

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera profesional de Enfermería

**VIVENCIAS DEL ADULTO INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE EN EL
HOSPITAL II ESSALUD CAJAMARCA 2022 .**

Ispilco Chilon Giovanna Erlita

Yepez Mendoza Celene Milagritos

ASESORA

Mcs. Lucy Elizabeth Morales Peralta

Cajamarca – Perú

2023

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera Profesional de Enfermería

**VIVENCIAS DEL ADULTO INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE EN EL
HOSPITAL II ESSALUD CAJAMARCA 2022.**

Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para optar el Título
Profesional de Licenciadas en Enfermería

Ispilco Chilon Giovanna Erlita

Yepez Mendoza Celene Milagritos

Asesora:

M Cs. Lucy Elizabeth Morales Peralta

Cajamarca – Perú

2023

COPYRIGHT © 2023 by

ISPILCO CHILON, GIOVANNA ERLITA

YEPEZ MENDOZA, CELENE MILAGRITOS

Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**APROBACIÓN DE LA TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**VIVENCIAS DEL ADULTO INTERVENIDO QUIRURGICA MENTE EN EL
HOSPITAL II ESSALUD CAJAMARCA 2022.**

Jurado evaluador

Dra. Dolores Evangelina
Chávez Cabrera
Presidente(a)

Mag. Diana Jovana
Roncal Terán
Secretario(a)

MCs. Lucy Elizabeth Morales
Peralta
Asesor(a)

DEDICATORIA

Dedico este presente trabajo de investigación principalmente a Dios por ser quien nos inspiró día a día y nos dio sabiduría para continuar con este proceso de obtener uno de nuestros sueños más anhelados.

A nuestros padres por su amor, sacrificio, trabajo y apoyo incondicional de todos estos años transcurridos, gracias a ellos hemos llegado a culminar nuestra carrera profesional.

AGRADECIMIENTO

Primeramente, doy gracias a Dios por darme la vida y la salud y haberme permitido culminar mi carrera profesional con éxito, a mis padres por todo el apoyo que me brindaron y por fomentar en mí el deseo de superación y de triunfo en la vida.

Gracias a nuestra docente y asesora M Cs Lucy Elizabeth Morales Peralta, por su apoyo y paciencia para poder lograr nuestros metas.

Doy gracias a todos los docentes de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo por sus conocimientos, enseñanzas y valores inculcados que hoy en día me guían en mis decisiones y un buen desempeño como profesional de salud.

RESUMEN

En la investigación vivencias del adulto intervenido quirúrgicamente en el Hospital II ESSALUD Cajamarca 2022, tiene como objetivo Determinar las vivencias del adulto intervenido quirúrgicamente en el Hospital II ESSALUD Cajamarca 2022, tipo de estudio cualitativo, etnográfico, descriptivo; la muestra se obtuvo a través de la técnica de saturación de la información, conformada por pacientes adultos intervenidos quirúrgicamente del servicio de cirugía del Hospital II ESSALUD Cajamarca 2022. La técnica de recolección de datos fue la entrevista, observación participante y la entrevista etnográfica. Como resultado que ese concluyo las vivencias del adulto intervenido quirúrgicamente, la mismas que se abordan desde la perspectiva de las siguientes categorías:

La primera categoría sentimientos y emociones frente al proceso de cirugía, nos encontramos con pacientes con miedo Así mismo sienten miedo a morir solo en una intervención quirúrgica, temor a quedar con una herida o cicatriz, dolor al corte de los tejidos, vergüenza al estar desnudo en el momento de ser operado, preocupación por no estar con los familiares cerca, alegría cuando son visitados por sus familiares.

La segunda categoría la decisión a ser operado, motivos laborables porque tenías que trabajar y no podía realizar sus actividades por la misma enfermedad, salvarse de morir tomando una dación de operarse para no morir, sanarse de la enfermedad para no tener complicaciones en los transcurso los años.

Se considera que los adultos mayores ante una intervención quirúrgica evidencian sentimientos de tristeza por no estar con sus familiares quienes son su soporte y fuente de apoyo.

La tercera categoría conversación y confianza, amistad a las personas del entorno, comunicación activa y certeza, comunicación con el doctor para la realización de los análisis, comunicación eficaz se siente segura por explicación que le brindaron.

La cuarta categoría necesidad de cuidado apoyo emocional la persona que acompaña debe ver las necesidades que uno necesita, ayuda para moviliza requiere ayuda de sus familiares.

La quinta categoría la presencia de Dios en la cirugía, Dios es la salvación, cuando uno tiene fe y confianza en el señor.

La sexta categoría vivencia los efectos de la anestesia, sueño después de realizar la operación, adormecimiento corporal cuando se coloca la anestesia al paciente, curiosidad al salir de la operación y tener que mover las piernas y brazos.

La séptima categoría agotamiento del cuerpo cansancio porque suelen ser bastantes horas de anestesia y el cuerpo está expuesto a mucho estrés físico, dolor corporal porque siente efectos secundarios en la cirugía como dolor e hinchazón.

La octava categoría ambiente hospitalario, por la tensión, ruido y molestia de luz, frio.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the experiences of adults undergoing surgery at the Hospital II ESSALUD Cajamarca 2022, a qualitative, ethnographic, descriptive study; the sample was obtained through the technique of saturation of information, made up of adult patients undergoing surgery at the surgery service of the Hospital II ESSALUD Cajamarca 2022. The data collection technique was the interview, participant observation and ethnographic interview. As a result, we concluded the experiences of the adult patients who underwent surgery, which are approached from the perspective of the following categories:

The first category feelings and emotions in front of the surgery process, we find patients with fear, fear of dying alone in a surgical intervention, fear of being left with a wound or scar, pain when cutting the tissues, embarrassment when being naked at the moment of being operated, concern for not being with family members nearby, joy when they are visited by their relatives.

The second category was the decision to undergo surgery, work reasons because they had to work and could not perform their activities due to the same disease, to save themselves from dying by taking the decision to undergo surgery in order not to die, to be cured of the disease in order not to have complications in the course of the years.

It is considered that the older adults, faced with a surgical intervention, show feelings of sadness for not being with their relatives who are their support and source of support.

The third category of conversation and trust, friendship with the people around them, active communication and certainty, communication with the doctor to carry out the analysis, effective communication, they feel safe because of the explanation they were given.

The fourth category is the need for care, emotional support, the person accompanying the patient must see the needs that one needs, help to mobilize, requires help from family members.

The fifth category the presence of God in the surgery, God is salvation, when one has faith and trust in the Lord.

The sixth category experiences the effects of anesthesia, sleep after the operation, body numbness when the anesthesia is placed on the patient, curiosity when coming out of the operation and having to move the legs and arms.

The seventh category is exhaustion of the body, tiredness because there are usually many hours of anesthesia and the body is exposed to a lot of physical stress, body pain because the patient feels side effects of the surgery such as pain and swelling.

The eighth category hospital environment, because of the stress, noise and discomfort of light, cold.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN	1
1. TÍTULO.....	3
2. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
2.1 Planteamiento del problema de investigación.	3
2.2 Formulación del problema.....	6
2.3 Justificación de la investigación.....	7
3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	8
4. MARCO TEORICO.....	8
4.1 Bases teóricas.....	8
4.2 Antecedentes.....	9
4.3 Teorías que sustentan la investigación	15
4.4 Definición de términos básicos	15
5. PREGUNTA ORIENTADORA	22
6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
6.1 Área de estudio	22
6.2 Sujetos de estudio.....	23
6.3 Muestra.....	24
6.4 Recolección de datos.....	24
6.5 Procesamiento de datos	25
7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	26
8. RESULTADOS.....	28
9. CONCLUSIONES	78
10. RECOMENDACIONES	80
11. LISTA DE REFERENCIAS.....	81

12. ANEXOS	94
------------------	----

INTRODUCCIÓN

En las ciencias de la salud, enfermería en su interacción con su sujeto de atención, trata de procesos complejos, cuya explicación método científico cuantitativo no le permite aplicarlo holísticamente; la investigación cualitativa etnográfico explica el actuar del profesional de enfermería, porque es importante describir y comprender aquellos fenómenos de la experiencia humana. Con este enfoque es posible dar respuesta a la interrogante que nos hacemos cuando tenemos un paciente que será sometido a una intervención quirúrgica y nos preguntamos ¿Qué siente y experimenta este paciente? ¿Cuáles serán sus temores?

