



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**EXPERIENCIAS DEL ADULTO MAYOR FRENTE
AL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIO
EN EL HOSPITAL “JOSÉ HERNÁN SOTO
CADENILLAS” – CHOTA, 2016**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

AUTORAS

Lic. Enf. ANA LEYDI DÍAZ RODRIGO

Lic. Enf. CINTHIA SOLEDAD DÁVILA AGIP

ASESORA

Dra. TEÓFILA ESPERANZA RUIZ OLIVA

LAMBAYEQUE – PERÚ

2017

**EXPERIENCIAS DEL ADULTO MAYOR FRENTE
AL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIO
EN EL HOSPITAL “JOSÉ HERNÁN SOTO
CADENILLAS” – CHOTA, 2016**

PRESENTADO POR

Lic. CINTHIA S. DÁVILA AGIP
AUTORA

Lic. ANA LEYDI DÍAZ RODRIGO
AUTORA

Dra. TEÓFILA ESPERANZA RUÍZ OLIVA
ASESORA

APROBADO POR:

Dra. TOMASA VALLEJOS SOSA
PRESIDENTA

Mg. NORA ELISA SÁNCHEZ DE GARCÍA
SECRETARIA

Mg. ROSA CANDELARIA ALCALDE MONTOYA
VOCAL

DEDICATORIA

A mis padres Lidonil y Estefanía por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy: como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanas Ketby y Tania, quienes forman parte de mi vida y son la fortaleza para lograr cualquier objetivo trazado, ellas son mi motivación, inspiración y felicidad.

Cinthia

DEDICATORIA

A mi querido padre, quien desde el cielo,
está siempre conmigo, cuidándome y
guiando cada paso que doy, dándome la
fortaleza necesaria para superar las
adversidades con entereza.

A mi adorada madre, a quien le debo todo
lo que soy, como persona y como
profesional, por todo el amor y entrega
que tiene para conmigo.

A mi amado esposo, por su amor,
comprensión y apoyo para desarrollar los
estudios de especialidad.

A mis adorados hijos Mathias y Arianna,
quienes son mi inspiración y motivo para
alcanzar mis metas.

A mis queridos suegros: Fátima y Pedro
por brindarme su cariño y hospitalidad
durante los estudios de especialidad.

Ana Leydi.

AGRADECIMIENTO

A Dios, guía y proveedor de las cosas que podemos alcanzar, por guiarnos en este hermoso camino de la vida, y permitir mostrar los logros alcanzados.

A la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo, por abrir este importante espacio de formación profesional y a los distinguidos docentes de la Especialidad Enfermería en Centro Quirúrgico, por compartir sus conocimientos, sus orientaciones y valiosas experiencias académicas.

A la Doctora Teófila Esperanza Ruíz Oliva, asesora del presente trabajo de investigación, quienes con sus conocimientos, sugerencias y aportes han guiado el desarrollo de la presente investigación desde el inicio hasta su culminación.

A los miembros del jurado: Dra. Tomasa Vallejos Sosa, Mg. Nora Elisa Sánchez de García y Mg. Rosa Candelaria Alcalde Montoya quienes con sus conocimientos e importantes sugerencias facilitaron la culminación del presente trabajo de investigación.

Agradecemos profundamente a los adultos mayores participantes de la investigación por compartir con nosotras sus experiencias respecto al cuidado recibido, fuente esencial de la presente investigación.

Las autoras.

RESUMEN

El trabajo de investigación tuvo como objetivo describir, analizar y comprender las experiencias de adultos mayores en el periodo perioperatorio. El soporte teórico lo constituye la perspectiva teóricas de cuidado humano de Jean Watson. El estudio cualitativo, descriptivo, permitió captar el objeto de estudio a partir de las experiencias de los adultos mayores intervenidos quirúrgicamente. La recolección de datos se hizo a través de la entrevista semi estructurada, la muestra del estudio lo conformaron 10 adultos mayores determinándose por saturación. En los resultados se obtuvieron dos categorías: 1) **RECIBIENDO UN CUIDADO ENFERMERO HOLÍSTICO**, con las subcategorías a) Comunicación eficaz herramienta base del cuidado humanizado, b) Reconocimiento de la Fe y espiritualidad como medio para aliviar la ansiedad, c) Cuidado más que acción es actitud, d) Cuidando holísticamente. Y 2) **EXPERIMENTANDO SITUACIONES NEGATIVAS EN EL CUIDADO ENFERMERO**, con las subcategorías: a) Persistencia del cuidado basado en el Saber Hacer, b) La rutina y estrés camino seguro hacia la deshumanización en el cuidado, c) Ignorando al ser cuidado, d) Ausencia de la enfermera en el quirófano, e) Cuidado deshumanizado precursor de desesperanza y f) Reemplazando el cuidado enfermero con el uso de la tecnología. Se concluye que se evidencian fortalezas y debilidades del cuidado enfermero, se identifica la necesidad de integrar saberes para aproximar la práctica al cuidado holístico y evitar que el cuidado técnico desvalore los cuidados humanizados; se requiere ampliar espacios de capacitación continua y reflexión sobre el saber y la práctica de enfermería, profundizar los conocimientos de las bases teóricas de humanización de los cuidados que sustentan la razón de ser de la profesión y encontrar equilibrio entre el cuidado técnico y cuidado humanizado.

Palabras claves: Experiencias, período perioperatorio, cuidado humano, profesional de enfermería, Adulto mayor.

ABSTRACT

The objective of the research was to describe, analyze and understand the experiences of older adults in the perioperative period. The theoretical support is the theoretical perspectives of human care of Jean Watson. The study is qualitative, descriptive, to capture the object of study from the experiences of the elderly patients undergoing surgery. Data collection was done through the semi-structured interview, the sample of the study was formed by 10 older adults by saturation. The results obtained two categories: 1) RECEIVING A HOLISTIC NURSING CARE, with subcategories a) Effective communication based tool of humanized care, b) Recognition of Faith and spirituality as a means to alleviate anxiety, c) Care more than action is Attitude, d) Caring holistically. And 2) EXPERIENCING NEGATIVE SITUATIONS IN NURSE CARE, with subcategories: a) Persistence of care based on Know-how, b) Routine and stress-safe path to dehumanization in care, c) Ignoring care, d) Absence of the nurse in the operating room, e) Dehumanized care precursor of despair and f) Replacing nursing care with the use of technology. It is concluded that strengths and weaknesses of nursing care are evident, the need to integrate knowledge to approximate the practice to holistic care and to avoid that the technical care devalues the humanized care; It is necessary to expand spaces of continuous training and reflection on the nursing knowledge and practice, to deepen the knowledge of the theoretical bases of humanization of the care that sustain the *raison d'être* of the profession and to find a balance between technical care and humanized care.

Key words: Experiences, peri operative period, human care, nursing professional, older adult.

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCION

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.2. Tipo de Investigación.....	21
2.2. Diseño de Investigación:	22
2.1.1. Principios del Estudio de caso:.....	23
2.3. Sujetos del Estudio.....	28
2.3.1. Población.....	28
2.3.2. Criterios de inclusión	28
2.3.3. Muestra	29
2.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	30
2.5. Interpretación y Análisis de la Información.	31
2.6. Principios Éticos:	33

CAPÍTULO III: RESULTADOS DEL ESTUDIO

CONSIDERACIONES FINALES: 86

RECOMENDACIONES:..... 91

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 93

ANEXOS

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería brinda cuidados directos a pacientes en sus diferentes etapas de la vida, y es el área del centro quirúrgico en donde el ser cuidado se vuelve más vulnerable debido a lo nuevo que tiene que enfrentar desde la etapa preoperatoria, operatoria y postoperatoria, las cuales están llenas de temores, incertidumbre, riesgo, y complicaciones a las que se ve expuesto; tornándolo un ser extremadamente debilitado y con una enorme complejidad para su cuidado.

El paciente al ingresar al área de centro quirúrgico es recibido por el profesional de enfermería, y espera ser atendido con calidez, seguridad, respeto, humildad, tolerancia y empatía para disminuir sus temores, angustias, y dolor por el padecimiento y así lograr su recuperación. Él es un sujeto de cuidado y será tratado con dignidad, pues aún en proceso de vivir o morir tiene sentimientos, dignidad, honra, pudor y como tal tiene que ser visto y cuidado.

El cuidado que brinden los licenciados en enfermería en el perioperatorio; es básico y fundamental, ya que de ello depende el éxito o fracaso de la recuperación del paciente; considerando que el cuidado debe estar basado en las necesidades de los pacientes desarrollando técnicas o indicadores para mejorarlas. Es por eso que el personal de Enfermería que está en contacto directo y continuo con los pacientes tiene un papel importante en la gestión de calidad total asegurando que los pacientes reciban cuidados continuos, oportunos y seguros.

Brindar un cuidado humanizado es un compromiso, para el cual se debe recurrir a todos los elementos existentes para lograrlo; respecto a la misma, existe la evidencia de que hoy los pacientes están buscando profesionales que actúen en forma humana deseando para ello enfermeras que no sólo resuelvan sus problemas de salud, sino que escuchen y comprendan el estado actual en el que se encuentran porque no solo su salud física se ve afectada sino también su entorno afectivo. Es así que los cuidados al adulto mayor deben ser similares a cualquier otro grupo etáreo, no debe apreciarse mayor diferencia a pesar de ser personas con dificultades para la escucha y la comunicación, así como para la movilización, necesitando asistencia individual y diversificada.

Actualmente existe una grave preocupación por el cambio progresivo de la esperanza de vida, teniendo así que en el mundo el número de personas que rebasa la barrera de los 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1200 millones de ancianos. También se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", o sea los mayores de 80 años de edad; que en los próximos 30 años el 12% en los países llamados en vías de desarrollo.¹ La preocupación radica en que no estamos preparados social, política ni económicamente para asumir con responsabilidad el garantizar para estos adultos mayores el desarrollo de sus vidas con calidad.

En América Latina las proyecciones demográficas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, señala que en las próximas décadas aumentarán

aún más las tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años de edad, de manera que en 2025 este grupo de edad será de alrededor de 100 millones de personas y en 2050, de cerca de 200 millones. En consecuencia, los adultos mayores de 60 años que representaban el 8,1% de la población total de América Latina en el año 2000, pasarán a ser el 14,1% en 2025 y representarán cerca de la cuarta parte de la población total (23,4%) en el 2050. ²

Perú ha comenzado el proceso del envejecimiento de la población. Este proceso es inevitable y se debe al descenso de la fecundidad y mortalidad. El porcentaje de población de 60 años y más en el país posiblemente aumente rápidamente después del año 2020. Dicho porcentaje es de: 8,5 y 11,2, para los años 2005 y 2020 respectivamente. En el contexto de América Latina, el proceso de envejecimiento de Perú se ha retrasado varios años en relación a los países más poblados del Continente Americano. En este sentido esto significará tener un poco más de tiempo para planificar adecuadamente las consecuencias del proceso de envejecimiento. Sin embargo la planificación relacionada con el proceso de envejecimiento debería comenzar inmediatamente a los efectos de evitar problemas muy graves sobre planes de pensiones y de salud pública. ³

Según el INEI (2015), en el Perú el 38.3% de hogares cuentan con algún adulto mayor, el 32.8% está en el grupo etáreo de 60 a 79 años, el 8.3% de 80 años a más y el 61.7% de hogares no cuentan con un adulto mayor. En Lima Metropolitana el 42,0%, en el área rural 40,0% y en la urbana, el 34,6%. ⁴

En relación al adulto mayor con enfermedad crónica INEI 2015, indica que el 80,2% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 71,4%. Por otro lado, las mujeres del área rural (81,7%) evidenciaron en mayor proporción algún problema de salud crónico, que las de Lima Metropolitana (79,8%) y área rural (79,6%).

En relación al tipo de problema salud y razones de no asistencia a establecimiento de salud, el 55,0% de adultos mayores del país han padecido algún síntoma o malestar y el 41,3% alguna enfermedad o accidente. Comparando con similar trimestre del año anterior, se presentó un incremento en la prevalencia con algún síntoma o malestar, de 5,2 puntos porcentuales; pero disminuyó en alguna enfermedad o accidente, en 1,7 puntos porcentuales. La mayor proporción de personas de 60 y más años de edad, con algún tipo de problema de salud, no asistieron a un establecimiento de salud porque no fue necesario ya que utilizaron remedios caseros o se autorecetaron (67,0%). ⁵

El envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias socio-económicas que implica cambios en las áreas de trabajo, vivienda, recreación, educación y en las necesidades de salud a que dará lugar. La expectativa de vida en la población peruana ha cambiado en los últimos años; en el año 1970 era de 55,52 años; en el 2005 es de 69,82 años y se estima que alcanzará los 75 años en el 2025. ⁵

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, (2006) señala que el incremento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades en el adulto mayor en nuestra sociedad cada vez son más evidentes, y más notorio en la medida que la población envejece. El envejecimiento es parte del continuo desarrollo del hombre en el ciclo vital, sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse de forma paulatina y en un momento determinado mostrar solo algunas características, en la visión actual, el envejecimiento tiene un enfoque integral y se considera como un proceso saludable, con actitud positiva y que permite a la persona mantenerse en actividad y con la capacidad de seguir desempeñando sus actividades cotidianas de manera independiente.⁶

En este contexto la salud constituye uno de los principales problemas de la población adulta mayor. El riesgo de enfermar y morir forma parte de su vida cotidiana, los problemas de salud no solo afectan al mismo individuo sino también a familiares y amigos. Las secuelas invalidantes y cambios físicos que pueden acompañar el proceso de envejecimiento convierte al adulto mayor en un ser dependiente, de deterioro y carga social, que la familia, no puede responder, conllevando muchas veces al aislamiento y abandono.

Los indicadores de población adulta mayor en el Perú muestran la situación de desventaja, económica, social y de salud que viven, unido a estilos de vida desfavorables, poco conocimiento sobre su cuidado, y limitado acceso a los servicios de salud, que muchas veces implica discriminación por etnia, género, zona de residencia, estereotipos negativos de la familia y del personal de salud sobre el

envejecimiento, así como políticas públicas y sociales con deficiente implementación o sin ejecución constituyen factores de importante influencia en la salud de este grupo poblacional.

