vivencias que ocurrieron en los adultos durante el proceso quirúrgico. Descriptivo porque se logró establecer dos dimensiones en el proceso quirúrgico una subjetiva y otra objetiva, se logró realizar descripciones de las diferentes variaciones en cuanto a la perspectiva de la vida, comportamiento, las necesidades y reacciones frente a una intervención quirúrgica.

3.2. Área de estudio.

El área de estudio fue el Distrito de Chota, en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, el cual se encuentra ubicado en la parte central de la provincia, en la región andina norte del Perú. Su capital se encuentra en la meseta de Akunta a 2,388 msnm y a 150 Km al norte de Cajamarca o a 219 Km al este de Chiclayo, Lambayeque.

El distrito se ubica a una longitud, teniendo en cuenta el meridiano base GREENWICH de 0°0'0" hacia el hemisferio occidental está ubicado el Perú con su grado referencial, el que pasa por Lima es el de 75° de longitud occidental; más al oeste se ubica nuestro departamento de Cajamarca por cuya capital pasa el meridiano 78°30' más al occidente se ubica la capital de la provincia de Chota y distrito de Chota; por cuya plaza pasa el meridiano imaginario 78°39'29" de longitud occidental.

La latitud en la que ubica según el círculo máximo imaginario ecuatorial que marca 0°0'0" y divide la tierra en hemisferio norte y hemisferio sur. Nuestro país se localiza en el hemisferio sur, en cuanto nos referimos a Cajamarca se encuentra más próximo a esta línea ecuatorial con una latitud de 7°12'05" y nuestra ciudad de Chota se ubica más al norte de la capital departamental, por este lugar pasa el paralelo 6°33'48". Chota está a una altitud específicamente la ciudad capital, se encuentra a 2,388 msnm. Sus límites son: **Norte:** Con las Provincias de Ferreñafe y Cutervo, **Sur:** Con las Provincias de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz, **Este:** Con el Río Marañón que es el límite con la Provincia de Luya, **Oeste:** Con las Provincias de Chiclayo y Ferreñafe al Oeste. (OEI – DISA Chota. 2009).

3.3. Escenario del estudio.

La investigación se llevó a cabo en el servicio de cirugía del Hospital General I José Hernán Soto Cadenillas de la Provincia y Distrito de Chota, Hospital Asistencial de Nivel II-1.

El hospital cuenta con los servicios de: Servicio de Medicina, Servicio de Cirugía, Servicio de Neonatología – Pediatría, Servicio de Gineco – Obstetricia, Servicio de Emergencia, los cuales cuentan con hospitalización, Servicio de Centro Quirúrgico, además se cuenta con el Servicio de Consultorios Externos, Laboratorio, Rayos X, Farmacia.

El servicio de cirugía es un servicio que está a disposición de toda la población, en este servicio se brinda cuidados a pacientes intervenidos quirúrgicamente, pacientes con afecciones quirúrgicas como: heridas por arma blanca o de fuego, fracturas, quemaduras, heridas por accidentes de tránsito, de trabajo, pacientes que han sufrido caídas. Este servicio trabaja en coordinación con el Servicio de Centro Quirúrgico en donde se realizan la intervención quirúrgica a los pacientes el cual está a disposición las 24 horas para cualquier intervención de emergencia pero mayormente las cirugías son programadas para el turno diurno.

3.4. Sujetos de estudio.

Los sujetos de estudio lo constituyeron los adultos varones y mujeres que fueron intervenidos quirúrgicamente, los mismos que fueron identificados en el registro de ingreso a la hospitalización, los cuales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Edad comprendida entre los 25 a los 55 años.
- Sin alteraciones mentales.
- Pacientes orientados en tiempo, espacio y persona.
- Post operados.
- Pacientes hospitalizados.
- Pacientes que deseen participar voluntariamente.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes fuera de la edad establecida.
- Pacientes inconscientes
- Pacientes con mucho estrés y ansiedad
- Pacientes que no desearon ser entrevistado.

3.5. Muestra.

La muestra se obtuvo a través de la técnica de saturación de la información, es decir hasta el punto en que ya no se obtuvo nueva información y ésta comenzó hacer redundante, al continuar con las entrevistas. De allí, que para el presente estudio la muestra tiene un número determinado de 6 participantes, un varón y cinco mujeres cuyas edades fueron 43, 36, 30, 39, 43, 46 años respectivamente. De procedencia urbano 3 participantes, rural 2 participantes y urbano marginal 1 participante. Cuyas ocupaciones fueron 3 amas de casa, 1 agricultor, 1 enfermera y 1 trabajadora de limpieza pública. La selección de los participantes fue de acuerdo a lo que se iban presentando los casos en el Servicio de Cirugía del Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota.

3.6. Recolección de datos.

La recolección de la información fue realizada por los investigadores durante los meses de octubre y noviembre del 2012. La técnica de recolección de datos fue

la entrevista cualitativa o a profundidad, semi-estructurada, para ello previamente se elaboro, un instrumento donde se comenzó con una pregunta general para luego continuo con otras preguntas abiertas relacionadas con el objeto de estudio, con la finalidad de obtener una gran riqueza de información expresada con las palabras propias del paciente.

Para la ejecución del presente estudio se procedió de la siguiente manera:

1. Se coordinó con la Dirección del Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, y la jefatura del servicio de cirugía, para obtener el permiso escrito para la realización del presente estudio.
2. Se identificó a los adultos que fueron intervenidos quirúrgicamente; fueron captados en el Servicio de Cirugía del Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota.
3. Se realizó entre dos y tres visitas, una para la identificación y presentación de los pacientes y para pedirle que participen en el estudio donde se obtuvo el consentimiento informado, y otras visitas para recoger los datos o tomar la información que faltaba como en el caso del tercer participante se fuimos a entrevistarle a su vivienda en una ocasión.
4. En la visita para el recojo de la información se explicó el motivo de investigación y su importancia de darnos a conocer sus vivencias en el presente trabajo. Se le indicó que se guardará el anonimato y confidencialidad.
5. Las respuestas se recogieron mediante grabación magnetofónica, siguiendo las recomendaciones para grabar las entrevistas cualitativas, y en la libreta de campo se tomaron algunas notas de lo observado relacionadas con el entorno en ese momento, el estado de ánimo del paciente y las reacciones a determinados situaciones que puedan ir surgiendo en el proceso de la entrevista.

6. La entrevista se realizó después durante el post operatorio mediato en todos los casos pasadas las 24 horas y fueron realizadas individualmente en su ambiente y de acuerdo a la disposición emocional del adulto intervenido quirúrgicamente siendo necesario en más de una oportunidad que tuvimos que regresar para continuar con la entrevista.
7. Además el horario de la entrevista fue coordinado con el paciente y se procuró una hora donde hubo menor actividad asistencial y menor presencia de profesionales de la salud y por tanto favorecer así un ambiente más tranquilo se prefirió trabajar en la tarde y en la noche.
8. Las entrevistas se iniciaron con preguntas, como: ¿Cómo está viviendo esta nueva experiencia en su vida?, ¿Qué cambios cree que han aparecido en usted? ¿Qué cosas cambiarán a partir de ahora en su vida?. ¿qué ha significado para usted esta cirugía?
9. Antes de terminada la entrevista se revisó el instrumento por si alguna pregunta no se había realizado, luego se procedió a dar por terminada la entrevista agradeciendo al participante.

3.7. Interpretación de datos.

Para el proceso de análisis se utilizó como referencia el análisis del discurso propuesto por **Orlandi (2002)**, ya que esta técnica tiene por finalidad explicar como un texto produce sentido y permite comprender, el sentido del discurso, ya que el texto precisa tener material lingüístico necesario para que la persona pueda acompañar el movimiento del diálogo, lo más rápido posible de lo que ocurre en el momento en el que fue enunciado.

En esta perspectiva, la entrevista a profundidad, fueron transcritas tal y como fueron expresadas por los sujetos de estudio, en el procesador de textos Word 2010 de acuerdo a la secuencia y continuidad de las entrevistas; seguido a este paso se realizó una lectura minuciosa de cada uno de los discursos, analizando cada una de las expresiones luego se procedió con el proceso de categorización y

codificación de los datos, el cual constituyó en el fraccionamiento de la información en unidades temáticas que facilitaron su análisis, asignando un color específico para cada categoría de modo que permitió un reconocimiento visual rápido de cada una. De esta forma se continuó hasta obtener la saturación de los discursos la cual se alcanzó cuando existió redundancia en la información que estos proporcionaban, esto fue cuando los informantes no indicaban algo diferente de lo que antes se había sido dicho por otros adultos.

La secuencia para el análisis fue flexible, luego de la transcripción y el discurso, se separó en frases y oraciones, se realizó la codificación pasando luego a comparar buscando convergencias y divergencias en los mensajes de los participantes, para luego darles nombre y formar sub categorías y categorías de esta manera se logró terminar con una interpretación, descripción y redacción de consideraciones finales

3.8. Consideraciones éticas y rigor científico.

En el proceso de investigación las consideraciones éticas están dadas por el respeto a los derechos de los participantes: Estar informados del propósito de la investigación y el uso que se hará de los resultados de la misma; así como negarse a participar en el estudio y abandonarlo en cualquier momento que lo consideren conveniente, así como negarse a proporcionar información y garantizar el anonimato (Guba. Y Lincoln. 1981; citado por Castillo E. y Vásquez M.; 2003).

En el presente estudio se logró respetar todos los aspectos antes mencionados ya que los participantes fueron informados sobre el propósito, el uso de la información así también tuvieron el derecho a retirarse o negarse a participar en cualquier momento, lo cual también consta en el consentimiento informado que firmaron ellos.

El rigor metodológico está dado por los criterios que determinan la calidad de la información, los cuales son: La credibilidad o valor de verdad, confirmabilidad, transferibilidad o aplicabilidad.

- **La credibilidad** se refiere a como los resultados de una investigación son verdaderos para los sujetos de investigación y para el investigado que ha experimentado o ha estado en contacto con el fenómeno investigado. Se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten.

De allí la importancia de tener en cuenta que los informantes son los que conocen su mundo, el cual puede ser completamente diferente al mundo del investigador; pues se tiene la tarea de captar el mundo de los sujetos del estudio, es decir captar lo que es cierto, lo conocido o la verdad para ellos en su contexto.

En el presente estudio el criterio de credibilidad se logró con los informantes cuando se realizó la entrevista a profundidad aceptando que sus versiones son verdaderas respecto a las vivencias del adulto intervenido quirúrgicamente.

- **La confirmabilidad**, se refiere al criterio como la habilidad del investigador debe seguir la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Denota la objetividad en la investigación, dado por el registro y documentación de ideas, observaciones y entrevistas que se ha realizado en relación con el estudio.

En este estudio se logró con la búsqueda de la información pertinente; el cual permitió examinar los hallazgos lo cual ayudará a llegar a conclusiones similares a otras investigaciones.

- **La transferibilidad o aplicabilidad**, se refiere a la posibilidad de transferir los resultados del estudio a otros contextos o poblaciones.

Se considera que en investigación cualitativa el lector es el que determina si puede transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. De allí la importancia que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por lo que se considera que la transferibilidad tiene relación directa con la similitud entre los contextos.

En este sentido, los resultados del presente estudio tendrán aplicabilidad en contextos similares para próximos estudios o si el lector / investigador lo cree conveniente.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

Del proceso de interpretación y análisis de la información dados por los participantes, se obtuvieron 9 categorías, donde se describen las vivencias de los seis pacientes adultos que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Los participantes fueron adultos un varón y cinco mujeres cuyas edades fueron 43, 36, 30, 39, 43, 46 años respectivamente. muchos de ellos procedentes de la zona urbana del distrito de Chota con un promedio de 02 días de hospitalización y según sus propias palabras, mensajes, significados experiencias vividas durante el proceso quirúrgico, se ha podido organizar los discursos en las siguientes categorías:

Categoría 01: Sentimientos y emociones frente al proceso de cirugía

Categoría 02: La decisión a ser operado.

Categoría 03: Conversación y confianza.

Categoría 04: Necesidad de cuidado

Categoría 05: La Presencia de Dios en la cirugía

Categoría 06: Vivenciando los efectos de la anestesia.

Categoría 07: Agotamiento del cuerpo

Categoría 08: Significado de la nueva realidad.

Categoría 09: El Ambiente hospitalario

Sentimientos y emociones frente al proceso de cirugía.

Esta categoría muestra diferentes momentos vivenciales, subjetivas de los pacientes cuando fueron intervenidos quirúrgicamente, situaciones en la que se ven envueltos en sensaciones y emociones que les resulta muchas veces difíciles de comprender.

En el presente estudio, de acuerdo con **Osorio A. (2009)**, los sentimientos son entendidos como una actitud originada a partir de una emoción que perdura más allá del estímulo que la origina. Además el hombre no puede vivir sin experimentar sentimientos, por lo cual los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente experimentan diferentes sentimientos durante el proceso quirúrgico. de acuerdo con

Maturana H. (2008), las emociones son vistas como una dinámica corporal que se vive como un dominio de acciones en la que el organismo se mueve. La emoción se vive y no se expresa, la emoción define la acción. Desde este punto de vista los pacientes intervenidos quirúrgicamente, vivencian dentro de esta realidad en lo profundo de su ser cambios y emociones que repercuten en su estado de salud.

Los pacientes en estas circunstancias refieren diferentes sentimientos relacionados a la vida y a la muerte, una dualidad que se presenta en momentos difíciles, donde la persona siente, ese gran impulso de seguir viviendo, por un lado están presente sus hijos, su familia, los amigos, sus metas, etc. por lo que se niega a toda posibilidad que pueda poner en riesgo su vida, por otro lado está la idea de la muerte, como una sensación natural en circunstancias como esta, y lo expresan a través de los sentimientos y emociones al darse cuenta que no tiene otra alternativa para seguir bien de salud, y por tanto deben aceptar ser sometidos a la operación para recuperar su salud y el riesgo de morir. Así, en los discursos lo pacientes refieren vivir sensaciones y emociones diversas que van desde la preocupación, miedo temor, tristeza, nervios, necesidad de compañía familiar.

Tenia miedo al corte, ... de morir... (P1)

No sentí la necesidad de mi familia, solamente cuando estaba en la cama para la anestesia ahí si necesitaba por temor al puyazo. (P1).

...temblaba mi cuerpo por la anestesia porque tenía miedo de la otra vez que me operaron, pensaba de repente va a ser igual, me van a poner muy fuerte, pero ya no..., me hicieron mejor. (P6).

Tenia temor, miedo al cartazo, a la herida más, tenía tristeza, ...cuando me llevaron a sala de operaciones ahí sentí miedo, nervios esa hora, (p.5)

Como se observa, el miedo, el temor, tristeza son sentimientos que producen perturbación angustiosa del ánimo ante un peligro real o imaginario, presente o

futuro que experimenta el paciente. Estos pueden presentarse según las experiencias similares vividas o no anteriormente; y poder superarlas de acuerdo al sistema socio-cultural y espiritual.

De igual modo, el temor a los procedimientos tiene efectos, negativos, hace que el paciente sienta necesidad de su familia, incluso llegando a manifestarse con temblores, nerviosismo, los cuales serían un signo fácil de identificar por el profesional de enfermería permitiéndole actuar, así mismo la tristeza que siente el paciente repercute en su estado emocional y posiblemente en la recuperación de su salud.

Al respecto **Fialho (1993)**, refiere que la ausencia de orientación sobre su real estado de salud, procedimientos terapéuticos y finalidades del tratamiento agrava las preocupaciones y dificultan la aceptación de los cambios ocurridos. **(Citado por María de Lima, C. Távora, T. Magalhães, R. et al. 2006).**

El miedo a la muerte es un asunto cultural y por lo tanto, aprendido socialmente. La intensidad del miedo varía con el sistema cultural, la creencia religiosa y el momento histórico. El miedo a la muerte es un sentimiento universal que debe revestir una multitud de formas, algunas de las cuales están con seguridad fuera del alcance del lenguaje humano **(Gómez. 2006).**

Las personas que deben someterse a procedimientos invasivos, ya sean diagnósticos o terapéuticos como las intervenciones quirúrgicas, experimentan sentimientos ambivalentes ante estos; por una parte la operación representa la posibilidad de recuperar la salud y por otra, constituye una fuente generadora de miedo e incertidumbre ante las posibilidades de complicaciones y mutilaciones. Los procedimientos diagnósticos y el acto quirúrgico condicionan con frecuencia la presencia de niveles elevados de ansiedad y depresión, que a veces imposibilita la realización de la intervención. Desde el punto de vista subjetivo, muchas de estas intervenciones pueden vivirse como agresiones aunque técnicamente no se consideren como tales, por lo que se convierten en situaciones generadoras de un

elevado nivel de estrés con todo el posible acompañamiento sintomático de este **(Rodríguez, L. M.E. y González B. M. 2008)**.

Sin embargo los sentimientos y emociones fuertes de temor, miedo y tristeza, pueden verse aliviados cuando el personal de salud que participa en el proceso de la intervención quirúrgica, muestra su apoyo y mediante palabras cortas calma trasmite confianza, como se puede ver en los siguientes discursos

...tuve miedo, me daba nervios, ... el doctor me dijo no tengas miedo, ponte tranquila, porque te vamos a sacar la hernia, no tengas miedo me dijo. (P6)

El personal de salud que actúa para calmar al paciente, al decir "no tengas miedo", es un mensaje de seguridad y tranquilidad, que ayuda no solo al paciente que vivencia este momento difícil, sino para el equipo de salud que puede hacer su trabajo con más serenidad, de tal manera que la operación sea satisfactoria.

Tordera, José M. (2003), considera que el saber médico y el saber enfermero en términos de lo técnicamente posible, objetivo y evidenciable es importantísimo; pero si la persona que "sabe" no tiene la tendencia además, de "salir de sí mismo" para entrar en el mundo del otro, compartir, comprender, acompañar, no existe ningún saber en absoluto. El verdadero progreso humano no está en la ciencia sino en la afectividad, progreso humano que se demuestra en la pequeñas cosas que a la vez son las más potentes, como el acompañamiento verdadero en el sufrimiento, donde las palabras de "tranquilízate, tranquilízate" no valen; valen las acciones, que son hechos que tienen sentido, significado.

La **preocupación** es otro sentimiento que aparece en los pacientes intervenidos quirúrgicamente, así el paciente aun no asume el rol de paciente, la preocupación por la familia, por los seres queridos en especial por los hijos nace con más fuerza, ya que las personas adultas tienen mucha responsabilidad con los seres queridos, característica del adulto, de allí que constantemente surge la expresión "*me preocupaba por mis hijitos*".

