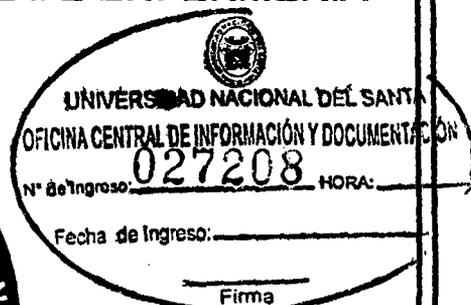




**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA  
FACULTAD DE CIENCIAS  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**"EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES ADULTOS EN EL CUIDADO  
PRE OPERATORIO.  
HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE - 2014"**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TESISTAS:**

**Iparraguirre Martinez Judith Yeni  
Villaverde Moreno Thalía**

**ASESORA:**

**Dra. Huañap Guzmán Margarita**

**NUEVO CHIMBOTE - PERÚ  
2015**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



Revisado y Vº Bº de:

  
Dra. Huañap Guzmán Margarita  
ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA  
FACULTAD DE CIENCIAS  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y Vº Bº de:

Dra. Morgan Zavaleta Ysabel  
**PRESIDENTA**

Mg. Pinto-Flores Irene  
**SECRETARIA**

Dra. Huañap Guzmán Margarita  
**MIEMBRO**

## DEDICATORIA

### **A Dios.**

*Por darnos la vida, la salud y ser el guía al iluminar nuestras mentes por el camino del bien, siendo Él, el ejemplo que debemos seguir para transformar la conducta social practicando valores morales.*

### **A mis padres Cristobal y Never.**

*Con mucho cariño para ustedes, quienes me apoyaron en cada momento de mis estudios para ver plasmado el camino de mi superación.*

### **A mis hermanas Patsy, Jemima y Nathaly, y a mi sobrina Cristina.**

*Que me inspiran a seguir adelante para ser ejemplo de superación y valentía; y poder demostrar que lo que te propones lo puedes lograr.*

### **A ti.**

*Gracias por estar a mi lado todo este tiempo; tú apoyo permitió ver mis sueños y metas convertirse en logros.*

**Judith Yeni Iparraguirre Martínez**

## DEDICATORIA

### **A Dios.**

*Por guiarme cada día de mi existencia, por haber iluminado mi camino, llevándome por el sendero del bien, y por su amor tan puro que me demuestra.*

### **A mis padres, Santos y Julia**

*Con mucho amor y agradecimiento, quienes sin ellos no hubiese sido posible ningún logro, dándoles gracias por su apoyo incondicional, tanto en lo profesional como en lo personal, ellos son mi motivación por todo su apoyo que me siguen brindando y hoy les agradeciéndoles lo que soy.*

### **A mi esposo e hija Alessia.**

*Quienes son mi motivación para seguir adelante, y por el amor tan puro e infinito que me brindan. A mi hija que es lo más preciado que Dios me ha podido dar, y es por ella que día a día venceré barreras y obstáculos, en búsqueda de la superación.*

**Thalía Villaverde Moreno**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser nuestro guía, iluminarnos y darnos la oportunidad de contribuir al cuidado del ser humano y la investigación en salud.

A la Escuela de Enfermería con su excelente plana docente universitaria por inculcar en nosotros el cuidado, razón de ser de la profesión de Enfermería.

A nuestra querida docente y asesora Dra. Margarita Huañap Guzmán, por sus orientaciones, tiempo brindado, paciencia, dedicación y por todos los consejos brindados para poder realizar la presente investigación.

Al Hospital La Caleta por facilitarnos acceder al servicio de Sala de Operaciones y poder realizar la ejecución y culminación de este trabajo de investigación.

*Judith Yeni Parraguire Martínez*

*Jhalia Villaverde Moreno*

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	10
II. MARCO TEÓRICO	26
III. ABORDAJE METODOLÓGICO	33
IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS	44
V. CONSIDERACIONES FINALES	105
VI. RECOMENDACIONES	107
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	114

## RESUMEN

La presente investigación cualitativa descriptiva, tuvo como propósito describir y analizar las experiencias de los pacientes adultos en el cuidado pre operatorio en el Hospital La Caleta, Chimbote 2014; se sustenta en los referentes teóricos de: *experiencia del paciente adulto, cuidado y preoperatorio*; según Torralba, F. (1998), Waldow, R. (2004,2008) y Long, B. y otros (1999). La muestra estuvo constituido por diez participantes adultos que reunieron los criterios de selección, a quienes se les aplicó una entrevista en profundidad develándose el fenómeno a través de las categorías: 1) Transitando por el periodo pre quirúrgico, 2) Relaciones de cuidar / cuidado de enfermería y 3) Experimentando momentos difíciles.

**Palabras claves:** experiencia, cuidado y preoperatorio.

## **ABSTRACT**

This qualitative descriptive study was aimed to describe and analyze the experiences of adult patients in the preoperative, Hospital La Caleta, Chimbote 2014; It is based on the theoretical framework of: adult patient experience, and preoperative care according Torralba, F. (1998), Waldow, R. (2004.2008) and Long, B. and others (1999). The sample consisted of ten adult participants who met the selection criteria, whom we applied an interview unveiling open at depth the phenomenon through the categories: 1) Walking through the preoperative period, 2) Relations care / nursing care and 3) Experiencing difficult times.

**Keywords:** experience, care and preoperative

## **I. INTRODUCCIÓN**

Para poder abordar las experiencias de los pacientes en el cuidado preoperatorio, consideramos necesario dar a conocer los aspectos del cuidado en general y el cuidado preoperatorio en el ámbito de enfermería.

El cuidar desde la prehistoria, fue considerado como una actividad o tarea realizada en el sentido de tratar una herida, aliviar una molestia y ayudar en la curación de una enfermedad, actualmente se busca ir más allá, intentando captar el sentido más amplio: el cuidado como una forma de expresión de relación con el otro ser y con el mundo, como una forma de vivir plenamente (1).

A lo largo de la historia, los cuidados estaban a cargo de las mujeres, quienes a semejanza de los animales lamían a su cría, la nutría y la protegía. Entre las prácticas de higienizar y de alimentar, fueron introducidos comportamientos de tocar, oler y gestos rudimentarios de acariciar; siendo más evidente estos actos en las mujeres (2).

El cuidado ha ido evolucionando constantemente, por ello hay nuevas formas de cuidar a fin de mantenerse siempre acordes con los avances de las ciencias de manera que acompañe la evolución de nuevas técnicas y tecnologías emergentes (3).

En todas las disciplinas, el conocimiento era basado en las ciencias biológicas, éstas constituían el denominado bloque teórico, y las

acciones de enfermería comprendidas como cuidado se referían a las intervenciones terapéuticas. Posteriormente, empieza a haber una mayor preocupación por el ser que presentaba una determinada patología, o señales y síntomas que exigían intervenciones tendientes a resolver otros problemas de los pacientes, denominados, sin embargo, “problemas de enfermería” (4).

El cuidado es abordado por las diferentes disciplinas de la salud, si bien el cuidado caracteriza a enfermería; el médico, la psicóloga, la asistente social, la química farmacéutica, entre otros profesionales del equipo de salud, brindan un cuidado en específico al paciente y sus familiares con enfoque propio de la naturaleza de su profesión; desde que el paciente requiere atención en un establecimiento de salud todos tienen la función de brindar cuidado para la facilidad de recuperación de éste.

Hoy día, al cuidar, aunque importe saber y conocer qué se hace, importa principalmente el cómo se hace y a quién va dirigido. Antes que todo importa el ser a quien se destina cualquier acción y cómo vamos a portarnos con relación a ese ser (5).

Para abordar la fase pre operatoria, tenemos que tener en consideración los antecedentes históricos de la cirugía y la enfermería quirúrgica, por lo cual sabemos que la cirugía ha evolucionado a ritmo vertiginoso.

Según la Ley de Instrucción Pública de 1857 se documenta los oficios precursores de la enfermería actual que practicaban pequeña cirugía; estos eran, como hemos visto anteriormente, los barberos sangradores, los cuales evolucionaron a ministrantes (que practican una cirugía menor, o intervenciones secundarias que no realiza el médico) y posteriormente a practicantes. En el año 1888 los practicantes asumen los procedimientos relacionados con la enfermería y la cirugía menor, en 1952 se aprueba la titulación de Ayudante Técnico Sanitario, quien adopta íntegras las funciones del practicante. Es a partir de 1960 en que el desarrollo de las especialidades quirúrgicas se hace cada vez más intenso y desbordante. En 1977 se consigue la tan ambicionada Diplomatura Universitaria de Enfermería y con ella el reconocimiento a una profesión capaz de asumir un rol autónomo desde una perspectiva holística (6).

Lo más importante de la primera mitad del siglo XX en lo que a cirugía se refiere, fue el desarrollo de las novísimas técnicas quirúrgicas, las cuales se vieron favorecidas por la naciente anestesiología, donde los cirujanos de la época se caracterizaban, además de las condiciones naturales antes mencionadas, por el cultivo de esta rama de la medicina en el más amplio sentido de la palabra, realizando grandes y variadas intervenciones en los diferentes territorios de la economía del ser humano, practicando amputaciones, resecciones gástricas, corrección de lesiones vasculares traumáticas, o drenajes de

hematomas subdurales, razón por la cual eran considerados cirujanos todistas (7).

Dentro del campo de la cirugía general, ya en la última década del siglo pasado, se desarrolla la cirugía laparoscópica, inicialmente con operaciones de la vesícula biliar y posteriormente de los diferentes órganos de la cavidad abdominal, del tórax, del retroperitoneo y la pelvis, dando mejor calidad de vida a los operados al reducirse significativamente el tamaño de las incisiones quirúrgicas y favoreciéndolos con menor dolor, recuperación rápida de los procedimientos quirúrgicos, más cosmética y retorno precoz a sus actividades previas (8).

No cabe duda de que la vinculación de la cirugía con la enfermería se haga patente a través de la historia y han ido unidas inseparablemente a lo largo de la misma. Los espacios y las funciones profesionales se van definiendo según las necesidades que van llegando, tal y como se nos ha mostrado a lo largo de la historia. Y de este modo, los profesionales de la enfermería han ido adaptando sus competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) a las demandas de una sociedad cambiante y cada vez más exigente.

En este contexto el paciente experimenta un periodo quirúrgico que se divide en 3 fases: Pre operatoria, Intra operatoria y Post operatoria. La fase preoperatoria, comprendida desde que el paciente es informado que su problema de salud debe ser tratado quirúrgicamente hasta que

es trasladado al área quirúrgica; la fase Intra operatoria es el tiempo que transcurre desde que un paciente es recibido en la sala de operaciones y es llevado a la sala de recuperación; la fase Post operatoria es el período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas. Pudiendo, en caso de fracasar la terapéutica finalizar con la muerte (9).

Holloway (1990) sustenta el periodo preoperatorio es el lapso que transcurre desde una decisión para efectuar la intervención quirúrgica al paciente, hasta que es llevado a la sala de operaciones. La decisión tomada puede ser planteada o urgente. Este periodo se clasifica con base en la magnitud de la intervención quirúrgica mayor o menor, o bien programada o de urgencia.

Al respecto expresa que la fase pre-operatoria empieza cuando el paciente decide someterse a un procedimiento quirúrgico; esta fase se completa cuando la persona es trasladada a la sala de operaciones y es ubicada sobre la cama quirúrgica.

El centro quirúrgico es una unidad cerrada, de riesgo y repleta de normas, justificada por los muchos procedimientos quirúrgicos y anestésicos que allí se realizan, también se debe al estrés que genera, razón por la que el equipo de enfermería requiere, además del conocimiento científico, responsabilidad y habilidad técnica, estabilidad emocional y excelentes relaciones humanas (10).

Sin embargo, todo paciente que va ser sometido a una intervención quirúrgica es atendido por un equipo multidisciplinario, conformado por personal administrativo, trabajadores sociales, médico cirujano, anesthesiólogo, enfermeras/os, técnicos de enfermería, técnicos de radiología / radiólogos, técnicos de laboratorio, odontólogos, equipo de salud mental, psicólogo/a, farmacéuticos, entre otros.

En el transcurso de este período el paciente adulto puede experimentar angustia, nerviosismo, ansiedad, dependiendo de sus experiencias quirúrgicas pasadas, duración y magnitud de la enfermedad, tipo y gravedad de intervención quirúrgica, tiempo de preparación previa para la cirugía, capacidad y tolerancia para soportar situaciones estresantes (11).

Durante este período, las enfermeras pre-operatorias deben obtener información y realizar todas las valoraciones de enfermería, terminada ésta debe formularse un plan de cuidado acorde a las necesidades de cada paciente donde no sólo incluya la preparación del ambiente de la sala de operaciones con todos los materiales y equipos especiales sino aspectos psicológicos, emocionales entre otros.

La Enfermera debe brindar el mejor cuidado, tratándole con amabilidad y serenidad, explicando el procedimiento para darle confianza. Es enormemente beneficioso, para los pacientes que van a experimentar una cirugía, que sean preparados psicológicamente, para no sufrir traumas emocionales en sus vidas y que tengan un mejor y más corto

postoperatorio. Muchas veces debido a la gravedad de la situación, no hay tiempo de preparar a la persona, en el caso de un accidente o una enfermedad grave y el choque emocional puede ser más fuerte. Sin embargo, es importante una vez pasada la emergencia, que la persona busque ayuda para trabajar la parte emocional y evitar traumas futuros en una cirugía electiva (12).

En tal sentido, durante nuestras prácticas pre profesionales, al interactuar con pacientes adultos en fase pre operatoria inmediata de cirugía electiva en el Hospital "La Caleta" se identificó que las personas adultas que iban a ser intervenidas quirúrgicamente se mostraban ansiosas, con temor o miedo; sin duda la cirugía representa para la gran mayoría un evento estresante, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la muerte, dependencia física, no despertar de la anestesia, el dolor, la enfermedad, recuperación, separación con la familia, situación económica y laboral y hospitalización entre otros. Ante esta situación, pueden surgir varias respuestas emocionales; ansiedad, estrés, depresión, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias haciendo más lenta y complicada la recuperación postoperatoria.

Cada paciente adulto que cuidamos en fase preoperatoria inmediata presentaba particularidades personales en su nueva experiencia con temores, dudas que nos han permitido develar diversos sentimientos en todo trayecto antes de empezar con la operación propiamente dicha.

Por tanto la evaluación y tratamiento de un paciente que va a ser sometido a una cirugía, no sólo requiere de especial atención a nivel médico y psicológico sino también de enfermería.

Las intervenciones de enfermería necesarias para disminuir la ansiedad de los pacientes deben ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad y a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. También tienen que conseguir animar la manifestación de sus experiencias, sentimientos y miedos y observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. El problema para poner en práctica una visita de este tipo con todos los elementos que supone, en el preoperatorio inmediato, es que requiere mucho tiempo para su ejecución en un momento clave (13).

El presente trabajo es importante y de gran valor para el sector salud y sobre todo para enfermería debido a que ofrecerá una forma diferente de enfrentar las situaciones, permitiendo comprender la experiencia desde el punto de vista interno de los pacientes y de este modo comprender, describir o interpretar las debilidades y fortalezas. Por otra parte entrega la posibilidad de encontrar el origen de innumerables problemas en el preoperatorio que afectan al ser humano, que muchas veces se ven como una simple estadística o problema social, sin detenerse a profundizar en los orígenes de estos comportamientos.

Además, para los estudiantes de enfermería como para los profesionales en general es importante la adquisición de nuevos

conocimientos que se puedan obtener a través de la investigación cualitativa, ya que la podemos considerar como muy afín con nuestra formación, debido a que nos permite indagar en diferentes situaciones que enfrentan las personas, todo esto desde un punto de vista integral considerando al ser humano como un ser holístico y cuyo comportamiento es causa y consecuencia de toda una dinámica surgida entre su mundo interno y su entorno, permitiéndonos enfrentar las diferentes problemáticas de salud al considerarlos desde sus propios mundos internos, situación que al ser conocida pretenda innovar el cuidar/cuidado de enfermería al paciente adulto que enfrenta experiencias en el preoperatorio.