Respecto a las intervenciones quirúrgicas, realizadas a los adultos mayores según ámbito geográfico y área de residencia, 2006-2010 en los cinco años de análisis en promedio, el 5.5% de los adultos mayores de áreas urbanas fueron intervenidos quirúrgicamente los doce meses previos a la entrevista frente a tan solo el 1.7% de los adultos mayores de áreas rurales. Por área de residencia, Lima Metropolitana es donde una mayor proporción de los adultos mayores han sido intervenidos quirúrgicamente (6.3%), seguidos de los adultos mayores del Resto de Costa (5.1%). En menor frecuencia los adultos mayores de la Selva (2.6%) y Sierra (2.6%) tuvieron una intervención quirúrgica. ⁴

Según el informe realizado por el área de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Cajamarca, en el año 2012 se han realizado 1.778 intervenciones quirúrgicas, de las cuales el 9.4% fueron realizadas en los adultos mayores.⁷

En el Hospital “José H. Soto Cadenillas” - Chota, se observa que son los adultos y adultos mayores los que ingresan con mayor frecuencia al área de Centro Quirúrgico con diversas patologías, así tenemos que en el año 2015 se operaron a un total de 107 adultos mayores, las causas más frecuentes fueron: Hernia Inguinal y umbilical (25 casos), colecistitis (16 casos), apendicitis aguda (13 casos) y en menor proporción fueron operados de peritonitis, obstrucción intestinal, cataratas, derrame pleural, hipertrofia benigna de próstata, hemorroides externos. Se observó

que en un mayor porcentaje se encontró en el grupo etáreo 70 a 80 años (27%), seguido de 60 a 69 (21%) y en menor porcentaje 1 intervención quirúrgica que se le realizó a un adulto mayor de 91 años de edad. En cuanto las intervenciones más frecuentes tenemos por diagnóstico de Abdomen Agudo así tenemos: Hernia Inguinal y umbilical (23%), seguido de Colecistis (15%), luego apendicitis aguda con un (12%).⁸

La inadecuada ejecución de la política de descentralización en salud en la Región, la cual asigna presupuestos desiguales a sus provincias afecta la puesta en marcha de los programas y la atención de las necesidades de salud de la población como es el caso de la provincia de Chota, reflejándose en el insuficiente número de trabajadores que laboran en el área de centro quirúrgico: 7 licenciados en enfermería, los cuales realizan labor de enfermera instrumentista I, II (algunas veces en 2 quirófanos a la vez) y 3 licenciados realizan funciones en el área de recuperación post anestésica durante cada turno; hecho primordial que podría estar originando la manera como se están brindando los cuidados de enfermería y más aún como éstos cuidados son percibidos por el paciente, sumándose a ello la fuerte presencia cultural, la cual estaría relacionada con la atención de salud y la práctica de sus cuidados tanto del profesional de enfermería como en ellos mismos, pues según referencias de los familiares respecto a la presencia de enfermedad en el adulto mayor, buscan primero atención de salud al interior de su comunidad, es decir recurren al saber popular para curar la enfermedad, pero al no encontrar curación acuden al centro hospitalario muchas veces con complicaciones severas que ponen en riesgo la vida del paciente

Por lo anterior expuesto, se tiene la necesidad de conocer cómo percibe el adulto mayor la experiencia en relación a la atención brindada por la enfermera en el periodo del perioperatorio, siendo importante para la evaluación y mejoramiento de la atención de salud. Se debe considerar que para alcanzar brindar un cuidado humanizado no debemos considerar al “cuidado” como un proceso positivo vertical, sino más bien un proceso dinámico ininterrumpido y exhaustivo, de identificación permanente de fallas en las actividades diarias así como también de fortalezas y oportunidades. Dicho proceso debe ser periódicamente revisado, actualizado y difundido con la participación del personal. La enfermera debe estar comprometida con su labor como profesional actuando en forma responsable y dedicada para garantizar la plena satisfacción del ser cuidado.

1. Objeto de estudio:

- Experiencia del adulto mayor frente al cuidado de enfermería en el periodo perioperatorio del Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota, año 2016.

2. Objetivo:

- Analizar y comprender las experiencias del adulto mayor frente al cuidado de enfermería perioperatorio.

3. Justificación del Estudio:

Los adultos mayores constituyen una población especial quienes necesitan ser revalorados y potenciados para seguir creciendo como seres humanos valiosos aún en su enfermedad; por ello, estudiar el cuidado que brinda la enfermera de centro

quirúrgico hacia el adulto mayor, teniendo en cuenta los temores, incertidumbre y secuelas que genera una intervención quirúrgica en esta etapa de vida se hace evidente; pues es un ser con necesidades no sólo fisiológicas, si no que precisan de apoyo emocional, espiritual y humano.

La atención de la salud de los ancianos en nuestro país está siendo relegada desde hace tiempo en los programas de salud y en los estudios de investigación, este olvido tiene indudablemente efectos negativos sobre el cuidado de su salud por parte de los profesionales; siendo necesario realizar investigaciones en este campo que permita comprender el quehacer profesional de enfermería desde la asistencia hospitalaria como uno de los aspectos esenciales para el desarrollo profesional y disciplinar, el fortalecimiento del área de conceptualización y práctica de enfermería.

Es por eso que éste estudio se justifica porque va a proporcionar a la Institución datos que permitirán mejoras y generar cambios en la labor profesional enfocando la atención de enfermería hacia la completa satisfacción del paciente teniendo en cuenta sus expectativas, necesidades y percepciones, identificando las posibles deficiencias de la atención de enfermería desde la experiencia del paciente postoperado. Así mismo, servirá como referencia bibliográfica para la realización de futuros trabajos sobre el tema, ya que en la actualidad no se encuentra una investigación similar en el Hospital “José H. Soto Cadenillas” de Chota.

El estudio contribuye con nuevos conocimientos para aportar científica y técnicamente al desarrollo de la profesión y de la Institución, precisando el saber

para una mejor orientación del cuidado de salud holístico y humanizado, pues al conocer los cuidados del adulto mayor desde la opinión del ser cuidado contribuirá a partir de los hallazgos a modificar el modelo de práctica actual en el área asistencial desde la formación del profesional de enfermería y mostrar que las enfermeras y enfermeros constituyen la fuerza humana indispensable en el sistema de salud y el cuidado de las personas en el área de centro quirúrgico, rescatando así la labor del enfermero quirúrgico, el cual es muchas veces invisible en el proceso de las intervenciones quirúrgicas.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.2. Tipo de Investigación.

La presente investigación es de tipo cualitativo, con abordaje de estudio de caso, en la que se pretendió: “Estudiar la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales - entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos – que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas”.

La investigación cualitativa se preocupa “por un nivel de realidad que no puede ser cuantificado, o sea ella trabaja con un universo de significados, motivaciones, aspiraciones, creencias, valores y actitudes y que corresponden a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a la operacionalización de variables. El abordaje cualitativo se ve profundamente en el mundo de los significados de las acciones y relaciones humanas, un lado no perceptible y no captable en ecuaciones, medidas y estadísticas. La preocupación es comprender y explicar la dinámica de las relaciones sociales, que a su vez son depositarias de creencias, valores, actitudes y hábitos. Se trabaja con la vivencia, la experiencia, con la cotidianeidad y con la comprensión de las estructuras e instituciones como resultados de la acción humana objetiva.”⁹

Las investigaciones cualitativas se fundamentan más en un proceso inductivo (explorar y describir), y luego generar perspectivas teóricas. Se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, principalmente los humanos y sus instituciones. Postula que la “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades. ¹⁰

“La investigación cualitativa, se plantea, por un lado, que observadores competentes y cualificados pueden informar con objetividad, claridad y precisión acerca de sus propias observaciones del mundo social, así como de las experiencias de los demás. Por otro, los investigadores se aproximan a un sujeto real, un individuo real, que está presente en el mundo y que puede, en cierta medida, ofrecernos información sobre sus propias experiencias, opiniones, valores...etc. Por medio de un conjunto de técnicas o métodos como las entrevistas, las historias de vida, el estudio de caso o el análisis documental, el investigador puede fundir sus observaciones con las observaciones aportadas por los otros”. ¹¹

2.2. Diseño de Investigación:

Se utilizó el abordaje de estudio de caso; ya que éstos tienen un papel importante en la investigación cualitativa. La mayor parte de este tipo de investigación recurre al estudio de unidades de forma intensiva, por medio de un abordaje idiográfico que puede vincularse con la teoría. En la psicología los

estudios de caso son relevantes para entender a las personas, sus experiencias, sus percepciones, sus emociones, además son importantes en el estudio de personas con características específicas, con trastornos o con habilidades especiales.

Patton, define los datos cualitativos como descripciones detalladas de las investigadoras de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones. El estudio de caso se dirige a investigar a profundidad sobre individuos, instituciones u otras entidades sociales. Determina la dinámica del porqué el sujeto piensa, se comporta o se desarrolla de cierta manera en particular, brindando al investigador la oportunidad de llegar a conocer íntimamente las condiciones, pensamientos, sentimientos, actos pasados y presentes, las intenciones y el entorno del sujeto.¹²

Las investigadoras en este campo, buscamos saber y comprender cuales son las experiencias del paciente adulto mayor frente al cuidado que brindan los licenciados de enfermería en la etapa perioperatoria en el Hospital José Soto Cadenillas, y es en este sentido que solo a través de una investigación cualitativa se podrá estudiar la dimensión de este proceso.

2.1.1. Principios del Estudio de caso:

Para la presente investigación se tuvo en cuenta los principios del estudio de caso según el modelo de Ludke y André.¹³

a) **El estudio de caso se dirige al descubrimiento.** Esta característica se fundamenta en que el conocimiento no es algo acabado. A pesar que el investigador parte de algunos supuestos teóricos iniciales, procurará mantenerse atento a nuevos elementos importantes que pueden surgir durante el estudio, conocer la experiencia del paciente frente al cuidado de la enfermera en el perioperatorio, esto fue el descubrimiento del presente estudio.

b) **El estudio de caso enfatiza la interpretación en el contexto.** Este principio establece que para tener una comprensión más completa del objeto de estudio es preciso tener en cuenta el contexto, donde él se sitúa. Este estudio se llevó a cabo en los servicios de cirugía y centro quirúrgico del Hospital, lo que permitirá describir mejor la experiencia del adulto mayor.

c) **El estudio de caso busca retratar la realidad en forma compleja y profunda.** El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problemas enfocándolo como un todo. Enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes. En este estudio se enfatizó la complejidad natural de las experiencias del paciente en el perioperatorio, se trató de que los discursos manifestados por ellos retraten lo percibido por ellos sin que altere la realidad vivida, se podrá analizar a través de entrevistas.

d) El estudio de caso utiliza una variedad de fuentes de información. El investigador recurre a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos y en situaciones variadas con una variedad de informantes.

Las fuentes de información que se utilizaron en el presente estudio fueron la entrevista semiestructurada y la observación indirecta que se aplicaron a los pacientes adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión.

e) Revelan experiencias vicarias que permiten generalizaciones naturales. El investigador procura relatar sus experiencias durante el estudio de modo que el lector o usuario pueda realizar sus generalizaciones naturales.

La lectura de los discursos permitió generalizaciones naturales en función del conocimiento experimentado o experiencia personal que estos traigan, esto se logró a través de la descripción detallada del escenario y sus participantes, así como de la discusión profunda de las categorías.

f) El estudio de caso procura representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social. Cuando el objeto o situación estudiada puedan suscitar opiniones diferentes el investigador va a procurar traer para el estudio esas

divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación.

Al aplicar la entrevista semi estructurada y observación indirecta a los pacientes se cumplió con el objetivo de comprender cómo son las experiencias de éstos durante el periodo perioperatorio, luego de esto se podrá validar este principio que tiene todo estudio de caso, ya que permitió identificar categorías y subcategorías que incluyeron versiones contradictorias, esto permitió a las investigadoras tener un marco enriquecido para el análisis de los resultados.

g) Los relatos del estudio de caso utilizarán un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros informes de investigación. Los relatos escritos se presentan generalmente con estilos informal, narrativo, ilustrado por figuras del lenguaje dependiendo del tipo de usuario a que se destina.

En este estudio, el caso se construyó en forma narrativa y descriptiva a partir de un marco teórico y el uso del pensamiento crítico el mismo que permitió representar la realidad con respecto al objeto estudiado.

Fases o Momentos: según Nisbet y Watt, citados en Cohen, Manion, & Morrison; caracterizaron el estudio de caso en tres fases.¹⁴

a. Fase exploratoria. El estudio de caso comienza con un plan incipiente que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. La fase exploratoria es fundamental para la definición más precisa del objeto de estudio.

Para el presente estudio primero se estableció la problematización del caso, es decir de las experiencias del adulto mayor frente al cuidado de enfermería en el periodo perioperatorio.

b. Fase sistemática o delimitación del estudio. Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador puede proceder a recolectar sistemáticamente la información utilizando instrumentos más o menos estructurados, técnicas más o menos variadas, la elección está determinada por las características propias del objeto de estudio.

La importancia de determinar los focos de investigación y establecer los límites del estudio, es consecuencia del hecho que nunca será posible explorar todos los ángulos del fenómeno en un tiempo razonablemente delimitado.

c. Fase de análisis temático y la elaboración del informe. Parte final del estudio de caso de las cuales surgirán las unidades de significado teniendo en cuenta las revelaciones importantes para las investigadoras, pasando a constituir los elementos estructurales del fenómeno de los cuales se realizará un análisis temático de contenido,

es decir un análisis de los resultados en base al conocimiento sobre el problema en estudio y relacionándolo con el marco teórico, permitiéndose una mejor interpretación de los discursos emitidos y se estableció las categorías y subcategorías.

2.3. Sujetos del Estudio.

2.3.1. Población

Las personas que participaron en el estudio estuvo conformada por 10 adultos mayores que experimentaron el cuidado en el periodo perioperatorio en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota.

2.3.2. Criterios de inclusión

- Residentes en la zona urbana del distrito de Chota, de diferentes condiciones socioeconómicas, estado civil, edad, sexo, etc.; todo esto con el objeto de obtener descripciones variadas acerca del fenómeno en forma libre y espontánea.
- Adultos mayores que experimentaron el periodo perioperatorio y que desearon participar libremente en la investigación.

- Adultos mayores operados con anestesia regional, ya sea raquídea o epidural.
- Adultos mayores que gozaron de capacidades óptimas de escucha y habla.
- Adultos mayores que mantuvieron intactas sus capacidades de juicio y raciocinio.