Se utilizará la investigación cualitativa para entender cómo las personas experimentan el mundo. Para comprender o explicar el comportamiento, las motivaciones y características de personas de un grupo objetivo, en el presente estudio genera ideas y suposiciones que pueden ayudar a entender cómo es percibido las vivencias del adulto mayor intervenido quirúrgicamente.

En todo el mundo, las personas viven más tiempo que antes. Hoy la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Todos los países del mundo están experimentando un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores en la población.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión de azar. Más allá de los cambios biológicos, el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y parejas.

Entre las afecciones más comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, las cataratas y los errores de refracción, los dolores de espalda y cuello, la osteoartritis, las neuropatías obstructivas crónicas, la diabetes, la depresión y la demencia. A medida que se envejece

aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo
(OMS,2022)(1).

1. TITULO

Vivencias del adulto intervenido quirúrgicamente en el Hospital II ESSALUD
Cajamarca 2022.

2. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Planteamiento del problema de investigación.

En una intervención quirúrgica las **vivencia** del adulto mayor son experiencias que se adquieren a partir de una situación o momento determinado que afecta el estado emotivo de la persona, el equipo competitivo de salud da prioridad al aspecto físico de la intervención dejando en cierta manera a un lado el aspecto emocional y más aún las diferentes vivencias frente a una intervención quirúrgica, como: temor, angustia, desconcierto a lo desconocido, lejanía de familiares, creencias, costumbres, donde juega un papel muy importante la enfermera quien da el apoyo emocional considerando un cuidado holístico frente a diferentes realidades, no como un proceso de partes, sino como un ser único; sobre todo en esta etapa de vida donde el adulto necesita manifestar sus vivencias a través de sus emociones y ser comprendidos. Las personas que padecen alguna enfermedad crónica o incapacitante, o que son candidatas para alguna intervención quirúrgica, son propensas a sufrir **depresión**, ansiedad por lo que identificar la comorbilidad es de gran importancia por el impacto causal en su calidad de vida.

El ser humano como persona en el transcurrir de su vida vive experiencias que marcan la personalidad del individuo. Cada sujeto en especial el adulto reacciona de diferente manera ante un suceso externo de acuerdo a su capacidad de reacción,

estos sucesos se constituyen, o no, como vivencias, si consideramos a la persona adulta vemos que requiere atención personalizada no solo física sino también emocional, espiritual y socialmente. En ese escenario el proceso de intervención quirúrgica conduce diferentes reacciones en la persona, necesitando del apoyo y comprensión que pueda proporcionar la familia, lo cual intensifica la fortaleza para sobrellevar dicho proceso. Asimismo, se tiene en cuenta el respeto por la persona adulta, considerar sus decisiones, creencias y fe ante esta crisis situacional. Cabe señalar que la relación que la enfermera crea en el adulto requiere de ciertas atenciones necesarias para su satisfacción, debe ser adecuada para lograr un ambiente empático, de confianza, en el cual dicho usuario se sienta satisfecho, para comprender o explicar el comportamiento, las motivaciones y características de personas adultas.

Los procedimientos quirúrgicos en pacientes adultos son cada vez más frecuentes. Se caracterizan por tener mayor morbimortalidad que los realizados en pacientes más jóvenes, por lo que es esencial una apropiada evaluación preoperatoria, monitorización intra operatoria y un adecuado manejo del período postoperatorio. La edad conlleva una serie de cambios fisiológicos y una mayor incidencia de enfermedades crónicas, que en conjunto determinan una disminución de las reservas fisiológicas y la capacidad funcional. En la evaluación preoperatoria son importantes una valoración exhaustiva de las comorbilidades y fármacos de uso habitual, la posible "fragilidad" de estos pacientes ante el proceso quirúrgico y su riesgo de desarrollar déficit cognitivo postoperatorio. El tipo de cirugía y su grado

de urgencia, las condiciones actuales del paciente, y las características del centro asistencial son los principales factores a considerar en paciente a ser intervenido quirúrgicamente. (2).

El riesgo quirúrgico es la expresión global del **riesgo** que corre el paciente que será operado frente a las múltiples situaciones o contingencias relacionadas con el acto **quirúrgico** (no solo la operación, sino la anestesia, el medio donde se actúa, etc.) (3).

Como se ha mencionado, la concepción de salud, envejecimiento saludable, exitoso, activo y calidad de vida de las personas adultas, debe ser abordada de una manera integral, en la que, además del enfoque del aspecto de salud, se considere el bienestar personal, su funcionalidad y los entornos socio familiares propicios y favorables que les permita aceptar una situación frente a una intervención quirúrgica (4).

Perú es uno de los países de la región con mayor velocidad de envejecimiento poblacional. Hoy aproximadamente el 10% de la población es mayor de 60 años de edad (3 millones, 100 mil habitantes) y esta cifra sigue creciendo de manera alarmante. El envejecimiento se asocia a pérdida de la reserva neuronal, disminución del flujo sanguíneo cerebral, lenta conducción nerviosa, mala coordinación psicomotriz, alteraciones en la capacidad para resolver problemas complejos y pérdida de la memoria reciente. A esta pérdida progresiva de las funciones mentales superiores que se presenta durante el proceso de envejecimiento se asocia la depresión, que para el año 2020, según la Organización Mundial de la

Salud, será la segunda causa de morbimortalidad en adultos hospitalizados por causas médicas o quirúrgicas con riesgo de complicación, que se incrementa en estas últimas (5).

El paciente de edad avanzada es aún más frágil tienen característicamente mayor probabilidad de eventos peri operatorios complicados o desenlaces adversos, así como de mortalidad no inmediata en el posoperatorio a las semanas de la intervención. Sin embargo, la edad por sí sola no es el único factor determinante de riesgo adicional en el acto quirúrgico, también tienen gran relevancia la comorbilidad y el estado global funcional que el paciente presenta. Por este motivo, es clave el conocimiento de esta especial situación en el ámbito quirúrgico y entender que en su manejo participan varias especialidades médicas y de Enfermería se considera todo un manejo interdisciplinar.

Es en este contexto se realizó la presente investigación con el fin de conocer las vivencias del adulto mayor que es intervenido quirúrgicamente en el ESSALUD Cajamarca evidencias que permitirá intervenir en la atención del paciente adulto, en la toma de estrategias para optimizar la calidad de atención en este grupo etario.

2.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las Vivencias del adulto intervenido quirúrgicamente en el Hospital II ESSALUD Cajamarca 2022?

2.3 Justificación de la investigación

Se han descrito múltiples factores que tienen influencia en la morbimortalidad perioperatoria del adulto; algunos propios del paciente (edad, sexo, falta de autonomía, comorbilidad, demencia, polifarmacia, anemia, tipo de fractura, lugar de residencia propia o asilo geriátrico, etc.), otros intrahospitalarios (demora quirúrgica, tipo de cirugía, tratamiento anestésico, inicio de la deambulaci3n y rehabilitaci3n, etc.) y relacionados con el alta del paciente (rehabilitaci3n, soporte, prevenci3n de caídas, tratamiento de la osteoporosis, etc.) en las que el adulto experimenta diversas vivencias decisivas en su estado emocional frente a una intervenci3n.

Para disminuir la estancia hospitalaria y la morbimortalidad postoperatoria, es necesario optimizar el estado de salud previo a la cirugía, prevenir las complicaciones y ofrecer durante todo el proceso, de manera oportuna el tratamiento hospitalario más adecuado.