A mí me preocupaban mis hijos porque yo vivo con ellos. (P3)

Me preocupaba a veces de los hijos, de la casa pero ya de rato en rato uno se olvida de todo. (P5)

...me preocupaba por mis hijitos. (P6)

Se puede observar que las y los participantes tienen presente a los hijos, además de las vivencias de temor a la operación, está presente esta preocupación, siendo doblemente las sensaciones y sentimientos inevitables, afrontamiento que puede complicar su situación en el proceso de cirugía. Esta preocupación por los hijos, como lo que está viviendo, ya que el legado ancestral de los padres siempre ha sido, es y será la protección, el cuidar de la familia y de los demás y es en estas circunstancias que se hace más evidente, ante la separación temporal de la familia.

Estaba preocupada, pensaba, que cuando me pusieron la anestesia me despertaba y parecía que me iba a terminar y de ahí me ha cogido el sueño, tenía miedo, precaución, de ahí ya no lo he sentido nada. (P6)

La preocupación es un estado caracterizado por estar obsesionado o absorbido por los propios pensamientos hasta un grado que impide el contacto eficaz o la relación con la realidad exterior (Mosby 2000).

De acuerdo a lo manifestado por Tordera, J. M. (2003). Entre los síntomas más frecuentes ante la cirugía aparecen los miedos y temores, referidos a la muerte, a la anestesia, al dolor, al diagnóstico y al futuro, además aparece ansiedad, angustias, estados de negación y preocupaciones, estas últimas las más frecuentes están dirigidas a consecuencias individuales, familiares, económicas, laborales situacionales. Las preocupaciones centradas en el futuro se relacionan más con el diagnóstico que tenga el paciente de su enfermedad, que con el acto quirúrgico o diagnóstico como tal, esto se ve con mayor frecuencia en aquellas intervenciones en pacientes con patología oncológica y las cirugías mutilantes.

El paciente debe ser considerado único, que vive su experiencia diferente a otros, por lo que su atención y su cuidado también es individual, y diferente a los demás, las sensaciones y las emociones en tanto son subjetivas, es necesario

comprenderlas a la luz de su complejidad de los pacientes que lo vivencian, para ello el personal de salud, y especialmente el profesional de enfermería, que está muy cerca del paciente es el llamado a aliviar sus preocupaciones.

De otro lado la preocupación, la tristeza, miedo, temor está acompañado del dolor físico, el mismo que es un sentimiento relacionado más con los factores propioceptivos que surgen como un mecanismo de aviso en el organismo de que algo va mal. Aunque el dolor es fisiológico, tiene sus repercusiones psicológicas consideradas como un mecanismo de aviso, esto puede observarse en los siguientes discursos.

Tenía unos cólicos y me fui al hospital a hacerme una ecografía, ahí me dijo el doctor que tenía que operarme, que me extraigan una piedra que tenía en la vesícula y que estaba muy grande. (P.3)

...vine con fuerte dolor de estómago así como cólicos, he tenido un apéndice y también hernia. (P.6)

Esa vez sentía bastante dolor, el doctor me dijo te vamos a operar, te vamos a sacar con todo útero, porque si no te sacamos todo el útero brota nuevamente. (P.6)

Al respecto **Chóliz M. (1994)**, afirma que el dolor es un síntoma, una señal de aviso de algún proceso patológico más grave que produciría en el paciente una necesidad imperiosa de búsqueda de tratamiento. El dolor, en suma, consistiría en la consecuencia externa y manifiesta de un trastorno que en la mayoría de los casos sería silencioso si no poseyera dicho componente. Esta característica conferiría al dolor un valor claramente adaptativo, de forma que si el organismo no tuviera ningún mecanismo de aviso de este tipo que le informara que se está produciendo un proceso patológico, podrían producirse graves alteraciones e incluso la destrucción de éste.

Sin embargo es necesario agregar que el dolor, no solo es físico, éste es acompañado de un serie de manifestaciones y emociones subjetivas que producen incomodidad, carga negativa interior, preocupación, miedo, temor, etc. que coloca al paciente en circunstancias agobiantes, al punto de llegar a la

desesperación con consecuencias perjudiciales para la salud del mismo paciente. El dolor también puede ser sentido durante la operación, tal como lo expresan:

No sé en qué parte del tejido fue donde me dolió, yo lo sentí clarito que las pinzas me jalaban. (P.5)

Llegó un momento en que sentí dolor, entonces le dije al doctor me duele y quiso colocar algo ahí, entonces el anestesiólogo le dijo no espérate no le toques a mi paciente, a ella no podemos llenarle de medicamentos y colocó algo en la vía que no recuerdo que es, pero eso te hace llorar. (P.1)

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), define dolor como: "La experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial de un tejido; que incluye una serie de conductas visible y/o audibles que pueden ser modificadas por el aprendizaje". (Poggi L. y Ibarra O. 2007).

Con respecto a la conceptualización evaluación o intervención, uno de los modelos psicológicos del dolor más influyentes es el modelo de **Melzack y Casey (1968)**, en el que este fenómeno se concibe como una experiencia multidimensional. Las dimensiones del dolor que hay que tener en cuenta a la hora de su conceptualización, evaluación o intervención son tres: a) dimensión *sensorial/discriminativa*, relacionada con los mecanismos anatomofisiológicos. Tal dimensión es la responsable de la detección de las características espaciales y temporales del dolor, así como de la intensidad y ciertos aspectos de la cualidad del dolor (distinción entre dolor urente, opresivo, etc...), parámetros éstos de especial relevancia para el diagnóstico de la patología que produce el dolor (neurológica, traumatismo, infecciosa, psicógena, etc.). b) dimensión *motivacional/afectiva* implica la cualidad subjetiva de la experiencia de dolor, en concreto en los aspectos de sufrimiento, aversión, desagrado, o cambios emocionales producidos. Algunas de las reacciones emocionales que están más directamente relacionadas con el dolor son ansiedad y depresión. Debido al componente aversivo del dolor se producen conductas de evitación o escape, que tendrán una especial significación para el mantenimiento de las conductas de dolor y de la propia experiencia dolorosa. c) dimensión *cognitivo/evaluativa*.

Está directamente relacionada con la motivacional-afectiva y hace referencia a las creencias, valores culturales y variables cognitivas, tales como autoeficacia, percepción de control y de las consecuencias de la experiencia de dolor, etc. Cada una de éstas confieren al dolor una serie de características especiales, pero interrelacionadas del tal forma que la experiencia de dolor no puede entenderse de forma completa si no se tienen en cuenta todas ellas.

Los procedimientos médicos y quirúrgicos convencionales solamente se focalizan en la dimensión sensorial del dolor e intentan paliarlo mediante intervenciones que eliminen o atenúen la transmisión neural hasta el cerebro, o destruyan los propios centros receptores superiores. Por contra, **Melzack (1973)** sugirió que el objetivo ideal en muchas ocasiones no es abolir completamente la sensación, sino reducirla a niveles tolerables.

También la necesidad de ver a la familia aparece durante el proceso operatorio la cual podría aparecer como una respuesta a la escasa comunicación, confianza e involucración del personal de salud en todos los problemas del paciente. Además se evidencia que la familia no puede ser suplida por el personal de salud que muchas veces intentamos hacerlo de ahí la importancia para que los pacientes estén comunicados con sus familiares.

Yo quería que estén mis familiares para estar un poco más tranquilo. (P2)

Yo quería que esté mi hermano y él si había ido, eso me dio alegría, me senti con más aliento, porque el primer día que dijeron que me van a operar, deseaba que mi hermano se hallara en mi operación. (P4)

...he venido del momento no he traído nada, necesitaba que mis hijitos vengan a verme. (P6)

La alegría por la presencia del familiar es expresada por el paciente como alivio, aliento seguridad, en el momento más difícil. Esto evidencia que en el proceso quirúrgico el apoyo, la presencia de algún familiar es importantísimo para promover seguridad, tranquilidad.

Sin embargo los participantes expresan que también pasan por un momento de vergüenza, el cual es expresado como *"te operan como tu madre te trajo al mundo"*. Por lo que es necesario que el personal de salud tome en cuenta esta circunstancia para evitar experiencias negativas en el paciente. La vergüenza, es una emoción que nace como respuesta ante la inseguridad de mostrar el cuerpo a personas extrañas, esto evidencia la necesidad de tener mayor cuidado por la intimidad del paciente. También es evidente que los pacientes a pesar de este momento difícil, ellos colaboran, permitiendo que el equipo profesional de salud su salud haga su trabajo y se recuperen tan pronto sea posible.

...tenía frío y un poco de vergüenza porque estaba calata. (p.1)

En el momento de la operación sentí vergüenza estar ahí desnudo, estaban las enfermeras, el doctor y el estar así. Abrí mis piernas para que me examinen y me hagan el corte, tenía vergüenza. (p.2)

En sala de operaciones tuve vergüenza si te operan como tu madre te trajo al mundo. (p.3)

...sentí vergüenza porque ahí había varones, pero que vamos hacer hay que decidirnos por nuestra enfermedad. (p.6)

En tal sentido, una situación que pareciera ser inherente a la hospitalización es la falta de intimidad, definida como toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinado que merece reserva (**Vacarezza. 2000**).

La falta de respeto a la privacidad se manifiesta desde la invasión no sólo a espacio territorial, reducido a una cama y un velador, sino también al ser examinado en la cama de hospital por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo variadas preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas. Pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto a la desnudez y el pudor del otro (**Rodríguez. 1999**). Esto se ha ido presentando en la medida en que la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud (**Icea. 1996**), tornándose

ésta fría e impersonal, lo que ha violentado la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo despersonalizado (Goic. 2000).

Junto a la tristeza que sienten los pacientes al estar pasando por momentos difíciles, aparece la duda sobre su situación de salud, los cuales perjudican el estado psicológico y emocional del paciente.

El significado propio del término duda, es el de estado de vacilación o inestabilidad de la mente ante dos juicios contradictorios. Proviene del adjetivo dubius latino, que a su vez deriva del numeral duo. dos, y expresa precisamente eso: el balanceo o vaivén del espíritu entre dos términos extremos y opuestos (Werner F. Bonin.1993).

Se puede observar en los siguientes discursos:

...pensaba que ya no me va a caer bien, porque ya han sido varias operaciones, pensaba que ya no me iba a salir bien. (P.6)

Los pacientes que tienen una operación anterior sienten la duda desde el inicio de periodo preoperatorio. Sintiendo duda, y categorizando como situación de incertidumbre.

...a veces pienso que si no me cuido podría ser que se repita la enfermedad, pienso volverá a aparecer, porque como yo trabajo en el campo, entonces pienso que se puede repetir la enfermedad y ya no quiero otra operación. (P.2)

...es una carga más porque ya son tres operaciones, no sé si quede normal. (P.6)

Los pacientes ven a una nueva intervención como una carga más y al ser intervenidos surge la duda de cómo será su futuro e incluso desean ya no ser intervenidos otra vez

...con esta operación parece que me quedare más baldada, me quede sin fuerzas. (P.6)

La decisión de ser operado.

Esta categoría se forma a partir de las vivencias de los participantes, respecto a tomar la decisión de ser operados, debido al dolor y al riesgo en su salud, lo que termina en una necesidad, para sentirse bien y no tener impedimentos para trabajar, aun cuando se puede ver en algunos discursos que si bien la operación no era una emergencia, la decisión es tomada para evitar mayores riesgos en su salud. Esta forma de velar por su tranquilidad y su salud hizo que los pacientes de forma libre y consciente tomaran la decisión de operarse, como se puede ver en los discursos.

Yo quería que me operen porque realizo mi trabajo, a veces necesito alzar algunos objetos, decía no me va a dejar, de acá vuelta viene otra actividad que hacer, otras compras. (P1)

La hernia ya lo he tenido tiempo era como una bolita que salía en el ombligo, lo tengo por una fuerza que hice alzando una mesa...hasta que me comenzó a dar cólicos, con el tiempo se iba empeorando, ... vine acá al hospital para que me internen y me operen. Primero fue difícil, después decidí que me operen, es por el mismo dolor. (P5)

La decisión para la intervención quirúrgica puede ser difícil en el momento, por los riesgos que significa, pues una cirugía puede complicar la salud del paciente, pero llegado el momento el paciente toma la decisión, ya que a su vez significará tranquilidad y bienestar futuro, como los refieren en el discurso. Sin embargo, si no existe la emergencia quirúrgica, la persona se coloca en una disyuntiva, busca en sí misma que es lo mejor que le puede suceder para su salud.

La toma de decisión para ser intervenido quirúrgicamente lo hace por la dificultad que presenta su organismo productos de los síntomas de la enfermedad, como incomodidad e impedimento en la realización de las actividades diarias. Esta decisión debe ser única y original sin la intervención de terceros, es consciente y libre, cada quien es capaz de decidir, lo hace como mejor puede y debe respetarse. La decisión que toma el paciente quirúrgico, debe ser informada previamente por el personal de salud. Esto lo ayudará a ser

consciente de las consecuencias que puede acarrear una situación como la que está viviendo, la decisión debe tomarlo el paciente con la seguridad de obtener una solución positiva a su problema de salud.

Esta disyuntiva en la que se encuentra el paciente debe ser esclarecida tal y cual se presenta su real situación, incluyendo los riesgos y posibles complicaciones; así la decisión será menos estresante. **Stein E. (2000)**, señala que una decisión real y autentica no es posible, en definitiva, sino desde lo profundo del alma. Porque nadie está por si en situación de abarcar con su mirada todos los motivos y contramotivos que hacen oír su voz en una decisión. Cada cual solo es capaz de decidirse, como mejor puede.

Para **Lorda S. (2001)**, la repercusión que dicha decisión puede tener en la salud o la vida del propio paciente, son, por consiguiente, las consecuencias de una posible decisión las que delimitan su complejidad y, ulteriormente, las que determinan el grado de competencia necesaria para tomarla.

Los participantes refieren:

...voy a estar con este dolor, no, no, no de una vez. (P.1)

Me entere por medio de una ecografia, me dijeron que tenia un cálculo y que tenían que operarme, que me iban a internar, acepte ese rato que me internaran. (P4)

Yo decidí que me operen para salvarme, porque dijeron que si no me operaban es peligroso, revienta. (P6)

Los participantes recibieron información por parte del personal de salud, sobre la enfermedad, pronóstico, riesgos, complicaciones y la solución que vendría a ser la intervención quirúrgica. La decisión tomada, para algunos en un inicio fue difícil, mientras que otros tomaron la decisión al momento. De esta forma, la relación información – decisión, surge en el paciente antes de ser intervenido quirúrgicamente, recibe información adecuada, precisa del personal de salud, apoyado con los exámenes auxiliares. Esta decisión puede ser en situaciones de

emergencia, al instante o puede tomar su tiempo, es decir, una intervención quirúrgica programada.

Es necesario tener en cuenta que la información será completa, y con apoyo emocional, detallando el proceso de la cirugía, el pronóstico y la alternativa de solución a su problema, sin manipular e influenciar en la decisión, que permita al paciente a tomar una decisión correcta y disminuir los niveles de ansiedad y temor. **García A. (1991)** señala que, una mejor preparación psicológica del paciente consiste en facilitar la información y apoyo psicológico. **Mardarás E. (1980)**, en todo el proceso quirúrgico y sobre sensaciones que va a experimentar, equilibra las características estresantes de la cirugía, disminuyendo así el nivel de ansiedad del individuo (**López S. 1995. Citados por Barrilero J. 1996**).

De acuerdo con **Casabona R. (1990)**, todos los enfermos tienen derecho «a que se dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento».

Además **Sánchez (1998)**, sugiere que no debe haber manipulación, que es el intento de modificar la decisión de las personas por medios no solamente persuasivos, en que se llega a falsear, desfigurar u ocultar ciertos hechos. Menos aún debe haber coacción, que es el uso de amenazas o daños importantes para lograr influir en alguien.

Conversación y confianza.

La confianza es un sentimiento que aparece frente a una situación donde se tiene la seguridad de que uno va a salir bien, en este caso el paciente tiene la certeza de lo que necesita será dado por el personal de salud.

La conversación es el dialogo que existe entre dos personas o más donde cada uno expresa sus diferentes opiniones, sentimientos temores entre otros es decir es un momento donde hay interacción comunicativa entre dos personas o más. Esta conversación provee confianza, acercamiento y hasta busca la oportunidad

de elegir al cirujano que les va a operar lo hacen o al menos intentan averiguar o de alguna manera buscan saber de él con la finalidad de sentir confianza, tal como lo confirman en sus discursos.

Yo me acerque a verle a ese doctor, porque hay una cierta amistad y me parecía de confianza. (p.1)

No tenía nervios, estaba tranquila, segura que iba a salir bien, confiaba en el doctor porque habíamos hablado con él. (p.4)

El doctor me dijo que tenía que operarme, no hay ningún problema me dijo, no me saco ningún examen porque ya sabía que era hernia, me dio confianza. (p.5)

Yo no lo conocía al doctor, me dijeron que era un buen especialista, luego el en sala de operaciones, el doctor me dijo te vamos a operar, tranquilízate no te preocupes te vamos a sacar la hernia y eso me hacía sentir más segura que la operación iba a salir bien. (p.6)

La confianza tendría que ver mucho con la autoridad que es uno de los recursos más poderosos con que cuenta el médico. Su reconocimiento suscita en el paciente confianza y también la esperanza de ser ayudado. Es necesario distinguir entre la autoridad racional, que se apoya en el conocimiento, la experiencia y la responsabilidad de quien la ejerce y que por lo tanto es auténtica, y otras formas de autoridad que expresan irracionalidad, arbitrariedad y despotismo, es decir, que son espureas y pobres sustitutos de la autoridad verdadera. La autoridad racional, dice Fromm, no se impone, es conferida a aquel en quien se aprecian competencia y confiabilidad **(De la Fuente R.; 2009)**.

La experiencia de saber que sus necesidades serán satisfechas se traduce en lo que Erikson llamó confianza básica. Esto se refiere a un sentimiento de existir en una realidad comprensible y ante la cual hay "soluciones para los problemas" **(Florenzano, R. 2008)**.

La confianza del enfermo en el médico suscita en él un deseo de agradecerle siguiendo sus indicaciones y respondiendo a sus expectativas. Si las

explicaciones del médico son aceptadas, producen un efecto revelador que favorece la relación y el proceso de la curación. En todas las acciones médicas hay una movilización de recursos que participan en la inducción del cambio de una forma de existencia enferma a otra sana **(De la Fuente R. 2009)**.

Se debe preferir escuchar a los pacientes sus quejas y sus detalles, para, en un segundo momento, cuando el paciente ya ha dicho todo lo que desea, preguntarle sobre los aspectos más interesantes desde el punto de vista clínico. Actuando de este modo, el paciente se siente satisfecho y se predispone a cumplir rigurosamente las medidas terapéuticas. Además, se mejoran su confianza y expectativas de curación, mejorando su estado de ánimo y la angustia que implica casi siempre el padecimiento de algún trastorno **(Cortese N. Elisa; Cortese H. Ricardo, y Díaz Á. Vidalina. 2009)**.