2.3.3. Muestra

La muestra final del presente estudio de investigación estuvo conformada por 10 adultos mayores y se obtuvo luego de constatar que la información recolectada fue suficiente para responder a la interrogante propuesta, para lo cual se consideró la técnica de "Saturación", con este tipo de muestreo, el número de personas a entrevistar no se definió de antemano, sino más bien la indicación de que la investigación del fenómeno ha concluido se obtuvo cuando al realizarse las entrevistas, y cuando las respuestas se repitieron en su contenido ya no aportando nada nuevo al proceso de comprensión del fenómeno.

2.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos.

La técnica fue la entrevista abierta a profundidad y el instrumento fue la guía de entrevista, esta entrevista consto de tres preguntas norteadoras abiertas (apéndice 2) con el objetivo de ofrecer al entrevistado la posibilidad de verter su opinión en forma amplia sobre el objeto de estudio, se les dio libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos y obtener mayor información sobre el tema elegido. También se hizo uso de la grabación de los discursos para registrar con fidelidad todas las interacciones verbales puestas de manifiesto, lo que permitió obtener información sobre las experiencias de los adultos mayores, acá se tomó en cuenta expresiones verbales y no verbales a través de la observación indirecta de los sujetos de estudio y fueron tomados en cuenta para el análisis e interpretación.

Para la recolección de datos se solicitó permiso a través de documentos a la dirección del Hospital José Soto Cadenillas.

El tiempo de duración del proceso de recolección de datos fué de cuatro meses, comprendidos entre los meses de Enero a Abril del año 2016; los días designados para esto fueron alternados de acuerdo a la disponibilidad de las entrevistados.

Para lograr realizar las entrevistas se inició con la firma del consentimiento informado para la realización del presente estudio. La entrevista se inició explicando al entrevistado en términos claros y sencillos el objetivo de la investigación, el carácter anónimo de la entrevista asegurándole

que los resultados serán usados exclusivamente para la investigación. Para realizar la entrevista se usaron diversas estrategias para obtener la información de forma más completa y fidedigna posible: A los pacientes se realizaba en la tarde o en las primeras horas de la noche mientras reposaban después de sus alimentos. El tiempo promedio que duro cada entrevista fue de 30 minutos.

2.5. Interpretación y Análisis de la Información.

Esta fase esencial de la investigación tuvo la finalidad, de establecer una comprensión de los datos, confirmar los presupuestos de la investigación y/o responder a las interrogantes formuladas y ampliar el conocimiento sobre el tema investigado, articulando al contexto de la cual es parte. El análisis cualitativo consiste en reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar la información para tener una visión más completa de la realidad objeto de estudio.⁹

Como resultados de la entrevista a profundidad, y teniendo como guía el análisis del discurso propuesto por Orlandi¹⁵, y la perspectiva de Minayo¹⁰ el análisis de la información se dividió en tres etapas: ordenamiento de los datos, clasificación de los datos y análisis final. Estas perspectivas de análisis permitieron estructurar las categorías propuestas en las que se presentan una idea global de los aspectos más relevantes que conforman las experiencias del adulto mayor frente al cuidado perioperatorio recibido. Para ello se consideró el siguiente procedimiento:

- Una vez transcrita las entrevistas tal y como fueron expresadas por los sujetos (texto Etic) se procedió a transcribir los discursos de tal forma que los lectores puedan comprender con mayor claridad, lo quieren decir los sujetos del estudio, (texto Emic) cuidando en todo momento de no perder la esencia del mensaje.

- Posteriormente se revisó, ordenó, clasificó y codificó los discursos, teniendo en cuenta ideas, expresiones similares, concordantes de cada participante, para luego hacer el análisis profundo de lo que quiso decir el entrevistado. Se extrajo de cada oración los enunciados y frases teniendo en cuenta lo más significativo relacionado con el objeto de estudio; lo que facilitó la identificación de sub temas y temas que luego permitieron agruparlas en categorías.

- El análisis del discurso es una técnica que tiene por finalidad explicar como un texto produce sentido y permite comprender, el sentido del discurso; ya que el texto precisa tener material lingüístico necesario para que la persona pueda acompañar el movimiento del diálogo lo más rápido posible de lo que ocurre en el momento en el que fue enunciado. Este análisis tuvo como objetivo básico realizar una reflexión general sobre las condiciones de producción y aprehensión de los significados de textos producidos en los diferentes campos.¹⁰

2.6. Principios Éticos:

Según BELMONT (1979) presenta los principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación.¹⁶

Respeto a las personas. El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas. Consiguientemente el principio de respeto a las personas se divide en dos prerequisites morales distintos: el prerequisite que reconoce la autonomía, y el prerequisite que requiere la protección de aquellos cuya autonomía está de algún modo disminuida. Una persona autónoma es un individuo que tiene la capacidad de deliberar sobre sus fines personales, y de obrar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones.

En la presente investigación se tuvo en cuenta que los adultos mayores que desearon participar en la investigación fueron considerados siempre como sujetos y no como objetos; es decir, se tuvo en cuenta en todo momento el valor de la persona humana considerándolo como un todo; así mismo se respetó la decisión de los adultos mayores de participar o no en la investigación haciéndoles firmar un consentimiento informado; así mismo se les dio el derecho de dar por terminada su participación en cualquier momento, de

rehusarse a dar información o de exigir que se les explicara el propósito del estudio y los procedimientos específicos.

Beneficencia. Se trata a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar. Esta forma de proceder cae dentro del ámbito del principio de beneficencia. El término "beneficencia" se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. En este documento, beneficencia se entiende en sentido más radical, como una obligación. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: No causar ningún daño, y maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños.

Se minimizaron los riesgos y la equivocación para maximizar los beneficios del proyecto de investigación, respetando las decisiones de las los pacientes en estudio, protegiéndolos de la falta de respeto que puedan sufrir. Además, toda la información que nos proporcionaron fue utilizada como medio de investigación siendo el único beneficio obtener resultados, los cuales fueron utilizados de manera estricta para fines de ésta.

Justicia. ¿Quién debe ser el beneficiario de la investigación y quién debería sufrir sus cargas? Este es un problema que afecta a la justicia, en el sentido de "equidad en la distribución", o "lo que es merecido". Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al

mismo, sin ningún motivo razonable, o cuando se impone indebidamente una carga. Otra manera de concebir el principio de justicia es afirmar que los iguales deben ser tratados con igualdad.

Los que participaron de la investigación, fueron tratados(as) de manera justa sin discriminación antes, durante y después de su participación. Además, se evitó interferir más de lo necesario en la intimidad de cada uno de los investigados.

CAPÍTULO III: RESULTADOS DEL ESTUDIO

CAPÍTULO III: RESULTADOS DEL ESTUDIO

Considerando la importancia de ubicar a la enfermería con los nuevos conceptos del cuidar - cuidado, para el presente trabajo de investigación, se hace necesario tener el soporte teórico de cuidado a partir de los enfoques del cuidado humano y el cuidado de enfermería, en este sentido la base teórica que da soporte a la investigación lo constituye las perspectivas teóricas de cuidado humano Jean Watson.

Cada individuo tiene su propia experiencia al hacer uso de los servicios de salud, algunos adultos mayores lo interpretan como un lugar seguro del que van a obtener cuidado y alivio en sus síntomas, mientras que otras personas lo ven como un lugar que aumenta su preocupación; recibir un trato humanizado y especializado por parte del personal de salud hace sentir al adulto mayor un sentido de confianza y seguridad de que su enfermedad va a ser tratada de la mejor manera; y con una atención con empatía y comunicación efectiva ayudaremos al adulto mayor a afrontar de la mejor manera una intervención quirúrgica.

El trato humanizado debe generarse a partir de una reflexión al interior, en la que tanto directivos como trabajadores, analicen la magnitud de las responsabilidades de los servicios de salud en la comprensión del ser humano como un ser holístico: biológico, psicológico, social, cultural, ambiental; un ser holístico que tiene cuerpo, pero también sensaciones, deseos, miedos y cuya vida transcurre en un entorno económico, familiar, laboral, etc. Esta reflexión es necesaria y urgente, pues aunque están documentados los problemas que deshumanizan, por

ejemplo, la excesiva tecnificación, la cosificación del ser humano, la prisa, la superficialidad en el trato, el uso de un lenguaje confuso o la ausencia de comunicación, el manejo inadecuado del dolor o la omisión del mismo como fuente de sufrimiento que debe ser intervenido, el papel de la infraestructura cuando las condiciones no permiten la privacidad o se descuidan aspectos psicológicos del trato y cientos de causas adicionales, son las propias instituciones que, de acuerdo con su entorno y la condición de sus pacientes, deben analizar sus propios problemas y plantearse estrategias para el abordaje de ellos.

El cuidado brindado al adulto mayor en el periodo perioperatorio debe estar basado en un cuidado humanizado, debiendo empezar desde la fase preoperatoria, donde se debería entregar suficiente información, disminuir la ansiedad, todo lo enseñado para la preparación de la cirugía y así poder lograr los resultados intra y postoperatorios esperados.

Se debe manejar una comunicación efectiva, siendo una manera de conquistar la confianza del paciente, se ha observado incluso que a veces no hay comunicación entre las enfermeras del quirófano y las del piso de hospitalización; siempre debe asegurarse la continuidad de cuidado. Ojalá se tuviera suficientes recursos humanos para poder hacer una visita preoperatoria y conocer los pacientes antes que entren a cirugía, de tal forma que si el paciente conoce previamente a la enfermera, entraría con mayor confianza a los ambientes de centro quirúrgico.

El Cuidado Holístico se ve dificultado por las múltiples tareas de tipo funcional, quedando las acciones relegadas como la comunicación eficaz, el

interactuar con el paciente y el hablar con la familia. La enfermera debe evaluar periódicamente la gestión del cuidado y sus resultados; debe ser un agente humanitario y moral, partícipe de las transformaciones del cuidado humano; debe saber escuchar y tener empatía. No debe sólo realizar los aspectos técnicos del quehacer, sino también buscar momentos para poder escuchar. Si no se puede con todos los pacientes, al menos algunos, de acuerdo al tiempo que se tenga disponible.

Los datos obtenidos han ayudado a develar el fenómeno de las experiencias de un grupo de adultos mayores sometidos a intervenciones quirúrgicas, este fenómeno está caracterizado por las convergencias, divergencias e idiosincrasias de las diferentes unidades de significado y que han sido organizadas en dos grandes categorías:

1. RECIBIENDO UN CUIDADO ENFERMERO HOLÍSTICO:

- 1.1. Comunicación eficaz herramienta base del cuidado humanizado
- 1.2. Reconocimiento de la Fe y espiritualidad como medio para aliviar la ansiedad
- 1.3. Cuidado más que acción es actitud.
- 1.4. Cuidando holísticamente

2. EXPERIMENTANDO SITUACIONES NEGATIVAS EN EL CUIDADO ENFERMERO:

- 2.1. Persistencia del cuidado basado en el Saber Hacer.

2.2. La rutina y estrés camino seguro hacia la deshumanización en el cuidado.

2.3. Ignorando al ser cuidado.

2.4. Ausencia de la enfermera en el quirófano

2.5. Cuidado deshumanizado precursor de desesperanza

2.6. Reemplazando el cuidado enfermero con el uso de la tecnología.

1. RECIBIENDO UN CUIDADO ENFERMERO HOLÍSTICO

El adulto mayor en su enfermedad necesita ser atendido en la dimensión humana y en su dolencia física, debe ser respetado y comprendido en toda su complejidad y singularidad; vale decir dar cuidados biológicos, tecnológicos, emocionales, culturales, espirituales, sociales y humanos, sin perder la visión de ciencia y de la esencia del cuidado de enfermería.¹⁷

Watson ha contribuido con la definición de cuidar nuevas dimensiones desde una perspectiva fenomenológica, según la cual, el cuidado es un fenómeno impregnado de subjetividad que conduce a preocuparse por las experiencias de los demás. La Teoría de Watson permite regresar a nuestras raíces y valores profesionales más profundos; representa el arquetipo de la enfermera ideal. El cuidado deja constancia de nuestra identidad profesional en un contexto donde los valores humanos son constantemente cuestionados y cambiados. Watson sostiene que el cuidado contribuye a que tales valores estén presentes y la enfermería no sea concebida "sólo como un trabajo". Su enfoque humanístico,

basado en los valores que incorpora su teoría permite brindar apoyo a la enfermería y al cuidar humano en las instituciones geriátricas.¹⁸

Los adultos mayores enfermos se caracterizan por tener diversos cambios anátomo-fisiológicos importantes que hace difícil una respuesta rápida frente a cualquier agresión en su organismo y su persona, que se complica cuando se encuentran enfermos, necesitando una atención centrada en la comprensión de sus alteraciones físicas, emocionales y espirituales, el respeto a su privacidad, a su autonomía, y a su libre decisión sobre los cuidados que se precisan dar.

El profesional de enfermería como integrante del equipo de salud y persona cuidadora con mayor permanencia y acercamiento al paciente sabrá aceptar sus limitaciones y mostrar actitud positiva durante el proceso de cuidar; de allí que se podría alegar que cuidar a un adulto mayor enfermo puede resultar para algunos profesionales considerablemente pesado, preocupante y hasta penoso, debido a sus múltiples deficiencias y limitaciones.

Para ello Jean Watson en su proceso de caritas menciona diez factores que contribuyen para brindar un cuidado holístico, así tenemos; formación de un sistema humanístico – altruista de valores, este factor, incorpora valores humanísticos y altruistas que facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.

Inculcación de la fe-esperanza, este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo, la enfermería se basa en el cuidado a los demás y en el respeto, así como el cultivar la espiritualidad que tienen las personas, respetar las creencias de cada uno y apoyar el mundo de cada uno; también considera el cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás, el reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través de la auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

Desarrollo de una relación de ayuda-confianza, el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz; promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos, el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico se

solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado; promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal, este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas, la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior;

permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud.