Es en este proceso que se ha dejado de lado la parte mental, espiritual del paciente, el adulto mayor se debe dar una atenci3n integral holística, percibir espacios orientados a mejorar el proceso de una intervenci3n quirúrgica, integraci3n del familiar, en el apoyo emocional que le permita intervenir en el proceso del enfrentamiento en una intervenci3n; la *Enfermera, generalmente es quien asume la responsabilidad de conducci3n de atenci3n del adulto mayor.*

De ahí la importancia de la investigaci3n que pretende evidenciar las vivencias del adulto mayor intervenido quirúrgicamente en el ESSALUD Cajamarca 2022, a través de los testimonios obtenidos permitan la intervenci3n del equipo

multidisciplinario en la toma de estrategias que permitan mejorar la calidad en los procesos de intervención quirúrgica consideran en la atención ofertada, que finalmente busca mejorar el nivel de atención del adulto mayor.

Los resultados de la investigación nos servirán como precedente para la mejora continua del cuidado del personal de enfermería.

3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar las Vivencias del adulto intervenido quirúrgicamente en el Hospital II ES SALUD Cajamarca 2022

4. MARCO TEORICO.

4.1 Bases teóricas

La teoría fundamentada.

La teoría fundamentada es una metodología de investigación cualitativa rigurosa que permite, a través de procedimientos metodológicos característicos, construir una teoría que fomente los cuidados de enfermería de calidad. Su aplicación en la investigación enfermera es escasa, cabe resaltar el interés creciente por utilizar esta metodología. Queda evidenciado en la revisión presentada, la utilidad de la TF para la enfermería y en diferentes contextos de salud. Según Morse y cols., "la teoría fundamenta, en la investigación cualitativa, está en la esencia de lo que es la enfermería: tratar de llegar a la gente, escuchar lo que tienen que decir, y luego

utilizar ese conocimiento para favorecer un cambio en sus vidas." En este sentido, la TF contribuye al desarrollo del conocimiento enfermero, y con ello a dar respuestas a los pacientes y familiares ante una situación de salud o enfermedad.

(6).

La teoría fundamentada es una metodología cualitativa con reconocido rigor científico que permite a las profesiones de enfermería contextualizar el cuidado y comprender mejor la experiencia subjetiva de las personas para proporcionar una atención holística y competente. **(6).**

Queda evidenciado Según Morse y cols., "la teoría fundamenta, al igual que la investigación cualitativa, está en la esencia de lo que es la enfermería: tratar de llegar a la gente, escuchar lo que tienen que decir, y luego utilizar ese conocimiento para favorecer un cambio en sus vidas." En este sentido, la TF contribuye al desarrollo del conocimiento enfermero, y con ello a dar respuestas a los pacientes y familiares ante una situación de salud o enfermedad **(6).**

4.2 Antecedentes

A. Antecedentes Internacionales

Reyes Álvarez, Sandra; Pastorino, María Sol - Nicaragua 2021, La Teoría Fundamentada como camino cualitativo en el estudio de la vejez: una revisión narrativa en la investigación sobre Teoría Fundamentada en el estudio de la vejez; radicando su importancia como metodología de análisis e investigación cualitativa, por cuanto va generando teoría inductiva, sustentada en los datos procedentes del trabajo de campo basada en lo que el entrevistado dice y cómo lo dice. Balcazar, Gurrola, & Moysel. en cuanto al estudio de la vejez, pueden darnos resultados para

captar los diferentes significados, prejuicios y creencias en el estudio de esta etapa de la vida, para comprender el significado social y también las repercusiones que tiene la vejez en la salud de estas personas desde una visión holística. Fraile (2007), afirma que esta metodología permite flexibilidad y libertad al investigar; en este caso, que se estudia los aportes de la teoría fundamenta al estudio de la vejez, permite generar modelos explicativos de la conducta humana, así como los patrones de comportamiento relacionados con sus vivencias, sentimientos y emociones; distinguiendo de esta manera similitudes y diferencias en cuanto a los componentes estudiados en esta etapa tan importante en la vida, y que todo ser humano, aspira a gozar una vejez digna y saludable.

En los resultados se identifican pensamientos negativos hacia la vejez, con afirmaciones de que el adulto es frágil, lleva una vida en solitario que tiende al aislamiento, un ser dependiente sin autonomía Doblas & Conde (2013), refiere que suelen pasar desapercibido en los análisis sociológicos el papel que desempeñan las personas mayores, quiénes están abandonando actitudes y comportamientos muy arraigados, reflejándose en sus estilos de vida, en su forma de pensar y de actuar; en la relación de la vida en solitario, al reclamo de autonomía como personas, con derecho a gestionar su destino y la determinación de su modo de vida (7).

B. Antecedentes Nacionales

Mejía, R. (2008), en Lima Perú, se realizó un estudio sobre: Nivel de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio del Hospital de Chancay. El objetivo fue identificar el nivel de ansiedad de pacientes en el preoperatorio.

Obtuvo como resultado que a prevalencia del nivel de ansiedad de los participantes en estudio fue de 78% considerándose alta por lo que existe una predisposición a estar ansioso, con reacción al aumento del estrés preoperatorio frente a una situación amenazante por la intervención quirúrgica. Asimismo, la prevalencia de ansiedad en mujeres fue de 56% dentro del nivel medio a alto de ansiedad. Las conclusiones entre otras fueron: Existe un grado de ansiedad media según los síntomas negativos con tendencia a alta durante el preoperatorio, siendo mayor en las mujeres, la identificación de este factor de riesgo permitirá un mejor manejo de la ansiedad para así direccionar la atención del paciente a disminuirlas (8).

Mejía, A. (2002), en un estudio titulado Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico, describe distintas conductas de los pacientes ante el estrés quirúrgico y su influencia en la evolución pre y postoperatoria basándose en una experiencia clínica con 303 enfermos, utiliza una metodología para el manejo terapéutico y preventivo del riesgo quirúrgico asociado al impacto emocional que provoca la cirugía, desarrollan un completo modelo para la investigación interdisciplinaria en el campo de la interconsulta médico- Psicológica y del psicoanálisis aplicado. Paciente de 30 años al ingresar al quirófano tuve muchísimo miedo de que algo podría salir mal, de que de repente, me podía morir y dejar a mis hijos pequeños, ellos me necesitan, y mi esposo viaja mucho por su trabajo y ellos me necesitan aún (9).

Yalta, V. (1994) Lima Perú, en un estudio titulado Efectos de la atención de enfermería preoperatoria a pacientes de cirugía abdominal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima Perú. En los servicios de Cirugía y Emergencia", los resultados fueron: El grupo control por sentir temor y experimentar mucho dolor tuvieron más molestias y su conducta fue negativa a comparación del grupo

experimental. A la luz de estos resultados se considera la necesidad de desarrollar programas educativos preoperatorios (10).

Roldán, D. (2009) Trujillo, en un estudio titulado "Nivel de ansiedad en pacientes adultos que van a ser sometidos a cirugía electiva", Trujillo, los resultados fueron: En una muestra de 75 pacientes, se encontró que, respecto al género, en el género femenino, el 18,66%, 25,33% y el 13,33% corresponden al nivel de ansiedad ausente, leve, moderado, respectivamente. En el género masculino el 17,33% y el 14,66% corresponden al nivel de ansiedad ausente y leve, respectivamente. En relación, al nivel de instrucción, en el nivel de educación primaria, se obtuvo los mayores porcentajes 5,3% y 4% en el nivel de ansiedad ausente y moderada, respectivamente. En el nivel de educación secundaria, el 21,3% y 20% corresponden al nivel de ansiedad ausente y leve, respectivamente. En educación superior se pudo observar que el 10,6%, 16%, y el 10,6% corresponden al nivel de ansiedad ausente, leve y moderado, respectivamente. Con respecto al estado civil, de los pacientes solteros el 13, 13% y 12% corresponden a los niveles de ansiedad ausente y leve, respectivamente. De los casados el 18, 66%, 22,6% y el 10,66% corresponden al nivel de ansiedad ausente, leve y moderada, respectivamente. Los pacientes divorciados el 4%, corresponden al nivel de ansiedad leve. Los pacientes viudos el 2,66%, 1,33% y el 2,66% corresponden al nivel de ansiedad ausente, leve y moderada, respectivamente. Con respecto al nivel socioeconómico, hallaron que los pacientes presentaron mayor nivel de ansiedad ausente y leve en los 5 niveles socioeconómicos. Así el 10,66%; 6,66% corresponde al nivel E. El 18, 66% y 21,33% al nivel D. El 6,66% y 10,66% al nivel C. 1,33% en el nivel B. En la relación entre la urgencia de la operación y el nivel de ansiedad, hallaron que los pacientes cuya operación es urgente, demostraron mayores porcentajes en los cuatro niveles de ansiedad. Así el 29,33%, 30,66%, 17,33% y el 2,66%; corresponden al nivel ausente, leve, moderado y grave, respectivamente (11).