Dentro de la relación, personal de salud y paciente, la información que los miembros de personal de salud brindan está dirigida solo a cuidar las complicaciones, mas no se evidencia alguna medida de como el paciente enfrente otras situaciones que aparecen ya que el enfermo en muchos casos y frente a esto empieza a tener sentimientos de preocupación, tristeza de cómo será el futuro de su familia.

Los doctores me han dicho no te esfuerces, guarda reposo para que tengas una buena recuperación, para que puedas realizar tus actividades y no tengas complicaciones más adelante. (p.1)

La información que el personal de salud brinda, no siempre es de conocimiento a los pacientes sino que en algunos casos también produce preocupaciones que no son tomados en cuenta en nuestra realidad quizá están siendo descuidados, como se evidencia:

...me dicen que no haga nada un año, me siento un poco triste porque no hay quien me ayude hacer las chacras, quien que me mantenga y comienza a dolerme la cabeza, las vistas, el cerebro. (p.2)

...me dijeron que no comiera grasas, que no haga mucha fuerza, que tengo que cuidarme. (p.6)

Me dijeron tienes que cuidarte, pero tengo que trabajar porque si no como yo mantengo a mis hijos yo vivo solo con ellos. (p.3)

Se debe tener en cuenta al ser cuidado (paciente) de una manera integral y holística ya que en nuestra realidad los pacientes adultos tienen responsabilidades familiares. Entonces el papel de la enfermería no solo debería ir a dar consejos de que y como cuidarse sino también tratar de establecer quienes asumirán ciertos roles en la familia del adulto intervenido quirúrgicamente.

La labor de enfermería en cuanto a la información al paciente debe ser de una manera que no genere preocupaciones sino más bien aporte soluciones en este sentido el personal de enfermería debe buscar el apoyo familiar para que alguien asuma las responsabilidades económicas

Necesidad de cuidado.

Esta categoría se formó a partir de los discursos de los participantes, quienes sintieron "**La Necesidad de Cuidado**" durante todo el proceso quirúrgico, que fue de manifiesto de diferentes maneras a través de sus expresiones individualizadas.

La necesidad es aquello que inclina a todo ser vivo a satisfacerlo, indispensable para su conservación y desarrollo. Según la **Real Academia Española (RAE) 2005**, la palabra **Necesidad**, deriva del vocablo latino *necessitas*. Las necesidades son propias de todo organismo vivo y consisten en una sensación provocada por la idea de que nos falta algo ya sea a nivel material, orgánico o sentimental. Se trata de uno de los componentes fundamentales en la vida, no sólo humana sino también de las demás especies, es la necesidad la que lleva a que los seres vivos se movilicen en busca de objetivos que les sirvan para satisfacer aquello que consideran que precisan.

Para **Dorsch (2002)**, "Las necesidades son la expresión de lo que un ser vivo requiere indispensablemente para su conservación y desarrollo. En psicología la necesidad es el sentimiento ligado a la vivencia de una carencia, lo que se asocia al esfuerzo orientado a suprimir esta falta, a satisfacer la tendencia, a la corrección de la situación de carencia".

Por otra parte, el cuidado es una necesidad que surge de las respuestas de la persona, que requiere de su realización para lograr su satisfacción, evidenciando así una mejor calidad de vida. **Leininger (1984)** refiere que "El Cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermería." De manera que para la Enfermera el cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente. Así mismo la autora señala que el Cuidado son "aquellos actos de ayuda, apoyo o facilitación a otro individuo o grupos con necesidades anticipadas o evidentes para mejorar o beneficiar una situación o forma de vida humana" (Citado por **Murrugarra M. C. 2009**).

Para **Bustamante, S. (2000)**, el cuidado es de todas las vivencias, necesidades y respuestas que la persona tiene alrededor de la búsqueda de su realización, pero sin que ello nos lleve a reducir nuestra concepción de objeto y nos aleje del objeto del cuidado que es el ser humano en sus diferentes connotaciones tanto individual y colectivamente.

Duque, Mc. (2002), nos dice que: El cuidado es una forma de interacción, cuyos motivos y fines se encuentran en el horizonte de la salud y la enfermedad; los problemas, intereses y necesidades en estos procesos son los que definen el inicio de la interacción, que busca satisfacer una necesidad individual o colectiva; es una actividad con un objetivo social: cuidar.

Los participantes siempre necesitaron ayuda de algo que ellos mismos no podían lograr satisfacerlo, debido a su delicada condición de salud, en ese momento, necesitaron ayuda ya sea de familiares más cercanos o del personal de salud durante todo el proceso quirúrgico, como lo señalan:

... en el momento que estaba en sala de operaciones ahí sí necesitaba ayuda, a pesar que soy una persona espiritual.
(P.1)

... quería que este acá mi esposa para que me alcance la tacha para hacer la pichi. (P.2)

Yo quería que estén mis familiares para estar un poco más tranquilo o el personal, pero no había nadie, había otro paciente en la otra cama pero éramos pacientes, igualito sin poder movernos. (P.2)

Los pacientes al verse afectados y limitados sienten la necesidad de ayuda para resolver sus problemas, en primera instancia requieren la presencia de familiares más cercanos, debido a que se conocen mutuamente y se ha desarrollado un grado de confianza, y en segunda instancia del personal de salud por ser ellos quienes despejarán dudas y encuentran en ellos apoyo terapéutico. De acuerdo con **Kozzier, B. Erb, g. Olivieri, r. (1993)**, que cita a **Brammer**, "La ayuda es un proceso que facilita el crecimiento en el que una persona ayuda a otra a resolver problemas y afrontar crisis en el sentido en el que elige a la persona a la que se ayuda".

Además refiere que la relación de ayuda puede describirse según 4 fases secuenciales: Fase de preinteracción, similar a la planificación, previa a una entrevista. Fase de preliminar: denominada fase de orientada o de pre ayuda, conocerse mutuamente y desarrollar grado de confianza. Fase de trabajo: Enfermera-cliente se ven como individuos únicos, aumenta la posibilidad de empatía. Fase de terminación: Determina la relación si fue efectiva o negativa.

El paciente es único en todas sus dimensiones, por lo que sus necesidades de ayuda no son lo mismo comparado a la de otro paciente, algunos por ejemplo necesitan del personal de salud, cuando se encuentran en sala de operaciones debido al temor que sienten en ese momento, otros de sus familiares para ayudarles a satisfacer sus necesidades fisiológicas o para que se sientan más tranquilos con su presencia. El paciente postquirúrgico se siente angustiado, porque es incapaz de satisfacer sus necesidades de ayuda. La enfermera debe preocuparse por este tipo de pacientes, observándoles permanentemente y

comunicándose con ellos durante el proceso de recuperación, ya que en el transcurso pueden existir nuevas necesidades de ayuda, no sólo son fisiológicas, si no también psicológicas, emocionales, espirituales, sociales y culturales.

La enfermera debe centrarse en el paciente para encontrar las necesidades inmediatas de ayuda, dado que cada paciente es único y diferente. **Ida Jean Orlando**, establece que las enfermeras deben ayudar a los pacientes a aliviar su malestar físico o mental. La responsabilidad de la enfermera es comprobar que las necesidades de ayuda del paciente se satisfacen, ya sea directamente por la acción de la enfermera o indirectamente pidiendo ayuda a terceros. Además considera que las personas a veces son capaces de satisfacer sus propias necesidades de ayuda en algunas situaciones; sin embargo, se angustian cuando no pueden satisfacerlas. Las enfermeras profesionales deben preocuparse sólo por aquellas personas que no pueden satisfacer sus necesidades de ayuda por sí solas. Las enfermeras deben observar a los pacientes periódicamente y comunicarse con ellos para determinar si existen nuevas necesidades de ayuda. Asimismo refiere que una persona se convierte en un paciente que precisa cuidado enfermero cuando no puede satisfacer sus necesidades de ayuda por sí sola debido a limitaciones físicas o a una reacción negativa al entorno, o cuando padece de alguna deficiencia que le impide comunicar o satisfacer sus necesidades (**Marriner A. y Raile M. 2007**).

Podemos señalar que cuando se habla de relación de ayuda, el término que resalta abiertamente es la Empatía. Para **Dugas, B. (2000)**, "Capacidad de reconocer y comprender los sentimientos de otra persona en una situación determinada; significa tratar de imaginar que uno se encuentra en la situación de la otra persona y considerar las cosas desde su punto de vista".

También podemos señalar que los participantes necesitaran de ayuda para aliar su dolencia y su agotamiento como lo refieren:

Sentí la necesidad que alguien me preguntara que necesitas, que hago por ti, no que me digan, le duele, cállate porque te va a doler, no levantes la cabeza. (P.1)

Me sentí inválido en ese momento y duele... porque uno está consciente, nadie me preguntó nada y mi necesidad en ese momento era que alguien me pusiera lateral, que me moviera aunque sea un poquito y nada. (P.1)

...tengo que esperar a mi esposa que venga y me levante un poquito para darme la vuelta. (P.2)

...en la cama me siento cansada, siento dolor, quiero que me muevan. (P.6)

Se observó reacciones de incomodidad, que se originó al sentirse que no es escuchado y atendido por el personal de salud, que se olvida de las necesidades de ayuda, a la persona como ser biopsicosocial y espiritual. Entonces el cuidado de la enfermera y enfermero no solamente debe centrarse en el "dolor físico", sino debe escuchar y atender el pedido de ayuda, atención, apoyo en cada paciente, dando así una atención holística, favoreciendo el confort y bienestar de la "situación de paciente".

Para **Matías Et al. (1995)**, la reacción más inmediata ante el diagnóstico es de incredulidad, aturdimiento, miedo, tristeza, ansiedad, culpa, cólera, vivencias de despersonalización y desrealización, etc. Más tarde aparecen mecanismos adaptativos y de defensa de diferentes tipos como la negación, la represión, la proyección, al aislamiento, la evitación de situaciones y decisiones, modificación en la percepción del tiempo, etc. Dependiendo de los rasgos previos de personalidad y del significado atribuido al cáncer varían las reacciones ante el estrés que produce esta situación.

También sostiene que los pacientes interpretan normalmente la situación como una amenaza para diferentes aspectos de su existencia: su vida, su integridad corporal, su capacidad. También se dan varias circunstancias que resultan difíciles para los pacientes como la posibilidad de sufrir dolor físico, la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, el tener que modificar roles socioprofesionales, la posible separación de la familia, las hospitalizaciones y pruebas diagnósticas, los tratamientos, la necesidad de comprender una nueva terminología médica, el tener que tomar decisiones en

momentos de estrés, la necesidad de depender de otros, la posibilidad de tener modificar su concepto del tiempo, perder intimidad física y psicológica, etc.

La frustración en el paciente es visible, porque se siente incapaz de satisfacer una necesidad que para él es de mucha importancia. Hay una alteración en su estado emocional, pues sufre, por lo que no puede realizar actividades, y que es afectado por aquellos que le rodean y que no le ayudan o no le prestan atención para alcanzar su recuperación.

Rosenzweig (1972) señala: "Existe frustración cada vez que el organismo encuentra un obstáculo más o menos insuperable en la vía que conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera". **Herbert Carrol (1989)** manifiesta que la frustración radica, en el detrimento que el ser sufre al no satisfacer un motivo. El detrimento puede surgir ya sea como producto externo del estado emocional de la persona. **(Citados por Sánchez L. 1989).**

La frustración es una vivencia que se encuentra relacionado con otros sentimientos de la enfermedad como cólera, molestia, angustia, entre otros; e influenciado por algo externo que puede ser el personal de salud, el ambiente o la familia misma. Según **Rojas G. (2000)**, se halla de forma predominante ansiedad, frustración e inadecuación afectiva caracterizada por inmadurez, dependencia, inseguridad, pobre control de impulsos, sentimientos de minusvalía, frustración de necesidades afectivas y temores diversos, todo lo cual se consideró asociado a las vivencias de la enfermedad y a la influencia del entorno familiar y social.

Sucede a veces que el paciente no es escuchado y es tratado de una forma mecanizada, creyendo que el paciente no tiene la razón y es ahogado en sus necesidades, y es ahí cuando aparece de un modo silencioso: "La frustración". Para **Bonet (2008)**, toda vivencia integrada puede servir como instrumento de trabajo, pero hace falta elegir desde esa escucha precisa de la demanda del otro, de la que tanto hablamos, pero que no siempre es clara, sino que aparece

hábilmente disfrazada, a veces por múltiples capas de frustración, otras por sutiles estrategias defensivas.

El cansancio se caracteriza por el agotamiento físico y emocional que en el paciente aparece debido al dolor, a la necesidad de movilidad, que puede ser por la permanencia en la unidad de cuidado, y está relacionado con la fatiga y el estrés que son los elementos que determinan finalmente el cansancio. Tal como lo señalan **Cordes y Dougherty (1993)**, **Maslach, Schaufeli y Leiter (2001)**; y también **Fernández Seara (2002)**, en las siguientes declaraciones respectivamente: "La dimensión de Agotamiento emocional se caracteriza por dejar a las personas sin recursos ni energías y con la sensación de que no puede ofrecer nada más, manifestando síntomas físicos y emocionales. Aparecen manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio que no se recuperan con el descanso" (**Buzzeti M. 2005**).

Fernández Seara (2002), señala que el campo de la fatiga que da lugar a estrés es muy amplio y no se limita a un cansancio de tipo muscular con unas consecuencias determinadas. Por tanto, se podría decir que el estrés aparece siempre que se pide al individuo que realice tareas o esfuerzos que sobrepasen sus posibilidades psicológicas y adaptativas".

La necesidad de movilidad en el paciente quirúrgico puede ser debido al dolor y cansancio que tiene, a causa de la postración en cama. Necesita la ayuda de alguien para suplir esta necesidad, y al no ser cumplido pasa por un estado de frustración, por su incapacidad para valerse por sí mismo y porque nadie se acerca a él para lograr satisfacer su necesidad. Las técnicas para moverse, se debe enseñar al paciente quirúrgico con anterioridad, para que en el posoperatorio pueda realizarlas y contribuya con su confort. La movilidad es de suma importancia y debe ser atendido por el personal de enfermería para prevenir otras enfermedades como las cardiorrespiratorias, también las úlceras por presión, así mismo ayudaría con el cansancio y calmar el dolor. Se concuerda con algunos, al considerar la movilidad del paciente de mucha importancia para su recuperación.

Así, **Brunner, L. y Suddarth, D. (1996)**, señalan: "Durante el preoperatorio, puede enseñarse a las personas como movilizarse. También se les puede enseñar como sentarse en el borde de la cama con la mínima tracción sobre la incisión.

Long, B. y Phipps, W. (1994), expresan "Moverse y hacer cambio de posturas en la cama ayuda a prevenir complicaciones pulmonares y circulatorias, prevenir úlceras de cubito, estimular el peristaltismo y disminuir el dolor.

Por otro lado los participantes sintieron diferentes necesidades como de confianza, apoyo, protección y seguridad, de acuerdo a la situación y el momento que experimentaron cada uno de ellos en forma individualizada.

Necesitaba que la persona que me estaba atendiendo me de confianza, un apoyo con palabras que me calmen. Gracias a Dios apareció el anestesiólogo...y en el momento en que me pusieron en la cama de anestesia empezó a decirme: a ver, lo vamos a proteger el bracito, controlarle los signos vitales, eso me dio tranquilidad. (P.1)

El paciente que se encuentra en sala de operaciones, necesita que alguien le muestre confianza, con palabras significativas que le dará tranquilidad y ayudará a calmar su estado de intranquilidad. Esto ayudará una relación directa y más cercana para una comunicación abierta y fluida con un lenguaje claro y sencillo que transmita confianza, para evitar cualquier barrera de confusión, discrepancia, entre otros semejantes a esto. Aspectos importantes que debería tener en cuenta el personal de salud, ya que hoy en día la relación de confianza y la ética en el profesional de salud debe ser parte de su práctica clínica cotidiana, y no sea omitida, y por la atención mayormente mecanizada. Se debe procurar una atención holística.

Ariel J., Fernández J., Báez E. y Cruz D. (2005), señalan: La relación médico-paciente, constituye un aspecto de suma importancia afirmando la importancia de la buena comunicación, que conlleva la utilización de un lenguaje adecuado que transmita confianza, pero sin ocultamientos sobre la realidad diagnóstica y pronóstica de la enfermedad.

Szast S, Hollender MH (1956), Lavador M, Serani Marlo A. (1993), sostienen: La adecuada comunicación del médico con su paciente, utilizando un lenguaje apropiado y que transmita confianza, es vital para la comunicación diagnóstica, las orientaciones terapéuticas y la información pronóstica. Toda esta información que deberá hacerse a modo de diálogo pausado, tranquilo, afectuoso, aunque sin pérdida de carácter y firmeza, constituye el pilar de la comprensión por parte del paciente y evita posibles conflictos, suspicacia y confusiones.

La confianza resulta tan necesaria en estos tiempos de dominio de la medicina por la ciencia y la tecnología, donde el profesionalismo es asimilado por el conocimiento científico y las habilidades técnicas y un poco que el aspecto moral o ético, así entendido se relega o queda atenuado (**Pellegrino, E. 1989, Jochemsen H. 1999**).

El paciente quirúrgico cuando se encuentra en sala de operaciones, atraviesa por un momento crucial y difícil de su vida y se halla con diferentes vivencias que necesita que alguien se acerque y le brinda apoyo, para calmar el miedo, la ansiedad que en ese momento experimenta; un apoyo emocional, explicando los procedimientos, le puede dar tranquilidad y cooperar con el personal de salud que lo atiende.

Por otro lado, el apoyo familiar es importante para el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente, aportaría con la confianza y tranquilidad del mismo en el momento necesario, aunque la familia también es afectada por lo mismo. **Arés Mucio P. (2004)**, indica que cuando uno se encuentra atravesando un momento difícil o recientemente lo han diagnosticado una enfermedad, es muy probable que el apoyo emocional de los demás sea positivo para sobrellevar la situación.

Figley, en 1995 dice: "La familia es un sistema de apoyo para los seres humanos durante y después de un evento crítico, y ese mismo sistema y sus miembros son

afectados además de la víctima; y algunas veces hasta en un mayor grado" **(Caldas J.M y Torres F. 2005)**

La protección al paciente quirúrgico empieza por la confianza que hay con el profesional de salud, a través de una comunicación adecuada, manifestando los procedimientos que se ejecutaran, que se harán con mayor cuidado, convirtiéndose en un instrumento muy importante que transmite al paciente seguridad y tranquilidad.