A continuación se presentarán la subcategorías que ayudaran a comprender el actuar de enfermería en situaciones de cuidado desde la experiencia del adulto mayor intervenido quirúrgicamente:

1.1. Comunicación eficaz herramienta base del cuidado humanizado

El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social y en relación de dialogo y de interacción recíproca entre el profesional de enfermería y el paciente, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y desarrollo humano, con una manera particular de entender y definir la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Durante esta interacción con los pacientes, la comunicación en su forma verbal y no verbal, actitudinal y afectiva se constituye en un elemento fundamental del cuidado. Podemos decir entonces, que en esencia el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar tanto al paciente y la familia en el logro,

fomentando la recuperación de su salud mediante la satisfacción de sus necesidades.¹⁹

En el periodo preoperatorio, se obtuvieron frases alentadoras respecto al cuidado de enfermería; así lo evidencian los discursos:

“La enfermerita que me atendió el día de mi operación era muy buena me dijo que me van a operar de mi hernia, que era una operación sencilla, que me iba a recuperar rápido y que estaba en las mejores manos; y que tenía que prepararme: no comer nada, que me iban a bañar y que tuviera para las 12 todas mis medicinas completas...” (Clavel)

“Creo que yo he tenido suerte, antes de que me operen me atendieron dos enfermeras muy buenas, cuando me colocaban mi medicina me avisaban si me iba a doler, también me explicaron porque no debía comer antes de la operación y también porque no podían estar todos mis familiares junto a mí, la visita tiene que ser de dos en dos por favor decía...” (Jazmín)

“si señorita a mí me explicaron cómo era la operación, me dijeron que no tuviera vergüenza porque en la sala de operaciones iba a estar desnuda, que no tuviera vergüenza, que todos éramos como una familia”...(Rosa)

La conversación es una forma de relación inter-humana que se da por medio del lenguaje, expresada mediante la palabra y la comprensión del significado de lo que se dice, es necesaria para intercambiar pensamientos,

compartir sentimientos, anhelos y ofrecer información, haciendo uso la lengua hablada, y no hablada permitiendo a dos personas expresar una determinada situación.

En los discursos se percibe al cuidado de enfermería en una relación de comunicación, conversación, información, explicación y educación. Es la comunicación una forma de establecer, mantener y de relacionamiento con el paciente y contribuye al cuidado del adulto mayor. Estos elementos constituyen un vínculo importante para integrar el cuidado a las acciones de enfermería en su quehacer del día a día, porque le permite dialogar, intercambiar ideas, saberes con otros seres humanos sanos o enfermos. La comunicación es un instrumento básico de la práctica de la enfermería, el enfermero existe en la medida en que utiliza la comunicación, la conversación en su quehacer profesional.

En el actuar de enfermería este conversar resultará ser gratificante por que ayudará a conocer la situación de los pacientes y de los adultos mayores, que junto a la enfermedad tienen un mundo de significados que serán puestos de manifiesto en ese conversar. Por tanto, se precisa de un profesional de enfermería con habilidades y deseos de vivir el día a día en un verdadero conversar con los pacientes; en los cuidados de enfermería el conversar constituirá una categoría necesaria al permitir ingresar a la vida de las personas, construir su realidad y actuar en el momento más preciso del llamado a cuidar.

Las reflexiones sobre estas formas de cuidado pueden ser entendidas también en su dimensión de comunicación verbal, no verbal, teniendo como elementos el saber escuchar, dejar hablar, permitir que el rostro y el cuerpo expresen su emocionar en un espacio relacional persona-persona, sujeto-enfermo, cuidador-ser cuidado. El cuidado de enfermería en este tipo de pacientes a través del conversar es estar libre de imposiciones y limitaciones, se debe permitir al adulto mayor que exprese sus vivencias y preferencias con total libertad.²⁰

Saber escuchar es muy difícil. Pero es muy valioso encontrar un cuidador que sepa escuchar, sobre todo en los momentos más difíciles de la vida. Los cuidadores de la salud nos vemos en la obligación de aprender a escuchar. Saber escuchar también debe ser un elemento esencial en la práctica asistencial, usando un lenguaje verbal, comprensivo, en el momento de educar y explicar.²¹

La enfermería es un “diálogo vivo”, una experiencia existencial vivida entre seres humanos, una búsqueda responsable, una relación transaccional, una forma particular de diálogo humano”. De esa manera, los elementos de estructura de la enfermería humanística se pueden describir como: “Incorporar a los hombres (paciente y enfermera) en un encuentro (ser y convertirse) dirigido hacia una meta (nutrir el bienestar y el venir a ser) en una transacción intra subjetiva (estar con y hacer con) ocurriendo en el

tiempo y en el espacio (como medidos y vividos por el paciente y la enfermera) en un mundo de hombres y cosas”.²²

En este sentido la/el enfermera (o)-paciente vivirán un encuentro real, auténtico, estar siempre-ahí ayudándonos, escuchando, comprendiendo, pues en el cuidado asistencial y en nuestra vida cotidiana mostramos la necesidad que tenemos de relacionarnos para seguir viviendo.

Así mismo en el periodo postoperatorio los participantes mostraron satisfacción respecto a la comunicación e información recibida; así lo reflejan los siguientes enunciados:

“Cuando termino la cirugía, me llevaron en otra camilla a otro cuarto, allí esperaba una señora que me dijo le voy a colocar esto en su brazo, no se asuste si siente que le presiona es justamente para medirle la presión, también le voy a colocar esto en su dedo...es para ver cómo están su corazón y pulmones...” (Dalia)

“Cuando acabó la operación me llevaron a otra sala, yo sentía mucho frío... y como un ángel apreció una señorita y me cubrió con una frazada y me dijo es por la anestesia trate de descansar” (Rosa)

“Me sentía más tranquila; la enfermerita se acercó a mí y me hablaba con voz suave y me dijo “ya todo paso y ha salido bien, no hable mucho trate de respirar...así es lo de la anestesia”... (Azucena)

La actitud que la enfermera quirúrgica adquiera es fundamental en el cuidado al paciente; si uno quiere acercarse al paciente, uno busca estrategias. Si no puede acercarse a todos los pacientes que pasan por el día en el quirófano, al menos a los que están más complicados, a los que uno ve y detecta, desde que recibe que van con angustia, con estrés, con ansiedad, con miedo y busca cómo gestionar el cuidado o aprender cómo se acercan al paciente de forma humanizada. Depende de la sensibilidad humana, que es la esencia del enfermero, que podamos lograr una sonrisa en el paciente, un gesto de humildad o un agradecimiento.

Según los discursos mencionados, se puede notar que los enfermeros en su práctica del cuidado también incluyen afectividad, compromiso, estar con ellos, comprensión y comunicación interrelación y ofrecen un ambiente adecuado de cuidado.

El cuidado como foco central de la enfermería deberá constituirse en la interacción, en el contacto, en el tacto con el cliente, el rescate del cuidado humano. Para rescatarlo, la enfermería precisará desarrollar una relación interdependiente, recíproca, con el ser cuidado, propiciando condiciones de crecimiento, de aprendizaje para su restablecimiento. Lo que podrá contribuir para la consolidación de nuevas experiencias de cuidar.²³

También, se obtuvieron frases que reflejan la utilización del lenguaje no verbal y muestras de afecto como expresiones de cuidado. En el periodo intra operatorio, un adulto mayor manifestó:

“sentía que iba a caer de la mesa quirúrgica, pero me sentía acompañada por la presencia de una señorita quien me tomo de la mano, pensé que era la doctora pero ella me dijo soy enfermera señora, todo va ha salir bien, no se preocupe”... .. (Clavel)

La comunicación eficaz y el cuidado humanizado no sólo se basa en expresiones verbales, existen expresiones no verbales llenas de significado, que siempre están ahí y nos acompañan, como: la postura, el tono e intensidad de voz, la mirada, una caricia, una extendida de mano, una palmadita en el hombro, un gesto amable e incluso el silencio mismo, son situaciones que la persona lleva interiormente y que se deberían exteriorizar cada instante en el proceso de cuidar, este lenguaje no verbal también transmite información y comunicación y establece un espacio relacional emocional positiva. El profesional de enfermería procurará que la persona, el paciente adulto mayor vivencie expresiones de manera positiva auténtica y efectiva.

Esta forma de cuidado está ampliamente descrito en la literatura y está siendo usado en otros países, de pronto acá lo hacemos pero no vemos el significado que tiene el uso del contacto físico durante el procedimiento del acto quirúrgico como una forma de comunicación no verbal, lo cual se halla validado en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Así, se puede proporcionar consuelo a través del contacto táctil y estudiar su

respuesta: tomar la mano del paciente para transmitir apoyo emocional y evitar la ansiedad durante el proceso quirúrgico.

“cuando me iban a colocar la anestesia, la enfermera me tomo de los hombros y me dijo apóyese en mí, si desea abrázeme, pero no muy fuerte y sonrió; eso señorita me hizo sentir muy bien, más tranquila”... (Dalia)

Está demostrado que el contacto físico como intervención de enfermería para mejorar el estado de ánimo del paciente es una herramienta eficaz para disminuir los miedos ante la cirugía. Existen enfermeras cualificadas en terapias complementarias que, además de lo tradicional, aplican estas terapias logrando resultados exitosos en el alivio del dolor, en la disminución de la ansiedad y en el equilibrio de la energía, lo que hace que se adapten al procedimiento quirúrgico y a su recuperación. Hay enfermeras que utilizan, además de la analgesia con los medicamentos tradicionales, los colores cromoterapia: cada color tiene su significado y su energía especial para aliviar el dolor. Si uno aprende y se cualifica en esto, puede empezar a intervenir.

De acuerdo con lo mencionado, estas formas de cuidado se precisan rescatar y situarlos a la luz de la práctica cotidiana del profesional de enfermería, de tal manera que pase a formar parte de una cultura del cuidado humano y convertirse en elementos motivadores indispensables en el proceso de cuidar, en las diferentes etapas del ciclo vital de los pacientes.

Waldow; llama a esta comunicación no verbal como el “toque terapéutico”.²⁴

Una dolencia física puede verse aliviada, con solo dar palabras y gestos positivos, logrando animar al enfermo. El psiquiatra Smile Blanton, en su artículo denominado “La magia del contacto humano”, afirma que el roce de una mano puede envolvernos en un ambiente de afecto y comprensión, y habla con mayor elocuencia que las palabras. Así mismo nos dice, la causa de muchos problemas humanos reside sencillamente en la falta de contacto entre una persona y otra. Por tanto es preciso reconocer que en las personas sanas o enfermas es muy trascendente, una sonrisa, una mirada amable, dar la mano como señal de amistad, de presencia y apoyo, entre otros, actitudes saludables que pueden conducir a un acercamiento más humanizado de la atención de enfermería.²¹

Otra expresión reconfortante se obtuvo respecto al cuidado brindado por los licenciados en enfermería que administran la anestesia:

“la enfermera que me colocó la anestesia, me explico incluso como me iba a limpiar, me pidió que no me moviera, y cuando ya me colocó la anestesia, me hablaba en todo momento, me tomaba de la mano y me pedía que respirara profundo, me decía que todo iba a pasar rápido y que si sentía algo le informara”... (Azucena)

Al respecto Montes Valverde (1999), citado en Daza de Caballero, afirma que la enfermería como profesión se inició como un acto de amor

que se expresa mediante acciones de cuidado que permitan compartir las emociones y expresar los sentimientos, estas expresiones conllevará a la humanización del cuidado.¹⁹

De igual modo Gómez, M., sostiene que un cuidado de enfermería con empatía, simpatía, diálogo, toque sensible, solidaridad, respeto por la vida, entre otros, aparece lo humano del ser humano, el rescate del cuidado humano de enfermería que debe ser el estilo predominante del presente siglo.²³

Es preciso hacer mención los estudios de Daza de Caballero, R. sobre experiencias vividas desde las personas que son cuidadas en la dimensión afecto, quienes refirieron que el afecto se muestra en el interés, contacto, apoyo, responsabilidad y respeto, que debe superar el aspecto físico, agregan que el afecto, es una de las dimensiones del cuidado que contribuyen a la satisfacción tanto del paciente como de la enfermera. En este sentido el afecto debe constituirse en un elemento esencial en el cuidado de enfermería.¹⁹

1.2. Reconocimiento de la Fe y espiritualidad como medio para aliviar la ansiedad:

La teoría de Watson proyecta la importancia de la vida, el reconocimiento a la vida espiritual y la creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio; considera a la persona como un ser único que posee tres esferas del ser: mente - cuerpo

- espíritu las cuales se ven influidas por el auto-concepto, ser que es libre de tomar decisiones, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es predominante para el cuidado del paciente. ¹⁸

“Cuando me informaron que me iban a operar, sentí mucho miedo, y dije por qué Dios, por qué a mí, la enfermera me tomo de la mano y me dijo Dios sabe lo que hace sólo confíe en Él...esas palabras me llegaron al corazón y rezé...” .. (Rosa)

“Al ingresar a sala de operaciones yo me sentía, nerviosa, asustada y me repetía Dios mío, Dios mío ayúdame, y una señorita (enfermera) me dijo señora si ud. desea puede orar, Dios nunca nos abandona me dijo; esas palabras me brindaron mucha tranquilidad...” (Jazmín)

Es importante resaltar que frente a momentos de angustia y adversidad, es la creencia en Dios, en la oración y en la espiritualidad la fuerza o fortaleza para seguir adelante; el hecho de que una persona tenga fe y crea en una fuerza superior, hace que se transforme una situación crítica en algo positivo, que permita enfrentar la enfermedad y cualquier situación difícil. ²⁵ Según lo referido por el adulto mayor el hecho de que la enfermera le hablara de Dios le dio seguridad, pues la fe refuerza el positivismo frente a los resultados.

La esperanza, se encuentra muy ligado al sentimiento de fe, como una actitud que genera fortaleza y relacionada principalmente con los principios

que establece la religión cualquiera que ésta sea, pero además con una inclinación por lo espiritual. Así, los aspectos de fe y esperanza basados en la religión y espiritualidad, se convierten en un bálsamo y soporte espiritual capaz de prodigar real o imaginariamente una sensación de seguridad y protección divina que calma, mitiga y sana el sufrimiento que causa la enfermedad, el paso de los años, e incluso, la propia muerte.²⁶

Durante la enfermedad y la muerte, las prácticas religiosas proporcionan apoyo, pues la persona que siente a Dios en su vida puede adaptarse a los cambios inesperados. Se tiene esperanza en Él cuando su siente que necesita ayuda. La enfermedad intensifica la búsqueda de Dios, que puede ser considerado como un fenómeno natural que resulta de la necesidad de proteger, la recompensa y el instinto de conservación.²⁶

En la relación transpersonal de cuidado de Watson invoca a los enfermeros a brindar cuidado más allá del propio ego, lo que permitirá alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente y poner en práctica el cuidado transpersonal según el cual el enfermero debe intentar conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento. La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de

proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.²⁴

Así mismo, algunos estudios concluyen que las prácticas religiosas ayudan a disminuir los grados de depresión y a mantener la tensión arterial baja; de este modo, la espiritualidad permite a las personas afrontar los eventos adversos y les otorga fuerza a través de la fe religiosa.