El paciente como ser único en el preoperatorio vive experiencias diversas, no existiendo trabajos de investigación similares solo relacionadas con el presente trabajo de investigación:

- **En el ámbito internacional:**

En España, Rodríguez G. y Gil, J. (1999), en su estudio titulado: "El impacto emocional de la información médica en pacientes quirúrgicos", los resultados fueron: el 82,3% de los usuarios que recibieron alguna información médica de aspectos relacionados con su enfermedad, pronóstico y tratamiento de la misma, contestaron no tener sensación subjetiva de ansiedad al recibir dicha información frente a un 16,8% que si se habían puesto nerviosos y frente a un 0,9% que afirmaron que se pusieron muy nerviosos (14).

En España, Mejía, A. (2002), en su 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 aun"* (15).

En Colombia, Navas, M. (2008), en su estudio titulado "Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo", los resultados encontrados son: que la mayoría de los pacientes con mayor nivel de ansiedad fueron los pacientes del sexo masculino, de entre 60 y 80 años, casados y del servicio de cirugía general. La indicación de tratamiento quirúrgico produce un aumento de nivel de ansiedad-estado en el preoperatorio siendo la tendencia menor en mujeres casada, del servicio de cirugía general; disminuyendo la ansiedad en el postoperatorio. Paciente de 46 años refiere, "que esta fue para él una nueva experiencia en donde se sintió incómodo y ansioso ya que los médicos y enfermeras no le

hablaban solo le indicaban que se sentara y permanezca quieto y no le explican todo lo que le iban a hacer y él se sentía muy aturdido a ver a mucha gente observándolo" (16).

En México, Torres, D. y Priego, H. (2008), en su estudio titulado "Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica", se obtuvieron como resultados: La visita preoperatoria se efectuó mayoritariamente por las enfermeras generales (56%) en comparación a las enfermeras quirúrgicas (44%). Durante la visita preoperatoria no se realizó al 100% en cada una de las fases con las dimensiones de calidad humana y técnica, se observó que en la fase I (asesoría a pacientes) sólo el 25% de las acciones se realizaron y el 75% no se realizó, en la fase II (verificación del historial clínico) el 38% de las acciones se realizó y el 62% no se efectuó, en la fase III (valoración física del paciente) solo 44% de las acciones se realizaron y el (56%) no, en la fase IV (verificación de ejecución de indicaciones preoperatorias) solo el 44% de las acciones se efectuó y el 56% no se realizó (17).

En España, Valenzuela, J. (2010), en su estudio titulado "Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos" en España, los resultados de este estudio sugieren grados elevados de ansiedad preoperatoria en 76% de los pacientes sometidos a cirugía electiva en nuestro hospital. Múltiples han sido las explicaciones sugeridas e este fenómeno, podemos mencionar la edad, el sexo, la escolaridad, la capacidad del paciente para comprender los sucesos que acontecen

durante la consulta pre anestésico. Al respecto, en este estudio se encontró que quienes recibían mejor información pre anestésica durante la visita del anesthesiólogo mostraban tasas de ansiedad reducida en comparación de quienes que no la recibían. Este mismo estudio, el nivel de escolaridad y el sexo de los pacientes no influyeron en un mayor grado de ansiedad (18).

- **En el ámbito nacional:**

En Lima, Yalta, V. (1994), en su estudio titulado "Efectos de la atención de enfermería preoperatoria a pacientes de cirugía abdominal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia". 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 (19).

En Lima, Gonzales, G. y Pinto, F. (2005), en su estudio titulado "Escala de Ámsterdam sobre ansiedad y la escala de información APAIS en la fase preoperatoria", obtuvo como resultados que el 75% de pacientes se encontraba inquieto por la anestesia, muchos requerían información sobre anestesia (93,8%). En cuanto a la relación Ansiedad / Cirugía se encontraban inquietos por la cirugía (50%) y requerían información sobre ella (60,4%). Por otra parte, los resultados demostraron que las mujeres eran más ansiosas que

hombres, los pacientes con alto requerimiento de información tienen elevado nivel de ansiedad; asimismo, los pacientes que nunca habían experimentado una operación requerían mayor cantidad de información que la que ya tenían (20).

En Trujillo, Roldán, D. (2009), en su estudio titulado "Nivel de ansiedad en pacientes adultos que van a ser sometidos a cirugía electiva", 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 (21).

En Pisco, Oscco, O. y Otros (2010), en su 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", 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 (22).

- **En el ámbito local:**

En Chimbote, Blas, K. y Chávez, G. (1996), en su estudio titulado "Calidad de la atención de enfermería en el preoperatorio en

pacientes de cirugía abdominal programada. Hospitales del Ministerio de Salud. Provincia del Santa”, los resultados fueron: el nivel de calidad en el aspecto de información – educación es deficiente en un 30% por parte del personal de enfermería, de un total de 32 usuarios que conforman su población para este estudio (23).

En Nuevo Chimbote, Cabrera, S. y Paredes, M. (2006), en su estudio titulado “Grado de ansiedad y Nivel de información en usuarios en fase preoperatoria de cirugía abdominal. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón”, 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 ( $p=0.0414$ ) (24).

### **1.1. PREGUNTA NORTEADORA:**

Por lo expuesto surge la siguiente pregunta:

*¿Cómo son las experiencias de los pacientes adultos en el cuidado preoperatorio en el Hospital La Caleta. Chimbote, 2014?*

### **1.2. OBJETIVOS:**

- ✓ Describir las experiencias de los pacientes adultos en el cuidado pre operatorio, en el Hospital La Caleta, Chimbote 2014.
- ✓ Analizar las experiencias de los pacientes adultos en el cuidado pre operatorio, en el Hospital La Caleta, Chimbote 2014.

## II. MARCO TEÓRICO

El abordaje teórico de esta investigación se fundamentó en los conceptos de: *experiencia del paciente adulto, cuidado y preoperatorio* desde la concepción de Torralba, F. (1998), Waldow, R. (2004, 2008) y Long, B. y otros (1999).

Ferrater (1971), el término experiencia ha sido utilizado con diversos significados a lo largo de la historia de la filosofía, como la aprehensión por parte de un sujeto de una realidad determinada, una forma de ser, un modo de hacer, un modo de vivir (25).

Zubiri (1983) afirma que en un primer sentido suele entenderse, y muy generalmente, por experiencia la percepción, la *aísthesis*, esto es, el sentir, y por tanto las cualidades sentidas (26).

Para Husserl (1985) ha entendido la experiencia como un conocimiento sensible (el conocimiento no se limita a los sentidos externos, abarca también los sentidos internos; la complejidad y variedad de la realidad material tiene su correlato en el sujeto que siente, dotado de diversas facultades cognoscitivas jerarquizadas que lo capacitan para captar el mundo físico), ante-predicativo (lo que se da para la conciencia antes de emitirse el juicio) y pre reflexivo (nos permite detenemos a pensar mejor las cosas, es como "parar el mundo"). Considera la experiencia externa e interna, de tener experiencia en un oficio o en la vida en general, de verificar juicios o hipótesis por medio de la experiencia. A pesar de esta diversidad de sentidos del término experiencia, se suele

admitir que todos coinciden en ser una aprehensión inmediata por un sujeto de algo dado (27).

Torralba (1998) manifiesta que “la enfermedad significa una reducción de la salud que limita las posibilidades de realización humana; el enfermo no se puede valer, sufre, carece de funciones y capacidades, ha de someterse a tratamientos, es menos libre”.

Así mismo expresa que “la experiencia de la enfermedad se relaciona directamente con la reducción de la libertad exterior del ser humano; la persona enferma no puede desarrollar sus voliciones y en este sentido experimenta su libertad como algo ilusorio y fantástico”. La experiencia vivida por los pacientes durante el padecimiento de una enfermedad es una experiencia novedosa, inesperada, “relevante” y “dura para la cual la persona no recibe preparación e inducción de ningún tipo en la mayoría de los casos (28).

El paciente al ser cuidado, vive una experiencia única tanto en relación a su enfermedad como con relación a la hospitalización. El sentirse enfermo o estar enfermo provoca una ruptura en su relación del ser humano con el mundo. El individuo hace frente a una amenaza (enfermedad, sufrimiento, incapacidad y muerte) a lo desconocido (su estado, su destino, del ambiente y personas extrañas) y con una temporal o definitiva desestructuración denominada según Pellegrino (2001) de crisis ontológica, la cual afecta al individuo como un todo, tanto física como psicológica, social y espiritual (29).

Todas estas experiencias exacerban la vulnerabilidad del paciente, tornándolo más frágil. Su experiencia de vivir se encuentra obstaculizada, desarticulada, fuera de su ritmo normal. La relación del paciente con los otros también está comprometida, ya que su intimidad, su privacidad son invadidas, modificando su rol social. El paciente se siente oprimido, paralizado en sus movimientos y pensamientos, humillado y dependiente.

Es común que se establezca una nueva definición de valores, el paciente ve el ahora, como era y como es hasta ahora, se pregunta sobre su futuro, en aquello que se convertirá. Existe una reflexión sobre el sentido de vida, sobre sus prioridades, no obstante se someten a la autoridad médica en relación a su diagnóstico y tratamiento, colocándose en sus manos; de la misma forma, acepta y se somete a los demás cuidadores y sus cuidados (5).

Chalifour (1998) menciona que la enfermera como parte del equipo de salud, debe brindar un cuidado humanizado y holístico, incluir en sus cuidados el poder brindar tranquilidad, seguridad y un ambiente cálido y acogedor al paciente en esta experiencia muchas veces estresante, en el cual pueda el paciente encontrar un apoyo emocional, y fuerzas para poder ingresar a sala de operaciones con esperanza y seguridad de que todo resultará bien y que se encuentra con un equipo de salud competente (30).

El adulto según el MINSA (2004) se define como aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras; que vive la experiencia de la salud, de la enfermedad, de un período pre operatorio y que demanda de un cuidado profesional de enfermería (31).

El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención (32).

Waldow (2004) afirma que el cuidar es visualizado sobre una nueva perspectiva, en el cual el ser humano es valorizado en su totalidad.

El cuidado, objeto de enfermería es su esencia porque el cuidado es siempre para y con algo o alguien que engloba la salud, de forma integral, va más allá de lo psicobiológico, espiritual, social, político, que además de procedimientos técnicos y conocimientos engloba actitudes y comportamientos. Los comportamientos y actitudes incluyen respeto, consideración, generosidad, solidaridad, involucramiento, protección, aceptación cariño, amor, presencia, paciencia, ayuda, compasión, sensibilidad, solidaridad, empoderamiento y responsabilidad (5).

El cuidado es lo que confiere la condición de humanidad a las personas, se da de dos formas: como una cuestión de sobrevivencia y como una expresión de interés y cariño, en la primera forma no deja de incluir el ser, estar en el mundo, en busca de la preservación, de ocupar su espacio y buscar su identidad; la segunda forma en que el ser expresa interés y cariño en relación a otro ser y pasa a relacionarse con él. Las relaciones del cuidado, son aquellas que se distinguen por la expresión de comportamientos de cuidar, que las personas compartirán tales como confianza, respeto, consideración, interés atención entre otros, creando de esa manera ambientes o clima de cuidado en la cual sus valores son enaltecidos, las personas se sienten bien, reconocidas y aceptadas como son, expresándose de forma auténtica estableciéndose relaciones entre el ser que cuida y el ser que es cuidado (32).

Waldow (2009), sostiene: "Ser de cuidado se refiere al ser que exhibe comportamientos y actitudes de cuidado en sus acciones; se expresa en términos de cuidado consigo, con los demás, con las cosas, con el entorno, con el bienestar del planeta y sus habitantes. El ser que es cuidado, además de recibir las atenciones de nivel terapéutico, recibe un cuidado con técnicas y procedimientos, con interés y cariño, es mirado, oído, sentido. El ser que cuida encuentra camino para la integración de sus acciones y pasa a percibir que necesita cuidar de sí.

Cuidado es mirarse para sí, cuidar de si, de su tiempo, de otro, y del medio que nos rodea, viviendo plenamente, cuidando el tiempo de

cada uno, el tiempo de vida, el cuidador para tomarse en ser de cuidado, precisa tener experiencia de cuidado o sea haber sido cuidado; la capacidad de cuidar está relacionada como el ser fue cuidado. El cuidado ocurre en plenitud, cuando la cuidadora expresa conocimiento y experiencia en el desempeño de habilidades técnicas, en la presentación de informaciones y en la educación al paciente y su familia, conjugando actitudes y comportamientos, demostrados por palabras, tono de voz, postura, gestos y toques, lo que constituye la verdadera expresión del arte y de la ciencia del cuidado: la conjugación del conocimiento, de las habilidades manuales, de la intuición, de la experiencia y de la expresión de la sensibilidad (5).

El cuidado, aún en el silencio, es interactivo y promueve el crecimiento, ayudar al paciente a crecer, involucra ayudarlo a enfrentar momentos difíciles, manteniéndose presente y solidaria, ayudando a extraer significado de la experiencia vivida; auxilia en el proceso de cura, acelerándolo y haciéndolo menos traumático.

Al respecto Waldow (2004) sostiene al Cuidar/Cuidado, como proceso y resultado, definiendo el Cuidar como comportamientos y acciones que involucran conocimientos, valores, habilidades y actitudes emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir. Cuidado como el fenómeno resultante del proceso de cuidar.

Long, B. y otros (1999) señalan: "La cirugía es una de las modalidades de terapia médica más importante. Una cirugía es una experiencia estresante ya que implica una amenaza a la integridad del organismo que amenaza a la vida misma". La experiencia quirúrgica se divide en tres fases: Pre-operatoria, Intra-operatoria y Post-operatoria. La fase Preoperatoria a su vez se divide en el preoperatorio mediano se da a partir de la decisión hasta 12 o 2 horas antes, dependiendo de la intervención quirúrgica, ya sea mayor o menor respectivamente. Las acciones de enfermería en el periodo mediano pueden ser generales o específicas, entendiéndose las primeras como aquellas que se proporcionan a todo tipo de pacientes de acuerdo con la rutina hospitalaria establecida, y las segundas son aquellas que se proporcionan de acuerdo con el tipo de intervención quirúrgica a que va a ser sometido.

El preoperatorio inmediato se da desde 2 horas antes de la intervención quirúrgica, hasta la llegada a la sala de operaciones. Las acciones de enfermería en el periodo preoperatorio inmediato tienen como objetivo preparar psíquica y físicamente al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.

El enfoque en operaciones electivas y de emergencias es muy diferente al igual que según el tipo de cirugía a realizar, con el propósito de garantizar resultados óptimos para el paciente y su entorno social (33).

### III. ABORDAJE METODOLÓGICO

#### 3.1. TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación tuvo un abordaje descriptivo – cualitativo, identificó la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica, buscando reconstruir la realidad tal y como la observan los actores, en un proceso flexible, activo, sistemático y riguroso de indagación dirigida, en el cual se toman decisiones sobre lo investigado en el marco de la interacción con el fenómeno, objeto de estudio; el investigador y el objeto de investigación se influyen mutuamente con la característica fundamental de ver los acontecimientos, acciones, normas, valores, entre otros, desde la perspectiva de las personas que están siendo estudiadas.

El abordaje *Descriptivo* permite analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes, buscando encontrar las razones o causas que ocasionan ciertos fenómenos.

Se buscó estudiar la realidad de las experiencias de los pacientes adultos en el cuidado preoperatorio, en el hospital La Caleta, buscando hallazgos intensivamente en las conversaciones a través de las entrevistas, describiendo el significado de cada evento, elaborando contextos de la situación. Produciéndose datos descriptivos: las propias palabras de los participantes, lo que permitió describir situaciones y eventos en como son y cómo

se manifiestan, buscando especificar las propiedades o características importantes para ser sometido a análisis minucioso, encontrando razones o causas para después organizar y dar lugar al descubrimiento de nuevas relaciones y conceptos. Al plantear cuestiones descriptivas, las investigadoras se acercaron al contexto del paciente adulto momentos antes de su intervención quirúrgica (34).