Durante la intervención quirúrgica la personalidad del paciente juega un papel muy importante, que ayudaría a controlar la ansiedad y aparecer como factor de protección. La protección es un principio útil para el profesional de salud para interactuar eficazmente con el paciente.

Arranz, P. y Cancio López, H. (2000), "La comunicación en el contexto clínico, aparece como un instrumento fundamental que puede constituirse como factor de protección o factor de riesgo para el desarrollo de problemas emocionales en el paciente en función de cómo se utilice".

Kozzier B.; Blais, K.; Erb. G. Y Wilkinson, J. (1999), "Cualquier habilidad o técnica de la comunicación terapéutica se basa en ocho principios: Aceptación, Interés, Respeto, Honestidad, Concreción, Asistencia, Permiso y Protección; los cuales sirven de pauta para interacciones eficaces con los enfermos" **(Citado por: Maracarade la Cruz. F. 2006)**.

El paciente quirúrgico se siente seguro, cuando encuentra a alguien que le facilita su apoyo, transmitiendo confianza y seguridad, para afrontar con una actitud positiva todo el proceso quirúrgico y recuperación. Y que todo lo que se haga o se utilice sustentado con base científica, debe ser para prevenir cualquier riesgo o complicación que se presente durante la atención en salud recibida. El personal de enfermería no debe de olvidar que durante el periodo pre y posoperatorio de la intervención quirúrgica, debe de ayudar al paciente a eliminar todo pensamiento equivocado y negativo que está pasando por su mente, esto facilitaría a aumentar su seguridad. Además no debe de olvidar que

en el momento que se le brinda atención, tener en cuenta los gestos, la postura, la conducta y reacción del paciente, que ayudaría a dar una mejor atención y seguridad.

Vincent C. (2000), declara: La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas que propendan minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. En sentido estricto, se puede hablar de seguridad del paciente, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producto de la consecuencia de la atención en salud recibida.

Salvador C. Mónica E. y Colona R. Viviana R. (1995), señalan: La intervención del personal de Enfermería en el período pre y postoperatorio es importante, puesto que favorece en la erradicación de pensamientos erróneos en el paciente, incrementando su seguridad, su amor propio, su afecto, su autoestima y aceptación de sí mismo.

Maracara F. (2006), Afirma: "El profesional de enfermería no deberá olvidar que los gestos, las posturas, puestas de manifiesto durante el proceso interactivo con el paciente resultan ser medios importantes de comunicación en el momento que le brindamos atención porque a través de ellos podemos expresarles nuestra satisfacción por cuidarlos, nuestra seguridad al préstales la mejor atención posible y nuestra comprensión y ayuda por el difícil momento que están atravesando".

Asimismo los participantes experimentaron el **Cuidado** brindado por el personal de salud en el momento que ellos más necesitaban, haciendo uso de su espiritualidad, de la **Fe en Dios** y que obtuvieron resultados favorables, poniéndose de manifiesto en los siguientes discursos, que fueron interpretados y analizados para su descripción y mejor entendimiento.

Yo quería que alguien, me diga te vas sanar rápido y gracias a Dios que puso a esa persona que tuvo tanta paciencia y me

decía no te preocupes con una voz tan dulce, tan amable, y encontré a la persona precisa en que yo necesitaba. (P.1)

... cuando vinieron los doctores me dijeron que me ponga más tranquilo, más fuerte, entonces me puse normal, pero de ahí me agarrón, me amarraron mis brazos era un poco incómodo. (P.2)

El paciente quirúrgico siempre requiere de una palabra de aliento, de apoyo, más aun cuando se encuentra en sala de operaciones. El personal de salud debe tener paciencia e interactuar con el paciente, expresándole palabras que transmitan afecto y amabilidad, para que el paciente se sienta confiado, tranquilo, seguro y sentir verdaderamente la presencia del personal de salud. La función asistencial del profesional de enfermería es ayudar al paciente a restablecer su salud y bienestar, a través de la interacción, que es un medio importante para llegar al paciente, poniendo en práctica su habilidad y destreza, amabilidad, empatía, afecto, comprensión. E indagar las necesidades en relación al cuidado. También podemos señalar que mediante la interacción entre dos personas hay una producción e intercambio de fuerzas con diferentes objetivos, por un lado el paciente con la necesidad de cuidado y por otro lado el personal de enfermería con la responsabilidad de ofrecer todo el apoyo para el bienestar del paciente.

El cuidar es un "arte" que se pone de manifiesto con la actitud, empatía e interacción para con el paciente. Aquel que brinda cuidados debe estar primeramente preocupado por el problema del paciente, además debe tener voluntad para ayudarlo a cubrir sus necesidades y lograr su bienestar, también debe ser sensible, paciente y comprensible con el paciente para que pueda sentirse tranquilo y seguro.

Ministerio De Salud (2002), Enfermería tiene como objetivo dentro de la función asistencial ayudar al individuo enfermo o sano con el fin de restablecer y/o mantener su bienestar; siendo la interacción una herramienta esencial, que permite establecer la relación de trabajo y la ayuda requerida para cubrir las necesidades relacionadas con el cuidado. En este sentido, el profesional de

enfermería debe aplicar el proceso de interacción intencionada, poniendo en práctica habilidades y destrezas, con la finalidad de disminuir tensiones, tranquilizar al enfermo y hacerle sentir que se encuentra seguro en un lugar donde se le proporciona atención humana y adecuada.

Garzón A. Nelly (2004), Durante la interacción enfermera – paciente se produce un intercambio de energías entre dos personas, que se encuentran en dos niveles y roles muy distintos, el paciente con la necesidad de recibir ayuda, mientras que la enfermera con la responsabilidad de ofrecer todo el apoyo que se encuentre a su alcance, es decir, se establece una relación de ayuda de parte de la enfermera al sujeto cuidado.

Maracara F. (2006). “El arte de presentar cuidados se demuestra con cada acto, gesto y en cada momento de la interacción con los pacientes, cuidar es una energía que comunica preocupación, sensibilidad y comprensión”.

El paciente quirúrgico necesita de ayuda espiritual, ya que es un ser integral influenciado por cuatro aspectos principales: biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, que en situación crítica, se da cuenta que ya no depende de sí mismo y de los demás, es ahí donde deposita su fe y confianza en Dios para buscar ayuda. En un momento el paciente que se encuentra en sala de operaciones, busca la ayuda de Dios a través de personas un apoyo emocional, con expresiones que transmitan confianza y seguridad; o en otros casos encomiendan a Dios la solución de su problema y el resultado de la intervención quirúrgica, deseando un final saludable y reconfortable para él y su familia.

Alonso y Escorcía (2003), comentan que el ser humano es un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente; en él influye un sin número de características bilógicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Según **Lopategui (2000)**, que para brindar salud hay que entender al hombre como un ser que abarca varias dimensiones, una biológica, una psicológica, una espiritual y una social, es decir es un ser integral, un ser biopsicosocial como lo definió Engels (**Gasulla 2009**).

Según **Almanza y Holland (1999)**, habría que tener en cuenta varios aspectos para integrar adecuadamente la dimensión trascendente en la práctica clínica: tener en cuenta la espiritualidad del paciente, explorarla individualmente, apoyar los aspectos positivos de la fe del enfermo, proporcionarle apoyo religioso si lo solicita, ofrecer cuidado espiritual a la familia (pues normalmente estas creencias se arraigan en el núcleo familiar) y atender las propias necesidades espirituales (incluso en caso de no ser creyente para aprender al menos a respetar el punto de vista del paciente).

Los participantes experimentaron **sentimientos de tristeza y soledad**, previamente a una desatención o maltrato por parte del personal de salud o de la familia misma, que a su vez dichos participantes necesitaron ayuda de ellos, para su cuidado.

No se acercaron a darme un vaso de agua, un lavadorcito para lavarme. (P.1)

...cuando me pasaron a la cama, me botaron de la camilla porque no podían levantarme en peso, me dolía mucho. (P.2)

...a mi esposa lo sacaron para afuera, no sabía qué hacer, no había a quien llamar, se siente soledad, era triste estar solo acá en este hospital. (P.2)

De mi familia esperaba que estén ahí, del personal de salud que estén pendientes del paciente pero nada, ni el uno, ni el otro. (P.3)

Hay momentos que el paciente quirúrgico se encuentra en un estado de tristeza y soledad, debido a la desatención por parte del personal de salud y de la familia. Con respecto al personal de salud se está acostumbrando a dar una atención automatizada, concentrándose solo en la herida quirúrgica y en la administración de medicamentos y deja a un lado la atención holística.

Otro factor que podemos ver donde se refleja la tristeza y soledad, es cuando el paciente pasa por un momento de maltrato por el personal de salud, que puede ser consciente o inconsciente, pero que el paciente siente y se ve afectado; en

otros casos necesita de la ayuda del personal de salud o de su familia para cubrir sus necesidades y que a veces ellos no están presentes para ofrecerle esta ayuda. Cualquier situación que afecte o amenace la integridad del paciente, hace que reaccione emocionalmente y origine cierto grado de tristeza que asociado a otros factores, el paciente puede entrar en un estado de ansiedad y depresión, negativismo, inseguridad, cólera e impotencia.

Sin duda alguna, pese que el profesional de la salud no ha sido preparado para recibir y aceptar cualquier tipo de sentimiento procedente del paciente, al menos debe tener en cuenta y no ignorarlo, ya que la expresión de sentimientos se puede dar de diferentes formas o circunstancias.

Las reacciones emocionales en situaciones de amenaza son normales y no se consideran patológicas salvo que su duración, intensidad o frecuencia, sean excesivas e interfieran en el funcionamiento de la persona. Las principales respuestas se relacionan con: el miedo, ansiedad, tristeza, depresión, angustia, rabia, ira, apatía, llanto, abatimiento y desesperanza **(Rodríguez y Zapata 2007)**

Se consideran factores predisponentes de la depresión aquellas variables que favorecen la tristeza, la apatía y el desinterés **(Seligman 1975); (Segura, Sánchez y Barbado 1991).**

Una de las necesidades más ignoradas de los enfermos es la de expresar sus sentimientos. Los profesionales de la salud no han sido informados ni intelectual ni profesionalmente para recibir y aceptar sentimientos del paciente especialmente la rabia, tristeza o la angustia que se expresan por el llanto **(Annika S., Acha A. Julio. 2004).**

El paciente quirúrgico necesita sentirse seguro de la confianza y atención que le brinda el profesional de la salud, pero es desagradable cuando sucede todo lo contrario, junto a situaciones de soledad, tristeza y desatención al paciente, complicando aún más el estado de su salud. Las heridas psicológicas que pueden producir estos factores emocionales a la integridad del paciente son estados

afectivos que pueden ser normales o patológicas dependiendo del tiempo que dure, la intensidad y la frecuencia e interfieran la salud del paciente.

El paciente quiere sentir esa seguridad que le brinda la confianza de quién tiene y a quién se le ha delegado la responsabilidad de restablecer la salud. No hay nada peor que estar enfermo y al mismo tiempo sentir desconfianza en quienes están a nuestro cuidado. La enfermedad como infortunio, junto a la desconfianza y la soledad, son una asociación que sólo conlleva a profundizar el dolor de la intimidad **(Buytendijk 1958)**.

Las heridas a la integridad personal se expresan a través de los afectos: tristeza, rabia, soledad, depresión, aflicción, infelicidad, aislamiento, pero estos afectos no son la herida en sí, sino su manifestación" **(Fonnegra 2003)**.

Las terapias de apoyo emocional, buscan ofrecer una mirada distinta al complejo físico, psicológico y espiritual de los pacientes, los cuales experimentan ansiedad, depresión, soledad, dolor, insomnio y angustia espiritual **(Kreitzer, Mary 2000)**.

La presencia de Dios en la cirugía.

La fe y la espiritualidad así como la enfermedad no están separadas es así como los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente en algún momento de esta experiencia ponen de manifiesto su fe en Dios y que incluso expresan "*ahí se pide la presencia de Dios*". De esta manera su cuerpo-alma lo ponen ante la presencia de Dios, y consideran como el único ser que les puede salvar o quitar la vida.

*... como soy una persona espiritual, que suceda lo que suceda,
es por algo, en manos de quién sucederá lo que tenga que
suceder. (P.1)*

*Pensaba Dios mío sea lo que sea, que sea rápido no más,
porque quería ir a mi cama. (P.1)*

... decía solo Dios es el único que me puede salvar, si es para ir a los brazos del señor, estamos en sus manos, pero gracias a él y a los doctores hasta ahorita todo está bien. (P.2)

... cuando uno está en sala ahí se acuerda de Dios y de todo..., y pide a Dios que por favor uno salga bien, ahí se pide la presencia de Dios. (P.4)

El estado de gravedad de un paciente hace que este se apoye en recursos espirituales para adquirir una esperanza. Ellos se aferran a la fuerza espiritual necesaria para salir adelante, reforzando así su fe en Dios. En este momento resalta la espiritualidad como parte de la vida; a través de la fe el paciente encuentra una esperanza acercándose más a Dios y la vía para la solución de las dificultades que se puedan presentar (Avelino Q. Julia C. y Rodríguez N. Yolanda. 2011).

Vivenciando los efectos de la anestesia.

Esta categoría se forma a partir de la similitud de los discursos de los participantes, quienes experimentaron los efectos de la anestesia, describiéndolo como situaciones desconocidas y extrañas que les provocaron diferentes sentimientos y reacciones de acuerdo a la situación y ambiente para cada uno de ellos. Los participantes tuvieron experiencia con el sentimiento de "Anestesiado", detallaron la forma de cómo lo tomaron, la reacción y aceptación que tuvieron frente a esta situación para muchos totalmente desconocidos, como se puede observar:

... empecé a dormir, pero quería mantenerme despierta pues como decían que era pronto, entonces decía que sea rápido para salir, en mi cuarto duermo ahorita no. (P.1)

... cuando me colocaron la anestesia comenzó adormecerse la mitad de mi cuerpo hacia abajo, mis pies, me pedían que moviera mis pies, pero no podía era como muerto, frente a esa impotencia decía, ahora que me harán. (P.2)

Después de la anestesia estaba un ratito despierta, de ahí me he quedado dormida, fue como un sueño en blanco no he sentido nada. (P.3)

Me operaron con anestesia general, yo estaba tranquila, cuando me pusieron la anestesia relajante, me cogió un sueño, me quede dormida, que no recuerdo nada. (P.4)

... primero nos ponen alcohol después nos hincan, la anestesia, me comenzaba a calentar los pies de ahí se adormece, y poco a poco se va adormeciendo el cuerpo y cuando me amarraron los brazos me acordaba de todo, y de ahí ya no sentí nada.... me he quedado dormida. (P.5)

...no he sentido nada de dolor, me cogió la anestesia, me he quedado dormida. (P.6)

Se adormeció todo mi cuerpo, empezó desde mis pies, se encendió mi cuerpo y me he quedado dormida. (P.6)

Me dijeron la posición que este bien sentada para que me pongan la anestesia en la columna y comenzó mi cuerpo a dejarse, a adormecerse y de ahí me he quedado dormida. (P.6)

Se puede precisar que los pacientes pueden experimentar la anestesia de dos formas diferentes. Por un lado están aquellos que están despiertos y pasan por ciertas vivencias, como el darse cuenta de lo que pasa en su cuerpo, un proceso de adormecimiento rápido con el cual sienten que su cuerpo no puede sostenerse, como dice "y comenzó mi cuerpo a dejarse, adormecerse", sienten el deseo de dormir, pero por la curiosidad e información que tienen acerca de la intervención quirúrgica, prefieren mantenerse despiertos. Otros pacientes luego de ser anestesiados quedan dormidos y no recuerdan nada lo que paso en su organismo y en su entorno. Los efectos de la anestesia son vivenciados a través de su cuerpo al sentir calor, decaimiento y adormecimiento de todo su cuerpo, se da cuenta que no puede movilizar sus miembros inferiores y frente a esta experiencia e imposibilidad en la que se encuentra el paciente tiene miedo y le aparece presentimiento negativo.

Estas sensaciones que presenta el paciente unido a otros efectos orgánicos que produce la anestesia, como: perdida de calor, junto a un ambiente frio en sala de operaciones, ausencia de ropa, uso de líquidos fríos, pérdidas por evaporación, facilitan en el desequilibrio térmico del paciente. Por ello el profesional de enfermería debe regularizar la temperatura ambiental, ayudar al paciente que

este bien cubierto y abrigado y darle su apoyo emocional en todo el proceso de la operación, hablarle aun cuando esté dormido.

Al respecto, **Sessler (2000)**, señala que el descenso en la producción metabólica de calor, el aumento de las pérdidas de calor en un ambiente excesivamente frío en la sala de operaciones, la administración de fluidos intravenosos fríos y las pérdidas por evaporación y radiación a través de la incisión quirúrgica, la ausencia de respuesta conductual compensatoria en el paciente inconsciente, así como una respuesta autonómica inhibida contribuyen a desplazar el equilibrio térmico en el paciente anestesiado.

De igual modo, **Smeltzer, Suzanne y Brenda (2005)**, plantean: "Los sujetos anestesiados son susceptibles a los escalofríos, que pueden derivarse de corrientes de aire, la enfermera debe estar atenta a la posibilidad de hipotermia, la temperatura ambiental deber ser templada, además se ha de cubrir al enfermo con las mantas necesarias para prevenir los escalofríos".

En esta fase, el profesional de enfermería debe estar atento al paciente buscando o detectando posibles efectos negativos y riesgos como consecuencia de la anestesia y de la operación misma. Esto será de acuerdo al tipo de anestesia y de la cirugía practicada; así como de la preparación que haya recibido antes de la intervención. Pues se determina que el paciente que está bien preparado física, psicológica y emocionalmente va a ser de mucha ayuda, favoreciendo el proceso del acto quirúrgico y su recuperación en el posoperatorio.

Como sostiene **Beverly W. (2000)**, durante la intervención quirúrgica, en especial mientras se mantiene los efectos de la anestesia, la persona no puede protegerse así mismo frente a un posible peligro, por lo que el profesional de enfermería debe ayudarlo para prevenir las lesiones y nunca deben quedar desatendidos o sin observación en quirófano.

Moix, Jjala, French, Foxall, Hardman, Bedfordth (2010), dicen: "Está ampliamente demostrado que el paciente que está tranquilo y bien preparado

psicológica y emocionalmente presenta menos complicaciones en la inducción anestésica, la intervención quirúrgica y el postoperatorio".

De otro lado, se ha podido encontrar que los participantes se enfrentaron a diferentes situaciones, sentimientos y necesidades como: situación desconocida, desesperación, dolor, cansancio, incomodidad, necesidad de movilidad, necesidad de ayuda, preocupación. Cada uno de ellos es descrito y analizados desde su aparición hasta su afrontamiento por cada participante que experimentaron durante todo el proceso quirúrgico.