Aunque existen abundantes estudios sobre la relación vejez-salud-religión, es poco el interés observado en la práctica de enfermería en incluir la dimensión cultural y religiosa en el cuidado de las personas mayores. Ello tiene diferentes explicaciones, entre las que se cuentan la primacía del cuidado de la dimensión biológica y las expectativas y consideraciones personales sobre el cuidado que tienen las enfermeras, es decir, el cuidado de la dimensión espiritual y religiosa depende de la filosofía personal y profesional de la enfermera, pues en este se incorporan no solo los saberes profesionales, sino las experiencias personales y el ser holístico, aspecto que no todas las profesionales desean exponer en la prestación de sus servicios de cuidado.²⁵

A pesar de las dificultades que se pueden observar al poner en práctica la dimensión religiosa en el cuidado, las enfermeras deben reconocer y aprender a valorar esta dimensión en las personas mayores, pues, como lo describe la literatura, la religiosidad es una fuente importante de apoyo para afrontar las situaciones difíciles.²⁶

1.3. Cuidado más que acción es actitud.

El cuidado se encuentra en el ente fundamental del modo de ser esencial del humano. El cuidar representa más que un acto, una actitud de ocupación, preocupación, de responsabilidad y de desarrollo afectivo con el otro. El cuidado siempre acompaña al ser humano porque éste nunca dejará de amar y desvelarse por alguien, ni dejará de preocuparse y de inquietarse por la persona amada. El cuidado es un modo de ser, es decir la forma como la persona humana se estructura y se realiza en el mundo con los otros, ser en el mundo significa una forma de existir y de coexistir, de estar presente de navegar por la realidad y de relacionarse con todas las cosas del mundo y en estas situaciones donde el ser humano va construyendo su propio ser, su autoconsciencia y su propia identidad.²⁸

El simple hecho de permitir al ser cuidado expresarse, manifestar sus experiencias, facilitarle la verbalización; ocasionará que el adulto mayor esté tranquilo, y pueda colaborar con el procedimiento quirúrgico y se muestre agradecido por el acompañamiento. Así lo aseveran los siguientes enunciados que mencionan los participantes respecto al cuidado intraoperatorio:

“... A mí me van a operar de una hernia que tengo hace muchos años...en mi cuarto me han dicho que es una cirugía simple; pero yo tengo miedo, porque antes ya fui operado, no me dijeron que se podía complicar al igual que ahora me decían que era una operación simple...pero se

complicó...los efectos de la anestesia fueron terribles, sentía mucho dolor...Pero ahora estoy un poco sereno porque la enfermera, una jovencita, lo digo por la voz...ya que en la sala de operaciones todos están bien tapados, me preguntó si ya me habían operado, de qué, de cómo me fue y otras cosas...palabras que hicieron que yo me tranquilizara, yo le preguntaba y ella me explicaba por ello estoy muy agradecido...” (Jazmín)

Si en el primer contacto con el ser cuidado se interactuara con él, se le brindara una recepción cálida y apacible se podría disminuir la ansiedad en los adultos mayores sujetos a cirugía:

“Abrieron una enorme puerta y salió una enfermera a recibirme, estaba con gorro y mascarilla...me asuste...pero inmediatamente se retiró la mascarilla y me sonrió y me dijo: no se asuste señora usamos esto para protegerlo, luego me hizo algunas preguntas...y me explico lo que me iba a suceder”...ella misma me acompañó hasta la otra camilla y estaba pendiente de mí...le agradezco mucho que me haya cuidado” (Azucena)

No se debe olvidar que una cálida sonrisa, podría producir efectos fisiológicos y psicológicos sorprendentes teniendo inclusive que ésta puede servir como analgésico, y aliviar la ansiedad; no cuesta nada ponerla en práctica.

El cuidado humano es visto como una forma de cuidar que los seres humanos expresan, consigo mismo, entre sí y con el universo. El acto de cuidar humaniza el ser, significando con eso, que es a través del cuidado que

el ser se distingue como humano, por tanto visto de esta forma, el cuidado presupone valores y elementos que son imprescindibles en el sentido de ser realizado de forma plena, tales como el respeto por el otro, por la naturaleza, por la vida, la compasión, la solidaridad, entre otros que componen actitudes éticas. Siendo también imprescindibles la búsqueda, la creación, y el perfeccionamiento del conocimiento, la valorización de la cultura y de la historia, el amor, la fraternidad y de esta forma seguir adelante.²⁸

El cuidado posee una dimensión ontológica, pues somos cuidado, porque entra en la constitución del ser humano. Es un modo de ser singular del hombre y de la mujer. Sin el cuidado dejamos de ser humanos. El cuidado significa desvelo, solicitud, diligencia, zelo, atención, buen trato, así estamos delante de una actitud fundamental, de un modo de ser mediante el cual la persona sale de si y se centra en el otro con desvelo y solicitud. Por tanto la actitud de cuidado puede provocar preocupación, inquietud y sentido de responsabilidad.²⁷

El cuidado es un proceso interactivo entre cuidadora y ser cuidado, en que la primera tiene un papel activo, pues desarrolla acciones acompañadas de comportamientos de cuidar; y el segundo ser cuidado tiene un papel más pasivo y en función de su situación puede tornarse dependiente temporalmente. El cuidado más que una acción, es una actitud, antecede una acción, es un modo de ser, constituye la esencia del ser; comprende los

comportamientos y actitudes, donde se destacan: respeto, gentileza, amabilidad, consideración, compasión, disponibilidad, responsabilidad.²⁹

1.4. Cuidando holísticamente

El cuidado humano consiste en una forma de vivir, de ser y de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de la espiritualidad. Cuidado es el fenómeno resultante del proceso de cuidar, y ocurre entre cuidadora y ser cuidado, y será sentido más adelante, involucra crecimiento y ocurre independientemente de la curación, es intencional y sus objetivos son varios, dependiendo del momento, de la situación y de la experiencia. En todas las situaciones de enfermedad, incapacidades y durante el proceso de morir, el cuidado humano es imprescindible como una forma de vivir y de relacionarse.²⁴

Establecer una adecuada relación es relevante para un cuidado humano, para conocer las características de la persona que va a ser atendida y aumentar la posibilidad del vínculo. Las dimensiones subjetivas del equipo de enfermería se constituyen en facetas importantes, y el conjunto de ellas determina la relación con el paciente. Esta tarea implica considerar al otro como un ser holístico. "En realidad, para intervenir holísticamente se requiere recuperar la visión integral, hay que ir en contracorriente de la mentalidad contemporánea, que va por el camino de la fragmentación y la

súper especialización". Trabajar en cirugía supone condiciones humanísticas especiales, requiere humanidad con el paciente y su familia.³⁰

...“cuando salí de la operación, noté a todo el mundo preocupado por mi bienestar, qué le pasa señora, cómo está, ya se va a aliviar, todo lo que me había faltado en los otros lugares lo encontré ahí, en ese lugar, en recuperación me sentí muy bien, tan tranquilo que se lo he contado a mucha gente ...”
(Clavel)

Para cumplir este requisito se requiere personal capaz de llegar al paciente para acompañarlo, y hacerle sentir que todos los que le rodean están para su bienestar.

Bolton SC, utiliza el término labor emocional para referirse a las habilidades, del cuidador profesional, para crear un clima emocional adecuado. El quehacer emocional de las enfermeras ha sido conceptualizado de varias maneras, Strauss y colaboradores, fueron los primeros en introducir el término "trabajo sentimental" como un reconocimiento que va más allá del trabajo técnico. Estos autores comparan el trabajo sentimental con la oferta de un cuidado amoroso aunque estresante.²⁹

Los pacientes se sienten cuidados cuando las acciones están acompañadas de cualidades humanas de la enfermera como estar atenta y cariñosa, lo que se traduce en sentimientos de seguridad, tranquilidad, ánimo y bienestar emocional.

Los pacientes describen el confort emocional en términos de sentimientos positivos hacia la vida, la felicidad y una alta espiritualidad. En este sentido, el personal le da la bienvenida al paciente para que se sienta bien con el equipo de salud y con otros pacientes.

Durante las fases del cuidado se observaron manifestaciones de cariño y compasión a través de los toques espontáneos, la escucha, la mirada atenta, la bondad, la ternura, la amistad, la alegría, el calor humano, la honestidad, la confianza, la cordialidad, reconociendo al paciente como persona con necesidades individuales y con la actitud de que nada sugiere ser un problema serio. Al respecto, uno de los pacientes narró una de sus experiencias:

“..Me atendieron muy bien ese día, las señoritas me charlaban, me acariciaron y hasta me bromeaban...” (Jazmín)

El humor y la distracción están presentes en las interacciones e impregnan todos los aspectos de la conducta humana, aunque a veces en la atención de la salud se subestima como entidad terapéutica, en la práctica clínica el humor y la risa fomentan las relaciones y la confianza, disminuyen la tensión, consolidan relaciones, ayudan en el afrontamiento de situaciones estresantes y enfatizan la experiencia subjetiva de la comunicación y la interacción de los pacientes y cuidadores.³⁰

En el mismo sentido, la confianza es una cualidad positiva que refuerza el afrontamiento personal y las posibilidades de éxito en la

interrelación enfermera paciente. Se desarrolla por el interés y el valor que demuestra el personal de enfermería hacia el paciente. Pero también, hace referencia a la preparación de la enfermera para actuar en determinadas situaciones. Cada cuidadora se enfrenta o se relaciona con el paciente de una manera diferente, cada quien se ingenia la forma de trabajar y dar cuidado. El estilo de trabajo es una expresión de la actitud del cuidador.³¹

“yo sentí que ellas estaban preocupadas por mí, que aunque había otros pacientes, a todos nos atendieron igual y por todos se preocuparon, que hay que ponerle el suero a este, que ya se le terminó, que a aquel hay que ponerle tal medicina para el dolor, yo las vi a todas preocupadas por todo el mundo, la atención que requería me la dieron, gracias a Dios, muy bien, de muy buena forma...” (Dalia)

La presencia, "estar ahí" y "estar con", no es sólo presencia física, también abarca la comunicación y el entendimiento, es un fenómeno interpersonal e intersubjetivo, en donde la presencia es estar presente para alguien. La relación interpersonal y la intersubjetividad en el modo de estar ahí, parecen depender del hecho de que la enfermera está atenta a alguna necesidad del paciente. Este tipo de presencia también es descrito como una intervención o acción de la enfermera para lograr objetivos, como el apoyo, la comodidad o el aliento, disminuir la intensidad de los sentimientos no deseados, o para la tranquilidad del paciente.³²

Con el transcurrir del tiempo la enfermera adquiere otra forma de ver, concebir a la persona que quizá tiene mucha relación con la concepción anterior en ver a la persona como un todo formado por la suma de sus partes que están interrelacionadas con los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales, surgiendo así el paradigma de integración cuya concepción hacia la persona es como un ser bio-psico-cultural-espiritual. La labor de enfermería iba dirigida a mantener la salud de las persona enfocándose a la dimensión que estaba siendo afectada, en el que la salud adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica. Salud que también está influenciada por el contexto en el que la persona vive el cual está constituido por el entorno, definido por los diversos contextos en los que vive la persona.²⁵

En la asistencia hospitalaria se debe tener en cuenta que la persona-paciente-adulto mayor es en principio una totalidad y su cuidado deberá estar enfocado a su integridad a la unidad sustantiva como ser humano, con historia personal, con valores, con racionalidad, que lo identifica como único, y que ante la enfermedad se coloca en las manos del personal de salud, y por tanto merece todo el reconocimiento y respeto aún en el proceso de vivir o morir. Todo lo indicado tiene que ver sin embargo con la forma como el profesional concibe a la persona y el ser humano.¹⁷

En este sentido, el equipo de enfermería se comporta como herramienta de presencia total, que consiste en ocupar el mismo espacio con el paciente, escuchándolo, brindándole tiempo y comunicándose con él y su familia, estrategias de cuidado que hacen que el paciente se sienta “cuidado”.

2. EXPERIMENTANDO SITUACIONES NEGATIVAS EN EL CUIDADO ENFERMERO

Así como se ha identificado situaciones de cuidado resonantes, que configuran el cuidado de enfermería en el adulto mayor post operado, en sus diferentes formas de comportamientos y actitudes positivas, expresados por los participantes, que le permiten humanizar los cuidados, también es preciso poner de manifiesto situaciones negativas en el cuidado brindado que producen desavenencias, observadas como parte de las deficiencias de la práctica cotidiana.

1.1. Persistencia del cuidado basado en el Saber Hacer.

Con las expresiones obtenidas se podría atestiguar que el cuidado de enfermería en el periodo preoperatorio está guiada por el saber académico adquirido en la formación profesional, y con predominio en la enseñanza del saber hacer, situación que es reforzada por Almeida y Rocha al precisar que históricamente el saber de enfermería se centra en la tecnología, con aplicación de principios y fundamentos científicos, y procuran siempre una fundamentación basada en su inicio en los principios de la biología,

fisiología y práctica médica, ampliándose en la década de los 50, con la contribución de la psicología y sociología, permitiendo el enfoque biopsicosocial del paciente.³³

“Viene la señorita me coloca los medicamentos sin decir nada, me moví porque me dolió el brazo y ella me dice es que ud. se mueve por eso le duele...”

(Lirio)

“Señor cuando regresen sus familiares le dice que falta que compren estos medicamentos.. ¡ah! y no se olvide que no debe comer nada, en la tarde lo van a operar...; señorita ya me van a operar el doctor no me ha dicho nada, dígame ¿es difícil la operación, demorará, hay riesgos?...señor eso le pregunta al médico cuando venga, de repente ya le habrá dicho a sus familiares...”

(Girasol)

“Vamos a pasarle a sala de operaciones, pásese a esta camilla; señorita pero me dijeron que me operaban mañana... va hacer ahora así lo ha decidido el doctor..., porque no me lo dijeron siento que no estoy preparado...”

(Geranio)

Con las expresiones obtenidos se puede certificar que no existe una comunicación eficaz, esta relación de conversación – comunicación carece de presencia, es una conversación en una sola dirección, donde el enfermero muestra su conocimiento, explica y debe ser escuchado, dejando limitado la participación del adulto mayor, y sin prestar mayor atención a lo que piensa, siente o quiere decir y saber, el adulto mayor es considerado como una

persona con quien no se puede conversar debido a su deficiencia auditiva y dificultad en lenguaje; por tanto es difícil conversar.