### **3.2. ESCENARIO:**

El presente estudio tuvo como escenario el servicio de Sala de Operaciones del Hospital "La Caleta", es un centro de atención de Nivel II – 2. Se encuentra ubicado en la zona costera noroeste de Chimbote, frente al mar de Grau, es un lugar accesible y de fácil ubicación.

Fue creado el 15 de mayo de 1945 por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública con el nombre de Hospital del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, su primer Director fue el Dr. Carlos Quiroz Salinas. Por esos años, el hospital que inició con una población de 4 500 habitantes llegó a atender 14 500 habitantes, en la actualidad atiende 94 000 habitantes, teniendo que adecuarse a esta explosión demográfica, y continuar brindando atención de salud a esta población en crecimiento.

En 1956, el hospital pasó a manos del Ministerio de Salud con el nombre de Hospital La Caleta. Cuando inició sus actividades carecía del servicio de Sala de Operaciones.

Por tal razón, la atención era limitada. Pasó más de un año, antes que la Sala de Operaciones, tuviera lo indispensable para su funcionamiento.

La atención a los pacientes era en un solo quirófano, el médico cirujano era también el que anestesiaba a los pacientes, la monitorización completa del paciente lo hacía la única enfermera; la primera enfermera que laboraba en sala sólo cumplía con el turno mañana, ya en la tarde las enfermeras técnicas cumplían su función de circulante.

Actualmente Sala de Operaciones cuenta con tres quirófanos, en el primer quirófano se realizan microcirugías (oftálmicas – extracción de cataratas) e intervenciones de menor complejidad como desbridamientos, legrados, entre otros, pero cuando los otros quirófanos están ocupados y existe una emergencia, éste quirófano se adecúa para realizar una intervención de mayor complejidad. En el segundo y tercer quirófano, se realizan intervenciones como: apendicectomías, colecistectomías, hernioplastías, cesáreas, etc. Todos los quirófanos cuentan con monitores de funciones vitales, una máquina de anestesia, una mesa de operaciones, mesa media luna, un aspirador, iluminación

con lámparas cialíticas, aire acondicionado. Las atenciones en el servicio de SOP son: en la mañana de lunes a viernes las operaciones programadas o electivas; en la tarde, noche y fines de semana se atienden operaciones de emergencia. Las intervenciones quirúrgicas programadas tienen establecidos sus horarios: lunes, miércoles y viernes son para el servicio de cirugía y consultorios externos, los martes y jueves para el servicio de gineco - obstetricia; estas operaciones se realizan a partir de las 8 de la mañana y son de 3 a 5 pacientes según especialidad (35).

En el servicio laboran bajo la modalidad de turnos rotativos, seis enfermeras, ocho técnicos de enfermería, médicos cirujanos y médicos anestesiólogos que laboran en el hospital o son contratados para alguna intervención.

El equipamiento y materiales del servicio de Sala de Operaciones han ido mejorando, esto ha permitido la integración y concordancia entre nuestra realidad y demanda.

### **3.3. SUJETO DE ESTUDIO:**

Estuvo constituido por 10 pacientes adultos con diagnóstico de colecistitis, atendidos en el preoperatorio inmediato del Hospital La Caleta.

Para determinar el tamaño de la muestra en este estudio se usó la "saturación de los discursos"; es decir repetimos grupos de

discusión y entrevistas hasta que se repiten los argumentos; lográndose a partir de 10 entrevistados.

#### **3.4. OBJETO DE ESTUDIO:**

El objeto de estudio son las experiencias del adulto en el cuidado pre operatorio.

#### **3.5. MUESTRA:**

La muestra se obtuvo por saturación, siendo un total de 10 participantes.

#### **3.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

- Pacientes adultos lúcidos con intervención quirúrgica programada o electiva.
- Pacientes adultos sometidos a cirugía abdominal (colecistectomía).
- Pacientes adultos que aceptaron participar voluntariamente en el estudio firmando un consentimiento informado.

#### **3.7. PROCEDIMIENTO:**

##### ***Técnica de recolección de datos***

La técnica empleada para la recolección de datos fue la Entrevista en Profundidad, a través de la pregunta de campo, focalizando la entrevista hacia razones, motivos, profundizando hasta hallar explicaciones convincentes, sin sujetarse a una estructura formalizada de antemano (34).

La entrevista se desarrolló en el Servicio de Sala de Operaciones (en la zona semi rígida del servicio), libre de interrupciones, con la mayor flexibilidad, buscando aquello que se deseaba conocer, describir las experiencias del paciente adulto en el cuidado pre operatorio a través de las conversaciones libres en las que las investigadoras poco a poco fueron introduciendo nuevos elementos, realizaron el interrogatorio hacia cuestiones cada vez más precisas, que estimularon a los participantes a entrar en detalle en un clima de confianza mutua que ayudó a que la entrevista se exprese y aclare pero sin sugerir sus respuestas.

El instrumento utilizado estuvo constituido por la Guía de entrevista en profundidad (Anexo 2), empleándose una grabadora pequeña, para registrar con fidelidad todas las interacciones verbales entre entrevistadoras y entrevistados, precisando la fecha, hora, inicio y término de la entrevista. La información fue recolectada, codificada, digitada y archivada (34).

### ***Procedimiento de recolección de datos***

Para la recolección de datos se consideró las fases de trabajo de campo, analítica e informativa.

*La Fase Trabajo de Campo*, se inició con la validación de la pregunta de campo que fue aplicada a 5 pacientes en pre operatorio de sala de operaciones del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote. Posterior a esto se coordinó el acceso

al ambiente hospitalario con la Enfermera Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital La Caleta para realizar la entrevista en profundidad estableciéndose los criterios de selección, identificando los informantes más adecuados con claridad en su expresión, estar dispuesto a participar en el estudio, obteniéndose el consentimiento informado por los sujetos de estudio (Anexo 1).

Se utilizó el método de manejo de datos: i) transcripciones, las entrevistas se grabaron previo consentimiento *informado*, posteriormente fueron transcritas y digitadas, realizando la lectura y relectura de las transcripciones, para familiarizarse con los datos e iniciándose el proceso de estructuración y organización de los mismos. ii) organización, se elaboró un archivo individual de cada entrevistado, en todo momento se tuvo en cuenta el anonimato a través de la codificación por seudónimos de cada uno de los participantes asegurándose el rigor de la investigación considerando la suficiencia y adecuación de los datos. La suficiencia mediante la saturación informativa y la adecuación, seleccionando la información de acuerdo con las necesidades teóricas del estudio.

*La Fase Analítica*, se basó en reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar. Se redujo los datos con el fin de expresarlos de manera conceptual y respondieron a una estructura sistemática y significativa, a efecto de la categorización y dosificación correspondiente, estableciendo un foco de análisis,

centrada en el área de interés: las experiencias de los pacientes en el cuidado preoperatorio que condujeron a su comprensión a través de la concentración de los datos recolectados y su comparación con el enfoque teórico para determinar sus similitudes, luego se realizó el proceso de interpretación con el análisis temático, análisis profundo de la información. La categorización permitió realizar comparaciones y posibles contrastes para organizar conceptualmente los datos y presentando la información debidamente clasificada y sistematizada, estableciendo las ideas más sobresalientes.

*La Fase Informativa*, dirigida a la presentación y difusión de los resultados para compartir la mayor comprensión del fenómeno objeto de estudio a través de la presentación y difusión de los resultados.

### **3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR**

Los discursos fueron recolectados teniendo en cuenta los criterios de rigor y las consideraciones éticas con la finalidad de velar por la calidad y objetividad de la investigación. Se tendrá en cuenta los principios éticos que involucra a seres humanos (36).

#### **❖ Consideraciones éticas:**

*Beneficencia*, referido a no hacer daño, no exponer a los pacientes a daños físicos y psicológicos. La relación riesgo –

beneficio con un balance a favor de los sujetos de estudio, expresado en la contribución para la presente investigación.

*Respeto* a la dignidad humana, considera el respeto a las personas, en la Autodeterminación, se respetó el derecho de decidir voluntariamente su participación en el estudio y en la *información* completa, se informó el propósito, modalidad de la investigación y se obtuvo el consentimiento informado.

*Justicia* se evidencia por la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo a lo que se considera moralmente correcto y apropiado, las grabaciones se realizaron en forma individual manteniendo la confidencialidad y anonimato de los participantes usando códigos, tanto antes, durante y después de su participación en el estudio. Los códigos se determinaron con seudónimos que correspondieron a los nombres de los pacientes.

❖ *Criterios de rigor:*

*Credibilidad*, referida a la confianza en la veracidad de los descubrimientos realizados en una investigación, a la verdad conocida, sentida y experimentada por los participantes, las informaciones se ajustan a la verdad porque de ello depende la veracidad de los resultados del estudio, los discursos fueron transcritos sin tergiversarlos, analizándolos a profundidad

obteniéndose datos confiables y de conformidad a los testimonios.

Los informantes son los que conocen su mundo, el cual puede ser completamente diferente al mundo de las investigadoras. Éstas tienen la tarea de captar el mundo del informante de la mejor manera que lo pueda conocer, creer o concebir lo cual a menudo es un reto difícil que requiere escuchar de manera activa, reflexionar y tener una relación de *empatía* con los entrevistados. La experiencia indica que a los entrevistados les gusta participar en la revisión, pues ellos quieren reafirmar su participación y desean que los hallazgos sean lo más creíbles y precisos para ellos.

*Transferibilidad*, dada por la posibilidad de aplicar los resultados de la investigación a otros sujetos y contextos, considerando que la generalización no es posible dado el carácter único e irreplicable de los contextos, conductas y fenómenos estudiados, con la posibilidad de algún tipo de transferencia entre contextos, conductas y fenómenos estudiados, con la posibilidad de algún tipo de transferencia entre contextos, dependiendo del grado de similitud entre los mismos. Al finalizar el estudio se desarrollaron descripciones copiosas, que permitieron juzgar el grado de correspondencia con otros contextos. Se necesitó describir densamente el lugar y características de las personas donde el fenómeno fue

estudiado, por tanto el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos (37).

*Confirmabilidad*, referida a la neutralidad en la investigación, tiene que ver con la independencia de los descubrimientos frente a inclinaciones, motivaciones, intereses o concepciones teóricas de las *investigadoras*, traslada la neutralidad de las investigadoras a los datos y las interpretaciones, comunica a la audiencia los supuestos que le llevan a formularse las preguntas o presentar los descubrimientos en un modo determinado, los resultados son determinados por los informantes y no por prejuicios propios. También es llamada *Auditabilidad* y consiste en la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta que la investigadora original ha hecho, siendo necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que las investigadoras examinen los datos y puedan llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares (34).

## **IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS**

### **4.1. CONSTRUCCIÓN DE HALLAZGOS**

Luego de la codificación y clasificación de los resultados obtenidos mediante las entrevistas, se definieron las categorías analíticas con los significados que más se aproximan, integran permitiendo describir y analizar el fenómeno en estudio representado en las tres siguientes categorías: 1) Transitando por el Periodo Pre quirúrgico, 2) Relaciones de Cuidar Cuidado de Enfermería y 3) Experimentando sufrimiento psicológico (Anexo 3).

Las Categorías se construyen en base a Sub categorías, las que se enuncian a continuación:

#### **1. TRANSITANDO POR EL PERIODO PRE QUIRURGICO**

**1.1. INTERNALIZANDO LA EXPERIENCIA PRE QUIRURGICA**

**1.2. PREPARANDOME PARA LA INTERVENCIÓN  
QUIRÚRGICA**

**1.3. CAMINANDO HACIA UNA ATENCION DE CALIDAD**

#### **2. RELACIONES DE CUIDAR / CUIDADO DE ENFERMERÍA**

**2.1. EXPERIMENTANDO COMPORTAMIENTOS**

**2.2. PERCIBIENDO ACTITUDES DE CUIDADO DE  
ENFERMERÍA**

### 3. ENFRENTANDO MOMENTOS DIFÍCILES

3.1. ENFRENTANDO CON RESIGNACIÓN, ESPERANZA Y FE

3.2. RECIBIENDO EL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR EN EL  
MOMENTO DIFÍCIL

3.3. EXPERIMENTANDO SUFRIMIENTO PSICOLÓGICO

3.4. ADQUIRIENDO BIENESTAR Y CONTROL

3.5. ENFRENTANDO LIMITACIONES

1. En la primera categoría encontrada **TRANSITANDO POR EL PERIODO PRE QUIRÚRGICO**, el paciente adulto para ser sometido a una intervención quirúrgica, transita por un periodo previo en el que incorpora experiencias nuevas, según la RAE (2012) define que lo transitorio es aquello "que tiene una duración limitada, que no es para siempre" y Según Long y otros (1999), el periodo pre quirúrgico o pre operatorio "empieza cuando el paciente decide someterse a un procedimiento quirúrgico; esta fase se completa cuando la persona es trasladada a la sala de operaciones y es ubicada sobre la cama quirúrgica".

Las experiencias del paciente adulto en el transitar pre operatorio se construye a partir de las sub categorías: ***Internalizando la Experiencia Pre Quirúrgica, Preparándome para la Intervención Quirúrgica, Caminando hacia una Atención de Calidad.***

**1.1. Internalizando la Experiencia Pre Quirúrgica**, la internalización según Torralba (1998) “es la experiencia vivida por los pacientes durante el padecimiento de una enfermedad es una experiencia novedosa, inesperada, relevante y dura para la cual la persona no recibe preparación e inducción de ningún tipo en la mayoría de los casos.

Internalizar la experiencia pre quirúrgica o pre operatoria es el conjunto de conocimientos y acciones que el paciente adulto ha adquirido o aprendido en un periodo determinado de tiempo previo a la operación y que incorpora a su experiencia de vida.

El Internalizar la experiencia pre quirúrgica se expresa cuando el paciente adulto va ***recibiendo la noticia del acto quirúrgico, reaccionando a la noticia de ser operado, identificando la intervención quirúrgica, recordando mis intervenciones quirúrgicas y experimenta la primera experiencia quirúrgica.***

El paciente adulto al ***recibir la noticia del acto quirúrgico***, toma conocimiento de que necesita ser intervenido quirúrgicamente para solucionar el problema de salud detectado; esto es expresado en los siguientes discursos:

*“El doctor me dijo que tenía que ser operada, por los resultados en los análisis” (MARTHA).*

*“El doctor me comunico que tengo cálculos y debo operarme” (RUTH).*

*“Me comunicaron que tenía que operarme, porque me causaba cólico y diarrea (MARÍA).*

*“El doctor me comunicó que tenía que operarme, acepté porque ellos son profesionales y saben que es la solución a mi problema” (RAMÓN).*

*“El médico comunicó que tenía que operarme de la vesícula” (JOSÉ).*

*“Me dijeron que me tenía que operar lo acepte tranquilamente” (MAICOL).*

Según la Ley General de Salud del Perú (2009) en el art. N°15 dice “los médicos tratantes son los únicos que están obligados a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud o procedimiento quirúrgico, así como sobre los riesgos y consecuencias de los mismos (40).

Según los derechos del paciente, toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos contraindicaciones, precauciones y advertencias de las medicamentos que se le prescriban y administren; a que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la

aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste (41).

El mantenerse informado representa para el paciente adulto incorporar el conocimiento que su problema de salud solo tiene una solución mediante la intervención quirúrgica, dando la apertura para que el paciente transite por esta experiencia pre quirúrgica.