Cuando me pusieron la anestesia sentí en la columna que subía un líquido algo caliente, como si a algunas partecitas de mi columna lo calentaran, era un calorcito, como si se inflamara y de ahí sentía que se iban adormeciendo mis piernas, mis pies, se siente como hormiguitas, después ese hormiguelo desaparece y se queda en nada, era algo desconocido. (P.1)

...quería mover mis pies y no podía, no me dolía nada y sentí gran curiosidad, trataba de mover mis músculos para ver hasta donde no sentía, hasta dónde estoy adormecida porque pensaba, hoy de acá empiezan y quizás todavía no se ha adormecido. (P.1)

Yo no podía moverme... no sentía nada, desde la cadera hasta abajo, estaba consciente, entonces dije voy a tocar mi pierna por curiosidad...se siente como frío como si fuera de otra persona como de un muerto. Me empezó a doler la espalda, quería cambiar de posición, quería moverme, me cansaba, quería que me movieran porque yo sentí como si faltara irrigación a mi espalda, me dolía, me molestaba. (P.1)

...a las dos horas comencé a moverlo mi cuerpo, me pellizcaba para ver si lo siento o no, y no sentía nada. (P.2)

Me desperté acá y tenía desesperación parece que nos morimos no nos podemos sentar, ni hablar, sentía debilidad en mi cuerpo lo sentía adormecido empezando desde las piernas. Mis brazos me acuerdo que poquito lo movía pero mis piernas todavía demoro bastante. Necesitaba apoyo de mi familia para que me levanten. (P.5)

Me he despertado acá con dolor, no lo sentía mi cuerpo porque era adormecido, me tocaba, pensé tal vez ya me esté pasando la anestesia, mis brazos si lo movía pero mis piernas nada, me preocupaba, pero decía ya me dejara la anestesia a pocos, me pellizcaba. (P.6)

El paciente al ser intervenido quirúrgicamente por primera vez, vive una experiencia única y algo desconocida, pues se encuentra en una situación que solo él lo puede describir, son diversos los momentos que pasa, hasta el mismo adormecimiento que es el más común de todos. Siente curiosidad por todo lo que le está pasando y comienza a explorar, como queriendo mover sus miembros inferiores y no puede, no siente dolor, manipula sus músculos, quiere ver hasta que parte de su cuerpo esta adormecido o también pasa por un estado de duda y miedo hacia el efecto de la anestesia, piensa en el inicio de la intervención quirúrgica antes de estar anestesiado.

La situación desconocida que experimenta el paciente quirúrgico viene a ser acompañada por el miedo, el estrés que se da en el preoperatorio que puede afectar y producir riesgos durante la intervención quirúrgica y la recuperación del paciente. Frente a esto es labor de enfermería preparar emocionalmente al paciente. Es importante considerar los eventos emocionales, físicos, espirituales, etc. que se presentan en el paciente para dar atención única y conseguir mejores resultados. Como indica **Alfaro R. (1996)**, cada persona reacciona de modo diferente al mismo estímulo o situación vivenciada. Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obliga a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que además, implican ciertos riesgos para la salud del mismo individuo.

Para **Escamilla M.**, el sufrimiento psicológico y el estrés preoperatorio pueden retrasar la recuperación. Las intervenciones quirúrgicas, aunque pueden representar un alivio, también están cargadas de ansiedad y constituyen una fuente de estrés psicológico para el paciente, porque lo obliga a enfrentar situaciones desconocidas, que implican ciertos riesgos de vida. La carga emocional propia que cualquier intervención pueda tener, puede aumentar, si el

paciente al recibir la noticia, revive recuerdos traumáticos de pasadas cirugías propias o de personas cercanas.

Long, B. Phipps, W. y Cassmeyer, V. (1999), refieren que: El temor a lo desconocido puede disminuirse si se logra la comprensión de los eventos que van a ocurrir. La cantidad de información que se puede dar durante la etapa preoperatoria depende de los antecedentes e interés del paciente y su familia.

Cuando el paciente quirúrgico está bajo los efectos de la anestesia puede estar en un estado de desesperación por situaciones desconocidas, como la incertidumbre, agotamiento físico y psicológico, inmovilidad y adormecimiento de sus miembros inferiores y tiene la curiosidad por explorarlos y se da cuenta que algo extraño le está sucediendo, agregado al dolor que siente por el cansancio de estar mucho tiempo acostados en una misma posición, necesita que alguien le movilice, pero cuando no encuentra a nadie para cubrir su necesidad, el paciente se irrita y se molesta. Todas estas consecuencias hacen que la desesperación aumente en el paciente quirúrgico, más aun si no se logran controlar y estabilizar.

Un efecto que produce la anestesia es el dolor, que tiene un elemento subjetivo, se presenta cuando existe un perjuicio o enfermedad que afecta el sistema nervioso y psicológico y en el paciente quirúrgico aparece luego de despertar de la anestesia, también por el cansancio, el postramiento en cama y la permanencia en la misma posición, debido a la inmovilidad de sus miembros inferiores y la no presencia del personal de salud o de la familia para ayudarlo a moverse y para dar masajes que ayude aliviar en parte su cuerpo agotado y cansado.

La Asociación Internacional Para El Estudio Del Dolor (1994), lo define como: "Una experiencia sensorial y emocional desagradable vinculada con daños reales o potencial a los tejidos, o descrita en términos de dichos daños."

Según **Paillet (1990)**, el dolor siempre tiene un componente subjetivo. Es tanto una sensación fisiológica como una reacción emocional a dicha sensación. Otra

definición funcional del dolor señala que "Es cualquier cosa que el paciente diga que duele".

Hernández Conesa (1996), señala que la participación tanto de fenómenos psicológicos (subjetivos) como físicos o biológicos (objetivos) en el dolor es variable según el tipo de dolor y el individuo que lo manifiesta.

Debido a la inmovilidad, el adormecimiento e insensibilidad, el postramiento en cama y la permanencia en la misma posición durante el acto quirúrgico, hace que el paciente experimente cansancio, acompañado de dolor y fatiga. El cansancio que experimenta el paciente se debe a un agotamiento físico y emocional que lo deja sin fuerzas y ánimo.

Cordes Y Dougherty (1993); Maslach, Schaufeli , Leiter (2001) y Fernández Seara (2002), dicen: "La dimensión de agotamiento emocional se caracteriza por dejar a las personas sin recursos ni energías y con la sensación de no poder ofrecer nada más, manifestando síntomas físicos y emocionales. Aparecen manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio que no se recuperan con el descanso".

Fernández Seara (2002), señala que el campo de la fatiga que da lugar a estrés es muy amplio y no se limita a un cansancio de tipo muscular con unas consecuencias determinadas. Por tanto, se podría decir que el estrés aparece siempre que se pide al individuo que realice tareas o esfuerzos que sobrepasen sus posibilidades psicológicas y adaptativas".

El paciente necesita que alguien le ayude a moverse, ya sea por el personal de salud o por la familia misma, y esto es a causa de la inmovilidad de su cuerpo, por el cansancio y postración en cama, producto de los efectos de la anestesia, además porque recientemente sale del quirófano y está reaccionando de la anestesia.

Para ello es importante que en el preoperatorio se eduque y oriente al paciente, brindándole toda la información necesaria y adecuada. Para cubrir la necesidad

de movilidad, se le puede enseñar como movilizarse y como sentarse siempre y cuando el paciente este en las condiciones de hacerlo por sí solo, de lo contrario es el profesional de enfermería y la familia que ayudará a movilizar al paciente teniendo en cuenta la herida quirúrgica y el estado de su salud, que no puedan ser afectados.

Además se conoce que la movilidad y el cambio de posturas en la cama ayudan al confort del paciente, disminuir el cansancio, el dolor, la irritabilidad y la fatiga, previenen complicaciones cardiorrespiratorias y también las úlceras por presión y lo más importante contribuye a la cicatrización de la herida, su pronta recuperación y disminución de la estancia hospitalaria.

Brunner, L. y Suddarth, D. (1996), señalan: "Durante el preoperatorio, puede enseñarse a las personas como movilizarse. También se les puede enseñar como sentarse en el borde de la cama con la mínima tracción sobre la incisión".

expresan "Moverse y hacer cambio de posturas en la cama ayuda a prevenir complicaciones pulmonares y circulatorias, prevenir úlceras de cubito, estimular el peristaltismo y disminuir el dolor" (**Long, B. y Phipps, W.;1994**).

Al despertar el paciente de la anestesia, se encuentra en un estado de desesperación, no puede moverse, sentarse ni hablar, siente decaimiento físico, adormecimiento en los miembros inferiores. En ese momento necesita la ayuda del profesional de enfermería o de la familia para ayudarlo a movilizarse y calmar el dolor, el cansancio y mantener la tranquilidad del paciente. La ayuda que se facilita servirá transmitir confianza y seguridad, para mantener su tranquilidad. El profesional de enfermería debe involucrarse con el paciente y explorar sus necesidades para encontrar las necesidades inmediatas de ayuda, teniendo en cuenta que cada paciente es único y diferente.

Kozzier, B. Erb, G. Olivieri, R. (1993), que cita a **Brammer**, donde refiere que "La ayuda es un proceso que facilita el crecimiento en el que una persona ayuda a otra a resolver problemas y afrontar crisis en el sentido en el que elige a la persona a la que se ayuda". La relación de ayuda puede describirse según 4 fases

secuenciales: Fase de preinteracción, similar a la planificación, previa a una entrevista. Fase de preliminar: denominada fase de orientada o de preayuda, conocerse mutuamente y desarrollar grado de confianza. Fase de trabajo: Enfermera-cliente se ven como individuos únicos, aumenta la posibilidad de empatía. Fase de terminación: Determina la relación si fue efectiva o negativa.

El paciente que sale de sala de operaciones y se encuentra en su unidad de cuidados, al despertar siente dolor, insensibilidad en el cuerpo por el adormecimiento, se preocupa y siente curiosidad por la situación desconocida que está ocurriendo con su cuerpo, comienza a explorar lo que le pasó y lo que en ese momento le pasa. Le vienen pensamientos diversos respecto a su salud y su recuperación. Estos pensamientos pueden ser percibidos como desfavorables. Es en estas circunstancias que el profesional de enfermería debe transmitir confianza y lograr una empatía con el paciente para obtener la facilidad de descubrir las preocupaciones y formas de ayuda, iniciando por brindar información precisa, eliminando miedo y temores en el paciente.

Taylor S. (1991), La habilidad de confiar en otros o el confrontar conscientemente estos sentimientos y percepciones negativas puede eliminar el pensamiento obsesivo o la preocupación constante.

Cereijo C. Pueyo B. y Mosquera F. (2005): Es preciso escuchar a la persona, empatizar con ella e identificar las fuentes de preocupación, para proporcionar información adecuada, que le ayude en definitiva a aliviar su angustia. Así pues, el asesoramiento no sólo incluye acciones dirigidas a proporcionar información y a la enseñanza de técnicas y formas de autocuidado, y necesidades inmediatas, sino que además han de satisfacer otras necesidades fundamentales, como las de comunicación y seguridad.

Auccasi R. M. (2002), Por la serie de problemas a los que se enfrenta se necesita frecuentemente una estrecha relación con alguien en quien confiar sus dificultades, preocupaciones, dolencias y sus desalientos. De ahí la importancia de la participación del enfermero(a) profesional que por su interactuar continuo

con el individuo logra una empatía ayudando al paciente a adaptarse a su nueva forma de vida favoreciendo así su rehabilitación integral.

También los participantes experimentaron sentimientos positivos como la alegría, esperanza, tranquilidad, que surgieron después de una reacción positiva de la operación, sensibilidad y movilidad en los miembros inferiores, específicamente en los dedos y pies que causaron en cada participante un futuro con bastante confianza.

Al despertarme estaba alegre, que ya me salve de la enfermedad, que ya se iba a quitar pero me dolía la herida, me fastidiaba. (P.3)

Toqué mi pierna nuevamente y ya un poquito lo sentí por la cadera de lo que no sentía nada. Qué alegría cuando jalo mi pie, pero no lo podía directo pero al menos alquito lo movía. (P.1)

...cuando me trajeron para acá, ya lo movía mis dedos, mis pies, mi cuerpo medio se alegraba, decía estoy moviéndolo ya mis pies, eso me tranquilizaba. (P.2)

A pesar de sentimientos negativos de angustia, dolor, preocupación, temor, cansancio, etc. El paciente quirúrgico al despertar de la anestesia a su vez se halla con un sentimiento de alegría, por haber salido bien de la intervención quirúrgica y estar libre de la enfermedad, aunque en momentos siente dolor, incomodidad por la herida. Otra manifestación de alegría es cuando siente una reacción positiva de la sensibilidad en sus miembros inferiores y eso le da tranquilidad. La alegría es denominada como una emoción básica propia del ser humano, una experiencia positiva que el paciente quirúrgico experimenta y se produce por la disminución de la angustia, preocupación, ansiedad, temor y aumento de una reacción positiva, tranquilidad y esperanza. Se menciona algunas declaraciones:

Sanz, J. (1993): El dolor psicológico se da por la disminución de la alegría, aumento de la ansiedad y temor, depresión, sufrimiento, dificultad para la concentración, pérdida de control.

Benjamín W. (2009): La experiencia es entendida como "El hecho de soportar o sufrir algo, como cuando se dice que se experimenta un dolor, una alegría".

Silverio B. (2000): El ser humano experimenta ocho categorías básicas de emociones que lo ayudan a desarrollar diversas clases de comportamiento de adaptación que son; el miedo, tristeza, repulsión, ira, anticipación, alegría, sorpresa y aceptación y también ajustarse a las exigencias del ambiente, combinándose para producir una amplia gama de experiencias más aún si se trata de un acto operatorio vivenciado por primera vez.

El paciente quirúrgico tiene un sentimiento de esperanza, cuando percibe una reacción positiva después de la operación, sensibilidad y movilidad en los miembros inferiores, se siente tranquilo por estar libre de la enfermedad y es consciente que su recuperación es un proceso. La esperanza es un caso especial para el paciente quirúrgico, pues implica el futuro de su recuperación. De esta manera encuentra sentido a la situación que está vivenciando, lo cual promueve un afrontamiento favorable y aceptable, que aumenta la esperanza y confianza en su propio ser.

Esperanza, Dufault y Mortocchio (1985), citados por **Morrison**, sostienen que el concepto de esperanza implica futuro, para muchas personas, en especial para los enfermos el futuro puede aparecer prometedor. La esperanza no definida desde el punto de vista de la enfermería podemos decir que es una fuerza vital, dinámica, multidimensional, caracterizada por una expectativa confiada, aunque incierta, de alcanzar un buen futuro (**Maracara F. 2006**).

Los estudios de **Ersek (1991)** y **Taylor (1983)** muestran que el hallar sentido fomenta un afrontamiento positivo y aumenta la esperanza. Pues habitualmente, las estrategias para buscar sentido son similares a las que ayudan a encontrar esperanza.

Colliere M. (1993), el cuidado es indivisible; cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza,

acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones indivisibles.

La tranquilidad en el paciente quirúrgico, se refleja al percibir una reacción positiva después de la operación, como la movilidad de los dedos y pies, siente alegría por la reacción favorable de su cuerpo, después de haber pasado por situaciones desconocidas que le produjeron temor. La tranquilidad es un elemento del apoyo emocional que forma parte de la intervención de enfermería, que se provee en los momentos de estrés y ayuda a disminuir los sentimientos negativos. Para transmitir tranquilidad al paciente, el profesional de enfermería debe manifestar afecto, confianza y seguridad, a través de diferentes técnicas reforzando su esfuerzo y estado de ánimo, como una explicación clara, precisa y adecuada sobre los procedimientos y cuidados que se van a realizar, también sobre su estado de salud y el proceso de recuperación despejando toda duda y miedo. Seguidamente las aportaciones de algunos investigadores:

Kozier, B., Erb, G., Blais, K., et al (1997), El apoyo emocional es una clasificación de intervenciones de enfermería definida como la provisión de tranquilidad, resignación, y ánimo durante los momentos de estrés.

Bonilla, J. (2009), La ayuda psicológica permite que los pacientes disminuyan los sentimientos negativos, y los conduce a una mayor tranquilidad, entre más tranquilos estén, su sistema inmunológico también reacciona de mejor manera en el combate de la enfermedad.

Beverly W. (2000), La enfermera debe manifestar el afecto al paciente aportando seguridad y con ello tranquilidad, dándole a conocer su nombre, proporcionándole una explicación concisa y adecuada acerca de los procedimientos que se le van a realizar, apoyar su esfuerzo y colaboración con refuerzos positivos por ser ello un voto de confianza que los anima a seguir adelante, cuidando de los comentarios delante de otras personas.

Agotamiento del cuerpo.

Para poder describir esta categoría nos basaremos en el concepto descrito por **Zubiri en 1974** quien describe que el ser humano está compuesto por es un sistema psico-orgánico donde hay, dos subsistemas. Uno es el subsistema de todas sus notas físico-químicas. El otro es el subsistema que llamamos psique. Al primer subsistema suele llamársele vulgarmente "cuerpo". Y como tal el cuerpo es una parte donde la energía puede agotarse y ser la base del cansancio. Está La categoría agotamiento del cuerpo ha sido configurada a partir de las manifestaciones de cansancio, de un cuerpo que sentían como si estuviera muerto, debilitado o como si hubieran trabajado, y que no podían hacer nada. Esto luego de un sueño como producto de la anestesia y es sentido por el pacientes justo desde el instante en despierta de la operación tal como lo confirman con los siguientes discursos.

...cuando ya terminaron la operación mi cuerpo era como muerto, dejativo, no podía hacer nada. (p.2)

Cuando me desperté de la operación sentí dolor, cansancio, me recordé como de un sueño. (p.4)

...tenía cansancio como si estuviera chancado mi cuerpo, como si hubiera trabajado. (p.6)

Los pacientes identifican al cansancio como debilidad, comparan a la intervención quirúrgica como si hubiesen realizado una faena de trabajo, lo que provoca un agotamiento del cuerpo que no les permite hacer nada.

De acuerdo con **Biomet, Inc. (2013)**, la cirugía somete al organismo a una gran tensión por lo que es normal sentir agotamiento tras la intervención. Algunas personas también pueden sentirse deprimidas debido al dolor y al malestar iniciales después de someterse a la intervención quirúrgica. Además, los efectos de la anestesia tardan un poco en desaparecer. Entonces la intervención quirúrgica produce en el paciente un cansancio y fatiga ya que al estar en una misma posición el peso del cuerpo hace que las partes donde hay más presión y

menos flujo de sangre inicien a sentir fatiga. Lo cual evidencia gran necesidad del cuidado de enfermería y mucho más en personas bajo anestesia general.