Oscoco, O. y Otros (2010), en un estudio titulado "Actitud que adopta la enfermera durante la atención y Nivel de ansiedad del paciente en el pre operatorio en un hospital público de Pisco, Perú 2010, Pisco. Los resultados fueron: de un total de

30 pacientes que la actitud que adopta la enfermera durante la atención fue favorable en un 87%. Por otro lado, el 63% de pacientes presentó ansiedad leve, no encontrándose ninguno con ansiedad grave. Un alto porcentaje del grupo entre 20 y 40 años presentó mayor incidencia de ansiedad hacia la cirugía, tal vez por ser éste el grupo de edad con mayores responsabilidades **(12)**.

Cabrera, S. y Paredes, M. (2006) Nuevo Chimbote, en un estudio titulado Grado de ansiedad y Nivel de información en usuarios en fase preoperatoria de cirugía abdominal. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote. Los resultados fueron: de un total de 47 usuarios en fase preoperatoria de cirugía abdominal el 55,3% presentó un Grado de Ansiedad Moderada y el 44,7 % presentó un Grado de Ansiedad Normal o Leve, no se encontraron usuarios que evidencien grados de Ansiedad Severa y Grado Máximo de Ansiedad. El 87, 2 % de los usuarios presentó un Nivel de Información Bajo a comparación del 12,8 % que presentó un nivel de Información Alto. Se encontró relación altamente significativa entre las variables de estudio: Grado de Ansiedad y Nivel de Información en usuarios en fase preoperatoria de cirugía abdominal ($p=0.0414$) **(13)**.

(Die Trill M, Die Goyanes A. 2003), 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 **(14)**.

(Burton M, Parker R. 1997), 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 **(15)**.

(Devine EC. 1990), 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 **(16)**.

(Leventhal, Contrada y Anderson (1994)), Una intervención quirúrgica en la mayoría de las ocasiones es considerada como un acontecimiento vital estresante, se propone 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 **(17)**.

(Vázquez y cols, 200), 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 **(18)**.

4.3 Teorías que sustentan la investigación

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.

4.4 Definición de términos básicos

Vivencias.

(Melucci, A. 2009). Vivencia es una experiencia de vida como fenómeno tiene importancia en la filosofía, en la educación y en la psicología (19).

(Dorsch, F. 1985). 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. 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 (20).

Díaz, O. (2007), 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 (21).

(Forghieri. 1993). 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 **(22)**.

(Dantas y Moreira. 2009). 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 actividad 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 **(23)**.

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.

(Dilthey. 1998). 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 (24).

Candela B. y Hueso C. (2007). En un 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 (25).

Peinado M. (2008). En un 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 (26).

Intervención Quirúrgica

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

(Diccionario Word Mc Software 5.3. 2009). 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 **(27)**.

(Diccionario Mosby. 2000). 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 **(28)**.

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 posoperatorio puede dividirse en dos partes: posoperatorio anestésico: Se clasifica a través de dos apartados: a) el sistema posoperatorio de control para intervención quirúrgica en paciente de bajo riesgo (CBR) y b) el sistema posoperatorio de control para intervención quirúrgica en paciente de alto riesgo (CAR). posoperatorio 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.

(Cunill. Grau. y Meléndez. 2008). La cirugía se encuentra entre los acontecimientos más estresantes para los seres humanos, pues obliga a hacer importantes adaptaciones físicas y psicológicas **(29)**.

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.

Edad Adulta

(Diccionario Mosby. 2000). 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 **(28)**.

(Real Academia Española. 2005) La palabra Adulta (ta). Proviene del latín adultos que significa llegado a su mayor crecimiento o desarrollo **(30)**

Adulto. OMS (2019) Este consenso realizó la siguiente clasificación: adulto mayor joven 55–64 años, adulto mayor maduro 65–74 años, adulto mayor 75–84 años, ancianos mayores de 85 años, nonagenarios y centenarios.

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 (31).

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 (32).

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.

5. PREGUNTA ORIENTADORA

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

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de abordaje cualitativo, etnográfico, caracterizado por la observación participante y el uso de la reflexividad-descriptivo, se realizó desde la perspectiva de las vivencias del adulto 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 **(33)**.

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.

6.1 Área de estudio

El área de estudio fue el Hospital II ESSALUD Cajamarca, 2022

Ubicación distrito se encuentra en la provincia de Cajamarca, departamento de Cajamarca.

La investigación se llevó a cabo en el servicio de cirugía del Hospital II ESSALUD Cajamarca.

6.2 Sujetos de estudio

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

- Edad que deben considerar para el estudio.

Criterios inclusión

Pacientes adultos

- Sin alteraciones mentales.
- Pacientes orientados en tiempo, espacio y persona.
- Post operados.
- Pacientes hospitalizados.
- Pacientes que deseen participar voluntariamente.

Criterios de exclusión:

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

Población: se atiende 500 a 600 aproximadamente por mes, en el área de cirugía.

6.3 Muestra

La muestra se obtuvo a través de la técnica de saturación de la información. En el ámbito de la investigación cualitativa se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. Mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debe detenerse (34).

6.4 Recolección de datos.

La recolección de la información fue realizada por las investigadoras, la técnica de recolección de datos fue la entrevista a etnográfica como método se utilizó la observación y la entrevista etnográfica a pacientes intervenidos quirúrgicamente.

Se procedió de la siguiente manera:

1. Se coordinó con la Dirección del Hospital II ESSALUD Cajamarca 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 II Essalud Cajamarca.
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 obtendrá el consentimiento informado.
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 determinadas 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.
7. Además, el horario de la entrevista fue coordinado con el paciente y se procuró una hora donde habrá menor actividad asistencial y menor presencia de profesionales de la salud y por tanto favorecer así un ambiente más tranquilo.
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 terminar 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.

6.5 Procesamiento de datos

Las investigadoras recogen y produce datos, y el texto es la evidencia de estos hallazgos. El texto etnográfico está compuesto por diferentes elementos, que son:

1. la pregunta o problema bajo investigación;
2. la interpretación o explicación;
3. la evidencia necesaria para la formulación del problema y su resolución, es decir, los datos recolectados,
4. la organización de los elementos previamente mencionados en una secuencia argumental

(1). Observación del comportamiento que provee el fundamento que constituye la evidencia como parte integral de este proceso clínico asistencial. El paciente valora que sea escuchado y entendido como un sujeto que tiene una historia y está envuelto en una cultura que se relaciona con su estado y las respuestas a lo que le sucede.

La observación participante consiste en dos actividades principales: la observación y la participación. Observar detenida y detalladamente todo lo que sucede en el contexto que se está observando y participando en las actividades de la población en estudio. El grado en el cual el observador se involucra en la participación de la cultura bajo estudio marca una diferencia tanto en la cantidad como en la calidad de los datos que se recolectan.

Se valorará:

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: El Ambiente hospitalario

7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

(Guba. Y Lincoln. 1981 y Vásquez M.; 2003). En el proceso de investigación las consideraciones éticas estuvieron dadas por el respeto a los derechos de los participantes: Estuvieron 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 **(35)**.

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

tendrá el derecho a retirarse o negarse a participar en cualquier momento, lo cual también consta en el consentimiento informado que firmaran ellos.

El rigor metodológico estuvo dado por los criterios que determinarían la calidad de la información, los cuales son: La credibilidad o valor de verdad, confortabilidad, 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 tuvieron aplicabilidad en contextos similares para próximos estudios o si el lector / investigador lo cree conveniente.