Como parte de la internalización el paciente adulto **reacciona a la noticia de ser operado**, la reacción es consecuencia o resultado de una determinada acción (RAE, 2012). En este caso a la recepción de la noticia de que necesita ser intervenido quirúrgicamente, el paciente adulto manifiesta sentimientos de tristeza y miedo según se expresa en los siguientes discursos:

*“Sentí tristeza y miedo cuando me dijo el doctor que tenía que operarme” (MARTHA).*

*“Sentí tristeza cuando me dijeron que me iban a operar” (ROSA).*

Cuando el paciente es informado es consciente de lo que le sucede, sumándose a ello otros elementos como la confianza, facilitando la aceptación y colaboración en el cuidado, la confianza se basa en el conocimiento de los cuidados de enfermería, estos conocimientos fundamentan su saber y les permiten enfrentar los diversos problemas clínicos, además de facilitar la implementación

de los procesos de enfermería. La actualización con diversas herramientas, más la investigación y la experiencia obtenidas, son una fuente inagotable de conocimientos para la enseñanza en las áreas donde realiza sus actividades diarias incrementando la seguridad en sus acciones.

Con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales evalúa de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios. Hoy en día también la enfermería se ha especializado en el avance de sus métodos y la precisión de su actuación en los cuidados, sus conocimientos deben estar al día y el intercambiar experiencias contribuye al conocimiento.

Así mismo el paciente adulto va **identificando la intervención quirúrgica**, identificar se refiere a reconocer la identidad de algo, en ésta situación identificar el tipo de cirugía que se le realizará al propio paciente y se expresa en los siguientes discursos:

*“Me van a operar de mi problema vesicular” (MARTHA).*

*“Yo he sido programada para que me operen de vesícula”  
(LAURA).*

*“Yo me voy a operar de vesícula” (MARÍA).*

*“Voy hacer operada de mi problema vesicular” (ELENA).*

*“Seré operada de la Vesícula” (LILA).*

*“Seré operado de la Vesícula” (RAMÓN).*

*“Me voy a operar de la vesícula” (JOSÉ).*

*“Me van a operar de la vesícula” (ROSA).*

*“Me voy a operar de la vesícula” (MAICOL).*

En cirugía todos los rituales son importantes, es solo a través de una atención rigurosa al detalle y a la comunicación efectiva como se mantiene la seguridad durante un periodo extremadamente vulnerable para el paciente adulto quien identifica y asimila la intervención quirúrgica favoreciendo su internalización.

El paciente adulto en el pre operatorio va **Recordando intervenciones quirúrgicas**, recordar es traer a la memoria propia algo percibido, aprendido o conocido, o retener algo en la mente (RAE, 2012); en esta situación recordar intervenciones quirúrgicas pasadas le ayudará a fijar la experiencia quirúrgica, esto se expresa a través de los siguientes discursos:

*“Me han operado de cesárea y un absceso” (MARTHA).*

*“Fui operada de cesárea, tengo experiencia” (LILA).*

*“Me operaron de la próstata, así que conozco de qué se trata” (MAICOL).*

Los antecedentes quirúrgicos detallan si han sido sometidos a una cirugía anterior, señalando la causa, la fecha y complicaciones que pudo haber presentado en dicho evento.

Al respecto Fernández (2006) sostiene que el haber sido testigo o haber sufrido experiencias pasadas en duración y magnitud de la enfermedad, tipo y gravedad de la intervención quirúrgica, tiempo de preparación previa para la cirugía determinen que la persona desarrolle capacidad y tolerancia para soportar situaciones estresantes.

Sin embargo para un grupo de adultos se convierte en la ***internalización de su primera experiencia quirúrgica***, al referirse primera experiencia es que no tiene otra cosa de su misma especie anterior en el tiempo o en el espacio, en esta situación se estará experimentado por primera vez una intervención quirúrgica; éste tema se construye a través de los siguientes discursos:

*“Es mi primera operación” (LAURA).*

*“Es la primera vez que me van a operar” (ELENA).*

*“Nunca he sido operada” (RUTH).*

*“Nunca me han operado” (RAMÓN).*

*“Nunca antes me han operado” (JOSÉ).*

*“Nunca me han operado” (ROSA).*

En la primera experiencia según Torralba (1998), se manifiestan varias preguntas debido a la enfermedad, durante la hospitalización y durante el proceso de cuidado, tales como: ¿qué está sucediendo conmigo? ¿Qué harán o están haciendo conmigo? ¿Eso va a doler? ¿Moriré? ¿Estas personas son competentes, saben lo que están haciendo? ¿Serán capaces de ayudarme? que pueden generar mayor aprehensión por el temor a lo nuevo y a lo desconocido.

**1.2. Preparándome para la Intervención Quirúrgica,** preparar es prevenir, disponer una cosa para que sirva a un efecto, es decir prevenir a los pacientes o disponerles para una acción que se ha de seguir como es el procedimiento quirúrgico.

El paciente adulto se prepara física, psicológica y emocionalmente para enfrentar en una forma única la experiencia quirúrgica a pesar de que en toda intervención quirúrgica se dan un conjunto de características que son comunes en todos pacientes.

Los pacientes adultos en este momento de preparación demandan de cuidados de enfermería que requieren de conocimientos profundos.

Ruiz (2000) señala que la cirugía es una amenaza real o potencial para la integridad corporal, interfiere en el funcionamiento orgánico normal, el individuo sufre una lesión o enfermedad y cambios en sus hábitos personales, aunque sean de forma provisional.

En toda Intervención quirúrgica se da un conjunto de características que son comunes a todos los pacientes que, por una u otra razón, deben someterse a una intervención quirúrgica. Demandando cuidados de enfermería perioperatorios que requieren de un conocimiento profundo.

Al respecto, Brunner y Suddarth (2013) refieren que prepararse para una intervención quirúrgica debe ser dirigida por las actividades de enfermería, no solo va a incluir la valoración física sino también la emocional, obtención de antecedentes anestésicos e identificación de alergias o problemas genéticos, asegurar que se haya realizado las pruebas necesarias

Según Long (1999), la enfermera se hace responsable del cuidado del paciente que ingresa para ser intervenido quirúrgicamente, el médico le realiza el examen físico con el objetivo de ayudar o apoyar los datos iniciales y determinar su estado de salud.

El éxito de la preparación preoperatoria no solo depende de la preparación física y documentaria sino también depende en gran parte de la cooperación del equipo quirúrgico, quienes deben

ofrecer información y orientación, la buena relación enfermera-paciente y el trato humano.

Brunner y Suddarth (2013) sostienen que el éxito del proceso quirúrgico el día de la cirugía se revisan los conocimientos del paciente acerca del proceso que se va a realizar, se verifica identidad y el sitio quirúrgico, se confirma el consentimiento informado y se inicia la infusión intravenosa, valoración de factores de salud que afectan a los pacientes, antes de la operación, farmacoterapia previa, factores psicosociales, creencias religiosas y culturales.

Es importante tener presente que el éxito del proceso quirúrgico dependerá no sólo de la intervención en sí misma, a pesar de que ésta pueda ser el acto central de toda la sucesión de acontecimientos, sino del buen desarrollo de cada una de las etapas indicadas. No es arriesgado afirmar, que sin una correcta preparación preoperatoria y unos adecuados cuidados postoperatorios, ni la mejor de las intervenciones quirúrgicas podría tener éxito.

El paciente adulto en esta etapa de preparación experimenta la **Realización de exámenes auxiliares previos, Recibe información médica y se Interna previamente.**

Una o dos semanas antes de la cirugía el paciente adulto tiene que **realizarse exámenes auxiliares previos**, así como un examen físico situación expresada en los siguientes discursos:

*"Me realizaron exámenes de sangre, orina y ecografía"*  
(MARTHA).

*"El doctor me tomó ecografía y análisis, enterándome que tengo cálculos"* (LAURA).

*"El doctor me tomó ecografía y análisis"* (RUTH).

*"Me realizaron análisis y ecografía para que me operen, y tenía el colesterol elevado"* (MARÍA).

*"El doctor me tomó una ecografía e informó que tenía cálculos"* (ELENA).

Las intervenciones quirúrgicas a nivel de vesícula son consideradas cirugías mayores (son las cirugías de cabeza, cuello, tórax y abdomen; el tiempo de recuperación puede ser largo y exigir la permanencia en terapia intensiva o varios días de hospitalización; luego de estas cirugías, existe un riesgo mayor de que se presenten complicaciones) siendo necesario la realización de exámenes de laboratorio antes de la admisión al hospital para identificar problemas potenciales que pudieran complicar la operación si no se detectan y tratan rápidamente. Algunos de los exámenes más comúnmente realizados antes de la cirugía se

incluyen en la lista siguiente: rayos X de tórax, electrocardiograma, hemograma, hematocrito, grupo sanguíneo, factor Rh tiempo de coagulación y sangría, glucosa, urea, creatinina, bilirrubina directa e indirecta, transaminasas, amilasa, uroanálisis, electrolitos en el cuerpo, entre otros.

En esta etapa de preparación el paciente adulto va **recibiendo información médica**, el cirujano debe explicarle de manera clara y sencilla en qué consiste la cirugía, los riesgos a que va a ser sometido, complicaciones, incapacidades y otros eventos que pudieran resultar como parte del acto operatorio o después de éste. Esta información estará de acuerdo con el tipo de paciente y su situación personal, siempre teniendo en cuenta el principio de la veracidad y, sobre todo, lo que el paciente debe y desea saber.

El anestesiólogo visita al paciente adulto la tarde anterior a la operación para realizar una valoración y pre medicación anestésica, según se evidencia en los siguientes discursos:

*“Aparte de la enfermera se me acerco el doctor a explicarme acerca de la operación” (MARTHA).*

*“Justo ahora antes de entrar me ha explicado el doctor y entendí” (RUTH).*

*“En la mañana la doctora me explicó que me iban a operar, si le entendí” (LILA).*

*“El doctor me explicó todo sobre mi enfermedad y entendí”  
(RAMÓN).*

*“El doctor me explico y dijo que tenía que operarme, también  
me explico de las consecuencias que tendría si no lo hacía”  
(RUTH).*

Dochtermans (2005) sostiene que se debe informar al paciente y familiares la duración de la operación y brindar conocimiento relacionado con la cirugía.

El paciente adulto al recibir la información y comunicación acerca de la enfermedad e intervención quirúrgica experimentará un tránsito preoperatorio disminuyendo el temor a lo desconocido.

Para la realización de la intervención quirúrgica el paciente adulto debe **Internarse previamente** para completar la preparación preoperatoria; el personal de enfermería necesita conocer el problema básico de salud del paciente que va a ser sometido a una cirugía, los datos generales, estado general de salud, historia de la enfermedad, causa del problema y la naturaleza del anestésico que se utilizará en la cirugía, ya que son imprescindibles para la recolección de información de enfermería, por ello es que el paciente se hospitaliza generalmente 24 horas o menos, debido al riesgo que se tiene de contraer infecciones intrahospitalarias; expresado a través de los siguientes discursos:

*“Ayer he sido hospitalizada” (MARTHA).*

*“Me hospitalicé el día anterior” (JOSÉ).*

*“Ayer vine al hospital y me quede para que hoy me operen”  
(ROSA).*

*“El día de ayer me quedé en el hospital” (MAICOL).*

*“He sido hospitalizada de emergencia, debido a que hice  
una pancreatitis” (RUTH).*

*“Estoy hospitalizada y me siento más tranquila, porque he  
estado con calmantes para el dolor” (LAURA).*

*“Estoy hospitalizada desde el sábado” (LILA).*

Es necesaria la hospitalización previa del paciente adulto para poder realizar los cuidados preoperatorios, se puede identificar algunos problemas que pudiesen complicar o interrumpir la operación quirúrgica, del mismo modo identificar una solución o llegar a la postergación de ésta.

Se requiere un **Momento de ayuno** para la preparación preoperatoria, el ayuno es requisito para toda intervención quirúrgica, su objetivo es reducir el volumen y la acidez del contenido estomacal durante la cirugía, al mismo tiempo que reduce el riesgo de regurgitación / aspiración.

Las guías quirúrgicas (2012) recomiendan un cambio de actitud en la política del ayuno desde el enfoque habitual "nada por boca

desde la medianoche" a políticas más flexibles que permiten un periodo de ingesta restringida de líquido hasta algunas horas antes de la intervención quirúrgica, para evaluar los regímenes de ayuno que diferían en la duración, el tipo y el volumen de la ingesta permitida durante un periodo de ayuno restringido; este tema se fundamenta en los siguientes discursos:

*"Nos dijeron que no podíamos comer nada, ni agua"*  
(MARTHA).

*"No he comido nada desde la noche"* (MARÍA).

*"En la noche me dijeron que no tenía que comer nada"*  
(ELENA).

*"Ayer hemos comido bien, pero hoy no"* (LILA).

*"No comí nada desde anoche"* (ROSA).

*"No comí nada desde ayer"* (MAICOL).

Los pacientes adultos experimentaron durante la preparación preoperatoria momentos de ayuno aproximadamente 8 – 10 horas antes de la operación. La presencia de líquidos y alimentos en el estómago aumenta la posibilidad de que el paciente aspire el contenido gástrico en caso que vomite mientras se encuentre con anestesia general.

Durante la preparación pre operatoria el paciente adulto va **Experimentando procedimientos** que son brindados por el personal de enfermería, el cuidado en este periodo influye sobre la experiencia peri operatoria global del paciente adulto quien requiere una adecuada preparación física en base a una serie de procedimientos como higiene corporal, enema, venoclisis, medicación pre anestésica, vendaje de miembros inferiores, control de funciones vitales, entre otros; se manifiesta en los siguientes discursos:

*“En la noche nos administraron un enema, hoy temprano fui al baño para poder evacuar” (MARTHA).*

*“En la mañana me prepararon físicamente” (RUTH).*

*“Me administraron enema” (ELENA).*

*“En la noche y temprano me prepararon para la operación: Me vendaron mis piernas y me cubrieron mi cabeza” (LILA).*

*“Hoy temprano me prepararon, me dijeron que me bañe, me vendaron mis piernas y me midieron mi presión para que me operen” (RAMÓN).*

*“Hoy en la mañana recibí baño corporal, vendaje de piernas cuando me subí a la camilla” (JOSÉ).*

*“Recibí baño, me midieron la presión arterial y vendaron las piernas para que todo esté bien luego fui ubicada en n a la camilla” (ROSA).*

Al respecto Waldow (2008) sostiene que el ser humano es el ser de cuidado, quien para recibir las atenciones de nivel terapéutico, requiere de un cuidado con técnicas y procedimientos. Es un cuidado hecho con compasión, con intereses y con cariño. Por otro lado el ser que cuida, encuentra camino para una internalización de sus actos y pasa a percibir que necesita cuidar de sí.

La prescripción de enemas como procedimiento durante la fase pre-operatoria se hace solo en el caso de cirugía del tracto gastrointestinal o de las áreas pélvicas. La noche anterior de la operación se aplica un enema de limpieza, procedimiento que puede repetirse si no es eficaz. Con esto se pretende evitar la defecación involuntaria durante la anestesia, evitar heridas del colon, tener una mejor visualización del área quirúrgica, evitar la presencia post-operatoria de estreñimiento o impactación fecal.

Así mismo el objetivo de la higiene es liberar la zona operatoria de todos los posibles agentes contaminantes. En muchos casos basta con la utilización de una ducha con jabón germicida. No debe utilizarse jabón, alcohol o soluciones a base de alcohol. Los cirujanos ordenan la preparación de la piel y los protocolos de estos varían según la institución.

Cuanto mejor preparado se encuentre el paciente más estará alcanzando mayor seguridad preoperatoria (es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias).