Sin embargo el cansancio no solamente se evidencia en el acto operatorio, sino que es un sentimiento que acompaña al paciente a lo largo de la hospitalización provocando diversos malestares que limitan su movimiento causando dolor e incomodidad. Esta es una situación importante y a tomada en cuenta por el profesional de enfermería que brinda cuidado y ayuda al paciente a sentirse bien en medio de su dolencia, causada por la intervención quirúrgica. Así se puede observar en los discursos.

Me siento cansado en la cama, me duele mis riñones, me duele mucho, me quiero dar vuelta así y no puedo. (P.2)

Sentí cansancio, estar en la cama cansaba a este lado y a este otro. (P.3)

Es frecuente que, en los primeros días, el paciente sienta molestias, cansancio o debilidad. Forma parte del proceso de recuperación y es temporal, hasta que se produzca la cicatrización externa e interna (**Comunidad de Madrid 2012**).

Significado de la nueva realidad.

Esta categoría se orienta en el significado del futuro de los participantes después de la cirugía, como perciben esta nueva realidad será lo mismo, tal vez no o será mejor, pero antes pasaron por diferentes experiencias extrañas que los causaron ansiedad, angustia y temor, además de otros sentimientos y emociones. Los participantes tuvieron el deseo de una recuperación positiva, después de salir de sala de operaciones, eran conscientes del proceso que tenían que esperar, tener paciencia y poner en práctica el autocuidado favoreciendo la recuperación de su salud y bienestar, según se evidencia en el testimonio de los siguientes participantes:

...lo que quiero es recuperarme bien es por eso lo único que hay que tener es paciencia. (P.1)

Pero sé que en mi mente va a estar la idea de cómo me operaron, tengo que cuidarme, no levantar mucho peso, conforme se va quitando la idea de la mente nos sentimos mucho mejor, más seguros y la vida vuelve a ser igual y mejor todavía. (P.1)

Yo no tengo ninguna preocupación, solo es cuestión de paciencia, pero esa paciencia ya he venido cultivando hace años. (P.1)

Para mí esta operación significa estar sana por lo menos de esta parte del cuerpo. (P.3)

Significa dejar de sufrir el dolor de la enfermedad, porque era unos picazones, ardencia en el estómago, dolor en el riñón. (P.4)

Para mí esta operación significa la mejoría y cuidarse para que uno se mejore, para poder trabajar. (P.5)

Yo decía ya me han operado ya pasó la enfermedad. (P.6)

...dije tal vez me recupere ya comiendo, porque el estómago era vacío lo sentía por el hambre. (P.6)

El deseo más anhelado de todo paciente postoperado y como todo ser humano, es una recuperación satisfactoria, para ello debe colaborar con el personal de salud para su atención y tratamiento, y a su vez el personal de salud debe brindar una atención integral, además debe poner en práctica su autocuidado que también ayudaría a alcanzar el objetivo. Ellos deben tener paciencia, saber esperar, para curarse pronto e ir a casa con sus seres queridos. Esto se logra con la fe y esperanza de que solo será unos días, lo importante es que ahora están curados de la enfermedad que padecían, por lo menos de una parte de su cuerpo que les causaba malestar.

El posoperado consciente de su autocuidado y conforme se va quitando la idea de haber sido operado que le produce miedo y preocupación, siente una mayor mejoría y seguridad, que le ayuda a percibir un futuro positivo y prometedor. El paciente aprenderá nuevas formas de cuidar su salud. Estas formas serán orientadas por el profesional de enfermería.

El cuidado del paciente en relación con el proceso de recuperación fortalece la seguridad y esperanza que percibe la vida igual a la pasada y aun mejor todavía. La esperanza del posoperado se centra en la recuperación de su salud, dejar de sufrir el dolor y los otros síntomas clínicos producidas por la enfermedad, sentir la mejoría y para alcanzar este objetivo debe cultivar la paciencia. La esperanza es una fuerza subjetiva, permanente e indivisible que encuentra sentido para un afrontamiento positivo y que garantiza al paciente un buen futuro. Se muestra algunas ideas:

Esperanza, Dufault Y Mortocchio (1985), citados por **Morrison**, sostienen que el concepto de esperanza implica futuro, para muchas personas, en especial para los enfermos el futuro puede aparecer prometedor. La esperanza no definida desde el punto de vista de la enfermería podemos decir que es una fuerza vital, dinámica, multidimensional, caracterizada por una expectativa confiada, aunque incierta, de alcanzar un buen futuro (*Maracarade la Cruz F. 2006 opcit*).

Los estudios de **Ersek (1991)** y **Taylor (1983)** muestran que el hallar sentido fomenta un afrontamiento positivo y aumenta la esperanza. Pues habitualmente, las estrategias para buscar sentido son similares a las que ayudan a encontrar esperanza.

Colliere M. (1993), el cuidado es indivisible; cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones indivisibles.

También los participantes experimentaron la alegría y tranquilidad en el momento que salieron de sala de operaciones y fueron trasladados a sus unidades de cuidados, también sintieron una mejoría. Lo señalado se aprecia en las versiones de los participantes:

Cuando ya estaba acá en mi cama estaba alegre, contenta, más tranquila porque ya no habrá el problema, el dolor, con la esperanza de que me voy a sanar. (P.5)

Yo lo veo que estoy mejorando porque ahora ya no tengo tanto dolor, claro tengo dificultades, tengo dolor de cabeza y he tenido vómitos. (P.6)

El paciente posoperado experimenta el sentimiento de la alegría al salir de sala de operaciones y se encuentra en su unidad de cuidados tranquilo, con la seguridad de que la enfermedad y el dolor han desaparecido y con la esperanza de recuperar su salud y bienestar. El paciente percibe la mejoría, su dolor ha disminuido, a pesar de tener ciertas dificultades y otras manifestaciones clínicas que no son de mucha consideración, porque él lo ve su recuperación, que es un proceso como algo positivo, favorable y avanzado.

La alegría es un sentimiento, una experiencia positiva que forma parte de las principales categorías básicas de emociones, que un individuo puede experimentar por la disminución del dolor, ansiedad, temor y sufrimiento. Se menciona algunas declaraciones:

Benjamín W. (2009), La experiencia es entendida como "El hecho de soportar o sufrir algo, como cuando se dice que se experimenta un dolor, una alegría".

Barriga S. (2000), El ser humano experimenta ocho categorías básicas de emociones que lo ayudan a desarrollar diversas clases de comportamiento de adaptación que son; el miedo, tristeza, repulsión, ira, anticipación, alegría, sorpresa y aceptación y también ajustarse a las exigencias del ambiente, combinándose para producir una amplia gama de experiencias más aún si se trata de un acto operatorio vivenciado por primera vez.

La tranquilidad también es dada a través del apoyo emocional en los momentos de estrés, al disminuir los sentimientos negativos, facilitando al sistema de defensa del organismo una mejor reacción en el tratamiento de la enfermedad. Aquí es considerado acertada que el profesional de enfermería manifieste afecto, empatía al paciente, proporcionando seguridad y tranquilidad. **Kozier (1997)** El apoyo emocional es una intervención de enfermería definida como la provisión de tranquilidad, resignación, y ánimo durante los momentos de estrés.

Bonilla, J. (2009), La ayuda psicológica permite que los pacientes disminuyan los sentimientos negativos, y los conduce a una mayor tranquilidad, entre más tranquilos estén, su sistema inmunológico también reacciona de mejor manera en el combate de la enfermedad.

Beverly (2000), La enfermera debe manifestar el afecto al paciente aportando seguridad y con ello tranquilidad, dándole a conocer su nombre, proporcionándole una explicación concisa y adecuada acerca de los procedimientos que se le van a realizar, apoyar su esfuerzo y colaboración con refuerzos positivos por ser ello un voto de confianza que los anima a seguir adelante, cuidando de los comentarios delante de otras personas.

Se integra la experiencia quirúrgica que tuvieron los participantes, ya sea por las situaciones desconocidas que afrontaron por primera vez o por otras intervenciones quirúrgicas que han sido sometidos anteriormente y que las diferencias son notables comparando la magnitud del dolor y sufrimiento que produce cada intervención quirúrgica. Se puede notar en los siguientes discursos:

... me pusieron una malla y cuando la herida está para que sane se siente algo duro uno lo toca y es como un palo y en ese momento pensaba, me quedaré invalido, pero me ha dicho el doctor es así, tienes que sentirlo hasta que se adapte la piel con la malla. (P.2)

... la otra vez que me hicieron la operación no fue así, ahora lo siento bastante, el dolor es terrible. (P.2)

El dolor me impide barrer, cocinar y otras cosas más, me duele. (P.3)

Mi vida ya no creo que sea la misma de antes, porque tengo ya dos operaciones de mis muchachos y está, ya no será igual. (P.3)

Esta es la tercera vez que me operan, primero me han hecho una cesárea de un muerto hace 25 años, luego de un fibroma hace 5 años. (P.6)

La experiencia quirúrgica que tiene un individuo, se lo describe como desconocido, que las cosas que le suceden son extrañas que producen percepciones y sentimientos negativos, además ansiedad y temor, pero que estas dudas y sentimientos negativos se van despejando cuando el personal de salud proporciona una explicación precisa y adecuada, acerca de la situación que está experimentando.

El paciente que ha pasado por varias intervenciones quirúrgicas, hace la comparación y se muestran diferencias como la magnitud del dolor y del sufrimiento.

La experiencia más resaltante que puede tener un posoperado es el dolor que afecta la realización de las actividades diarias. El número de operaciones que haya tenido un paciente le produce sentimientos y percepciones negativos, que le hace ver un futuro no prometedor.

El paciente frente a la intervención quirúrgica pasa por diferentes reacciones, ahí está el temor, ansiedad, angustia, tristeza, soledad, preocupación y esperanza, sentimientos y emociones que dependen de la situación extraña que está pasando complementado con la pobre información y educación que recibe acerca de la enfermedad, del proceso quirúrgico, de las reacciones de la anestesia y de la experiencia quirúrgica que debe afrontar, es por eso que el profesional de enfermería debe ser consciente de brindar un cuidado holístico, humanizado y no solo técnico, este no satisface al paciente y crea un vacío o sensación de no haber sido atendido y cuidado.

En el posoperatorio inmediato o mediato, el paciente se enfrenta a momentos traumáticos, donde puede sentirse indefenso y desprotegido, que se refleja con ansiedad, temor, quejidos, llanto y molestia, etc., que el enfermero (a) debe comprender y aceptar, por medio de la tolerancia a sus reacciones.

De acuerdo con, **Luzbeydi Tineo (2008)**, El paciente quirúrgico es una persona que presenta diversas reacciones que incluyen, temor, ansiedad, angustia, tristeza, soledad, preocupación y esperanza, sentimientos y emociones que

dependen del entorno extraño en el que están inmensos y muchos veces a la pobre información y educación que recibe acerca de la enfermedad y la experiencia quirúrgica que debe afrontar, es así que el enfermero (a) competente sería aquel que se compromete con la humanización, ya que solo la utilización del conocimiento técnico no satisface a los pacientes.

Para **Protter, P. y Griffin, A. (1996)**, La enfermedad es sólo una experiencia para el enfermo, y en momentos traumáticos como el postoperatorio inmediato o mediato donde puede sentirse indefenso y desprotegido generando formas de comportamiento como nerviosismo, quejidos, llanto y molesto, entre otras, que el profesional de enfermería debe comprender y aceptar, al manifestar tolerancia a sus reacciones.

El ambiente hospitalario.

El ambiente en general se define como el medio en que vive el individuo, propicio o no para su funcionamiento, bienestar, supervivencia. El medio ambiente es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecta el desarrollo de la vida de un organismo, es el entorno mismo en que vivimos. El ambiente hospitalario, es el conjunto de condiciones humanas, técnicas, físicas, químicas, biológicas, económicas y sociales que tienen influencia sobre la salud del individuo. El ambiente hospitalario puede ser favorable o desfavorable, propicio o nocivo, grato u hostil, contaminado o no. Desde el punto de vista psicológico se habla de bueno o mal ambiente, según las características puramente humanas que de las personas que prestan los servicios técnico-científicos, de enfermería o administrativos que convierten en agradable o desagradable la estancia en el hospital para el paciente y sus familiares (**Malagón G. y Galán R. 2008**)

Waldow R. (2006) al referirse al medio ambiente hospitalario dice que: el medio ambiente es uno de los componentes del cuidado, el cual a su vez incluye el medio ambiente físico, administrativo, social y tecnológico. Los ambientes mencionados componen el escenario de enfermería, que en su función

administrativa, son responsables por el cuidado, además de las acciones de educación, organización, planificación y evaluación, las que engloban interacciones humanas de diversas culturas, saberes y sentimientos.

Al referirse al ambiente hospitalario los colaboradores refieren haber sentido durante su estancia, deseo de descanso, incomodidad, frío, molestia y cólera siendo estos factores que no favorecen un ambiente para su óptimo bienestar.

Cuando estaba en el posoperatorio el sueño me mataba, pero la bulla no me dejaba, yo solamente sentía ganas de dormir nada más no necesitaba nada ni a nadie. (P.1)

Para toser es horrible, ruegas que no tosas y para mala suerte ese día me moría de frío, entonces al siguiente día amanecí de frío y quería toser.(P.1)

...lo que sentía más es la luz, el ruido, me molestaba, me irritaba hasta el punto que me ponía histérica, gritaba por todo, pero yo no sabía lo que tenía y era por el hipotiroidismo.(P.1)

El lugar es frío, anoche tenía demasiado frío, me hacía tiritar, no sabía quién me pueda tapar más para tener que tibiarme, era incomodo, me quería levantar no podía. (P.2)

Es un cuarto pequeño con cuatro pacientes, encima no tienen todos los medicamentos el lugar es frío, hace bastante frío ahí. (P.3)

El lugar, no es un lugar que uno pueda estar tranquilo, uno no puede sentirse cómodo, por más que a uno lo atiendan, ... incomoda siempre la bulla, los demás pacientes que estaban con más dolores, había veces que no apagaban la luz, cerraban la puerta muy fuerte. (P.4)

...no podía descansar porque me incomodaba el dolor, la bulla, la luz. (P.6)

Los pacientes reconocen al ambiente del servicio de cirugía como un lugar frío, con bulla, mucha luz, que produce intranquilidad, El medio ambiente hospitalario frío es identificado como un factor causante de tos, por lo cual ellos se sienten incómodos a pesar de la atención que puedan recibir.

En un servicio donde existe demasiada luz en caso de que el paciente sufra alguna enfermedad aun empeora la situación a tal punto que en los pacientes produce cólera, haciéndolos reaccionar con gritos los cual en muchos casos empeora la relación entre el personal y los pacientes.

Las características del ambiente físico pueden afectar directamente en el comportamiento y el bienestar del paciente.

Wiedenbach no expone abiertamente el concepto de entorno, pero reconoce los efectos potenciales que se asocian a él. En una declaración de la enfermería clínica, recomendaba "facilitar los esfuerzos del individuo por superar los obstáculos que interfieren en un momento dado en su facultad de responder a las demandas que le imponen su condición, entorno, tiempo y situación". De ello se infiere que el entorno puede interponer obstáculos que provoquen en las personas una necesidad de ayuda.

El profesional de enfermería debe cuidar y proveer un ambiente cómodo y tranquilo, dar ayuda no solo con la administración de medicamentos; si no procurar que el paciente se sienta verdaderamente cuidado.

... quería orinar, el primer día como no podía levantarme me alcanzaban la chata. Las chatas estaban frías porque están en el suelo, del suelo lo pasan a tu cama, entonces yo lo ponía al filito de mi bata así trataba de acomodarme.(P.1)

Los pacientes además refieren que los servicios utilizados como los urinarios son dejados en el suelo por lo cual se hallan fríos y causa molestias a la hora que se van a usar, por lo que deberían ser dejados en algún lugar donde la transmisión del frío sea mínima y así dar un mejor servicio a los pacientes.

CONSIDERACIONES FINALES

La adultez es parte del ciclo vital del ser humano que ha llegado a su completo desarrollo y madurez, alcanzando la capacidad intelectual y la estabilidad emocional y psicológica; además de una preocupación constante por cumplir metas a corto y largo plazo, si bien su vida parece estar más estable, el hecho de querer alcanzar los objetivos personales y familiares, hace que su situación sea diferente a la de otros grupos etarios. Por eso cuando presenta alguna enfermedad o riesgo en su salud, una crisis de miedo o temor, puede invadir su estado de ánimo y tranquilidad, y afectar aún más el proceso de la enfermedad.

En las personas adultas el proceso de la enfermedad y en especial una intervención quirúrgica, afecta su situación emocional, su cuerpo-mente se encuentra en conflicto interno, son muchas las preguntas y respuestas que él mismo puede tener y responderse así mismo. Muchas veces solo, vive experiencias, que resultan ser más negativas que positivas, como se ha podido ver en sus mensajes.

Como se ha mencionado, la vivencia es una experiencia de vida de diversa índole que el ser humano puede experimentar de acuerdo a la situación que se encuentre, en este caso el paciente adulto de pronto se encuentra circunstancialmente dependiente de lo que otras personas, como el equipo de salud puedan hacer en bien de su recuperación. Esto le permite vivenciar momentos difíciles, esperando ser ayudado, cuidado y atendido por personas que comprendan que necesita ser cuidado como persona integral y holística.

De acuerdo al estudio, las vivencias que un adulto intervenido quirúrgicamente experimenta, lo percibe a través de sentimientos y emociones, que van desde la preocupación, miedo, temor, tristeza, nerviosismo hasta la necesidad de compañía familiar. Estas emociones, de una u otra forma producen perturbación angustiosa del ánimo ante un peligro real o imaginario, presente o futuro en el paciente, lo que repercute en su estado emocional y posiblemente en la recuperación de su salud.

En el caso del estudio, los pacientes adultos no tienen otra alternativa que ser operados y la decisión para ser intervenidos lo tomaron, debido al dolor, incomodidad y al

riesgo en su salud, lo que terminó en una necesidad, para sentirse bien y no tener impedimentos para realizar sus actividades cotidianas. Es preciso que durante la etapa quirúrgica, la confianza que genera el personal de salud en el adulto deba darse a través de la conversación de forma clara y precisa, con expresiones de afecto, amabilidad, tranquilidad, etc. y lograr conseguir una mejor estadía hospitalaria.