Conversar en el cuidado se convierte en un proceso de ida y vuelta, pone en marcha todas las expresiones inherentes al ser humano, y se torna en un proceso recíproco. Es en el conversar que conocemos a la persona y sus necesidades de ayuda.

Es evidente que la práctica de la profesión se resume a un saber mecanizado, dependiente de concepciones lineales y de órdenes médicas que desarticula el verdadero sentido del ser de la profesión y limita su comprensión; no se debe olvidar el concebir al cuidado en su dimensión holística y humano, considerando además que el cuidado es dinámico, creativo y artístico e influenciado por la cultura, las creencias, comportamiento y actitudes.

Podemos ofrecer cuidado según el lente con que vemos el mundo, puede ser: forma reactiva, cuando la enfermera se considera dueña del saber, es autoritaria e impone su criterio de cuidado y eficacia a la persona que necesita el mismo. Forma recíproca, la enfermera se valora así misma, reconoce, escucha y observa a la persona y tiene en cuenta su saber sociocultural-ambiente y red de apoyo familiar, además toma en cuenta el potencial, el saber y la sensibilidad que adquiere la persona sana o enferma para cumplir con ella en la experiencia de cuidado mediante una acción subjetiva.³⁴

Como señala Waldow, el cuidado no es exactamente la técnica que se hace, el procedimiento, por ejemplo, una curación, un cambio de posición. Lo que diferencia el cuidar de un procedimiento es preocupación, el interés, la motivación, expresados en un movimiento. En el caso de un procedimiento, el cuidar se concretiza en la forma como es realizada la acción. Esta es interactiva, se interrelaciona con el ser, sea a través de palabras, de gestos, de miradas; hay involucramiento no sólo el que hace, mas también con la persona en quien se realiza la acción. Por tanto, lo que diferencia el cuidar es como se hace, o sea, con gentileza, con respeto, con consideración, pues se está prestando una ayuda a un ser humano que es digno de atención y para quien se tiene un compromiso, una responsabilidad.²⁴

Así mismo, en el período preoperatorio se obtuvo la siguiente referencia:

“Antes de ingresar a sala de operaciones me dijeron: firme acá, necesitamos esta autorización para que le operen, y no me dijeron nada más...”
(Tulipán)

Es importante precisar a partir de los discursos, que una forma de cuidar al adulto mayor también es respetando su derecho al consentimiento informado, el cual según el enunciado obtenido está siendo realizado por los enfermeros, siendo esta una función que debe ser realizada íntegramente por el cirujano que realizará la operación, hechos que reflejan el no cuidado

adecuado que se brinda al adulto mayor, el respeto a la toma de decisiones en su tratamiento y en los procedimientos a realizar.

Si la situación de la enfermedad del adulto mayor lo permite, el profesional de enfermería está en el deber moral de conversar, comunicar, informar, aspectos relevantes, claros y precisos de su salud para que tome sus propias decisiones.³⁵ Un acto importante en la enfermera, es cuidar al adulto mayor respetando sus derechos, el mismo que se construirá en base una realidad dialógica. Significará colocarse en el lugar del paciente, usar un lenguaje comprensivo, saber escuchar, entender y promover su autonomía como ser humano.

El profesional de enfermería procurará que la conversación sea horizontal, interactiva, un diálogo de presencia de ambos, donde se brinde oportunidad al paciente para expresar con la tranquilidad, y la calma que le caracteriza, lo que siente, piensa necesita saber. Sólo así estará en un verdadero conversar y considerando lo humano del ser humano.

La información que brinda el profesional de enfermería es entendida desde la transmisión de conocimiento sobre lo que puede acontecer con su salud, con su enfermedad, con su situación en un momento dado, el cual puede ser necesario y estar bien pues es una forma de tomar en cuenta al paciente, él necesita ser informado, saber que le acontece y como responder a ello; y el profesional de enfermería debe asumir compromiso de conversar, comunicar de manera clara y precisa sin calificaciones de orden diminutivo

ni aumentativo, y lo que se trasmita sea en los momentos más precisos y oportunos aunque las noticias sean desagradables. El adulto mayor puede estar ante la existencia de un estado terminal, y el enfermero (a) buscará formas de comunicar y a la vez acompañar y contribuir en el afrontamiento de la situación.

El paciente adulto mayor necesita ser escuchado, lo cual significará dejar hablar, comunicar, para que expresen sus pensamientos, su dolencia y en lo posible evitar interrumpir. Aunque saber escuchar es difícil, la enfermera hará un esfuerzo para lograrlo, ya que más que una voluntad o deseo, el escuchar se convierte en una obligación y el enfermero debe aprender a escuchar, para luego actuar ofreciendo ayuda en los momentos más difíciles de la vida. Es decir, en ese entrelazamiento del conversar y emocionar, se reconoce la presencia del otro.³⁶

1.2. La rutina y estrés camino seguro hacia la deshumanización en el cuidado.

Así como el paciente entra con estrés al quirófano, uno también, como personal de salud, vive un estrés constante; si uno está preocupado, angustiado o irritado, aunque uno no quiera, eso se lo transmite al paciente, quien no tiene la culpa de los problemas o inconvenientes que tengamos.

“En cuanto ingrese a sala de operaciones me abordó una señora y me dijo: Buenos días señor, ¿tiene alguna enfermedad o alergia a algún medicamento?; así mismo, preguntó colega ¿están completos los

medicamentos?... ya pásenlo...Yo me anime a decir: señorita ¿cuánto demorará operación, hay riesgos? ...y ella me respondió SEÑOR eso ya le deben haber explicado en su piso ahora ya no hay tiempo...” (Lirio)

En el quehacer de la profesión de enfermería siempre nos esforzarnos por conseguir una asistencia más humana y un alto nivel de calidad, amabilidad y responsabilidad; pero muchas veces olvidamos que “la humanización de enfermería es cuestión de hacer y de ser; debe basarse en la reciprocidad, ayudando al paciente a aumentar su armonía entre mente y cuerpo; pero si por el contrario el profesional de enfermería se encuentra sumergido en una rutina agotadora, en conflictos personales que no puede manejar y resolver, estos influirán negativamente en la atención brindada al paciente, es por ello que el personal de enfermería periódicamente debe recibir cursos, talleres u otros afines que permitan potenciar su inteligencia emocional la que lo ayude a poner en practica la asertividad en la atención brindada.¹⁸

Watson en su teoría de cuidado humano sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Así mismo es importante arriesgarnos a brindar otras formas de cuidar, usando terapias complementarias con estudios adicionales efectivos que nos permitan hallar los beneficios de integrar la espiritualidad como arte para humanizar y mantener así el nivel de bienestar óptimo al paciente; debemos apropiarnos de la investigación y la tecnología para ponerlas al servicio del cuidado de las personas, apropiarnos de los modelos y teorías buscando estrategias que faciliten el cuidado enfermero.

No es fácil humanizar la asistencia, pues no basta con la voluntad de prestar un servicio de calidad, sino que es necesario un replanteamiento conceptual y de la organización de las condiciones que lo hagan posible, porque la enfermera se enfrenta a un gran desafío: el de hacer su actividad en un entorno marcado por numerosas exigencias y diversos obstáculos para un enfoque de gestión dirigido a ofrecer cuidados científicamente válidos, culturalmente competentes con calidez y seguridad a personas que viven experiencias de intervenciones quirúrgicas.³⁷

1.3. Ignorando al ser cuidado.

Muchas veces olvidamos que los pacientes sometidos anestesia regional nos pueden oír normalmente y que aun cuando son sometidos a sedación pueden oírnos; sin embargo nuevamente demostramos el no cuidado hacia nuestros adultos mayores.

Numerosos estudios indican que la persona anestesiada continúa oyendo, aunque esté inconsciente. « A diferencia de los demás sistemas

sensoriales explica que la ruta auditiva tiene un relé extra, los anestésicos no afectan a las fibras auditivas, de modo que éstas continúan transmitiendo el sonido. Dicho en palabras sencillas: ¡jamás dejamos de oír!». ³⁸

“estaba acostado en una camilla, desnudo, avergonzado asustado, escuchando murmullos, ruidos; y de pronto escucho una música fuerte, muy fuerte con letra que ni entendía y la señorita que me recibió pregunta al doctor ¿está bien el volumen?...a nadie le importaba lo que yo sentía y además cantaban”... (Geranio)

“cuando me estaban operando, quería dormir, pensar que estaba en otro lugar...pero había una música muy fuerte, realmente era molesta”... (Crisantemo)

Existe un creciente debate en el campo médico acerca de si la música en la sala de operaciones realmente ayuda a los cirujanos o crea una distracción potencialmente peligrosa; pero aún olvidamos preguntarle al paciente si desea o no escuchar música mientras se le realiza la cirugía; dejando claro una vez más cuan olvidado tenemos al ser cuidado.

En muchas salas de operaciones en todo el mundo altavoces para iPod y Bluetooth están tocando rock clásico o las últimas canciones pop, una anestesióloga americana indica que “la música es un tipo especial de ruido”, los defensores de que la sala se impregne de notas musicales respaldan que la música ayuda a enmascarar los ruidos más estresantes lo cual es útil para las personas presentes, al igual que los cirujanos pueden estar más tranquilos

y realizar un trabajo de calidad así indican algunos estudios, mientras otros dicen que pueden ser una total distracción y perjudicar el procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo.³⁹

Hoy en día la música es casi omnipresente en los quirófanos de todo el mundo, más de la mitad del personal de la sala de operaciones en la India describe la reproducción de música en estos espacios como “algo común”, el 63% de los médicos y enfermeras en Israel dijeron que escucharon regularmente música durante las cirugías en años pasados y el 72% de los anestesiólogos en Reino Unido participan en esta misma práctica, pero estas melodías hoy en día no son para los pacientes sino también para el personal.³⁹

Algunas salas de cirugía desde su diseño incorporan la conexión necesaria para que esta práctica se lleve a cabo, demostrando que la construcción de hospitales todos los días cambia y se adapta a la nueva era tecnológica. Un especialista generó una hipótesis sumamente interesante sobre este tema indicando lo siguiente “Creo que escuchar música no ayuda a que el cirujano esté realmente centrado, más bien contribuye a mejorar el enfoque y memoria muscular en general para disminuir el estrés”, de esta forma el efecto no resaltaría en la concentración si no disposición y relajación del equipo médico.³⁹

Por otro lado esta acción parece ser una distracción para los demás miembros del personal quirúrgico; los cirujanos han conseguido la mayor

parte de la atención en los estudios sobre los efectos de la música en el quirófano, pero una cirugía exitosa es un esfuerzo coordinado que también se basa en los anestesiólogos, enfermeras y técnicos. Artículos recientes en revistas profesionales de enfermería han expresado su preocupación acerca de cómo la música en la sala de operaciones afecta a la comunicación y el trabajo en equipo durante la cirugía, y los anestesiólogos también han intervenido en cuestiones de distracción y de la comunicación.

Es preciso señalar que se podría utilizar la música como terapia en el quirófano; teniendo en cuenta que la música es una experiencia emocional y que sus efectos son intensamente personales, por ello debería incluso preguntarle al paciente alguna preferencia musical o si le gustaría o no tener música de fondo durante su cirugía. Existe música ideal para esta situación y es la llamada ansiolítica, hecha para reducir la ansiedad. Desarrollada por el Departamento de Anestesiología del Hospital de Lüdensheid (Alemania) a mediados de los años 70, la música ansiolítica evita las letras, el canto y cualquier cosa que pueda activar recuerdos o asociaciones dañinas.³⁹

1.4. Ausencia de la enfermera en el quirófano

La atención de enfermería en unidades quirúrgicas no debe resumirse a proporcionar insumos, medicamentos e instrumental; tradicionalmente se ha seguido un modelo de trabajo que no ha dado solución a las respuestas humanas del paciente quirúrgico, realizando tareas delegadas, basada en la rutina y la ambigüedad, olvidando que la esencia de la enfermería en la

unidad quirúrgica es, como en cualquier otro ámbito, cuidar. El hecho de atender a personas en situaciones de riesgo vital no exime al profesional de la obligación de prestar cuidados individualizados encaminados no solo a resolver los problemas físicos, sino también los derivados de sus emociones y seguridad y en definitiva a ofrecer una atención integral a los usuarios.⁴⁰

“Estaba allí veía varias personas con gorros y mascarillas, no sabía quién era quién; me pregunta ¿cómo se comportó la enfermera?, no le sabría decir, no sabía que en sala había una...pensé que todos eran doctores...me sentía solo, tenía miedo, cada quien hacía sus cosas nadie me preguntaba que sentía; solamente un señor me dijo que me sentara derecho, que no me moviera porque me iba a colocar la anestesia...” (Lirio)

“¡señorita, en sala de operaciones no hay enfermeras, a mi, me han operado doctores!”... (Orquídea)

Actualmente en los quirófanos a nivel nacional se está aplicando el formato de cirugía segura, en el cual se considera la presentación de los integrantes del equipo quirúrgico dentro de ellos la presentación del enfermera instrumentista I y II, y al obtener el enunciado anterior por parte de los participantes da a conocer que aún este formato no es aplicado como tal y más aún las enfermeras no se presentan al paciente al momento de la recepción del mismo, hecho tan imple que haría sentir menos ansiedad en el paciente al sentirse cuidado por un enfermero el cual está presente en todas

los servicios con quien ha tenido contacto el paciente en algún momento de su vida.

Durante el proceso quirúrgico, los pacientes se enfrentan a una serie de situaciones comunes, con las particularidades propias de su estado de salud y tipo de intervención quirúrgica a la que van a ser sometidos. Durante este proceso, los cuidados de enfermería tienen una importancia fundamental en la disminución de riesgos, lograr el bienestar, la recuperación del paciente, y en la aceptación de las secuelas que se puedan derivar del procedimiento quirúrgico.⁴¹

Todo procedimiento quirúrgico representa un riesgo en sí mismo y su dimensión está directamente relacionada con el estado de salud del paciente, la extensión de la enfermedad, el tipo de intervención quirúrgica, la capacitación de los profesionales y la dotación de recursos materiales.