El paciente adulto requiere que se vaya ***asegurando la presencia de medicamentos pre quirúrgicos***, el papel que juega la enfermera en la etapa preoperatoria es de importancia particular, porque es ella la que se encarga de verificar que todos los medicamentos pre quirúrgicos estén completos, a fin de evitar retrasos en la intervención quirúrgica; se expresa en los siguientes discursos:

*“La enfermera verifico mis medicamentos” (RUTH).*

*“La enfermera revisó si tenía completos los medicamentos”  
(JOSÉ).*

Es labor del Equipo de Enfermería de Quirófano revisar el tratamiento pre quirúrgico y el campo quirúrgico para detectar cualquier anomalía y proceder a su resolución, si la hubiera. También se revisarán todos los dispositivos necesarios para la intervención y el tratamiento pre quirúrgico (8).

**1.3. Caminando hacia una Atención de Calidad,** la enfermería como profesión tiene la misión de proporcionar cuidados a los pacientes a través de una atención de calidad basado en el conocimiento, habilidad profesional, calidez, razonamientos acertados y aplicación de juicios, demostrando responsabilidad en su labor con el fin de dar satisfacción al paciente.

A través de la historia la enfermera se ha preocupado por adquirir conocimientos que fundamentan las acciones de enfermería para brindar a los pacientes una mejor calidad de las funciones sociales, psicológicas (Donabedian. 2000)

Caminar es recorrer distancia, hacia lo deseado, Atención es Acoger favorablemente un deseo, aplicar voluntariamente el entendimiento a un objeto espiritual o sensible, tener en cuenta o en consideración alguna cosa, mirar por alguna persona o cuidar de ella.

Atención tiene mucho sinónimo con cuidar, según el cuidar es poner atención, esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, meditar, asistir, aplicar la atención o pensamiento. Waldow (2008) sostiene que el verbo cuidar asume la connotación de causar quietud, entregar la atención.

Calidad es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2012, define la calidad como “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente”, para que un servicio brinde una atención de calidad tiene que cumplir con los siguientes parámetros: un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del paciente para concluir con el impacto final para la salud.

Según Pola (1999), define que un servicio es de calidad cuando satisface las necesidades y expectativas del cliente o usuario, en función de parámetros como seguridad que el producto o servicio confiere al cliente. Fiabilidad o capacidad que tiene el producto o servicio para cumplir las funciones específicas, sin fallo y por un periodo determinado de tiempo.

La sociedad americana para el control de la calidad, define la calidad como el logro de los resultados deseados en la salud de los individuos y población en general, “cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud” es decir a los resultados de la

atención que incluye mejoría de las funciones sociales y psicológicas (Donabedian, 2000).

Ante ello los pacientes en fase preoperatoria buscan recibir un trato de calidad por parte del equipo de salud, la enfermera como función importante que realiza tanto en la valoración inicial, evaluación sistemática del paciente para determinar su grado de bienestar general identificando problemas de salud (Brunner, 1998).

Al respecto Quispe (2005) Calidad de la atención es la respuesta expresada por el paciente sobre como aprecia su entorno y las relaciones interpersonales durante la atención que recibe el profesional de enfermería.

Según Koziar (1999) la calidad de atención de enfermería se define como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del paciente y la del personal de enfermería.

Para el colegio de enfermas del Perú, la calidad de cuidados de enfermería se considera como un trabajo endógeno, no se impone ni basta que el eje está empeñado en ello (CEP 1999).

En los servicios de salud caminando hacia la calidad de atención, es responsabilidad de los diferentes grupos que laboran en un

hospital, sin embargo el papel de la enfermera es de particular importancia, ya que es quien brinda cuidado directo y está en contacto por más tiempo con el paciente, un cuidado de buena calidad es necesaria para lograr la satisfacción de los pacientes adultos ya que son extraordinariamente al trato que recién y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de atención como un todo.

En el camino de recibir cuidado de calidad, el paciente adulto está ***recibiendo atención oportuna con amabilidad, Recibiendo atención óptima de los miembros del equipo de salud, Encontrando momentos de apoyo económico.***

El paciente adulto de encuentra ***recibiendo atención oportuna con amabilidad***, al respecto Waldow (2004) refiere que el grado de interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud debe ser con amabilidad y confianza, que involucra una adecuada relación interpersonal en el cual debe existir respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinde, influyendo determinadamente en la satisfacción del paciente; éste tema se construye a través de los siguientes discursos:

*Desde un principio me han atendido bien, han sido atentos (Martha).*

*“La atención ha sido buena, porque desde que he entrado al hospital no he tenido ningún problema, me han tratado bien” (RUTH).*

*“Me siento bien porque todos me han atendido bien” (LILA).*

*“La atención es buena porque están viendo mis necesidades, si estoy dormido o despierto, o si me falta algo me indican lo que tengo que hacer” (JOSÉ).*

*“Todos aquí en el hospital me han tratado amablemente y aquí en sala también” (MAICOL).*

Los pacientes adultos experimentan cuidado con amabilidad lo que representa la consideración de que uno mismo y los otros son dignos de ser amados; dignos de ser tratados con respeto, consideración, delicadeza y benevolencia.

Asimismo en este transitar preoperatorio los pacientes adultos de encuentran **recibiendo atención óptima de los miembros del equipo de salud**, la atención óptima es posible cuando los profesionales de la salud y el paciente se comuniquen en la relación interpersonal terapéutica, es fundamental que el equipo multidisciplinario actúe de manera coordinada, brindando orientación e información suficiente al paciente y familiares, la comunicación, planificación, coordinación del equipo permiten resultados quirúrgicos beneficiosos; se manifiesta a través de los siguientes discursos:

*“Desde un principio me han atendido bien, han sido atentos, me han orientado a donde tengo que ir. No he sido tratada mal por ningún trabajador del hospital” (MARTHA).*

*“La experiencia que tuve desde que decidí operarme ha sido buena, porque el doctor amablemente me explico y le entendí. Me indicaron a que consultorio debo ir, a que ventanillas” (LAURA).*

*“Aquí me han tratado bien, porque calmaron mi dolor” (MARÍA).*

*“Toda la atención excelente, porque uno encuentra las puertas abiertas recibe orientación y la familia también” (RAMÓN).*

En este tránsito preoperatorio el paciente adulto va **encontrando momentos de apoyo económico**, el papel de enfermería va más allá, ella es quien se encarga de contactar con la asistencia social y de coordinar el aseguramiento de paciente a un sistema de salud integral al cual tiene derecho. La enfermera brinda información acertada y concreta, que le ayude a aclarar sus ideas acerca del financiamiento de su operación y hospitalización, es decir su estado económico, que probablemente puede ser uno de grandes problema, que le preocupa, se expresa en los siguientes discursos:

*“Yo tengo SIS, que cobertura casi todo, solo tres ampollas he comparado” (LAURA).*

*“Tengo SIS; compré algunas cosas, todo no ha cubierto” (MARÍA).*

*“Yo tengo SIS y todo ha cubierto” (ELENA).*

*“Tengo SIS, coberturó los gastos en medicamentos así como las consultas” (LILA).*

*“Todo ha cubierto el SIS, excepto algunos medicamentos” (RAMÓN).*

*“Tengo SIS, ha cubierto parte de los medicamentos, el resto lo asumimos nosotros” (ROSA).*

Los pacientes en Perú, acceden al fondo de apoyo económico SIS del MINSA, el SIS financia atenciones de salud en base al plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS), el cual es una lista priorizada de condiciones e intervenciones que se brinda a nuestros asegurados en el ámbito del aseguramiento universal. Las condiciones asegurables de PEAS se orientan a proteger la salud de las personas.

2. En la segunda categoría encontrada **RELACIONES DE CUIDAR / CUIDADO DE ENFERMERÍA**, se entiende por relación, como la característica de dos objetivos tales que uno entraña una modificación

en el otro e incluso en la actividad de un ser vivo, implica una interdependencia, una interacción. La enfermera, a partir de su formación y de sus experiencias de trabajo, desarrolla, con el tiempo, su propia manera de ser, y de estar en la relación del cuidado. Al respecto Waldow (2004) afirma que la enfermera es ante todo una persona de características humanas y profesionales indisociables, con estas características ella establece una relación, en una relación marcada por la aceptación, la comprensión, la acogida y el amor.

Para ello la enfermera debe implicarse verdaderamente en la relación. Es esencial que esta tenga un gran conocimiento de sí misma para distinguir con la mayor claridad posible de qué manera sus características personales influyen en la calidad de esta relación.

Al respecto Chalifour (1998) refiere que a partir de su formación, de su experiencia de trabajo, de sus valores, de lo que cuidar significa para enfermería, de las expectativas del medio y de las personas cuidadas, cada profesional tiene su propia definición (consciente o no) de "hacer" y de estar en relación del cuidado. La relación desde una perspectiva humanística se caracteriza, por la calidad del encuentro que se establece entre la enfermera y el paciente. Es necesario, a lo largo de los encuentros, preocuparse por la calidad del contacto y particularmente de cómo se establece y se mantiene el cuidar / cuidado.

Al respecto Waldow (2004, 2008) sostiene que el proceso de cuidar /cuidado significa preocupación, interés, afecto, importarse, proteger, gustar, cautela, celo, responsabilidad, preocupación. Es lo que confiere la condición de humanidad a las personas y se da como una cuestión de sobrevivencia y como una expresión de interés y cariño, en la primera forma no deja de incluir el ser, estar en el mundo, en busca de la preservación, de ocupar su espacio y buscar su identidad; la segunda forma en que el ser expresa interés y cariño en relación a otro ser y pasa a relacionarse con él.

Waldow (2008) el proceso de cuidar resulta de una autorrealización de ambos, del ser que cuida y el ser que es cuidado, este proceso puede ocurrir en un momento dado y presentar continuidad. De una forma u otra este proceso ocurre desarrollándose una relación de cuidado que trasciende. Por las relaciones de cuidado se entiende que es relacionarse entre personas que existan comportamientos de cuidar. Para que se establezca la relación de cuidado es necesario que haya, por parte de la cuidadora, una intención y una predisposición para cuidar y "estar con" el ser que será cuidado. El ser que será cuidado a su vez presenta una actitud de responsabilidad, que puede variar según como se inicia la relación, a través de los actos, actitudes y comportamientos de la cuidadora.

En ese sentido el paciente adulto en la fase pre operatoria se encuentra inmerso **Experimentando Comportamientos** y **Percibiendo Actitudes de Cuidado de Enfermería.**

**2.1 Experimentando Comportamientos**, experimentar es un conjunto de conocimientos que se adquieren con la práctica y con el vivir, probar y examinar prácticamente una situación y comportamiento, es el conjunto de conductas, parte o manera de proceder de una persona.

En la vida diaria, las personas deben enfrentar en una o en múltiples ocasiones el dolor y el sufrimiento físico, mental y espiritual ocasionado por la intervención quirúrgica. Pasar por una situación pre quirúrgica, es una experiencia nueva, en su forma de pensar, sentir y en la determinación de sus respuestas.

Waldow (2004) afirma que la enfermera expresa comportamientos de cuidar, que las personas comparten tales como confianza, respeto, consideración, interés, atención entre otros, creando de esa manera ambientes o clima de cuidado en la cual sus valores son enaltecidos, las personas se sienten bien, reconocidas y aceptadas como son, expresándose de forma auténtica estableciéndose relaciones entre el ser que cuida y el ser que es cuidado.

El cuidado, objeto de enfermería es su esencia porque el cuidado es siempre para y con algo o alguien que engloba la salud, de forma integral, va más allá de lo psicobiológico, espiritual, social, político, que además de procedimientos técnicos y conocimientos engloba actitudes y comportamientos.

Los comportamientos y actitudes incluyen respeto, consideración, generosidad, solidaridad, involucramiento, protección, aceptación cariño, amor, presencia, paciencia, ayuda, compasión, sensibilidad, solidaridad, empoderamiento y responsabilidad.

El paciente adulto durante el proceso de experimentar comportamientos está **Acogiendo trato amable, Recibiendo cuidado con paciencia, Adquiriendo educación de enfermería.**

El paciente en preoperatorio necesita ir **Acogiendo trato amable**, es decir un trato cálido, con amor que según Roach (1998) las relaciones enfermera - paciente debe desenvolverse con respeto, seguridad y confianza; según se expresa en los siguientes discursos:

*“La enfermera amablemente me recibió” (LAURA).*

*“La enfermera me trato amablemente” (RUTH).*

*“Ayer que he sido internada fui recibida por la enfermera quien me recibió amablemente” (ELENA).*

Waldow (2008) afirma que el trato amable va más allá de brindar un cuidado óptimo, se brinda con amor, paciencia, presencia, ayuda y compartimiento. Así mismo Boff (1999) propone sobre las resonancias del cuidado, privilegiando al amor como

fenómenos biológicos, la justa medida, la ternura, la caricia, la cordialidad, la convivencia y la compasión.

Estos comportamientos van a permitir que el paciente adulto en el pre operatorio se sienta acogido, comprendido y en un ambiente de confianza y de apertura para la relación enfermera - paciente.

Asimismo el paciente adulto en el proceso de experimentar comportamientos, se encuentra **Recibiendo cuidado con paciencia**, Waldow (2004) expresa que el recibir el cuidado con paciencia es dar el tiempo y permitir que el otro se encuentre, paciencia es saber esperar pasivamente que alguna cosa se acontezca, en un cierto tipo de participación con el otro y de entrega completamente. La enfermera en el preoperatorio brinda al paciente un cuidado con paciencia según se expresa en los siguientes discursos:

*“La enfermera me hablo bien, tranquila, se portó bien conmigo, se notó su paciencia” (LAURA).*

*“La enfermera me trató bien porque tenía paciencia conmigo” (ROSA).*

*“Muy buena gente la señorita enfermera, tuvo paciencia conmigo” (MAICOL).*

Boff (1999) sostiene que el cuidar significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato, como se dice es un actitud fundamental, de un modo de ser mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud.

El paciente adulto en preoperatorio va **Adquiriendo educación de enfermería**, la educación en el preoperatorio es un proceso dinámico, es función principal del personal de enfermería, desde la admisión del paciente hasta el alta, que se enriquece con la comunicación, planificación y coordinación del equipo de salud favoreciendo el logro de resultados quirúrgicos exitosos, expresado en los siguientes discursos:

*“La enfermera me explico acerca de mi operación”  
(LAURA).*

*“Me oriento acerca de lo que debo hacer” (RUTH).*

*“La enfermera me hablo sobre lo que me va a pasar hoy”  
(MARÍA).*

*“La enfermera me ha dicho que lo que van hacer es sencillo”  
(ELENA).*

*“Lo que no entendía me explicaba la enfermera” (ROSA).*

*“La enfermera me explicó que me iban hacer” (MAICOL).*

La educación que brinda la enfermera al paciente adulto en el pre operatorio es la base para la preparación psicológica, la enfermera debe tener una visión más humanista que marca la diferencia con un toque especial para ser visualizado como un comportamiento interactivo, como una expresión de ser para el mundo, respetando y considerando al ser humano en su totalidad.

Al respecto Dochtermans (2005) afirma que la enseñanza pre quirúrgico es ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el periodo de recuperación posoperatoria.

**2.2. Percibiendo Actitudes de Cuidado de Enfermería,** Percepción es el conjunto de conocimientos adquiridos mediante nuestros sentidos, que nos permitan apreciar lo que está en nuestro entorno y lo que pasa en él. La respuesta expresada por el paciente sobre la impresión obtenida a través de los sentidos acerca del cuidado que le brinda la enfermera.

La actitud es una predisposición aprendida para responder coherentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto (Hernández, 2007).

Al respecto Boff (1999), refiere que el cuidar es más que un acto es una actitud. Representa una actitud de ocupación, de

preocupación, de responsabilidad y de involucramiento afectivo con el otro.

Waldow (2004) refiere que el cuidado es desarrollando de actos, actitudes y comportamientos, con base en el conocimiento científico, experiencia, intuición y pensamiento crítico, realizados para y con el paciente en el sentido de promover, mantener y recuperar la dignidad y totalidad humana. Esta dignidad y totalidad engloban el sentido de integridad y plenitud física, social, emocional, espiritual e intelectual, es decir un proceso de transformación de ambos, cuidadora y ser cuidado.