8. RESULTADOS

Del proceso de interpretación y análisis de la información dados por los participantes, se obtuvieron 8 categorías, donde se describen las vivencias de los pacientes adultos que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital II EsSalud Cajamarca. Los participantes fueron 20 adultos entre ellos adulto joven a más respectivamente. Muchos de ellos procedentes de la zona urbana del distrito de Cajamarca con un promedio de 02 días de hospitalización y según sus propias palabras, mensajes, significado 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: 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.

(Osorio, 2009. En el presente estudio, 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 **(36).**

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.

“el doctor me dijo que me tenía que operar, de la

apéndice por el resultado del análisis” (P1)

“Tenía 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).

“Tenía 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)

“Tenía miedo al cartazo, a la herida, estaba triste, cuando me llevaron a sala de operaciones ahí sentí miedo y nervios”, (p.20)

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.

(Fialho, 1993). 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. **(37).**

(Gómez, 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 **(38).**

(Rodríguez y González, 2008). 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 (39).

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 transmite 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)

“...tenía miedo, estaba con nervios, el doctor me dijo no tengas miedo, esté tranquila, porque te vamos a operar y sacar la hernia, no tengas miedo me dijo”. (P18)

“...estaba con miedo, sentía nervios, el doctor me dijo no tengas miedo, se fuerte, porque te vamos a sacar el apéndice, no tengas temor me dijo”. (P19)

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, 2003). 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 las 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 (40).

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*".

*"Ayer eh sido hospitalizada y el doctor me indico,
tengo que quedarme unos días más para realizar mis análisis"* (P3)

*"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)

*"Me preocupaba a veces de mi familia, de mi casa, pero
después me olvidaba de todo". (P16)*

*"preocupaba mucho por mis hijos, por mi trabajo, pero ya al
poco rato me olvida de todo esto". (P17)*

Se puede observar que las y los participantes tienen presente a los hijos, además de la vivencia 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)

“Estaba preocupado, pensando en la anestesia que si no cogía me iba a despertar y no lo podría soportar, pero después de un momento ya no he sentido nada”. (P14)

“Estaba preocupado, de cómo sería la anestesia, que pasaría que, sino hace su efecto, con el corte que me harían no podría soportar, pero después me he quedado como dormido”. (P15)

(Mosby, 2000). 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 **(28)**.

(Tordera, 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 **(40)**.

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 propios receptivos 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)

“...vine con fuerte dolor de estómago, con muchos cólicos, no le podía soportar, el médico me dijo que tenía que operarme porque la vesícula estaba mal”. (P.12)

“...vine con fuerte dolor en el abdomen además tenía cólicos y vómitos y el médico me dijo que era apendicitis y que tenían que operarme”. (P.13)

(Chóliz, 1994). 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 (41).

Sin embargo, es necesario agregar que el dolor, no solo es físico, éste es acompañado de una 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)

“No sé en qué parte del tejido me jalaron y sentí dolor, pero no podía reaccionar debido a la anestesia”. (P.10)

“No sé en qué parte de la operación sentí que me jalaban con pizas sentía dolor, pero no podía reaccionar creo que era por la anestesia”. (P.11)

(Poggi y Ibarra, 2007). 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”. (42).

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 sentí 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)

“Yo quería que estén mis familiares presentes, eso me hacía sentir más tranquilo, más seguro”. (P8)

“Yo quería que mi familia este presente para que me den aliento y seguridad”. (P9)

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)

“...sentía frío y un poco de vergüenza porque estaba desnuda”. (p.7)

(Vacarezza, 2000). 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 (43).

(Goic, 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 (44).

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 (45).

Tornándose ésta fría e impersonal, lo que ha violentado la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo despersonalizado (46).

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.

(Bonin, 1993). 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 dúo. dos, y expresa precisamente eso: el balanceo o vaivén del espíritu entre dos términos extremos y opuestos (47).

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)

“...pensaba que la operación que me iban hacer ya no quedaría bien, porque ya eran varias veces que me habían operado”. (P.20)

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)

” era una carga más para mí porque ya eran dos veces que me habían operado y pensaba no sé si quedare bien”. (P.7)

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)

...con esta operación parece que me quedare más débil y mis fuerzas ya no serán como antes. (P.19)

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 paratrabajar, 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 deforma 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)

“Yo quería que me operen para realizar mi trabajo con tranquilidad, porque a veces necesito hacer fuerza y no me va a dejar, es por eso quería que me operen ya para estar tranquilo”. (P8)

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.

(Lorda, 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 (48).

Los participantes refieren:

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

“Me entere por medio de una ecografía, me dijeron que tenía 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)

“Yo decidí que me operen para sanarme, porque el médico me dijo que si no me operaba iba a ser peligroso”. (P18)

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, 1991) Una mejor preparación psicológica del paciente consiste en facilitar la información y apoyo psicológico (49).

(Mardarás, 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 (50).

(Casabona, 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» (51).

(Sánchez, 1998), 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 (52).

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 diálogo 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)

“....estaba tranquilo, seguro de que todo iba a salir bien, confiaba en el doctor porque me había explicado todo acerca de la operación”. (p.9)

(De la Fuente, 2009). 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 la 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. La autoridad racional, dice Fromm, no se impone, es conferida a aquel en quien se aprecian competencia y confiabilidad **(53)**.

(Florenzano, 2008). 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" **(31)**.

(De la Fuente, 2009). La confianza del enfermo en el médico suscita en él un deseo de agradarle 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 **(53)**.

(Cortese N, H, Ricardo y Díaz, 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 (21).

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)

“El médico me dijo que no haga mucha fuerza y que me cuide para recuperarme bien y pueda hacer mis labores con normalidad”. (p.17)

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)

“...me dijeron que no comiera mucha grasa, que no levantara mucha fuerza y que tendría que cuidarme”. (p.10)

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.

(RAE, 2005) La necesidad es aquello que inclina a todo ser vivo a satisfacerlo, indispensable para su conservación y desarrollo. 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 (30).

(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" (54).

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" (55).

(Bustamante, 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 (56).

(Duque, 2002) 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 (57).

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 el 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)

“...quería que mi familiar estuviere acá para que me alcance la chata para orinar, ya que no podía moverme”. (P.16)

(**Kozzier, Erb y Olivieri, 1993**). 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.

“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” (58).

Además, refiere que la relación de ayuda puede describirse según 4 fases secuenciales: Fase de pre interacción, 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.

(Marriner y Raile, 2007). La enfermera debe centrarse en el paciente para encontrar las necesidades inmediatas de ayuda, dado que cada paciente es único y diferente. **(Orlando, 2018)** 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 **(59)**.

(Dugas, 2000), Podemos señalar que cuando se habla de relación de ayuda, el término que resalta abiertamente es la Empatía. “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” (60).

También podemos señalar que los participantes necesitaran de ayuda para aliviar 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)

“...en la cama me siento aburrida, me duele la espalda, quiero que me movilicen”. (P.11)

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”.

(Matías, 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 **(61)**.

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, 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. **(62)**.

(Rojas, 2000). 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.

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”.

(Cordes y Dougherty, 1993); (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001); 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. **(63).**

(Buzzeti, 2005). “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 **(64).**

(Fernández, 2002), 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” **(64).**

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.

(Brunner y Suddarth, 1996), “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 **(65)**).

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 anesestiólogo...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)

“Necesitaba que alguien me de confianza, hasta que un Doctor me hablo y me dijo todo va a salir bien, usted tiene que estar tranquila y esas palabras me dio seguridad”. (P.15)

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, Fernández, Báez y Cruz, 2005)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 (66).

(Szast y Hollender, 1956), (Lavador y Serani, 1993), 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 (67).

(Pellegrino, 1989 y Jochemsen, 1999). 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 (68).

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.

(Arés, 2004), 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.

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 (69).

(Figley, 1995) "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" **(70)**.

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 ejecutarán, 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 y Cancio López, 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" **(71)**.

(Kozzier, Blais, Erb Y Wilkinson, 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" **(58)**.

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, 2000**). 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 (**72**).

(**Salvador, Mónica, Colona y Viviana, 1995**). 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 (**73**).

(**Maracara, 2006**). “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” (**74**).