Las enfermeras/os deben usar un método científico, lógico y ordenado en su trabajo para que su quehacer diario sea eficaz y competente. Este se facilita si se accede a los conocimientos sobre los cuidados de enfermería a través del uso de conceptos como estandarización de cuidados de enfermería.⁴⁰

El cuidado que caracteriza a la enfermera debe ser una experiencia vivida, comunicada intencionalmente, con una presencia auténtica a través de una interrelación persona a persona. El cuidado debe ser sentido, vivido y para que el cuidado sea entregado en nuestro día a día es preciso

observarlo, permitir que él forme parte de nosotros mismo, transformarlo en estilo de vida.²⁸

Si bien es cierto el avance de la tecnología y la consiguiente implementación de los quirófanos con quipos modernos y sofisticados de cierto modo nos han alejado de los pacientes o han puesto algunas barreras para el contacto físico que anteriormente se tenía al momento de controlar los signos vitales; nunca se debe olvidar que todos los equipos disponibles son utilizados por personas quienes en todo momento deben hacer saber al ser cuidado dentro de lo que cabe la utilidad de estos y el procedimiento que se está realizando a fin de que él pueda disminuir su estrés y ansiedad de estar en un lugar desconocido, con personas desconocidas y rodeado de tantas “máquinas” como el participante refiere:

“Señorita yo creo que en sala de operaciones fui atendido por unas máquinas no por personas, mire me conectaron por todos lados y no me decían nada, me colocaban medicamentos y no me decían nada, conversaban entre ellos; solo al momento de colocarme la anestesia me dijeron que no me mueva...” (Tulipán)

La atención quirúrgica tiene como objetivo primordial la seguridad del paciente y la salvaguardia de su dignidad humana; se ejecuta mediante la utilización de las más sofisticadas y complejas tecnologías de que dispone la moderna biomedicina. Su buena utilización implica una actitud claramente más intelectual que artesanal, o sea, el ejercicio de una profesión

y no de un oficio, mediante el trabajo de un equipo multidisciplinario e interprofesional, en el cual la enfermera juega papel fundamental, quien no debe dejar de lado la esencia del cuidado humanizado.⁴²

En el equipo humano dedicado a la atención quirúrgica la enfermera ocupa un lugar de igual importancia a la del cirujano, con funciones que son interdependientes y complementarias. La atención de enfermería quirúrgica está a cargo de enfermeras profesionales, o sea de formación universitaria, con creciente exigencia de estudios de especialización, quienes tienen bajo su cargo o supervisión a toda una diversidad de personal profesional, técnico y administrativo que posee importantes funciones de manejo directo o indirecto del paciente. La enfermera cumple una labor directiva, coordinadora y de ejemplo, y es ella quien realmente determina el nivel asistencial de un servicio quirúrgico.⁴³

Así mismo, porque la enfermera es quien realmente cuida en forma permanente y continua del paciente, y porque es ella quien mantiene el más íntimo contacto, se convierte en la persona que mejor transmite la imagen y el espíritu de un hospital. Se reconoce que en una institución hospitalaria de alto nivel son las acciones de enfermería las que más honda repercusión tienen, en última instancia, sobre la calidad de la atención médica, y las que mejor son percibidas por la comunidad, representada por el paciente y sus allegados, o sea que su actuación es interpretada, más que la de ninguno otro de los participantes, como indicador por excelencia de calidad.⁴⁴

Es por ello que la enfermería debe ser reconocida en el hospital moderno como el elemento humano fundamental para el buen éxito de su operación. Y es por ello que la enfermería, tal vez más que ninguna otra profesión, será cada vez más cotizada y habrá de ascender rápidamente en el escalafón de importancia en la sociedad, perfilándose como una de las de mayor desarrollo en el futuro próximo.

1.5. Cuidado deshumanizado precursor de desesperanza

Cuidar al adulto mayor para muchos enfermeros resultará una tarea difícil y no será tan gratificante, pero ante una situación de sufrimiento y de enfermedad sabrá comprender y estará presente no solo con la atención física, sino emocional, psicológica y espiritual.

Cuidar estará acompañado de valores, su compromiso será con la persona que sufre y necesita de ayuda, el adulto mayor debe ser considerado un ser digno de cuidado a pesar de su avanzada edad y de su postración, solo así se abrirá el camino para humanizar la asistencia al adulto mayor, como refiere Gracia, citado por Moya, B.; humanizar la asistencia es introducir en ella el mundo de los valores y tenerlos en cuenta.¹⁷

En los discursos de los participantes se ha identificado la desesperanza que ellos tienen en relación al cuidado de enfermería, más aún cuando escuchan frases como:

Periodo pre operatorio:

“ya está viejito, muy ancianito, su cuerpo está debilitado, no está respondiendo al tratamiento; ¿soportará la operación?”... (Girasol)

“se queja porque ya está chochito, cómo le va a doler si está en vena su suero...” (Orquídea)

Cuidar en una verdadera interacción dinámica, con comportamientos y actitudes positivas que transmita confianza, esperanza, amor, voluntad, sensibilidad, afecto, disponibilidad, escuchar y conversar, mostrar una sonrisa, respetar su decisión, cuidar su intimidad, etc. No es suficiente una relación terapéutica eficiente, si no se tiene una dosis de estos atributos necesarios del cuidado, y junto a ellos tener presente que el adulto mayor tiene una historia de vida y que los significados que asigna al cuidado del enfermero son diversos.²⁰

1.6. Reemplazando el cuidado enfermero con el uso de la tecnología

Si bien es cierto el monitoreo de los signos vitales puede ser más exactos mediante la utilización de los sensores multi parámetros, empero la atención de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica no debe ser resumida a la transcripción de estos datos en los diversos formatos que allí se manejan; sino que deben ser utilizados como una oportunidad que permita utilizar el tiempo ahorrado en interesarnos por la situación del paciente, se debe utilizar este tiempo en escuchar, informar y ayudar al post

operado en el proceso de recuperación de la anestesia, determinando el nivel de ansiedad para revertirla y contribuir en la pronta recuperación.

Unidad de recuperación post anestésica:

“señorita recuerdo estar sola en un cuarto, temblorosa, tenía mucho frío, habían sonidos o pitidos no se bien que eran y me preocupaba mucho el no poder mover mis piernas, yo llamaba doctora, enfermera, señorita y nadie se acercaba; luego entra una enfermera y me dice no hable le va hacer daño y no se mueva que se va a caer, ya le voy a colocar medicina para el dolor...tenía tantas preguntas y necesitaba a mi familia y en realidad no tenía mucho dolor”. (Lirio)

...Me dijeron si escucha este sonido es porque no está llegando suficiente aire a sus pulmones, así que tienen que respirar profundo...y se fue dejándome solo ... (orquídea)

Nuevamente se aprecia la deshumanización en el cuidado brindado a los pacientes, hoy en día dejamos relegado el “cuidado” a los monitores multi parámetros los cuales nos alertan sobre el estado del paciente dejando de lado la esencia humana de nuestra profesión.

El uso de la tecnología debe ser usado para compensar las brechas de enfermeros existentes en la unidad de centro quirúrgico, considerando que frecuentemente excusamos nuestro actuar deshumanizado a la falta de tiempo y exceso de pacientes a cargo. Se debe optimizar el cuidado de

enfermería a través de un cuidado individualizado haciendo uso del Proceso de Enfermería para reivindicar y enaltecer la profesión de enfermería basada en cuidados humanizados y tecnológicos acorde con las nuevas eras en salud, ya que el Proceso de enfermería es la herramienta que le da la científicidad del cuidado.

Con el tiempo, para brindar una atención de “calidad” el uso de la tecnología será más frecuente y se confiará más en ella, pero así mismo será necesario contar con recursos humanos empáticos, el cual será más reconocido por su personalidad y manera de cuidar a los pacientes que por sus habilidades en la práctica; es decir las personas más humanas proporcionarán los cuidados de salud.⁴⁵

Para que el ejercicio de la profesión de enfermería perdure y no se vea opacada por el avance de la tecnología debe siempre argumentarse que el cuidado de enfermería no solo se reflejará en aportar datos y administrar tratamientos médicos indicados; sino más bien en la construcción de relaciones entre enfermeros y pacientes; de tal manera que se perciba que es mejor una persona que una máquina para brindar atención en salud.

Aunado a lo antes mencionado se obtuvo que el cuidado de enfermería es percibido como indiferente, así lo refleja el siguiente enunciado respecto al cuidado en la Unidad de Recuperación Post anésteica:

“tenía miedo señorita, no podía mover mis piernas, temía que ya nunca volvería a caminar y oía muchos “pitidos” que me

perturbaban...también quería saber si mi operación salió bien y quería que mis familiares lo supieran...pero nadie me decía nada, veía dos señoritas que se movían de un lado a otro y tenía vergüenza de preguntar”...(Girasol)

Siempre se debe tener presente que la enfermera quirúrgica debe ser un nexo entre el paciente y sus familiares, ya que ello disminuirá en gran medida la ansiedad y los efectos no deseados en la recuperación de la anestesia; actualmente existen hospitales en donde se permite entrar a los familiares a las unidades de recuperación, especialmente si son adultos mayores, pero que eso no sea para relegar todas las responsabilidades del cuidado al familiar, sino que nosotros debemos estar liderando el cuidado y el proceso de recuperación del paciente.⁴⁶

Los innumerables protocolos que se deben seguir en la etapa de recuperación pos anestésica deben propiciar las interacciones verbales y no verbales entre el enfermero y el paciente, que pretendan, según éste, expresar sus expectativas, pensamientos, temores, y ansiedades; pero también, es un momento oportuno para la información y educación del paciente sobre el proceso post operatorio; intervenciones que permiten hacerlo sentir cuidado.

La tranquilidad, la confianza y la seguridad deben ser objetivos permanentes del equipo de enfermería durante las interacciones con el paciente, durante esta fase del cuidado, a través de: Siendo y sintiendo calor

humano, dimensión subjetiva del cuidado por parte del equipo de enfermería que tiene un impacto sobre su relación con el paciente.⁴⁷

CONSIDERACIONES FINALES:

- El trabajo de investigación tuvo como finalidad describir y analizar las experiencias de personas adultas mayores en el periodo perioperatorio y a partir de ello reflexionar sobre el cuidado que brindan los profesionales de enfermería; el estudio no pretende ser concluyente, pues los resultados cualitativos conducen a seguir investigando para ampliar y profundizar cada una de las categorías propuestas, así como establecer una la línea de investigación del cuidado para el adulto mayor.
- Luego del análisis cualitativo de los discursos se determinó dos categorías emergentes de las experiencias de los adultos mayores respecto al cuidado recibido: La primera Categoría: **Recibiendo un Cuidado Enfermero Holístico**, expresada como una forma de relación inter-humana, determinada por maneras de comunicar, conversar, informar, explicar y educar a través del uso de una comunicación eficaz, así mismo durante el proceso perioperatorio el cuidado del enfermero (a) mediante la conversación hace evidenciar un momento acogedor, con participación activa en este proceso, logrando la reciprocidad como elemento fundamental del cuidado. La comunicación eficaz procuró un espacio relacional, emocional y un espacio para escuchar a los pacientes.
- El cuidado de enfermería está representada esencialmente por la humanización del cuidado de enfermería en el adulto mayor, configurado por expresiones de afecto, confianza, seguridad, calidez, tener fe y amor. Se considera además como parte de este cuidado el ambiente físico, el confort, la tranquilidad, la empatía,

consideración, preocupación, estar pendiente, estar allí, acompañando, toque terapéutico y la caricia. Situaciones necesarias para crecer en el cuidado.

- El contacto humano es otra de las formas de cuidado en el profesional de enfermería, y se evidencia cuando los adultos mayores expresaron: *“con una palmadita en el hombro y una sonrisa, un gesto de amabilidad, tocar la cara para tranquilizar; ayudaron a calmar el dolor y la ansiedad”*. El tacto es de suma importancia porque a través de él comunicamos nuestros sentimientos, emociones, damos tranquilidad, confianza y seguridad.
- En la segunda categoría: **Experimentando Situaciones Negativas en el cuidado Enfermero**: el adulto mayor percibe a los enfermeros que brindan los cuidados como carentes de disponibilidad para el habla y la escucha activa, la comunicación y la información es limitada, el adulto mayor es visto como una persona con quien no se puede conversar debido a sus deficiencias auditivas.
- Así mismo los adultos mayores expresaron el no cuidado de enfermería manifestados por: carencia de apoyo, descuido, falta de tiempo, palabras como “pregúntele al doctor”, “así es”, “no”, o gestos de incomodidad, así como carencia de información y comunicación y conversación.
- En estas situaciones negativas respecto al cuidado recibido, se prioriza las necesidades del cuerpo biológico y fisiológico en su práctica cotidiana, basada en la observación bio-psicosocial, en tanto predominan sus saberes biofísicos y prácticos, con tratamiento puramente medicalizado para eliminar solo la enfermedad.

- Se precisa también comprender el mundo de la enfermera en su práctica y sus cuidados asistenciales, significa escucharles como cuidan en los diversos casos clínicos a las personas enfermas, en los diferentes servicios hospitalarios, descubrir con ellas el modelo conceptual que guía su práctica; de esta forma se motivará el trabajo con un pensamiento crítico reflexivo e interpretativo en el ejercicio profesional como parte de garantizar la calidad de los cuidados y el desarrollo de la profesión.
- La enfermera(o) quirúrgica es una profesional que tiene la obligación de ejercer su criterio para el análisis de las órdenes y para plantear las observaciones que ella considere convenientes.
- La labor de la enfermera quirúrgica no debe limitarse a los oficios rutinarios que ejecuta en las salas de cirugía. Su desempeño sólo puede ser verdaderamente efectivo desde el punto de vista profesional si ella mantiene una continuada inquietud intelectual que debe satisfacer, con un alto nivel de satisfacción propia, mediante lecturas, estudio, investigación y participación activa en las actividades científicas del hospital. De lo contrario sobreviene la rutinización y el creciente debilitamiento de los intereses de la mente; así la enfermera no debe olvidar que su desempeño profesional y su estricta disciplina son también la llave de la seguridad y el éxito de la operación.
- El periodo preoperatorio no es tomado como un proceso muy importante en el Hospital Chota, el cual ha sido reducido a la obtención de insumos y medicamentos necesarios para realizar la intervención quirúrgica; dejando de lado su razón de ser en la cual debería lograrse la aceptación y adaptación del

adulto mayor en el antes de la cirugía, porque él tiene el riesgo de morir; pero infortunadamente no lo tenemos. El hecho mínimo de que una persona pueda llegar con menos ansiedad, con menos estrés, a la operación podría influir positivamente en la recuperación del paciente; si en lugar de imponernos ante el adulto mayor, de solo preocuparnos por los medicamentos, por la higiene corporal, por el ayuno; le explicáramos acerca de la cirugía, de ser posible le indicáramos donde va a permanecer después de su cirugía, informarle que personas van a cuidar de él durante y después de la intervención o simplemente ofrecerle un té nos acercaría como enfermeros al tan ansiado cuidado de enfermería.