Waldow (2009), sostiene: "Ser de cuidado se refiere al ser que exhibe comportamientos y actitudes de cuidado en sus acciones; se expresa en términos de cuidado consigo, con los demás, con las cosas, con el entorno, con el bienestar del planeta y sus habitantes. El ser que es cuidado, además de recibir las atenciones de nivel terapéutico, recibe un cuidado con técnicas y procedimientos, con interés y cariño, es mirado, oído, sentido. El ser que cuida encuentra camino para la integración de sus acciones y pasa a percibir que necesita cuidar de sí.

Las actitudes positivas son los ayudan a reconocer a la enfermera que el paciente es único es su forma de ser en el

mundo y que esta forma es digna de interés y merece el reconocimiento y valorización por encima de todo.

Waldow (2008) sostiene que las enfermeras cambian sus actitudes y modifican el curso de algunas acciones conforme juzgan más adecuado para el momento de encuentro.

El paciente adulto en preoperatorio se encuentra **Percibiendo tranquilidad, Experimentando confianza y seguridad, Sintiéndose identificado**, lo cual ayuda a reducir los niveles de ansiedad y miedo, ayudando a enfrentar su experiencia quirúrgica.

El estar **Percibiendo tranquilidad**, para el paciente adulto en preoperatorio es buscar el sosiego y la calma, las cuales son infundidas por la enfermera, y se manifiesta en los discursos siguientes:

*“La enfermera me explico que esté tranquila” (MARTHA).*

*“La enfermera al entrar aquí me dijo que este tranquila, que todo va a pasar rápido” (RUTH).*

*“Me dijo que este tranquila” (MARÍA).*

*“La enfermera me dijo que mañana me iban a operar y que debo de estar tranquila para la operación” (ELENA).*

*“La enfermera me dijo que esté tranquila” (LILA).*

*“Las enfermeras me dijeron que esté tranquilo” (RAMÓN).*

*“La enfermera me dijo que esté tranquila” (JOSÉ).*

*“La enfermera me dijo que esté tranquilo que no me ponga nervioso” (MAICOL).*

La enfermera, quien brinda un cuidado humano y trata al paciente como un ser bio-psico-social; que engloba actitudes y comportamientos. Los comportamientos y actitudes incluyen respeto, consideración, generosidad, solidaridad, involucramiento, protección, aceptación cariño, amor, presencia, paciencia, ayuda, compasión, sensibilidad, solidaridad, empoderamiento y responsabilidad (30).

El paciente adulto en el preoperatorio, pasa por una serie de experiencias, emociones y sentimientos, uno de ellos es el estar **Experimentando confianza y seguridad**, brindado por la enfermera, demostrado por el paciente en los siguientes discursos:

*“La enfermera me trajo hasta aquí a sala para que me operen” (MARTHA).*

*“La enfermera me trajo hasta aquí” (ROSA).*

*“La enfermera al llegar aquí a sala me dio su nombre” (RUTH).*

*“Me hablo tranquilamente diciéndome nada de nerviosismo, y eso me ha dado tranquilidad” (LAURA).*

*“La señorita enfermera me dijo que estaría conmigo en mi operación” (MAICOL).*

Al respecto Boff (1999) afirma que la confianza fundamental es la bondad de la realidad y del universo; la confianza de que todo tiene sentido; enfatiza la confianza de que la paz y no al conflicto; y la importancia de los lazos afectivos para construir el mundo. Estos lazos vuelven a la persona y a las situaciones apreciables, portadoras de valor. El órgano de la caricia es la mano, que toca, la mano que acaricia, la mano que establece relación, la mano que arrulla, la mano que trae quietud, seguridad, confianza.

El paciente adulto logra adquirir confianza y seguridad gracias a la comunicación Enfermera – paciente, aportando sus características personales y la enfermera impartiendo seguridad y confianza al mismo tiempo, pone a su servicio sus competencias y sus habilidades para la relación con el objetivo de facilitar el proceso por el cual está experimentando.

El papel que desempeña enfermería en el preoperatorio es fundamental, un cuidado importante es que el paciente adulto se esté **Sintiendo identificado**, manifestado en los siguientes discursos:

*“Al entrar aquí, fui recibida por la enfermera me saludo, preguntándome mi nombre” (LAURA).*

*“La enfermera al entrar aquí me saludo, y me pregunto mi nombre” (RUTH).*

*“Me habla cuando estoy en la cama, y siempre me repite que yo puedo” (MARÍA).*

*“La enfermera me ha dicho que lo que van hacer es sencillo. Y eso me ha dado tranquilidad, pero me es inevitable no estarlo” (ELENA).*

*“Me preguntó mi nombre y si sabía de qué me iban a operar” (ROSA).*

*“La enfermera me preguntó cómo me llamo para saber si soy el mismo de la historia” (MAICOL).*

Al respecto Brunner (2005), las actividades de enfermería en el preoperatorio no solo incluyen la valoración física, sino también la verificación de su identidad y sitio quirúrgico, lo cual generará seguridad y confianza en el paciente; beneficiando que su recuperación sea más rápida.

3. En la tercera categoría encontrada **ENFRENTANDO MOMENTOS DIFÍCILES**, el enfrentar según el RAE (2012) “Es hacer frente a un problema, una dificultad o una situación adversa”, cuando hablamos de Momento difícil nos referimos a “un periodo

de tiempo breve en relación con otro, requiere habilidad, esfuerzo, mucho trabajo o inteligencia especiales”.

Al respecto Boff (1999) afirma que los seres humanos acumularon experiencias infinitas positivas y negativas, experiencia de búsqueda, de encuentro, de certeza, de perplejidad y de penetraciones el ser. En la Búsqueda de enfrentar momentos difíciles, con una espiritualidad simple y sólida, basada en la percepción del misterio del universo y del ser humano, en la ética de la responsabilidad, de la solidaridad y de la compasión, fundada en el cuidado, en el valor intrínseco de cada cosa, en el trabajo bien hecho, en la competencia, en la honestidad y en la transparencia de las intenciones.

Esta categoría se construye a partir de las sub categorías: **Enfrentando con Resignación, Esperanza y Fe, Recibiendo el Acompañamiento Familiar en el Momento Difícil, Experimentando Sufrimiento Psicológico, Adquiriendo Bienestar y Control y Enfrentando Limitaciones.**

**3.1. Enfrentando con Resignación, Esperanza y Fe,** Enfrentar es “Hacer frente a un problema, una dificultad o una situación adversa”. Según Loayza (2013) Resignación es “La aceptación con paciencia y conformidad de una adversidad o de cualquier estado o situación perjudicial”, Snyder (2002) define la esperanza como un estado positivo de motivación que se basa,

por un lado, en contar con la energía dirigida a alcanzar un objetivo concreto y, por otro, en la capacidad para planificar las vías que lleven al mismo, Fe según el RAE (2012) es “Creencia y esperanza personal en la existencia de un ser superior (un dios o varios dioses) que generalmente implica el seguimiento de un conjunto de principios religiosos, normas de comportamiento social e individual y una determinada actitud vital”.

El paciente adulto que va a ser sometido a una intervención quirúrgica se encuentra ***Aceptando con resignación, Esperando que todo salga bien y Confiando en Dios***, son las diferentes maneras de actuar o pensar que adopta el paciente adulto frente a una situación que no puede controlar, aceptando porque está en juego su salud.

Durante todo el transcurso del preoperatorio, el paciente está ***Aceptando con resignación***, su intervención quirúrgica, internalizándolo y tomando la mejor decisión respecto a la mejora de su salud, expresado en lo siguiente:

*“Ya no puedo hacer nada, pero cada operación es diferente y solo me queda operarme” (MARTHA).*

*“Si no me opero me va a seguir dando eso cólicos horribles, ya no puedo hacer nada” (LAURA).*

*“Hice una pancreatitis, fue ahí que me tuvieron que internar, y que voy hacer solo me queda operarme” (RUTH).*

*“Ahorita ya estoy resignada y preparada para operarme. Ya no se puede correr o escapar. Ya que voy hacer (LILA).*

*“Si no me operaba después me iba a estar doliendo. Me resigne a hacer la operación (RAMÓN).*

*“No había más que hacer, tenía que operarme y bueno, aquí estoy. Ahora solo espero que lleven a operar, y ojalá toda la operación salga bien (ROSA).*

*“Estoy tranquilo, ahora estoy aquí en la espera de ser intervenido (JOSÉ).*

Waldow (2004) afirma que el resignarse es una expresión de plenitud, de presente, un presente vivido con un sentido positivo.

El aceptar es “expresar la aprobación o el visto bueno que se le atribuye a una determinada cuestión, cosa o persona”.

Según Cosacov (2007) define la resignación como la pérdida del objeto de nuestros deseos o proyectos o cualquier experiencia dolorosa que aceptamos negándonos a luchar para evitarla y que provoca un sentimiento negativo frecuentemente acompañado de calma y desesperanza.

El paciente que acepta con resignación su intervención quirúrgica, se encuentra **Esperando que todo salga bien**, Esperar es tener esperanza de lograr o de que se realice algo que se desea, los pacientes esperan que su intervención

quirúrgica no presente ningún percance o inconveniente, manifestado en los siguientes discursos:

*“Solo deseo que salga bien, que no me pase nada, porque tengo que trabajar” (MARÍA).*

*“Ojalá que todo salga bien” (LILA).*

*“Espero que salga lo más maravilloso que sea para recuperarme pronto” (RAMÓN).*

*“Esperando que todo salga bien” (JOSÉ).*

El paciente adulto como todo ser humano experimenta momentos de esperanza que sumados a su fe le imparten seguridad para hacer frente el acto quirúrgico.

El paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente, se encuentra **Confiado en Dios**, independiente de la religión que las personas profesen, los pacientes creen en el poder divino, denominado por ellas Dios para soportar la trayectoria de vida, manifestado en los siguientes:

*“Deseo quedar bien. Todo lo dejo en Dios, Espero que todo salga bien” (RUTH).*

*“Solo me entrego en manos de Dios, que él lo puede todo” (MARÍA).*

*“Confío sobre todas las cosas en Dios” (ELENA).*

*“Todo lo dejo en las manos de Dios” (LILA).*

*“Confianto siempre en Dios” (JOSÉ).*

*“Confío siempre en Dios, que está con nosotros” (ROSA).*

*“Confío en Dios, sé que el estará cuidando de mí” (MAICOL)*

Si hablamos de confianza la definimos como “la seguridad o esperanza firme que alguien tiene de otro individuo o de algo. También se trata de la presunción de uno mismo y del ánimo o vigor para obrar”.

Los conceptos holísticos aplicados al área de salud permiten reconocer el significado de **la dimensión espiritual** en el esquema del universo y muestran que la armonía que se busca no es externa al ser, sino que surge de nuestra esencia divina, del cuerpo-mente, que es la verdadera matriz invisible de la salud” (Lima, 2009).

Al respecto Boff (1999) afirma que el ser humano puede cultivar el espacio divino, abrirse al dialogo con Dios, confiar a él el destino de su vida y encontrar en él, el sentido de la muerte. Surge entonces la espiritualidad que da origen a las religiones: ellas se expresan en encuentro con dios en los códigos de las diferentes culturas. Lo decisivo no son las religiones sino la espiritualidad subyacente a ellas. Es la espiritualidad la que une,

enlaza y reenlaza e integra. Ella y no la religión es la que ayuda a componer las alternativas de un nuevo paradigma civilizatorio.

**3.2. Recibiendo el Acompañamiento Familiar en el Momento Difícil**, el recibir es tomar algo que se te está dando, en esta situación el acompañamiento de la familia en el periodo del pre operatorio, el acompañamiento familiar está definido como un proceso que moviliza la capacidad de las familias desde sus propios recursos a un aprendizaje propio, donde puedan significarse como individuos y como familia”, el momento difícil se refiere a la situación del proceso del requerimiento de la intervención quirúrgica; esta sub categoría se construye con los siguientes temas: Apoyo Familiar y Soporte Emocional Familiar.

En los momentos difíciles por los que atraviesa el paciente adulto que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, siente el **Apoyo familiar**, que le transmite tranquilidad, compromiso y la esperanza de reencontrarse con sus seres queridos, manifestado en los siguientes discursos:

*“Me siento tranquila, porque afuera esta mi esposo, en todo momento ha estado conmigo, apoyándome” (MARTHA).*

*“Me siento tranquila, porque mi hija está afuera” (ELENA).*

*“Mi familia está afuera esperando que salga” (LAURA).*

*“Mi esposo está afuera con mis hijos, ellos son mayores ya tienen sus familias” (MARÍA).*

*“Todos mis hijos están grandes, esperándome afuera” (LILA).*

*“Pienso en mi familia que está afuera esperándome, mis hijos son mayores, no tengo pequeños” (RAMÓN).*

*“Sólo me está acompañando la mamá de mí hijo mayor que es enfermera en sala” (JOSÉ).*

*“Tengo mis hijas grandes, ellas me están esperando afuera” (ROSA).*

*“Mi familia está afuera esperando que salga de la operación” (MAICOL).*

Al respecto Cosacov (2007) refiere al apoyo como el valor que impulsa a las personas a ayudar a los demás, encontrándose en la disposición para comprenderlos para lograr la felicidad del otro.

Las condiciones adecuadas de apoyo social y emocional al paciente, hace más corto o doloroso el camino que lo llevará a adaptarse a esta nueva experiencia quirúrgica. La familia se constituye en su sistema de apoyo aportando a la experiencia elementos que la hacen soportable, como el acompañamiento, la solidaridad, la ayuda económica, permitiendo el fortalecimiento

de los lazos afectivos existentes. Aun en la soledad el apoyo de la familia permite afrontar situaciones difíciles (Rodríguez, 2001)

El paciente adulto para enfrentar el proceso preoperatorio necesita del **Soporte emocional familiar**, las palabras de acompañamiento e involucramiento de parte de la familia en el proceso previo a la operación permiten que el paciente sienta tranquilidad para seguir en esta etapa, manifestado en los discursos siguientes:

*“Mis hijas me dijeron que no tenga pena que me ponga fuerte” (ROSA).*

Al respecto Boff (1999) el cuidado es solamente cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí, paso entonces a dedicarme a él. Me dispongo a participar de su destino, de sus búsquedas, de sus sufrimientos y de sus éxitos, en fin de su vida entera.

La familia al igual que el paciente pasa por los mismos temores, no porque la cirugía sea simple para nosotros los profesionales de la salud será de la misma forma para la familia.

**3.3. Experimentando Sufrimiento Psicológico**, es el padecimiento, la pena o el dolor que experimenta un ser vivo. Se trata de una sensación, consciente o inconsciente, que aparece reflejada en padecimiento, agotamiento o infelicidad. El sufrimiento suele estar asociado al dolor psicológico. Su origen radica en la

reacción de un individuo ante un hecho determinado, y no tanto en la realidad en sí misma. En otras palabras, el dolor surge en la mente, y no en la realidad, ya que entran en juego diversas cuestiones como los miedos, los deseos y las exigencias de cada ser vivo.

Al respecto Chalifour, J. (1998) afirma que la persona humana ha sido descrita como un sistema abierto, interacciona con el entorno intercambiando energía, información y materia para responder a sus necesidades, posee en ella un sistema de autorregulación orgánica que le informa el grado de satisfacción de sus necesidades. En sus relaciones con el entorno, está sometida a una multitud de estímulos internos y externos que, en el plano psicológico, son fuentes de frustración, amenazas, conflictos con las necesidades, objetivos, motivaciones, y que crean estrés experimentando de forma difusa ansiedad. El organismo de formas más o menos consciente, intenta reducir este estado de tensión y encontrar un grado relativo de armonía interno y externo. En determinadas situaciones, la persona no consigue, con los medios habituales, reducir este incomfort, utiliza entonces una forma más consiente de mecanismos de defensa psicológicos, que tienen como efecto negar, enmascara, falsear la realidad, volviéndola así más tolerable. La persona es cada vez menos capaz de responder a sus necesidades.