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)

“...cuando entre a sala de operaciones los médicos me dijeron que esté tranquilo, de ahí me cogieron los brazos y me amarraron y esto me puso un poco nervioso”. (P.12)

El paciente quirúrgico siempre requiere de una palabra de aliento, de apoyo, más aún 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.

(Garzón y 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 (75).

(**Maracara, 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” (74).

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**). 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 (76).

(**Lopategui, 2000, Gasulla, 2009**). 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 (77).

(**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) (78).

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)

“Yo esperaba que mi familia este a mi lado, pero le sacaron afuera ni el personal de salud se hacía presente”. (P.14)

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.

(Annika, Acha y Julio, 2004). 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 **(79)**.

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.

(Buytendijk, 1958). 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 **(80)**.

(Fonnegra, 2003). 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” (81).

(Kreitzer y Mary, 2000). 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 (82).

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)

“Pensaba en Dios y le rogaba que todo salga bien y me recupere pronto”. (P.13)

(Avelino, Julia, Rodríguez y Yolanda. 2011). 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 (39).

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)

“...cuando me han colocado la anestesia del poco rato comenzó mi cuerpo a adormecerse y después ya no he sentido nada”. (P.20)

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: pérdida de calor, junto a un ambiente frío 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.

(Sessler, 2000). 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 **(83)**.

(Smeltzer, Suzanne y Brenda, 2005). “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” **(84)**.

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.

(Beverly, 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 (85).

(Moix, Jjala, French, Foxall, Hardman y Bedfordth, 2010), “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” (86).

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 hormigueo 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)

“...después de unas horas comencé a despertar y no podía mover mis piernas y estaba un poco preocupada”. (P.7)

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.

(Alfaro, 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 **(87)**.

(Escamilla, 2018). 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 **(88)**.

(Long, Phipps y Cassmeyer, 1999). 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 **(89)**.

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 aún 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 recibir masajes que ayuden a aliviar en parte su cuerpo agotado y cansado.

(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” **(90)**.

(Hernández, 1996). 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 **(91)**.

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 y Leiter, 2001) y (Fernández, 2002) “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” **(63)**.

(Fernández, 2002). 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” (64).

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 y Suddarth, 1996). “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” (65).

(Long y Phipps, 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” (89).

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 moverse y calmar el dolor, el cansancio y mantener la tranquilidad del paciente. La ayuda que se facilita servirá para 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, Erb, Olivieri, 1993). “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 pre interacción, 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 **(58)**.

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, 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 **(92)**.

(Cereijo, Pueyo y Mosquera, 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 (93).

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 salvé 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 aliguito 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)

“Al despertar estaba contento ya le podía mover mis pies, pero sentía dolor en la herida”. (P.19)

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, 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 **(94)**.

(Benjamín, 2009). La experiencia es entendida como "El hecho de soportar o sufrir algo, como cuando se dice que se experimenta un dolor, una alegría" **(95)**.

(Silverio, 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 **(96)**.

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.

(Maracara, 2006). 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 (74).

(Ersek, 1991) y (Taylor, 1983). 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 (97).

(Colliere, 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 (98).

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, Erb y Blais, 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 (99).

(Bonilla, 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 (100).

(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 (85).

Agotamiento del cuerpo.

Para poder describir esta categoría nos basaremos en el concepto descrito por (Zubiri, 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 paciente 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)

“Cuando me desperté sentía dolor en la herida, cansancio en la espalda, me recordé como de un sueño”. (p.8)

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, 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)

“Sentía cansancio, quería moverme al otro lado, cambiar de posición, pero no podía, necesitaba ayuda de alguien”. (P.18)

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)**.

El ambiente hospitalario.

(Malagón y Galán, 2008). 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 **(102)**

(Waldow, 2006). El 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 **(103)**.

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)

“...no podía descansar porque sentía dolor en la herida, además la bulla de los demás pacientes y la luz que permanecía prendida”. (P.16)

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 incomodos 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 lo 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.

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)

“... quería orinar, los primeros días no podía levantarme y me alcanzaban la chata, pero después el Doctor me dijo que tenía que caminar para recuperarme rápido”. (P.11)

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.

9. CONCLUSIONES

Ese concluyo las vivencias del adulto intervenido quirúrgicamente, la mismas que se abordan desde la perspectiva de las siguientes categorías:

La primera categoría sentimientos y emociones frente al proceso de cirugía, nos encontramos con pacientes con miedo Así mismo sienten miedo a morir solo en una intervención quirúrgica, temor a quedar con una herida o cicatriz, dolor al corte de los tejidos, vergüenza al estar desnudo en el momento de ser operado, preocupación por no estar con los familiares cerca, alegría cuando son visitados por sus familiares.

La segunda categoría la decisión a ser operado, motivos laborables porque tenías que trabajar y no podía realizar sus actividades por la misma enfermedad, salvarse de morir tomando una decisión de operarse para no morir, sanarse de la enfermedad para no tener complicaciones en los transcurso los años.

Se considera que los adultos mayores ante una intervención quirúrgica evidencian sentimientos de tristeza por no estar con sus familiares quienes son su soporte y fuente de apoyo.

La tercera categoría conversación y confianza, amistad a las personas del entorno, comunicación activa y certeza, comunicación con el doctor para la realización de los análisis, comunicación eficaz se siente segura por explicación que le brindaron.

La cuarta categoría necesidad de cuidado apoyo emocional la persona que acompaña debe ver las necesidades que uno necesita, ayuda para moviliza requiere ayuda de sus familiares.

La quinta categoría la presencia de Dios en la cirugía, Dios es la salvación, cuando uno tiene fe y confianza en el señor.

La sexta categoría vivencia los efectos de la anestesia, sueño después de realizar la operación, adormecimiento corporal cuando se coloca la anestesia al paciente, curiosidad al salir de la operación y tener que mover las piernas y brazos.

La séptima categoría agotamiento del cuerpo cansancio porque suelen ser bastantes horas de anestesia y el cuerpo está expuesto a mucho estrés físico, dolor corporal porque siente efectos secundarios en la cirugía como dolor y hinchazón.

La octava categoría ambiente hospitalario, por la tensión, ruido y molestia de luz, frío.

10. RECOMENDACIONES

A los jefes del Departamento de Cirugía, promover espacios para orientar, fortalecer condiciones de acercamiento del personal multidisciplinario en salud, para prestar una atención holística a los pacientes adultos intervenidos quirúrgicamente favoreciendo el estado emocional como la ansiedad, estrés, depresión.

A la Jefatura de Enfermería promover espacios que la enfermera aborde, al adulto intervenido quirúrgicamente desde un punto de vista integral, favoreciendo emocionalmente la intervención desde el punto de vista físico, psíquico y mental

A los Docentes de las Universidades y alumnos que promuevan y realicen trabajos de investigación cualitativa. siendo muy útil para profundizar en temas permitiendo recoger vivencias, experiencias y emociones, tal y como lo expresan las personas, permitan la intervención de enfermería en la calidad de atención al paciente.

11. LISTA DE REFERENCIAS

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. —La Cirugía Segura Salva Vidas [internet]. Suiza; 2008 [citado 12 de abr 2015]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf—
2. Nazar J Claudio, Zamora H Maximiliano, Fuentes H Ricardo, Lema F Guillermo. PACIENTE ADULTO MAYOR Y CIRUGÍA NO CARDÍACA: ¿QUÉ DEBEMOS SABER? Rev Chil Cir [Internet]. junio de 2015 [citado el 04 diciembre 2022]; 67(3): 309-317. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262015000300013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000300013>.
3. Jaime A.G. Wikinski APHP. https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/261/c.php#:~:text=Por%20lo%20tanto%2C%20riesgo%20quir%C3%BAArgico,se%20act%C3%BAa%2C%20etc. [Online].; 2022 [cited 2022 NOVIEMBRE 03]. Available from: https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/261/c.php.
4. Varela Pinedo Luis F. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2016 abr [citado 2022 Nov 03]; 33(2): 199-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>.
5. Esterilización SdEePQy. Mayor.PDF. [Online].; 2022 [cited 2022 NOVIEMBRE 03]. Available from: <http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/trabajos/mayor.pdf>.
6. Vivar Cristina G., Arantzamendi María, López-Dicastillo Olga, Gordo Luis Cristina. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2010 Dic [citado 2022 Nov 14] ; 19(4): 283-288. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es.
7. Reyes Álvarez, Sandra; Pastorino, María Sol - Nicaragua 2021.