De igual modo los efectos de la anestesia que los participantes describen como experiencias son desconocidas y extrañas, que ocasiona miedo y presentimiento negativo, y que debe ser aliviado por el personal de salud. Si bien el tiempo de una intervención quirúrgica está relacionado con el tipo de cirugía y la gravedad del caso, es posible evitar el agotamiento del cuerpo, que refieren sentir los participantes después de despertar de la operación. Ellos comparan el dolor del cuerpo como si hubieran realizado una fuerte jornada de trabajo físico.

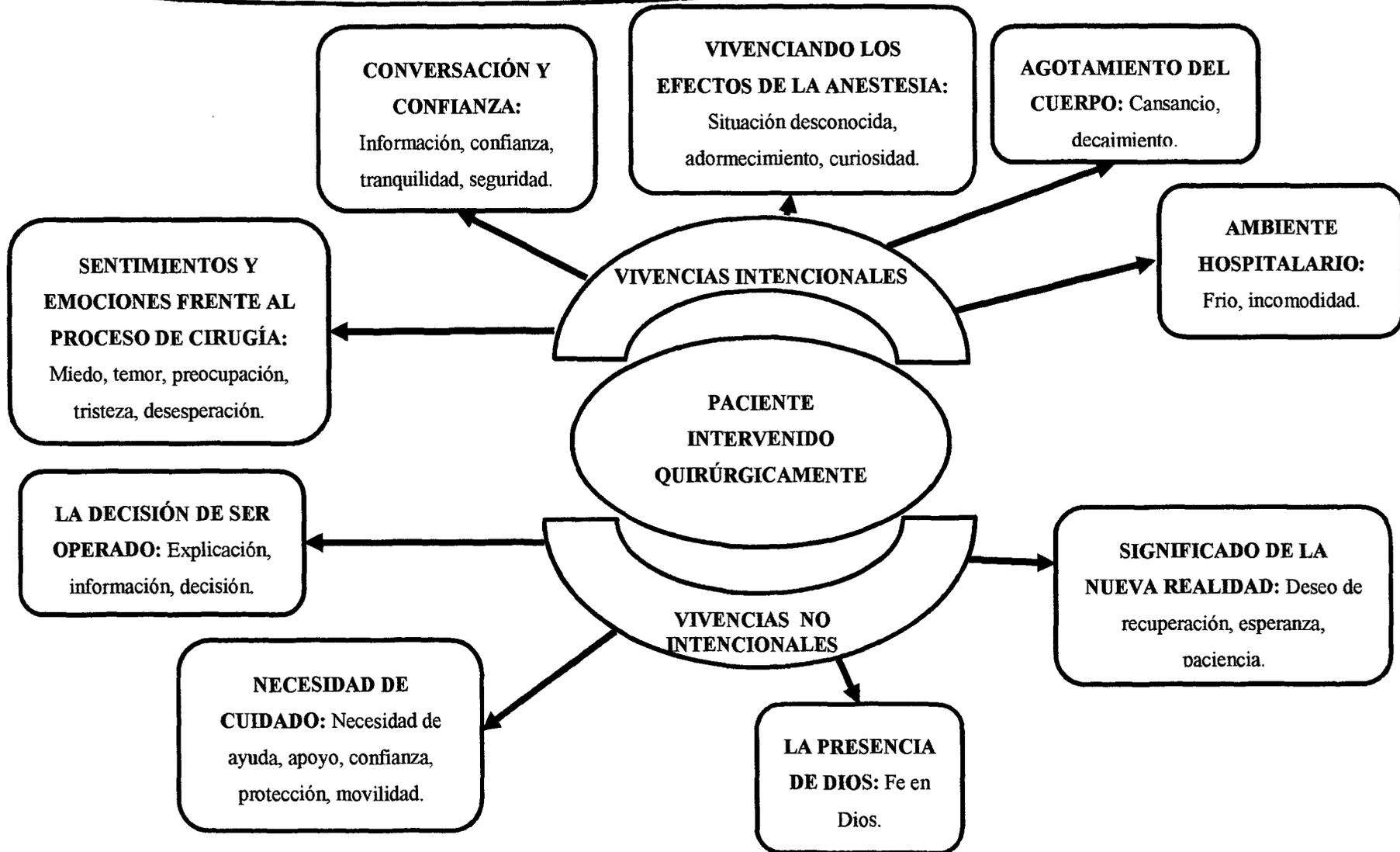
Es entonces en estas circunstancias que la necesidad de cuidado y ayuda deberá estar presente, durante todo el proceso quirúrgico, y que el adulto no puede lograr satisfacerlo, debido a su delicada condición de salud, los llamados son los profesionales de enfermería con apoyo de los familiares más cercanos. Se trata de brindar un ambiente hospitalario adecuado, que para los participantes es descrito como en lugar de incomodidad y frío, produciendo molestia y cólera, siendo estos factores que no favorecen una adecuada recuperación.

También como en toda situación que coloca a la persona en una disyuntiva entre la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, la presencia de Dios es imprescindible. En los pacientes adultos que son intervenidos quirúrgicamente, la fe y la espiritualidad así como la enfermedad no está separada, es así como los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente, en algún momento ponen de manifiesto su fe en Dios.

El paciente adulto que es intervenido quirúrgicamente, después de salir de sala de operaciones, tiene el deseo de una recuperación positiva, pero es consciente de que tiene que esperar, tener paciencia para obtener la recuperación de su salud y bienestar.

Durante la estancia hospitalaria del adulto intervenido quirúrgicamente es poco el reconocimiento que tienen los adultos sobre el cuidado de enfermería lo que resalta es la ausencia de este profesional, refleja la rutinización de los cuidados enfocados a tratar solo a las necesidades físicas olvidando así que la atención de enfermería debe ser holística; es por eso que los resultados del presente estudio orientan sobre los diferentes aspectos a tener en cuenta en una persona intervenida quirúrgicamente.

APROXIMACIÓN DEL CUIDADO DEL PACIENTE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE



SUGERENCIAS

A la Universidad Nacional de Cajamarca, promover y difundir trabajos de investigación cualitativa para ampliar los conocimientos de los futuros profesionales de salud, y de esta manera los cuidados que se brinden tomen en cuenta las vivencias de los enfermos, procurando que la atención sea integral, dirigido a las personas y no solo a la enfermedad y los síntomas que presentan.

Es conveniente para el fortalecimiento del proceso pedagógico e investigativo de la carrera profesional de Enfermería, impulsar trabajos de investigación de tipo cualitativo y cuantitativo en esta población, con el fin de ver más de cerca esta realidad y poder intervenir oportunamente.

A los Docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca, Escuela Académico Profesional de Enfermería, promover el cuidado del adulto intervenido quirúrgicamente tomando en cuenta las vivencias, que este tiene, ya que en este tipo de pacientes existen varios aspectos importantes en los que la enfermería puede intervenir y así lograr una mejor satisfacción en los pacientes.

Al Hospital José Hernán Soto Cadenillas se sugiere realizar algunas modificaciones en sus ambientes mejorando la iluminación, calefacción, en el personal que tengan en cuenta realizar menos bulla, para promover un ambiente más tranquilo, cómodo, para que así se logre satisfacer la necesidad de confort y descanso.

Se evidencia que en el adulto a ser intervenido quirúrgicamente la necesidad de ser informado, atendido y escuchado, por lo cual recomendamos al profesional de enfermería promover en ellos el hábito de escuchar, conversar, informar, sobre el procedimiento, la enfermedad, el proceso de anestesia, los efectos de esta y de toda la intervención quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Edit. Mosby, España 1996. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://www.uaslp.mx/docx&ei=FpnnUN39L4f69QTs5YCICQ&usg=AFQjCNEouq9w-VxcKHCMDrxguvvyvymcXA&bvm=bv.1355534169,d.eWU>

Almanza M. J., Holland J. C.; Espiritualidad y Detección del Distress en Psicooncología. Rev.Oncología Clínica. España 1999; Vol 4: 246-50. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://digitooluam.greendata.es/exlibris/dtl/d3_1/apache_media/L2V4bGlicmlzL2R0bC9kM18xLFwYWN0ZV9tZWRpYS8xNDkx.pdf

Alonso Y Escorcía. El ser humano como una totalidad. Rev. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.), 17: 3-8, 2003. Colombia 2003. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu/ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIEWY125DV4C352011.pdf>

Annika S., Acha A. Julio. Mejorando la adherencia: el rol de la psicoterapia de grupo en el tratamiento de la TB – MDR en el Perú Urbano. Ed. En Salud. Lima 2004. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://200.62.146.31/sisbib/2010/cruz_cm/pdf/cruz_cm.pdf

Arés Mucio P. Familia y convivencia. Editorial Científico-Técnica; La Habana 2004; p. 7. Citado por Mendoza Z. Marjorie J. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana E.A.P. de Enfermería. Tesis de grado "Percepción que tiene el profesional de enfermería sobre el soporte emocional que brindan los familiares al paciente esquizofrénico que ingresa por primera vez y del reingresante de los Servicios de Psiquiatría 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera, 2009". En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://200.62.146.31/sisbib/2010/mendoza_zm/pdf/mendoza_zm.pdf

Arias Rodríguez. De León Zapata, T. Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. Tesis de grado, Perfil emocional de las pacientes con cáncer de mama, atendidas en el hospital oncológico de la ciudad de Santiago. [Versión electrónica]. Departamento de Investigaciones y publicaciones. Chile 2007. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Tesis/4168257.html>

Ariel J., Fernández J., Báez E y Cruz D. Ética en el tratamiento quirúrgico de enfermos con cáncer. Hospital Militar Docente "Mario Muñoz Monroy". Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas Matanzas. Cuba 2005. Rev. Med. Electrón. vol.34 no.6 Matanzas nov.-dic. 2012. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202005/vol3%202005/tema04.htm>

Arranz, P. y Cancio López, H. Counselling: Habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico. En Gil F (ed): Manual de PsicoOncología. Barcelona: Nueva Sidonia; 2000. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://sovpal.org/wp-content/uploads/2011/09/necesidades-emocionales-en-el-paciente-con-cancer.pdf>

Auccasi. R. M. Percepción de la atención de enfermería de los pacientes sometidos a hemodiálisis periódica frente a sus reacciones emocionales. Madrid España. 2002. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/1004/1/tesis-0311.pdf>

Barriga Silverio, P. Psicología General; Editorial CEAC. España; 2000; Pág. 56. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3173/1/Tineo_Carrasco_Luz_beydi_2008.pdf

Barrilero, JA; Casero, JA; Cebrián, F; Córdoba, CA; García, F; Gregorio, E; Hernández, A; Pérez, J; Tébar, FJ. "Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada". Rev. Enferm Univ Albacete 8, 6-18. España 1998.

Benjamín Walter: Entre la información y la experiencia" Alberto Antonio Verón Ospina Revista N° 28 de Ciencias Humanas. Argentina 2009. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev28/veron.htm>, consultado 21 de noviembre de 2009.

Beverly, W. Tratado de Enfermería Práctica; 4ta. Edición; Editorial Mexicana. México 2000. Pág. 117, 120, 126, 127, 145,146. <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3173/1/TineoCarrascoLuzbeydi2008.pdf>

Bonet, E, (coord.) Arteterapia. La creación como proceso de transformación. Barcelona: Octaedro. 2008. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10794/LopezMartinez.pdf?sequence=1>

Bonilla, J. Ofrece la UVM atención psicológica a pacientes con cáncer de mama. Crónica. Bogotá Colombia 2009. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/181/tesis-1043-grupos.pdf

Brunner, L. y Suddarth, D. "Enfermería Medicoquirúrgica". Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México, D.F. 1996.

Burton M, Parker R. Psychological aspects of cancer surgery: Surgeons' attitudes and opinions. *Psychooncology*; 6:47-64. 1997. Citado en María Soriano, Ramón Cantero, Juan Carlos García Pérez, Carlos Ferrigni, Juan Antonio Cruzado, Juan Antonio Blasco. Cirugía Abierta vs. Laparoscópica : Calidad de Vida y Sintomatología Ansioso-Depresiva en Cáncer Colorrectal. *REV ARGENT COLOPROCT | VOL. 24, N° 1 : 29-36 | 2013*. Madrid 2013. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://sacp.org.ar/revista/files/PDF/24_01_07.pdf

Bustamante, S. "A Família e a Enfermagem: do saber (in)comum ao saber acadêmico do cuidar/cuidado familiar". Um estudo comparado Rio de Janeiro (Brasil) / Trujillo

Perú 2000. Orientador: Rosângela da Silva Santos. Rio de Janeiro, UFRJ/EEAN/2000. Tesis (Doctorado).

Buytendijk. K.J.J. El Dolor. Ed. Revista de Occidente S.A. Madrid. 1958. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/3_Oliva_Relacion_odontologo-paciente.pdf

Caldas De Almeida J.M; Torres G. Francisco. Atención Comunitaria a personas con trastorno psicótico, Washington, OPS 2005, pag.13 En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://200.62.146.31/sisbib/2010/mendoza_zm/pdf/mendoza_zm.pdf

Candela Bonill de las Nieves, César Hueso Montoso "La enfermedad no entiende de vacaciones. Vivencias de una estancia hospitalaria". Rev. Cultura de los Cuidados, 1er. Semestre 2007 • Año XI - Nº. 21. Granada, España 2007.

Canovas, M.R., Moix, J., Cos, R. y Foradada, C. Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía. Clínica y Salud, [online]. 12: [citado 14 Noviembre 2012], 71-89. Barcelona 2001. Disponible en la World Wide Web: <http://pagines.uab.cat/jennymoix/sites/pagines.uab.cat.jennymoix/files/13.-cirugiaadultos01.doc>.

Casabona Romeo, C.M. El médico ante el Derecho. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio de Publicaciones; Madrid 1990. En línea acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2001/3/46/367.pdf>

Castillo, A. "El signo de la complicación. El relato de un paciente en su preoperatorio.". Index Enferm (edición digital) 39. 2002. En línea. Visitado el 04 agosto 2012. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/39revista/39_articulo_48-52.php.

Cereijo Garea C, Pueyo González B, Mosquera Ferreiro F. Información y educación del paciente en cirugía ambulatoria. Rev Cir Mayor Ambul 2005; 10(4):165-71. En

línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en:
http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25783/1/efecto_dispositivos.pdf

Chóliz Montañés Mariano, Universidad de Valencia. Departamento de Psicología Básica: El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional afectiva. *Rev. Ansiedad y Estrés* [online] 1994.; 0, 77-88 [citado 14 Noviembre 2012], Disponible en la World Wide Web: <http://www.uv.es/=cholz/DolorEmocion.pdf>

Colliere, Marie Françoise "Promover la vida" Mc Graw- Hill/Interamericana de España, S.A.U. Madrid 1ª edición 1993. Reimpresión 1997 págs. 315-317. Guía para planificar cuidados Edición 2007 Editorial Elsevier España S.A. Kérouac, 1996. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en:
http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/irrutia_patricia.pdf

Colliere, Marie Françoise "Promover la vida" Mc Graw- Hill/Interamericana de España, S.A.U. Madrid 1ª edición 1993. Reimpresión 1997 págs. 315-317. Guía para planificar cuidados Edición 2007 Editorial Elsevier España S.A. Kérouac, 1996. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en:
http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/irrutia_patricia.pdf

Contrada RJ, Leventhal EA, Anderson JR. Psychological preparation for surgery: marshalling individual and social resources to optimize self regulation. En: Maes S, Leventhal H, Johnston M, editors. *International Review of Health Psychology*. Chichester, England: John Wiley & Sons Inc.; 219-66. 1994.

Cordes, c. Y dougherty, T. (1993) "A Review And An Integration Of Research On Job Burnout", *The Academy Of Managemet Review*. Vol 18 N° 4, pags 621 – 657

Cortese N. Elisa.; Cortese H. Ricardo.; Díaz Álvarez Vidalina.; *Psicología Médica Salud Mental*. Editorial Librería Técnica de Nobuko. Buenos Aires – Argentina. 2004.

Cunill Granda C, Grau A. J.; Meléndez H. (1990). Aspectos psicológicos y psicoterapéuticos en cirugía: hacia una cirugía integral. Citado en: Pérez Díaz Raquel,

Carbonell Martín y Quiñones Castro Mayda. Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices. Rev Cubana Angiol y Cir Vasc 2000;1(2):95-100. Cuba 2000. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_2_00/ang02200.pdf

Dantas G. Dilcio; Moreira Virginia; El Método Fenomenológico Crítico de Investigación con Base en el Pensamiento de Merleau-Ponty terapia psicológica, 2009. Vol. 27, Nº 2, 247-257. En línea. Visitado el 04 agosto 2012. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n2/art10.pdf

De la Fuente Ramón Psicología Médica. Edit. Mc Grawhill. Madrid España 2009.

Devine EC. Effects of psychoeducational care for adult surgical patient's: A metaanalysis of 191 studies. 1990. Patient education and counseling; 19: 129-142. En línea. Visitado el 04 agosto 2012. Disponible en: <http://howtogetwellfaster.com/medical-research-highlights>

Díaz O. Ramón. "El hombre y sus vivencias". Ensayo. México 2007. En línea. visitado el 04 agosto 2012. Disponible en: <http://diazolguin.wordpress.com/2008/07/17/el-hombre-y-sus-vivencias/>

Diccionario Mosby. Versión en lengua española de la 5.^a edición de la obra original en inglés: Mosby's Medical, Nursing, and AlliedHealthDictionary. Editorial Doyma. Madrid 2000.

Die Trill M, Die Goyanes A. La cirugía oncológica. En: Die Trill M, Editor. Psico-oncología Ades. Madrid2003. p. 263-74.

Dilthey, W. Dos escritos sobre hermenéutica: el surgimiento de la hermenéutica y los Esbozos para una crítica de la razón histórica, Istmo, trad: A. Gómez Ramos. Madrid 2000.

DISA Chota - OEL. "Evaluación Anual De La Gestión y Prestación De Servicios De La Red De Servicios De Salud Chota – 2009". Chota - Perú 2009.

Dorsch, Friedrich. Diccionario de psicología. Edit Herder. Barcelona: España 1985.

Dorsch, Friedrich. Diccionario de Psicología. Editorial Herder, 8ª. ed. Barcelona España. 2002

Dugas, Beberly. Tratado de Enfermería práctica. Cuarta edición. Editorial Mc Graw Hill interamericana. México 2000..