Al respecto Boff (1999) afirma hay algo en los seres humano que no se encuentra en las maquinas, dentro del cual existe: sentimiento, la capacidad de emocionarse, de involucrarse, de afectar y de ser afectado. Es el sentimiento que envuelve, cosas y situaciones, importantes para nosotros, ese sentimiento profundo, repetimos se llama cuidado. Solo aquello que paso por una emoción, que evocó un sentimiento profundo y provocó en nosotros, deja marcas indelebles y permanece definitivamente.

El adulto se encuentra experimentando sufrimiento psicológico con ***Sentimientos de Soledad, Sentimientos de Tristeza, Sentimientos de Ansiedad, Temor por la Vida y Sentimientos de Preocupación.***

El paciente adulto al transitar por todo el periodo preoperatorio, experimenta **Sentimientos de soledad**, donde la enfermera debe de atender al paciente con el fin de ayudarle a desarrollar las estrategias que le permitan afrontar este periodo armoniosamente; expresado en los siguientes discursos:

*“Siento soledad, aquí en el quirófano” (LAURA).*

*“Me siento solo aquí en sala” (RAMÓN).*

Al respecto Cesio (2003) La soledad implica el estado mental individual o compartido de estar ligado en un vínculo impregnado de malestar; donde inconscientemente sin saberlo deja y es

dejado solo/la por el otro, con la amenaza de caer en el estado de desamparo.

El contacto físico es importante y hace notar el interés del personal de enfermería hacia el paciente. Cuanto mayor informado este el paciente menor será el temor a lo desconocido y se establecerá un lazo de confianza aminorando el sentimiento de soledad.

El paciente adulto al transitar por todo el periodo preoperatorio, experimenta **Sentimientos de tristeza**, estos sentimientos son por sus familiares: hijos, nietos, etc; lo cual se evidencia en los siguientes discursos:

*“Tengo pena de no ver a mis hijos. Tengo hijos pequeños, tengo mi bebe de 7 meses, siento pena y tristeza” (RUTH)*

*“Siento pena, y tristeza por mis hijos, aunque ya son grandes, pero sobretodo más por mis nietos, son como mis hijos” (ELENA)*

Existen algunas reacciones específicas tales como el temor al dolor, acto quirúrgico, anestesia (dormir y no volver a despertarse), muerte, desfiguraciones, cicatrices, limitaciones permanentes y tristeza por los que queremos. Cualquier cirugía está relacionada con algunas de estas angustias y se transforma en una amenaza.

El paciente adulto al transitar por todo el periodo preoperatorio, experimenta **Sentimientos de ansiedad**, la ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida. En este sentido podemos considerar a la ansiedad como una *defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico*; evidenciado en las siguientes expresiones:

*“Ahora me siento nerviosa y a la vez ansiosa, porque no sé lo que va a pasar ahí adentro” (RUTH).*

*“Actualmente me estoy sintiendo nerviosa. Por no saber que me van hacer” (Elena)*

Al respecto Chalifour (1998) afirma que en presencia de una situación de conflicto de amenaza o de frustración que impiden satisfacer una necesidad o realizar un objetivo, la persona vive un sentimiento más o menos difuso de tensión que se expresa en forma de ansiedad.

May (1998) señala que “la ansiedad es la manera como el individuo se relaciona con el estrés, lo acepta y lo interpreta. El

estrés es un situación intermedia que conduce a la ansiedad, la ansiedad es la manera de reaccionar frente al estrés”

Cuando la persona presenta un alto grado de ansiedad, esta puede afectar la respuesta a las drogas anestésicas, la tensión arterial o la frecuencia cardíaca, sus heridas demoran en cicatrizar más, su sistema inmunológico se debilitará y el postoperatorio será más largo. También puede presentar insomnio, agresividad, problemas en sus relaciones, uso excesivo de analgésicos para controlar el dolor y actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad. Es por ello que lo ideal para muchas personas es tenerlo todo bajo control. Cuando sabemos que va a ocurrir, nos sentimos más seguros y nos preparamos mentalmente para la situación (15).

El paciente adulto siente el **Temor por la vida** durante el periodo preoperatorio, el temor es una pasión del ánimo que conduce a la persona a tratar de escapar de aquello que considera arriesgado, peligroso o dañoso para su persona, evidenciado en las siguientes expresiones:

*“Cuando entre, sentí temor, miedo, siento que ya llega la hora de la intervención quirúrgica” (MARTHA)*

*“Pero de todas maneras, siempre hay ese temor, sobre que pasara” (LAURA).*

*“Siento temor por mi vida” (ELENA).*

Normalmente, tenemos miedo a lo que desconocemos, a hacer algo que nunca antes hemos hecho, cuando no tenemos una información clara sobre cómo vamos a reaccionar ante una situación. Mientras más información tengamos de la situación que nos da miedo, más débil será este y por tanto, el miedo se convertirá en un contrincante fácil de vencer (16).

El temor, por lo tanto, es una presunción, una sospecha o el recelo de un daño futuro.

El paciente adulto experimenta **Sentimientos de preocupación** durante el periodo preoperatorio, donde la preocupación se convierte en una reacción automática para resolver sus problemas frente a las dudas de la operación, manifestado en los siguientes discursos:

*“Me sentí preocupada cuándo dijo el doctor que tenía que operarme, porque tengo que ver a mis hijos. Ahora ellos están solos en la casa” (MARTHA).*

*“Tengo mucha preocupación, deseo que ya termine todo esto, para estar en mi casa con mis hijos” (RUTH).*

*“Los sentimientos que tengo ahora son de preocupación” (RAMÓN).*

*“Mis hijos son adolescentes, pero tienen que ir a la escuela y no hay quien los cuide como yo” (MARTHA).*

*“Mis hijos quedaron bajo el cuidado de mi mamá” (RUTH).*

Al respecto Boff (1999) afirma que el cuidado moldeó al ser humano, con dedicación, ternura, devoción, sentimiento y corazón, y con eso creó responsabilidad e hizo surgir la preocupación por el ser que se plasmó.

El sufrimiento psicológico y el estrés preoperatorio pueden retrasar la recuperación. Las intervenciones quirúrgicas, aunque puedan representar un alivio, también están cargadas de ansiedad y constituyen una fuente de estrés psicológica para el paciente, porque lo obliga a enfrentar situaciones desconocidas, que implican ciertos riesgos de vida.

**3.4. Adquiriendo Bienestar y Control,** adquirir es llegar a tener o conseguir una cualidad, un conocimiento, un hábito o una habilidad, de forma natural o tras un proceso. El bienestar es el estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales le proporcionan un sentimiento de satisfacción y tranquilidad. El control es la capacidad de dominio sobre la situación por la que se está pasando.

En este proceso de adquirir el bienestar y control el paciente adulto va **Asumiendo Actitud Preventiva, Sentimientos de Valentía, Venciendo el Dolor Físico, En Búsqueda de la**

### ***Relajación y Logrando el Autoaprendizaje sobre mi Operación.***

El paciente adulto a través de todo lo vivido en el preoperatorio, al internalizar la noticia de su diagnóstico y tratamiento quirúrgico se encuentra **Asumiendo una actitud preventiva**, toma de ejemplo su experiencia, para evidenciar los beneficios para su salud, evidenciado en los siguientes discursos:

*“Esta experiencia me servirá para mi propia salud, para tener mayor cuidado” (RAMÓN).*

*“Siempre he estado con dieta para evitar el dolor, ahora mucho más me toca cuidarme” (MARÍA).*

*“Debo cuidarme en los alimentos” (RAMÓN).*

Al respecto Chalifour (1998) afirma que la personas que vive un estado de tensión desagradable tras una amenaza a la satisfacción de sus necesidades, ya sea real o imaginaria, tiende a reducir de forma natural este grado de tensión a un grado aceptable para él. Las emociones vividas le ayudan a reconocer que su equilibrio esta perturbado, y a dosificar y dirigir sus acciones para encontrar cierto equilibrio.

El ser humano es un organismo biológico, racional y pensante, que es afectado por el entorno, realizando acciones predeterminadas que le afectan a él mismo, a otros

y al entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado (Orem, 1993).

El paciente adulto durante el periodo preoperatorio, experimenta **Sentimientos de valentía**, manifestado en los siguientes discursos:

*"Tuve que poner mucho de mi parte" (RAMÓN).*

*"Pongo de mi parte para recuperarme pronto" (ROSA).*

Al respecto Cosacov (2007) afirma que la valentía es la determinación para enfrentarse a situaciones arriesgadas o difíciles. Es una cualidad del ánimo que, conociendo las dificultades desprecia el miedo y actúa con energía. Siendo capaz de controlar sus propios pensamientos, impulsos y emociones sin dejarse dominar por ellos.

Según Waldow (2008) el cuidado engloba un proceso de salud, de adolecimiento, de invalidez, de empobrecimiento, pues el cuidado busca promover, mantener y/o recuperar la dignidad y totalidad humana, enfrentándose a momentos difíciles y saber salir vencedor, de los obstáculos que se presentan.

El paciente adulto, se encuentra **Venciendo el dolor físico** en el preoperatorio, donde el dolor es un elemento frecuente en los pacientes sometidos a cirugía, por lo tanto, una de las funciones del equipo de enfermería es ayudar a los pacientes a buscar

alivio para el dolor y regresar al paciente a un funcionamiento óptimo, expresado en los siguientes discursos:

*“Sentí la responsabilidad de operarme, para evitar el dolor”  
(MARTHA).*

*“Decidí operarme porque tenía cólicos” (Laura).*

*“Estuve tomando buscapina, presenté diarrea y cólicos por una semana, por eso decidí operarme” (MARÍA).*

*“Sentí muchos cólicos, eran fuertes, por eso decidí operarme” (ELENA).*

*“En Huaraz yo tenía dolor y terminé en emergencia. Ayer presenté dolor de estómago. Ahora estoy mejor porque me administraron unos calmantes” (JOSÉ).*

*“Esto empezó con dolor abdominal tipo cólico” (ROSA).*

*“Para que disminuya mi dolor tuve que cambiar mis comidas”  
(RAMÓN).*

El vencer es superar con éxito un obstáculo, problema o dificultad, en ésta situación el dolor manifestado por la patología que presentaba cada paciente.

Según Waldow (2004) el cuidar es el procedimiento técnico y conocimientos, que engloba actitudes y comportamientos, es “una visión de aliviar el sufrimiento, el dolor, para mantener la

dignidad y facilitar medios para manejar como una crisis y las experiencias de vivir y morir”

El paciente adulto se encuentra en la **búsqueda de la relajación**, para enfrentar la intervención quirúrgica y que ésta se desarrolle con éxito, la búsqueda es hacer lo necesario para llegar a conseguir algo o a hallarse en una determinada situación o estado. La Relajación es el estado de tranquilidad, reposo o descanso físico o mental, evidenciado en las siguientes expresiones:

*“Mis sentimientos han cambiado al llegar a sala de operaciones, ahora solo trato de relajarme” (MARTHA).*

*“Ahora estoy tratando de estar relajado” (JOSÉ).*

Según Waldow (2008) afirma que para la enfermera el ayudar a las personas es obtener un nivel de armonía, entre los aspectos de cuerpo, mente y espíritu.

El paciente adulto en pre operatorio está **Logrando el autoaprendizaje sobre la operación**, busca información para satisfacer sus dudas, se expresa en los siguientes discursos:

*“Me extraerán la vesícula y no tendré más dolor, obteniendo información a través de internet” (MARÍA).*

*“Por conocimiento de fuentes bibliográficas sé que me harán un corte y luego extraerán la vesícula” (JOSÉ).*

Estudios demuestran que cuando se prepara a la persona psicológicamente para cualquier intervención quirúrgica, proveyéndole información, enseñándole técnicas de relajación, escuchándolo y eliminando sus miedos, la ansiedad disminuye, la estadía hospitalaria es más corta, el dolor es menor por lo tanto menor necesidad de analgésicos, el postoperatorio es más corto y la persona tiene un sentido de bienestar y de control.

**3.5. Enfrentando Limitaciones,** enfrentar es la acción y la reacción o enfrentamiento, ambos suceden en el mismo momento, en el mismo instante. Las limitaciones son las restricciones ya sean social, físicas o legales hacia la realización de algo.

Collette (2002) define a las limitaciones como el conjunto de mecanismos y procesos por las cuales la satisfacción de una necesidad o de una motivación está bloqueada o dificultada por la presencia de un obstáculo o de una barrera.

El paciente adulto enfrenta limitaciones ante la **Ausencia de un seguro de Salud y Con dudas y temores.**

Muchos de Los pacientes adultos que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica se enfrentan a la **Ausencia de un seguro de salud,** lo cual genera en el paciente preocupación y estrés, y puede alterar su estado psicológico equilibrado, manifestado en los siguientes discursos:

*“No tengo SIS, todo lo he tenido que pagar” (Ruth).*

*“No tengo seguro del SIS así que todo está siendo solventado por mí mismo” (José).*

La ausencia es la privación o falta de algo, en este caso de un seguro de salud, que ofrece el cubrimiento de la mayoría de gastos económicos de la intervención quirúrgica. Si no se cuenta con los medios económicos suficientes para solventar los gastos de la operación, puede ser un factor estresante para el paciente y su familia.

Así mismo algunos pacientes adultos que transitan en el preoperatorio se encuentran **Con dudas y temores** frente a la intervención quirúrgica, lo cual se puede evidenciar en los siguientes discursos:

*“Si me han explicado sobre lo que me van a realizar, pero no me han dicho como quedare después de la operación” (RUTH).*

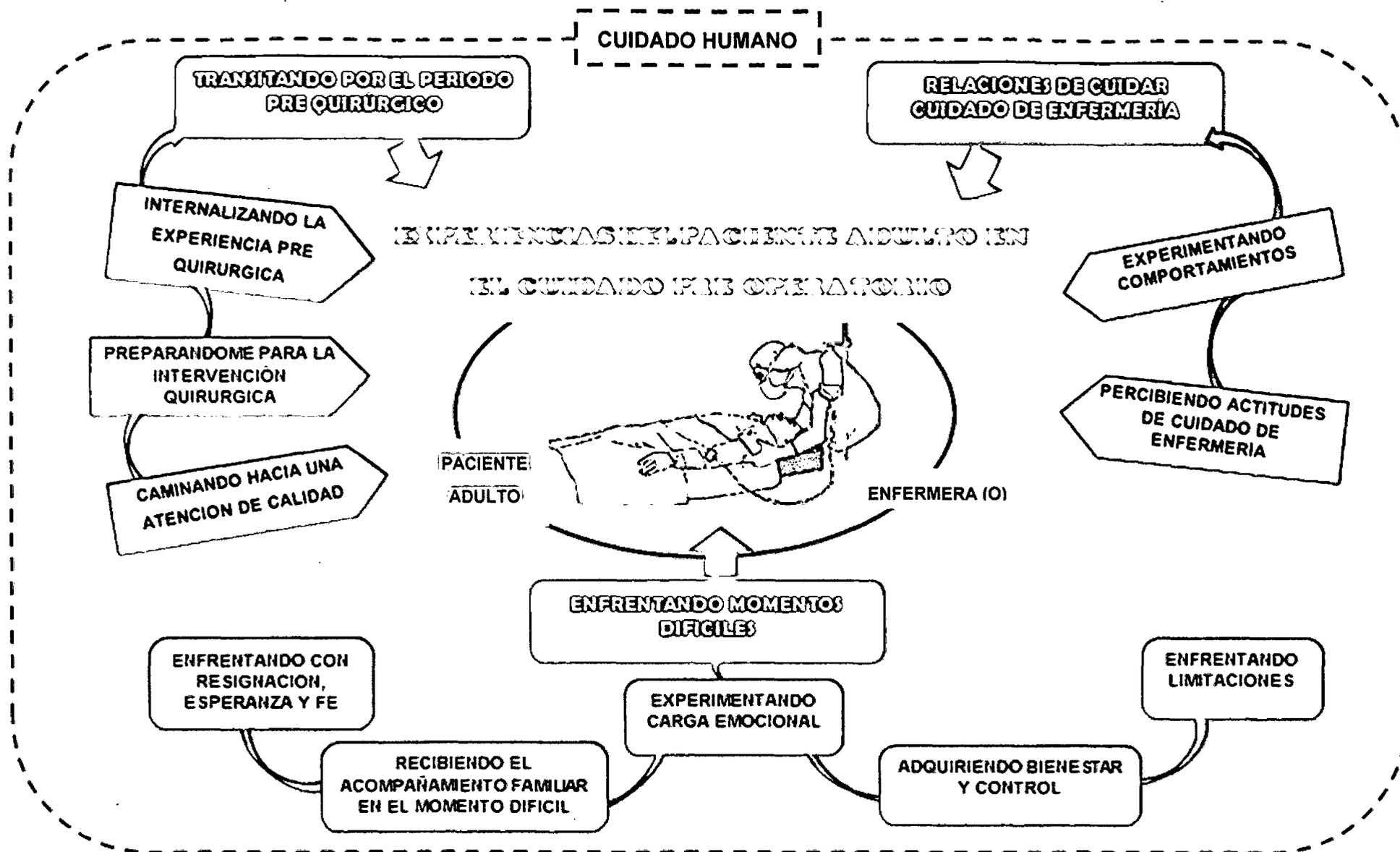
*“Nadie me explicó como es el procedimiento que me van a realizar” (JOSÉ).*

Al respecto Cosacov (2007) afirma que la duda es “la vacilación o falta de determinación ante varias posibilidades de elección sobre creencias, noticias o hechos”, temor es “una emoción caracterizada por una intensa sensación, habitualmente desagradable, provocada por la percepción de un peligro real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado”.