8. Mejía, R. (2008). Nivel de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio del Hospital de Chancay". Lima Perú.
9. Mejía, A (2002). Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico", España.
10. Yalta, V. (1994). Efectos de la atención de enfermería preoperatoria a pacientes de cirugía abdominal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia". Cirugía y Emergencia" Lima, Perú.
11. Roldán, D. (2009). Nivel de ansiedad en pacientes adultos que van a ser sometidos a cirugía electiva", Trujillo Perú.
12. Oscoco, O. y Otros (2010). Actitud que adopta la enfermera durante la atención y Nivel de ansiedad del paciente en el pre operatorio en un hospital" Pisco, Perú
13. Cabrera, S. y Paredes, M. (2006). Grado de ansiedad y Nivel de información en usuarios en fase preoperatoria de cirugía abdominal. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón En Nuevo Chimbote". Perú.
14. Die Trill M, Die Goyanes A. La cirugía oncológica. En: Die Trill M, Editor. Psico-oncología Ades. Madrid2003. p. 263-74.
15. Burton M, Parker R. Psychological aspects of cancer surgery: Surgeons' attitudes and opinions. *Psychooncology*; 6:47-64. 1997.
16. Devine EC. Effects of psychoeducational care for adult surgical patient's: A metaanalysis of 191 studies. 1990. *Patient education and counseling*; 19: 129-142.4
17. 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.
18. 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.
19. Melucci, A. Vivencia y convivencia. Teoría social para una era de la información, Ed. Trotta, Madrid. 2001.

20. Dorsch, Friedrich. Diccionario de psicología. Edit Herder. Barcelona: España 1985.
21. Cortese N. Elisa.; Cortese H. Ricardo.; Díaz Álvarez Vidalina.; Psicología Médica Salud Mental. Editorial Librería Técnica de Nobuko. Buenos Aires – Argentina. 2004.
22. Forghieri, Y. C. Psicología fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas. 1. ed. São Paulo: Pioneira, 1993. En línea. Visitado el 04 diciembre 2022. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082009000200010&script=sci_arttext.
23. Dantas G. Dilcio; Moreira Virginia; El Método Fenomenológico Crítico de Investigación con Base en el Pensamiento de Merleau-Ponty terapia psicológica, 2009. Vol. 27, N° 2, 247-257. En línea. Visitado el 04 diciembre 2022. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n2/art10.pdf
24. 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.
25. 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 - N°. 21. Granada, España 2007.
26. Peinado P. María I. Vivencias sobre el cambio evolutivo del proceso quirúrgico” 2008., En línea. visitado el 04 diciembre 2022. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=2924006>
27. Magic Software Corporation. Diccionario Word Magic Software 5.3. (2009).
28. 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.
29. Cunill Granda C, Grau A. J.; Meléndez H. (2008). Aspectos psicológicos y psicoterapéuticos en cirugía: hacia una cirugía integral.

30. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española. (2005). [Internet]. 22ª ed. Madrid: rae2.es; 2005 Miedo. [Acceso el 04 diciembre 2022]. Disponible en: <http://rae2.es/Necesidad>
31. Florenzano Ramón. "Psicología medica". 1era ed. Editorial Mediterráneo. Buenos Aires Argentina 2008.
32. 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 diciembre 2022. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/erikson.htm>
33. Hernández C. Juana. Cuestiones de enfermería. MC Graw Hill Interamericana de España, 1996 p.992. En línea. Acceso el 04 diciembre 2022. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8723.pdf
34. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. 3th edition. Thousand Oaks: Sage; 2000.
35. 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 diciembre 2022. Disponible en: <http://www.colombiamedica.univalle.edu.co/vol134Nº3/cm34n3a10.htm>.
36. Osorio L. Alejandra Universidad De Barcelona Facultad De Pedagogía. Postgrado en Educación Emocional. La Vergüenza Un Sentimiento Moral. Barcelona España 2009. Pag 16.
37. 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 04 diciembre 2022], Disponible en la World Wide Web: <http://www.enfervalencia.org/ei/74/articulos-cientificos/3.pdf>.
38. Gómez Sancho M. El hombre y el médico ante la muerte. España: Aran ediciones; 2006. p.79, 87
39. Rodríguez L. María E.; González B. Maritza; Hospital Ameijeiras Servicio de Psicología. Preparación Psicológica Ante Procederes Invasivos. Cuba 2008. En línea. Citado 04 diciembre 2022. Disponible en: <http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/PSICOLOGIA/PA/PREPARACION%20PSICOLOGICA%20ANTE%20PROCEDERES%20INVASIVOS.pdf>

40. 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 04 diciembre 2022]. Disponible en la World Wide Web: www.Culturade los/Cuidados.sentidodecuidarrelato/deuna/experiencia/hospitalaria.pdf.
41. 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 10 de diciembre del 2022], Disponible en la World Wide Web: <http://www.uv.es/=choliz/DolorEmocion.pdf>
42. Poggi M. Luis, Ibarra C. Omar. Manejo del dolor agudo pos quirúrgico. *Acta Med Per* 24(2) [online] 2007 109-115. [citado 04 diciembre 2022], Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v24n2/a08v24n2.pdf>
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. Werner F. Bonin, *Diccionario de los grandes psicólogos. De las ciencias del espíritu a las ciencias de la conducta*, FCE, España .1993.

48. Simón Lorda P. Et al. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones medicina clínica. Vol. 117. NÚM. 11. 2001. En línea acceso el 04 diciembre 2022.
49. 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
50. Mardarás Platas, E. La Preparación Psicológica Para las Intervenciones Quirúrgicas. Ediciones Rol, S.A. Barcelona 1980.
51. 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 diciembre del 2022. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2001/3/46/367.pdf>
52. 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 04 diciembre 2022. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n2/art17.pdf>
53. De la Fuente Ramón Psicología Medica. Edit. Mc Grawhill. Madrid España 2009.
54. Dorsch, Friedrich. Diccionario de Psicología. Editorial Herder, 8ª. ed. Barcelona España. 2002
55. 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 04 diciembre 2022. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3409/1/Murrugarra_Torres_Maria_del_Carmen.pdf
56. 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).
57. Duque, Mc. Enfermería y Cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. Actual Enfer; 5(2): 12-16. Valencia 2002. En línea

- acceso el 04 diciembre 2022. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea09.pdf>
58. 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 04 diciembre 2022. Disponible en:
<http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/472/1/TESIS%20TOVAR%20Y%20ROJAS.pdf>
59. Marriner Tomey Ann; Martha Raile Alligood;, “Modelos y teorías de enfermería”; Elseiver Saunders; sexta edición. España 2007.
60. Dugas, Beberly. Tratado de Enfermería práctica. Cuarta edición. Editorial Mc Graw Hill interamericana. México 2000..
61. 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 04 diciembre 2022. Disponible en:
<http://digitooluam.greendata.es/exlibris/dt/d31/apachemedia/L2V4bGlicmlzL2R0bC9M18xL2FwYWN0ZV9tZWRpYS8xNDkx.pdf>.
62. 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 04 diciembre 2022. Disponible en:
http://www.univo.edu.sv:8081/tesis/009815/009815_Cap2.pdf
63. 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
64. Fernández Seara, J. L. Stress y salud. Grupo editorial universitario. Granada 2002. En línea. Acceso el 04 diciembre 2022. Disponible en:
<http://eprints.ucm.es/11819/1/T32422.pdf>
65. Brunner, L. y Suddarth, D. “Enfermería Medicoquirúrgica”. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México, D.F. 1996. Disponible en:
<http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/369/1/Tesis%20Dilcia%20y%20Doris.2.pdf>