Duque, Mc. Enfermería y Cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. Rev. Actual Enfer; 5(2): 12-16. Valencia 2002 . En línea acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea09.pdf>

Ersek M, Ferrell Br. Providing relief from cancer pain by assisting in the search for meaning. Rev. Journal of Palliative Care. 1994 winter; 10(4): 15-22. Seattle University School of Nursing, Washington, USA. En línea acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7699516>

Escamilla R. Martha . El Estrés Preoperatorio y La Ansiedad Pueden Demorar la Recuperación. Psicóloga Universidad Javeriana. Bogotá Colombia 2010. Especialista en trauma Hipnoterapista. Artículos Recomendados. Sus médicos.com. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm

Fernández Seara, J. L. Stress y salud. Grupo editorial universitario. Granada 2002. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/11819/1/T32422.pdf>

Fernández, C; Granero, J. Reclamaciones del usuario, un instrumento evaluador de los cuidados enfermeros. Index Enferm (edición digital) 47. Cuba 2004. En línea. Visitado el 04 agosto 2012. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/47revista/47_articulo_21-25.php>

Florenzano Ramón. "Psicología medica". 1era ed. Editorial Mediterráneo. Buenos Aires Argentina 2008.

Fonnegra de Jaramillo, Isa. De cara a la muerte: Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir más plenamente. Planeta, Bogotá 2003. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/2_BONILLA_LET_Ucis_Hospitales_Quito.pdf

Forghieri, Y. C. Psicología fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas. 1. ed. São Paulo: Pioneira, 1993. En línea. Visitado el 04 agosto 2012. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082009000200010&script=sci_arttext.

García Alonso, I. Et al. Enfermería e información al paciente quirúrgico. En rev. Enfermería Científica. Ed. Francisco Alberdi Valdés, Mayo, Madrid 1991. 110: 25-27

Garzón A. Nelly. "Ética profesional y teoría de enfermería". Colombia, Universidad de Colombia 2004. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3877/1/Zu%C3%B1iga_%C3%91aupari_Marlene_2010.pdf

Gasulla (2009). Definición de la salud. Citado en: Lopategui C. Salud y Medicina. El Concepto de Salud. Argentina 2000. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIEWY125DV4C352011.pdf>

George Boeree "Teorías del desarrollo". 1998. Traducción al castellano: Dr. Rafael Gautier 2002 / Psicología Online > E-books > Teorías de la Personalidad > Erik Erikson Visitado el 04 agosto 2012. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/erikson.htm>

Goic, 2000. Citado por Barrera, Barbara Alejandra "Vivencias de la enfermera en el rol de paciente durante el período de hospitalización". Proyecto de Investigación. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de ciencias médicas, Escuela de enfermería, Córdoba Argentina 2008.

Gómez Sancho M. El hombre y el médico ante la muerte. España: Aran ediciones; 2006. p.79, 87

Guba y Lincoln, 1981; citado por Castillo, E y Vásquez, M. (2003). "El rigor científico y metodológico en la investigación cualitativa". En línea. Visitado el 04 agosto 2012. Disponible en: <http://www.colombiamedica.univalle.edu.co/vol134Nº3/cm34n3a10.htm>.

Hernández R. "Metodología de la investigación" 4ta ed. Editorial Mc Graw-Hill. Mexico. 2006.

Hernández C. Juana. Cuestiones de enfermería. MC Graw Hill Interamericana de España, 1996 p.992. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8723.pdf

Hospital General I José Hernán Soto Cadenillas. Libro de Registro de Pacientes Servicio de Cirugía -Chota 2011-2012. Chota-Perú 2012.

Iceta, 1996, Citado por Barrera, Barbara Alejandra "Vivencias de la enfermera en el rol de paciente durante el período de hospitalización". Proyecto de Investigación. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de ciencias médicas, Escuela de enfermería, Córdoba argentina 2008.

International Association for the Study of Pain (IASP). 1994. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu/ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWI750A532004.pdf>

Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfordth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. Br J Anaesth. 2010; 104(3):369-74. Epub 2010 Feb 1. Citado en PubMed PMID: 20124283. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25783/1/efecto_dispositivos.pdf

Tordera A. José M. El sentido de cuidar relato de una experiencia hospitalaria. Cultura de los Cuidados. Fenomenología [Online]. 1er Semestre 2003 • Año VII - N.º 13. [Citado 14 Noviembre 2012]. Disponible en la World Wide Web: www.Culturade los/Cuidados.sentidodecuidarrelato/deuna/experiencia/hospitalaria.pdf.

Kozier, B., Erb, G., Blais, K., et. al. Fundamentos de enfermería conceptos proceso y práctica. (5ª Ed.) (2 vols). McGraw - Hill. México 1997. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/1004/1/tesis-0311.pdf>

Kozzier, B; Erb, G. y Oliveri, R. Enfermería fundamental, conceptos, procesos y práctica. Tomo I McGraw Hill. Editorial Interamericana. España. 1993. En línea acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/472/1/TESIS%20TOVAR%20Y%20ROJAS.pdf>

Kreitzer, Mary; Jensen, Donna. American association of critical care nurses, volume 11(1) febrero 2000, p 7 – 16. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis46.pdf>

Long, B., Philips, W. y Cassmeyer V. Enfermería Médicoquirúrgica, un enfoque del Proceso de Enfermería, Vol. I. Editorial Harcourt. España 1999. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/369/1/Tesis%20Dilcia%20y%20Doris.2.pdf>

López Roig, S. Preparación Psicológica del paciente quirúrgico. En Ciencias Psicosociales Aplicadas II. Madrid: Ediciones Síntesis S.A., 1995: p99-108

Magic Software Corporation. Diccionario Word Magic Software 5.3. (2009).

Malagón L. Gustavo; Galán M. Ricardo, Administración Hospitalaria. Edit. Panamericana. 3ª Edición. Colombia 2008.

Maracarade la C. Fanny. "Comunicación terapéutica en la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio inmediato en la unidad de recuperación". Editorial Interamericana. Palo Negro Estado de Aragua 2006. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3877/1/Zu%C3%B1iga%C3%91aupariMarlene2010.pdf>

Mardarás Platas, E. La Preparación Psicológica Para las Intervenciones Quirúrgicas. Ediciones Rol, S.A. Barcelona 1980.

Maria de Lima, C. Távora, T. Magalhães, R. et al. Señales de la mujer con cáncer de mama, sus relaciones sociales. Enfermería Integral [online] / Junio 2006[citado 14 Noviembre 2012], Disponible en la World Wide Web: <http://www.enfervalencia.org/ei/74/articulos-cientificos/3.pdf>.

Marriner Tomey Ann; Martha Raile Alligood; "Modelos y teorías de enfermería"; Elseiver Saunders; sexta edición. España 2007.

Maslach, C.; Leiter, P. y Schaufeli "Job Burnout" Annual Review of Psychology, Vol. 52, pgs. 397 – 422. Mexico 2001. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://www.archivochile.com/tesis/09_tedulit/09tedulit0013.pdf

Matías J.; Manzano Jm.; Montejo Al.; Llorca G.; Carrasco JI.; Psicooncología: Ansiedad. Actas Luso-Españolas Neurología Psiquiatría. 1995; 23(6): 305-309. . En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://digitooluam.greendata.es/exlibris/dtl/d31/apachemedia/L2V4bGlicmlzL2R0bC9M18xL2FwYWNoZV9tZWRpYS8xNDkx.pdf>.

McKee N, Danko M, Heidenreiter T, Hunt N, Marich J, Marriner Tomey A. et al. El arte de la ayuda de la enfermería clínica. En: Marriner Tomey A. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 4ª Ed. Harcourt Brace; Madrid 1999. p86-98.

Melucci, A. Vivencia y convivencia. Teoría social para una era de la información, Ed. Trotta, Madrid. 2001.

Melzack, R. y Casey, K.L. Sensory, motivational, and central control determinants of pain. A new conceptual model. En D. Kenshalo (Ed.): *The skin senses*. Springfield: Charles C. Thomas. 1968.

Michelle, Morrison. Fundamentos de la Enfermería en Salud Mental; 1ª edic. Edit. Haucort Brace Mosby; Madrid España. 1999.

Ministerio de Salud "Calidad del Servicio de Salud desde la Percepción de la Usuaría". Proyecto Lima 2002. pág. 127-129. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3877/1/Zu%C3%B1iga_%C3%91aupari_Marlene_2010.pdf

MINSA - DIRESA Tacna. "Modelo de atención integral". Tacna 2004. En línea. visitado el 04 agosto 2012. Disponible en:
http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Adulto_1S08.pdf

Moix Queraltó J. Incidencia de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación postoperatoria. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos de España. [Comunicación]. Área 5: Psicología y Salud, (s.l.): Yagraf. España 1990:199-201.

Mosby. Diccionario medicina enfermería y ciencias de la salud, traducción de Mosby's Medical, Nursing, and Allied Health Dictionary by Mosby-Year Book, Inc. Quinta edic. Ediciones Harcourt, S.A. Madrid España 2000.

Murrugarra T. María D C. Nivel de Conocimientos de las Enfermeras Sobre los Cuidados al Paciente Postoperado de Adenomectomía Prostática en el Servicio de Recuperación y Sala de Operaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2008. LIMA – PERÚ 2009. . En línea acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3409/1/Murrugarra_Torres_Maria_del_Carmen.pdf

O'Connell Smeltzer, Suzanne C. y Bare Brenda G Enfermería medicoquirúrgico de Brunner y Suddarth, Volumen II, octava edición, McGraw-Hill Interamericana. 2005.

En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8547.pdf

Orlandi E. P. "Discurso y lectura" 3ra ed. São pablo: cortez. Brasil 2002.

Osorio L. Alejandra Universidad De Barcelona Facultad De Pedagogía. Postgrado en Educación Emocional. La Vergüenza Un Sentimiento Moral. Barcelona España 2009. Pag 16.

Pailet C. 1990. "Vías de conducción del estímulo doloroso". En C Pailet. M, Saavedra Editores. "El dolor aspectos básicos y clínicos. Santiago Mediterráneo 1990 pp 31 – 47. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en:
<http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWI750A532004.pdf>

Peinado P. María I. Vivencias sobre el cambio evolutivo del proceso quirúrgico" 2008., En línea. visitado el 04 agosto 2012. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=2924006>

Pellegrino, E. Virtue and self interest in the ethic of the profesión. J contemp health 1989; 5:53-73. Jochemsen H. La Medicina como profesión ética. Cuadernos de Bioética 1999; IX (35):459-68. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202005/vol3%202005/tema04.htm>

Poggi M. Luis, Ibarra C. Omar. Manejo del dolor agudo pos quirúrgico. Acta Med Per 24(2) [online] 2007 109-115. [citado 14 Noviembre 2012], Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v24n2/a08v24n2.pdf>

Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española. (2005). [Internet]. 22ª ed. Madrid: rae2.es; 2005 Miedo. [Acceso el 15 de julio de 2012]. Disponible en: <http://rae2.es/Necesidad>

Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española. (2005). En línea. 22ª ed. Madrid 2005. rae2.es; Miedo. [Acceso el 15 de julio de 2012]. Disponible en: <http://rae2.es/miedo>

Rodríguez L. María E.; González B. Maritza; Hospital Ameijeiras Servicio de Psicología. Preparación Psicológica Ante Procederes Invasivos. Cuba 2008. En línea. Citado 14 Noviembre 2012. Disponible en: <http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/PSICOLOGIA/PA/PREPARACION%20PSICOLOGICA%20ANTE%20PROCEDERES%20INVASIVOS.pdf>

Rodríguez, 1999. Citado por Barrera, Barbara Alejandra "Vivencias de la enfermera en el rol de paciente durante el período de hospitalización". Proyecto de Investigación. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de ciencias médicas, Escuela de enfermería, Córdoba argentina 2008.

Rojas, G. La afectividad del epiléptico. Propuesta de una metodología para su investigación. Tesis de Maestría. Universidad Central "Marta Abreau". Las Villas Cuba 2000. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Gladys-A-Rojas-Sanchez.pdf>

Salvador C. Mónica E., Colona R. Viviana R.; "Efectividad del Modelo de Calixta Roy en la atención a las pacientes mastectomizadas en relación a su autoimagen, en el INEN". En tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería. UNMSM. Lima Perú; 1995. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/escobar_re/pdf/escobar_re.pdf

Sánchez Luis. E. "El abandono familiar y su incidencia en los niveles de frustración" Tesis de grado Licenciatura en Psicología, Universidad Capitán General Gerardo Barrios. Venezuela 1989. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://www.univo.edu.sv:8081/tesis/009815/009815_Cap2.pdf

Sánchez M A. Historia, teoría y método de la medicina: Introducción al pensamiento médico. Edit. Masson, S.A. Barcelona, España 1998. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n2/art17.pdf>

Sanz, J. Cuidados Paliativos: Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Editorial Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1993. pp.20-25. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic-sr/tfg-l-sr-2008-03.pdf>

Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P. Análisis Funcional de la Conducta: Un modelo explicativo. Granada: Universidad de Granada. Granada 1991. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://www.calvida.com/tripticos/Tesis.pdf>

Seligman, M. E. P. (1975a). On Depression, Development and Death. San Francisco: Freeman.

Sessler DI. Perioperative heat balance. Anesthesiology. 2000; 92:578-96. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://www.anestesiologia-hc.info/areas/monografias/Hipotermia_Periooperatoria.pdf

Silverio Barriga, P. Psicología General; Editorial CEAC. España; 2000; Pág. 56. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3173/1/Tineo_Carrasco_Luz_beydi_2008.pdf

Simón Lorda P. Et al. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones medicina clínica. Vol. 117. NÚM. 11. 2001. En línea acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en:

Stein, Edith. La ciencia de la cruz, Ed. Monte Carmelo, Burgos, 2000, p. 211. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: <http://www.citesavila.org/web/docftp/Decisi%C3%B3n%20humana%20en%20Edith%20Stein.pdf>

Szast S, Hollender MH. The basic model of the Doctor Patient relationship. Ann intern med 1956; 97: 585-92; 1956. Lavador M, Serani Marlo A. Etica Clínica. Fundamentos y Aplicaciones. 2da Parte. Modelos básicos de la relación médico paciente. Ed. Universidad Católica. Chile 1993. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013.

Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202005/vol3%202005/tema04.htm>

Taylor EJ. Factors associated with meaning in life among people with recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1993a; 20(9): 1399-1405. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en:
http://digitooluam.greendata.es/exlibris/dtl/d3_1/apache_media/L2V4bGlicmlzL2R0kM18xL2FwYWNoZV9tZWRpYS8xNDkx.pdf

Taylor, S. Seamos optimistas: Ilusiones positivas. Edit. Martínez Roca. Barcelona 1991. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en:
[http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/32141/TESIS%20DOCTORAL%20%20BERNARDO%20CELSO%20GARCIA%20ROMERO%20\(ABRIL%202011\)%20URL.pdf?sequence=1](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/32141/TESIS%20DOCTORAL%20%20BERNARDO%20CELSO%20GARCIA%20ROMERO%20(ABRIL%202011)%20URL.pdf?sequence=1)

Tineo Carrasco Luzbeydi. Opinión del paciente quirúrgico ambulatorio sobre la atención humanizada que brinda el profesional de enfermería en Sala de Operaciones del Hospital Alberto Sabogal Sologuren-EsSalud: Callao, 2008. Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad De Medicina Humana Escuela De Post Grado. Lima – Perú 2008. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3173/1/Tineo_Carrasco_Luzbeydi_2008.pdf

Vacarezza, 2000, Citado por Barrera, Barbara Alejandra “Vivencias de la enfermera en el rol de paciente durante el período de hospitalización”. Proyecto de Investigación. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de ciencias médicas, Escuela de enfermería, Córdoba argentina 2008.

Vázquez, I; Espino, ME. Disminución de la Ansiedad del Paciente Quirúrgico a Través de la Intervención de Enfermería. *Desarrollo Científ Enferm*. 2004. 12(2):47-50.

Vincent C. Patient Safety. London: Churchill Livingstone, 2000. En línea. Acceso el 10 de febrero del 2013. Disponible en: http://www.dalcame.com/wdescarga/seguridad_pte.pdf

Waldow V. Regina; Figueiró B. Rosália; El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. rev latino-am enfermagem 2008 julho-agosto; 16(4). En línea. Acceso el 05 de abril de 2013. Disponible en www.eerp.usp.br/rlae.

Werner F. Bonin, Diccionario de los grandes psicólogos. De las ciencias del espíritu a las ciencias de la conducta, FCE, España .1993.

ANEXOS

ANEXO N° 01

Instrumento para recolección de datos de participantes

"Vivencias del Adulto Intervenido Quirúrgicamente".

Encuesta N° _____		
FECHA: _____		
NOMBRE: (Solo iniciales) _____		
SEXO: M _____ F _____		
Procedencia: a) rural b) urbano c) urbano marginal.		
Días que tiene de hospitalización: _____		
EDAD PACIENTE		
<ul style="list-style-type: none">• 25 a 29 años.• 30 a 34 años.	<ul style="list-style-type: none">• 35 a 39 años.• 40 a 44 años.	<ul style="list-style-type: none">• 45 a 49 años.• 50 a 55 años.
Audio N°: _____		

ANEXO N° 02

Instrumento guía para la entrevista

Preguntas

En el primer momento se preguntó:

1. ¿Cómo se sintió cuando le dijeron que la iban a operar?
2. ¿Qué le preocupaba antes de que le operen?
3. ¿Cómo está viviendo esta nueva experiencia en su vida, hora que ha pasado 24 horas de su operación?
4. ¿Qué cambios cree que han aparecido en usted?
5. ¿Qué cosas cambiarán a partir de ahora en su vida?

En el segundo momento se preguntó:

1. ¿Cómo está viviendo esta experiencia en su vida?
2. ¿Qué ha significado para usted esta cirugía?

ANEXO N° 03

Consentimiento Informado

TÍTULO: "VIVENCIAS DEL ADULTO INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE".

OBJETIVO: Explorar y describir las vivencias de la personas adultas de edad media hospitalizadas que son intervenidas quirúrgicamente en el hospital José H. Soto Cadenillas, 2012.

Yo, _____, peruano con D.N.I. N°:
.....certifico que:

He leído (o que se me ha leído) el documento sobre Consentimiento Informado que contiene información sobre el propósito y beneficio del estudio, su interpretación, sus limitaciones y su riesgo, y que entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones y beneficios.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Estando consiente y aceptando participar en el presente estudio firmo el consentimiento informado.

Firma

N° de D.N.I. _____

Anexo 04

Caracterización de los participantes

N° de Participante	Sexo	Edad (años)	Grado de Instrucción	Ocupación	Procedencia	Intervención quirúrgica
1	Femenino	36	Superior Universitaria	Comerciante	Urbano	Hernioplastia
2	Masculino	43	Primaria completa	Agricultor	Rural	Hernioplastia
3	Femenino	30	Secundaria incompleta	ama de casa	Urbano	Colecistectomía
4	Femenino	39	Secundaria incompleta	ama de casa	Urbano	Colecistectomía
5	Femenino	43	Primaria incompleta	ama de casa	Rural	Hernioplastia
6	Femenino	46	Secundaria incompleta	Trabajadora de limpieza pública.	Urbano marginal	Hernioplastia