Los pacientes que van a someterse a una intervención quirúrgica, suelen acudir al quirófano con falta de información y desconocimiento sobre el proceso quirúrgico, lo que provoca una gran carga de ansiedad y temor, tanto al paciente como a su entorno.

Como en toda operación, el temor a la anestesia es una grave causa de temor, pero cuando uno dialoga con el paciente, él muestra que ese temor pasa a un segundo plano, ya que la operación pasa al primer plano (12).

Al respecto Chalifour, J. (1998) el temor es la anticipación de un impedimento para satisfacer una necesidad, un objetivo, un deseo. Esta anticipación se basa generalmente en la evaluación de la situación actual y las experiencias pasadas de la personas, es ahí donde surgen las dudas.



**FIG.1: EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES ADULTOS EN EL CUIDADO PRE OPERATORIO. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE - 2014.**

## **V. CONSIDERACIONES FINALES**

La presente investigación tuvo como propósito de estudio describir y analizar las experiencias de los pacientes adultos en el cuidado preoperatorio del Hospital La Caleta, a través de los discursos de los pacientes adultos en el pre operatorio.

La trayectoria recorrida permitió develar las experiencias del paciente adulto en el pre operatorio, las mismas que se abordan desde la perspectiva de las siguientes categorías: Transitando por el Periodo Pre Quirúrgico, Relaciones de Cuidar / Cuidado de Enfermería y Enfrentando Momentos Difíciles.

La primera categoría Transitando por el Periodo Pre Quirúrgico se manifiesta el inicio de la experiencia del paciente, cuando es informado por primera vez que necesita ser intervenido quirúrgicamente, la reacción que tiene ante esta noticia, la preparación que tiene antes de ser sometido quirúrgicamente como los exámenes auxiliares, procedimientos según protocolo para ser aceptado en centro quirúrgico y poder ser intervenido quirúrgicamente; así mismo la atención que recibe de parte de todos los profesionales de salud con quienes tiene contacto y el apoyo económico que le brinda tener el Seguro Integral de Salud.

La segunda categoría Relaciones de Cuidar / Cuidado de Enfermería manifiesta como experimenta el Cuidado de Enfermería, el trato amable, el cuidado con paciencia y la educación que brinda la

enfermera; así mismo el paciente percibe tranquilidad, experimenta confianza, seguridad y se siente identificado por el profesional de Enfermería.

La tercera categoría Enfrentando Momentos Difíciles el paciente experimenta resignación de ser operado, tiene la esperanza de que todo salga bien, manifiesta su confianza en Dios, recibe el apoyo y soporte emocional de su familia, experimenta sentimientos de soledad, tristeza, ansiedad, temor por la vida, preocupación; pero también logra asumir una actitud preventiva, sentimiento de valentía, vence el dolor físico, busca la relajación, logra el autoaprendizaje; así mismo enfrenta la ausencia de un seguro integral de salud, las dudas y temores sobre su intervención quirúrgica.

Este trabajo de investigación nos ha permitido describir como los pacientes experimentan el pre operatorio; cuán importante y relevante es el cuidado que brinda el profesional de Enfermería.

## **VI. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS**

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación se recomienda:

1. A los jefes de Servicio de Enfermería del Hospital La Caleta, tener en cuenta los resultados obtenidos para considerar la Actualización y Capacitación del profesional de Enfermería en el cuidado con enfoque Humano al paciente en el pre operatorio donde enfrenta momentos difíciles evidenciándose sentimientos de soledad, tristeza, ansiedad, temor por la vida, preocupación, dudas y temores sobre su intervención quirúrgica.
2. En la Escuela Académica Profesional de Enfermería se debe motivar a los estudiantes a poner en práctica la investigación cualitativa, en las diferentes asignaturas.
3. A las enfermeras (os) y futuras enfermeras (os) reflexionen sobre su práctica e incorporen las experiencias del paciente adulto en el pre operatorio innovando nuevas maneras de cuidar con enfoque humano.
4. A las Enfermeras Investigadoras, Docentes, Asistenciales, estudiantes de Enfermería, continuar con la realización de estudios dirigidos al profesional de enfermería como sujeto de investigación con enfoque cualitativo para conocer su experiencia en el pre operatorio.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GUERRA, F. (1989). Historia de la Medicina I. Edit. Norma S.A. Madrid – España.
2. DÍAZ G. (1974). Historia de la medicina en la antigüedad. Mérida: ULA. Ed. ISBN.
3. GRUPO CUIDADO. (1998). Dimensiones del Cuidado. 1<sup>era</sup> Ed. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Bogotá - Colombia.
4. GRUPO CUIDADO. (2002). El Arte y la Ciencia del Cuidado. 1<sup>era</sup> Ed. Edit. Unibiblos. Colombia.
5. WALDOW, R. (2009). Enfermería centrada en el cuidado. Aquichán vol. 9 n.3. Bogotá. Visitado el 26 de Octubre del 2012. Disponible en:  
[www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid).
6. FERNÁNDEZ P. y ESPUÑES E. (2012). Manual de Enfermería Quirúrgica. Guía de referencia para el estudiante del Postgrado en Enfermería Quirúrgica. Vol 1. Edit. Bellaterra. Universidad Autónoma de Barcelona. España.
7. WALDOW, R. (2004). Dimensiones del Cuidado. 1<sup>era</sup> Ed. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Bogotá - Colombia.
8. ALAYZA, F. (1992). Historia de la Cirugía en el Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima - Perú
9. BRUNNER y SUDDARTH. (2013). Enfermería Médico - quirúrgica. 12<sup>a</sup> Ed. Edit. LWW. Madrid - España.

10. LÓPEZ, O. (1998). La Metodología Cualitativa: Una Paradigma emergente de la investigación y desarrollo de la educación. Visitado el 13 de Diciembre del 2012. Disponible en:  
<http://maryarenamaz.vasnet.mx/noviembre98a2.html>.
11. FERNÁNDEZ, S. (2006). Dificultades enfrentadas por enfermeros en centro quirúrgico.
12. FULLER, J. (1995). Instrumentación Quirúrgica. Principios y Práctica. 3<sup>era</sup> Ed. Edit. Médica Panamericana S.A. Buenos Aires – Argentina.
13. DÍAZ, A. y Otros (2011). Enfermería clínica: Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Ed. Elsevier.
14. RODRÍGUEZ, G. y GIL, J. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. “El impacto emocional de la información médica en pacientes quirúrgicos”. 2<sup>da</sup> Ed. Edit. Aljibe. Granada-España.
15. MEJÍA, A. (2005). “Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico”. Edit. Paidós. España.
16. NAVAS, M. (2008). Cuidando la salud: revista científica de enfermería, “Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo”. Colombia. Visitado el 21 de mayo del 2013.  
Disponible en:  
<http://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=3095969>.
17. TORRES, D. y PRIEGO, H. (2008). “Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica”. México. Disponible en:

[http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte\\_sanitario/ediciones/2008\\_ene\\_abr/04%20calidad%20de%20la%20visita.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2008_ene_abr/04%20calidad%20de%20la%20visita.pdf)

18. VALENZUELA, J. (2010). "Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos". Vol 78. México.
19. YALTA, V. (1994). "Efectos de la atención de enfermería preoperatoria a pacientes de cirugía abdominal realizada en el Hospital Nacional Cayetano Heredia". Tesis para optar el título de Licenciatura en Enfermería. Lima – Perú.
20. GONZALES, G. y PINTO, F. (2005). "Escala de Ámsterdam sobre ansiedad y la escala de información APAIS en la fase preoperatoria". Tesis para optar el Título de Anestesiólogo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Unidad de Postgrado. Lima - Perú. Disponible en:  
[http://www.biblioteca.universia.net/html\\_bura/fi](http://www.biblioteca.universia.net/html_bura/fi).
21. ROLDÁN, D. (2009). "Nivel de ansiedad en pacientes adultos que van a ser sometidos a cirugía electiva". Tesis para optar el título de Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo – Perú.
22. OSCCO, O., BENDEZÚ, C. y ESCAJADILLO, N. (2010). "Actitud que adopta la enfermera durante la atención y Nivel de ansiedad del paciente en el pre operatorio en un hospital público de Pisco". Tesis para optar el grado de maestría en enfermería. Pisco – Perú.
23. BLAS, K. y CHÁVEZ, G. (1996). "Calidad de la atención de enfermería en el preoperatorio en pacientes de cirugía abdominal programada. Hospitales del Ministerio de Salud. Provincia del Santa. Diciembre – 1996". Tesis para optar el título de Licenciatura

en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote – Perú.

24. 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". Tesis para optar el título de Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote – Perú.
25. GUERRA, F. (1989). Historia de la Medicina I. Edit. Norma S.A. Madrid – España.
26. UBIRI, X. (1983). Inteligencia y Razón. Edit. Alianza. Madrid.
27. FERRATER, J. (1971). Diccionario de Filosofía, vol. I, Edit. Sudamericana, Buenos Aires
28. TORRALBA, F. (1998). Antropología de la enfermedad - Antropología del cuidar. Edit. Fundación Mapfre Medicina. España.
29. TORRALBA, F. (2001). Filosofía de la Medicina; en torno de la obra de E. D. Pellegrino. Institut Borja de Bioética/Fundación Mapfre Medicina. Madrid.
30. CHALIFOUR, J. (1998). Relación de ayuda en enfermería. 2<sup>da</sup> Ed. Edit. S.G.S.A. Barcelona – España.
31. MINISTERIO DE SALUD. (2004). Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima – Perú.
32. WALDOW, R. (1998). Cuidado Humano o Resgate Necesario. Porto Alegre: SagraLuzzatto.

33. LONG, B. y otros (1999). Enfermería Médico Quirúrgica. 3<sup>era</sup> Ed. Edit. Harcourt Brace. España.
34. RODRÍGUEZ, G. y GIL, J. El impacto emocional de la información médica en pacientes quirúrgicos. España. Disponible en:  
<http://www.aebioetica.org/rtf2/06RzNavarro.rtf>
35. Libro de Registro de Atenciones del Servicio de Sala de Operaciones del Hospital La Caleta – 2014.
36. POLIT, D y HUNGLER, B. (2000). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6<sup>ta</sup> Ed. Edit. Mc. Graw Hill Interamericana. México.
37. PÉREZ, C. (1991). Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. II Técnicas y Análisis de Datos. 1<sup>era</sup> Ed. Edit. La Muralla S.A. Madrid – España.
38. Diccionario de La Real Academia Española (2012). Disponible en:  
<http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>
39. COLEGIO DE ENFERMERAS (OS) DEL PERÚ. (2002). Código de Ética y Deontología. Lima – Perú. Visitada el 3 de enero 201. Disponible en:  
[http://www.cejunin.com/Codigo\\_etica.pdf](http://www.cejunin.com/Codigo_etica.pdf)
40. DUGAS, W. (2000). Tratado de Enfermería Práctica. 4<sup>ta</sup> Ed. Edit. Mc. Graw – Hill Interamericana. México.
41. MALVAREZ, S. (2002). La Investigación en Enfermería en el Contexto de la Salud Mundial. Conferencia VIII. Coloquio Panamericano de Enfermería. México.

42. OBERTO, D. (2010). Paradigmas que han marcado pautas en el cuidado de Enfermería. Carabobo. Visitado el 16 diciembre 2010. Disponible en:  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2070/4/Paradigmas-que-han-marcado-pautas-en-el-cuidado-de-Enfermería>
43. PÉREZ, C. (1991). Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. II Técnicas y Análisis de Datos. 1<sup>era</sup> Ed. Edit. La Muralla S.A. Madrid – España.
44. RAILE, M. y MARRINER, A, (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. 7<sup>ta</sup> Ed. Edit. Elsevier. Barcelona - España.
45. REYES, V. (2010). Humanización del Cuidado de Enfermería. Carabobo. Visitado el 10 mayo 2010. Disponible en:  
[portalesmédicos.com/...Humanización-del-cuidado-de-enfermería-Un-reto-de-la-Gerencia-de-Enfermería.html](http://portalesmédicos.com/...Humanización-del-cuidado-de-enfermería-Un-reto-de-la-Gerencia-de-Enfermería.html)
46. SMELTZER, S. y BARE. (1998). Enfermería Médico Quirúrgico. 8<sup>va</sup> Ed. Edit. Mc. Graw – Hill Interamericana. México.
47. VELASQUEZ, A. (1999). Metodología de la Investigación Científica. Edit. San Marcos. Lima- Perú.
48. FERNÁNDEZ P. y ESPUÑES E. (2012). Manual de Enfermería Quirúrgica. Guía de referencia para el estudiante del Postgrado en Enfermería Quirúrgica. Vol 1. Edit. Bellaterra. Universidad Autónoma de Barcelona. España.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es "Experiencias de los pacientes adultos en el cuidado pre operatorio. Hospital La Caleta. Chimbote - 2014", el propósito de este estudio es describir y analizar las experiencias de los pacientes adultos en el cuidado pre operatorio. El presente proyecto investigación está siendo conducida por Judith Yeni Iparraguire Martínez y Thalía Villaverde Moreno con la asesoría del profesora Dra. Margarita Huañap Guzmán de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una entrevista (encuesta o lo que fuera pertinente), la que tomará \_\_\_\_ minutos de mi tiempo. La conversación será grabada, así el investigador o investigadora podrá transcribir las ideas que haya expresado. Una vez finalizado el estudio las grabaciones serán destruidas.

Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las entrevistas o encuestas resueltas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, \_\_\_\_\_  
doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

..... Firma del participante y fecha	..... Nombre del participante
..... Firma del investigador y fecha	..... Nombre del investigador

ANEXO 2



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

GUÍA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

**“Experiencias de los pacientes adultos en el cuidado pre operatorio.**

**Hospital La Caleta. Chimbote - 2014”**

1. Datos Informativos:

Número de  
paciente:.....  
Fecha:..... Hora de Inicio:.....  
Hora de término:.....

2. Pregunta de campo:

***¿Cómo son sus experiencias del cuidado que le están brindando la enfermera y el personal de salud durante toda esta etapa?***

3. Cita para la próxima entrevista:.....