66. 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. En línea. Acceso el 10 de diciembre del 2022. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202005/vol3%20005/tema04.htm>
67. 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 04 diciembre 2022. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202005/vol3%20005/tema04.htm>
68. 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 04 diciembre 2022. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202005/vol3%20005/tema04.htm>
69. Arés Mucio P. Familia y convivencia. Editorial Científico-Técnica; La Habana 2004; p. 7. En línea. Acceso el 10 de diciembre del 2022. Disponible en: http://200.62.146.31/sisbib/2010/mendoza_zm/pdf/mendoza_zm.pdf
70. 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 diciembre del 2022. Disponible en: http://200.62.146.31/sisbib/2010/mendoza_zm/pdf/mendoza_zm.pdf
71. 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 diciembre del 2022. Disponible en: <http://sovpal.org/wp-content/uploads/2011/09/necesidades-emocionales-en-el-paciente-con-cancer.pdf>
72. Vincent C. Patient Safety. London: Churchill Livingstone, 2000. En línea. Acceso el 04 diciembre 2022. Disponible en: http://www.dalcame.com/wdescarga/seguridad_pte.pdf

73. 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 04 diciembre 2022. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/escobar_re/pdf/escobar_re.pdf
74. Maracara de 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 04 diciembre 2022. Disponible en: <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3877/1/Zu%C3%B1iga%C3%91aupariMarlene2010.pdf>
75. Garzón A. Nelly. “Ética profesional y teoría de enfermería”. Colombia, Universidad de Colombia 2004. En línea. Acceso el 04 diciembre 2022. Disponible en: <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3877/1/Zu%C3%B1iga%C3%91aupariMarlene2010.pdf>
76. Alonso Y Escorcía. El ser humano como una totalidad. España 2003. En línea. Acceso el 10 de diciembre del 2022. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIEWY125DV4C352011.pdf>
77. Gasulla (2009). Definición de la salud. Citado en: Lopategui C. Salud y Medicina. El Concepto de Salud. Argentina 2000. En línea. Acceso el 04 diciembre 2022. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIEWY125DV4C352011.pdf>
78. Almanza M. J., Holland J. C.; Espiritualidad y Detección del Distress en Psicooncología. Oncología Clínica. España 1999; Vol 4: 246-50. En línea. Acceso el 10 de diciembre del 2022. Disponible en: http://digitooluam.greendata.es/exlibris/dtl/d3_1/apache_media/L2V4bGlicmlzL2R0bC9kM18xL FwYWN0ZV9tZWRpYS8xNDkx.pdf
79. 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 diciembre del 2022. Disponible en: http://200.62.146.31/sisbib/2010/cruz_cm/pdf/cruz_cm.pdf

80. Buytendijk. K.J.J. El Dolor. Ed. Revista de Occidente S.A. Madrid. 1958. En línea. Acceso el 10 de diciembre del 2022. Disponible en: http://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/3_Oliva_Relacion_odontologo-paciente.pdf
81. 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 04 diciembre 2022. Disponible en: http://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/2_BONILLA_LET_Ucis_Hospitales_Quito.pdf
82. Kreitzer, Mary; Jensen, Donna. American association of critical care nurses, volume 11(1) febrero 2000, p 7 – 16. En línea. Acceso el 04 diciembre 2022. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis46.pdf>
83. Sessler DI. Perioperative heat balance. Anesthesiology. 2000; 92:578-96. En línea. Acceso el 04 diciembre 2022. Disponible en: http://www.anestesiologia-hc.info/areas/monografias/Hipotermia_Periooperatoria.pdf
84. 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 04 diciembre 2022. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8547.pdf
85. 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>
86. 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 10 de diciembre del 2022], 71-89. Barcelona 2001. Disponible en la World Wide Web: <http://pagines.uab.cat/jennymoix/sites/pagines.uab.cat/jennymoix/files/13.-cirugiaadultos01.doc>.
87. Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Edit. Mosby, España 1996. En línea. Acceso el 10 de diciembre del 2022. Disponible en: <http://www.uaslp.mx/>

docx&ei=FpnnUN39L4f69QTs5YCICQ&usg=AFQjCNEouq9w-
VxcKHCMDrxguyvvyvymcXA&bvm=bv.1355534169,d.eWU

88. 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 04 diciembre 2022. Disponible en: http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm
89. Long, B., Philips, W. y Cassmeyer V. Enfermería Medicoquirúrgica, un enfoque del Proceso de Enfermería, Vol. I. Editorial Harcourt. España 1999. En línea. Acceso el 04 diciembre 2022. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/369/1/Tesis%20Dilcia%20y%20Doris.2.pdf>
90. Paillet C. 1990. “Vías de conducción del estímulo doloroso”. En C Paillet. M, Saavedra Editores. “El dolor aspectos básicos y clínicos. Santiago Mediterráneo 1990 pp 31 – 47. En línea. Acceso el 04 diciembre 2022. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWI750A532004.pdf>
91. Hernández C. Juana. Cuestiones de enfermería. MC Graw Hill Interamericana de España, 1996 p.992. En línea. Acceso el 04 diciembre 2022. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8723.pdf
92. 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 04 diciembre 2022. Disponible en: http://digitooluam.greendata.es/exlibris/dtl/d3_1/apache_media/L2V4bGlicmlzL2R0kM18xL2FwYWNoZV9tZWRpYS8xNDkx.pdf
93. 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 diciembre del 2022. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25783/1/efecto_dispositivos.pdf
94. 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 04 diciembre 2022. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic-sr/tfg-1-sr-2008-03.pdf>

95. 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 diciembre del 2022. Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev28/veron.htm>, consultado 21 de noviembre de 2009.
96. Silverio Barriga, P. Psicología General; Editorial CEAC. España; 2000; Pág. 56. En línea. Acceso el 04 diciembre 2022. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3173/1/Tineo_Carrasco_Luzbeydi_2008.pdf
97. Ersek M, Ferrell Br. Providing relief from cancer pain by assisting in the search for meaning. Journal of Palliative Care. 1994 winter; 10(4): 15-22.
98. 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 diciembre del 2022. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/irrutia_patricia.pdf
99. Kozier, B., Erb, G., Blais, K., et. al. Fundamentos de enfermería conceptos proceso y práctica. (5ª Ed.) (2 vols). McGraw - Mili. México 1997. En línea. Acceso el 04 diciembre 2022. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/1004/1/tesis-0311.pdf>
100. Bonilla, J. Ofrece la UVM atención psicológica a pacientes con cáncer de mama. Crónica. Bogotá Colombia 2009. En línea. Acceso el 10 de diciembre del 2022. Disponible en: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/181/tesis-1043-grupos.pdf
101. 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 04 diciembre 2022. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3173/1/Tineo_Carrasco_Luzbeydi_2008.pdf

102. Malagón L. Gustavo; Galán M. Ricardo, Administración Hospitalaria. Edit. Panamericana. 3ª Edición. Colombia 2008.
103. 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 04 diciembre 2022. Disponible en www.eerp.usp.br/rlae.
104. VIVAR, Cristina G.; ARANTZAMENDI, María; LOPEZ-DICASTILLO, Olga y GORDO LUIS, La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería, 2010. ACCEDIDO el 20 de diciembre del 2022. Disponible en [Cristinahttps://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000300011&script=sci_abstract](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000300011&script=sci_abstract)
105. Cristina G. Vivar. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Grounded theory as a qualitative research methodology in nursing*. 2010. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011
106. Castro, B. (2015). Vivencia de la persona adulta con tubo endotraqueal: contribución para un cuidado humanizado”. Tesis para obtener el grado académico de Doctora en Ciencias de Enfermería... Escuela Profesional de Enfermería. Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. Perú
107. Fariñas, G. (2009). Vivencia en el enfoque histórico cultural. *Revista Cubana Psicología*. V.XVI N.3., Universidad de La Habana. [<http://es.scribd.com/doc/87442638/CONCEPTO-DE-VIVENCIA>]. 26 de Setiembre 2017.

12. ANEXOS

ANEXO N.º 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		
25 a 29 años.	35 a 39 años.	45 a 49 años.
30 a 34 años.	40 a 44 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 las personas adultas de edad media hospitalizadas que son intervenidas quirúrgicamente en el Hospital II Essalud Cajamarca.

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. _____