- Durante el periodo intra operatorio es muy penoso encontrar expresiones como “en sala de operaciones no hay enfermeras, todos son doctores”, reflejando que aún en sala de operaciones no se aplica el formato de cirugía segura y más aún el enfermero no se presenta ante el ser cuidado al momento de recibir al paciente, hecho tan sencillo que podría acercarlo al paciente y ayudarlo efectivamente en el proceso de la cirugía; y ello también aunado a la no utilización de categorías como confort, seguridad y empatía que debemos brindar al paciente en el quirófano confrontado con expresiones como “había mucha música, ruido, todos cantaban y a mí sólo me dijeron no te muevas porque te voy a colocar la anestesia”...es momento de reflexionar sobre el rol que está cumpliendo la enfermera quirúrgica, la cual no solo debe ser un ente supervisor de que los procedimientos se realicen con estricta asepsia sino que se convierta en un verdadero cuidador de un ser humano.

- Para nuestra tranquilidad también se obtuvieron expresiones alentadoras como “un ángel me tomo de la mano, se retiro la mascarilla y me dijo soy enfermera, todo va a salir bien, si desea puede orar”; son estas frases las que deben orientar la labor de enfermería con un enfoque holístico y sobre todo humano, dejando sentir la presencia del (la) enfermero (a) quirúrgica, la cual está allí íntegramente para ayudar al ser cuidado en todas sus esferas.
- El cuidado de enfermería en el periodo perioperatorio debe ser emprendido desde una perspectiva más amplia y holística, en el cual el ser cuidado, deberá ser considerado en las dimensiones física, histórico, cultural, ética, espiritual, familiar, emocional, y vivencial, es decir cuerpo-sujeto; porque el cuerpo constituye un espacio donde se dan experiencias subjetivas y objetivas, y son manifestadas a través del cuerpo mediante sus signos y síntomas de la enfermedad, de allí la importancia del lenguaje verbal y no verbal, es decir nos podemos comunicar más con las expresiones, gestos que con las palabras; así mismo no se debe olvidar la espiritualidad que posee el ser cuidado, la cual en situaciones de riesgo suele ayudar a superar la ansiedad propia de una situación desconocida que se va a experimentar, no dejando que la utilización de los sensores multi parámetros reemplacen la presencia del enfermero y no olvidar ser un nexo entre el ser cuidado y su familia, hecho que es muy importante para la recuperación del postoperado según las expresiones obtenidas.

RECOMENDACIONES:

1. A la escuela de Post Grado de la Universidad Pedro Ruiz Gallo incentive el desarrollo de investigaciones con enfoque cualitativos y cuantitativos para esclarecer aún más el significado del cuidado humanizado en enfermería desde diferentes perspectivas y en los distintos campos del actuar de enfermería, y desde diferentes miradas: adulto mayor, niños, familias, alumnos, profesores, gerentes del cuidado, el cual contribuirá seguir avanzando en el mejoramiento del cuerpo de conocimientos en enfermería.
2. A las profesionales de enfermería que laboran en los periodos perioperatorio visualicen al ser cuidado en toda su complejidad y desde perspectivas epistemológicas que conceptualicen la persona como un ser holístico, social, espiritual, es ver el sujeto histórico, construido por un entramado de relaciones socioculturales y humanos. El cuidado no solamente debe estar orientado a una parte del cuerpo orgánico, si no a su totalidad.
3. En la enseñanza universitaria, priorizar la enseñanza del modelo humanístico centrado en la persona, y con enfoque social, ético y cultural, resulta imprescindible abordarlos ampliamente con los estudiantes. El enfoque humano será reforzado en la práctica mediante situaciones vivenciadas, simuladas, procurando recuperar el arte, el teatro, el sociodrama, entre otras formas de mostrar situaciones de cuidado humanizado y no cuidado, reflexionando sobre los hechos. De esta manera la enseñanza universitaria se tornará más creativa y recreativa y como formas de sensibilización de los estudiantes y profesores.

4. Dar a conocer los resultados de la presente investigación en los servicios de cirugía y centro quirúrgico del Hospital José Soto Cadenillas Chota, con la finalidad de promover un análisis constructivo de los resultados favorables y desfavorables vertidos por los adultos mayores acerca del cuidado de enfermería; y a partir de allí se tomen las medidas necesarias y se planteen estrategias para mejorar el quehacer de enfermería basado en un cuidado humanizado enalteciendo así el perfil del profesional y por ende mejorar la imagen de la institución.
5. Al Departamento de Enfermería del Hospital José Soto Cadenillas Chota, propiciar la organización de eventos de capacitación sobre Cuidado Humanizado.
6. Al jefe del departamento de cirugía se le recomienda que la firma del consentimiento informado debe ser realizado por el cirujano que realizará la intervención quirúrgica, a fin de dar cumplimiento con la normatividad vigente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) - Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez (INPEA) “Voces ausentes: Opiniones de Personas Mayores Sobre su Abuso y Maltrato al Mayor” (2010). Disponible en www.insersomayores.csi.es
2. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): Volume 17 (5-6) | June 30; 2005 | page(s) 307-322 OPS, Disponible en <http://journal.paho.org/>, Acceso 21 de Mayo 2016.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). “Crecimiento de la población Peruana”. El envejecimiento: Nuevas tendencias y retos, ed. INEI; Lima 2015.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). “Nuevas Proyecciones Nacionales de Población de Perú por Departamentos, Urbano, Rural y Sexo 2005-2020; Lima 2006.
5. Ministerio de Salud (MINSA): Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. Documento Técnico: Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores; 2010, en <http://www.mimdes.gob.pe/cendoc/dgpam/adultasmayores.doc>.

6. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social: Plan Nacional para las personas adultas mayores 2006-2010. Dirección de Personas Adultas Mayores, Lima- Perú; 2006.
7. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Informe de la Oficina de estadística; 2012.
8. Dirección Sub Regional de Salud Chota. Informe de la Oficina de estadística; 2015.
9. Hernández, F. y Baptista, P. Metodología de la Investigación. Cuarto edición. McGraw-Hill Interamericana; 2006.
10. Minayo, M.C. de S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 3ra. Edición, editorial Petrópolis: voces. Brazil; 1994.
11. Anguera, M. La Investigación Cualitativa. Educar 10-1986. 23-50- Barcelona.
Disponible:

<http://www.raco.cat/index.php/educar/article/viewFile/42171/94904>. Accesado en
Abril 2016.
12. Tello, P., C. La Investigación cualitativa: Aportes para su Operacionalización: Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Enfermería. Departamento Académico de Salud Familiar y Comunitaria, Trujillo; 2004
13. Ludke, M. André, M. E. D. A pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
14. Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2000). Research methods in education(5th ed.). New York, NY: Routledge Falmer.

15. Orlandi, E. *Análise de Discurso*. 4ta. edición. São Paulo: Cortez, Pontes editores, Brasil; 2002.
16. Belmont. *Principios y Guías Éticos para la Protección de los Humanos Sujetos de Investigación*. U.S.A. 1979 [en línea] [fecha de acceso: 12 de febrero del 2017]; URL disponible en:

www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf
17. Moya, B.A. “Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética”. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 55. Lecciones de Gerontología, V [Fecha de publicación: 09/06/2006]. Disponible en

[http:// www. Imsersomayores. csic.es/documentos/documentos/moya-reflexiones-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/moya-reflexiones-01.pdf). accesado en enero de 2009.
18. Watson, J: *La filosofía y la Ciencia del Cuidado*. In Marriner, A; Raile, M *Modelos y Teorías de Enfermería*. 5ta.edición. Editorial Harcourt Brace. España; 1999.
19. Daza De Caballero R., Torres, P. y col. *Análisis Crítico del Cuidado de Enfermería. Interacción, participación y Afecto*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. In *Index Enferm (Gran)* 2005; 48-49:18-22. Disponible en <http://www.scielo.es/scielo.php>. accesado octubre 2008.
20. Collière, F. “Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. Rol de enfermería”; 1999.

21. Grupo de Cuidado. Dimensiones del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, 1ra. Edición, Bogotá, Colombia; 1997.
22. Leite A. y Freitag P.: Análisis de Contexto del Concepto de Ambiente, en la Teoría Humanista de Paterson y Zderan. in Index Enferm vol.14 no.48-49 Granada Spring/ Summer 2005.

[http:// www.scielo.es/scielo.php](http://www.scielo.es/scielo.php). accesado en agosto de 2007.
23. Gómez, M.: Estilo de cuidar de enfermagem para o cliente con crise asmática aguda na unidade de emergencia do hospital Belén Trujillo-Perú. 2003. Tese (doutorado en Enfermagem) Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) EEAN.
24. Waldow. R. Atualização do cuidar. Revista. Aquichan, Inicio Vol 8, No 1 (2008). ISSN 1657-5997 - AÑO 8 - VOL. 8 N° 1 - CHÍA, Colombia - Abril 2008, p 85-96.

Disponible en

<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v8n1/v8n1a08.pdf>. accesado en agosto de 2009.
25. Rivas, A; Romero, A; Vásquez, M.: “Bienestar Espiritual de los Pacientes con Enfermedades Crónicas de una Institución de Cuidado Domiciliario”. México 2013.
26. Castellanos, F; Lucero, A.: Prácticas religiosas en un grupo de personas mayores en situación de discapacidad y pobreza. Artículo Científico, Recibido: 13 de junio de 2012. Revisado: 3 de agosto de 2012. Aprobado: 13 de agosto de 2012.
27. Boff, L. Saber Cuidar: Etica do humano - compaixão pela terra 6ta. Edición, Petrópolis: Vozes. Brazil; 1999.

28. Waldow. R. Cuidar: Expressão Humanizadora da Enfermagem. Petrópolis, Rj: Vozes. Brazil; 2006.
29. Salazar, M.; Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Vol. 28, Núm. 4 (2012).
30. Dean Rak, Major J. From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. J Clin Nurs. 2008; 17(8):1088_1095.
31. Ferreira MA. A natureza Humana-social do cuidado de enfermagem: fronteiras do saber e do sentir expresadas na interação enfermeira e cliente. En: Anais do III Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Florianópolis 8-10 outubro de 2006. p. 479- 481.
32. Nelms TP. Living a caring presence in nursing: a Heideggerian hermeneutical analysis. J Adv Nurs. 1996; 24(2):368- 374.
33. Almeida, M. y Rocha, J. **O: Saber de enfermagem e sua dimensão prática.** 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.
34. Faweet, J.: Análisis y Evaluación, Modelos Conceptuales en enfermería. 3ra Edición. E.A Davis Co. Philadelphia 1990 citado por Rodriguez, L y Valle, R. R (2008). Bioética, cuidado humano, ética discursiva en nuestra cotidianidad. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Venezuela, Disponible en:

[http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1241/3/Bioética-Cuidado-Humano.-Etica discursiva-en-nuestra-cotidianidad-profesional](http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1241/3/Bioética-Cuidado-Humano.-Etica%20discursiva-en-nuestra-cotidianidad-profesional). accesado julio de 2009.

35. Bazán, S.; Experiencias de las Enfermeras Sobre el Consentimiento Informado en el Cuidado a Personas Hospitalizadas en Servicios Críticos Chiclayo – Perú - 2012 [Tesis] para optar el Grado de Magister en Enfermería - Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
36. Abades, P. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson Gerokomos v.18 n.4 Madrid 2007. Disponible en http://scielo.iccii.es/scielo.php?Script=isci_arttext&pid=S1134-928X20070000400003 & Ing=en&nrm=iso. Accesado en Mayo; 2017.
37. Guarín,G; Castrillón, M. El mundo de la enfermera: “uno aquí no se sienta”. Contexto de los cuidados. Invest Educ Enferm. 2009;27(2): 226-234.
38. Castellanos, O.; Vásquez, M. Factores de riesgo para morbilidad postoperatoria en pacientes geriátricos Revista Mexicana de Anestesiología: Anestesia En Paciente Senil- Vol. 35. Supl. 1 Abril-Junio 2012- pp S175-S179.
39. Música en la sala de cirugías ¿herramienta anti estrés? [en línea] Acceso: 20 Julio 2017. Disponible: www.seisamed.com.
40. Rayón E, del Puerto I, Narvaiza MJ. Manual de Enfermería Médico•Quirúrgica. Madrid: Síntesis; 2001.

41. Ramió, J. A. (2005). Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya, Tesis Doctoral, Barcelona, España; 2005.
42. Sociedad de Enfermeras en Pabellones Quirúrgicos y Esterilización, Zona Sur. Disponible: [http://www. http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl](http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl)
43. Monja M, Yafac L.; La representación social del cuidado: Una mirada desde la perspectiva del enfermero, Hospital Regional Docente Las Mercedes 2012 [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
44. Murrugarra, T.; Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre los cuidados al paciente postoperado de adenomectomía prostática en el Servicio de Recuperación y Sala de Operaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima -2008 [Tesis]- Universidad Nacional de San Marcos; 2009.
45. Hombre, tecnología y Salud: La clave del futuro. Disponible en: <https://tecnologiaulinat.wordpress.com/tecnologia-y-salud-la-clave-del-futuro/>
46. Troncoso MP, Suazo SV. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm 2007;20(4)499-503. disponible en www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf accesado setiembre 2009.
47. Davis, A. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Conferencia Colegio de Enfermeras de Barcelona; 2006. Disponible en <http://docs.google.com/gview?aq=&q=cache:o0q3vTp1AfcJ:212.9.72.18/uploadsBO>

/Noticia/Documents/ANNE%2520DAVIS%2520CASTELL%25C3%25A0_DEF.
PDF+etica+de+cuidar+siglo+xx1&hl=es&gl=pe. Accesado en Agosto 2016.

48. Egurza, M.I y Notivol, P. La Enfermera en la Asistencia Sanitaria al Anciano. Anales San Navarra, Vol. 22. Suplemento 1; 1999. Disponible: P: 109 en www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/.../09-lae.pdf. Accesado en noviembre de 2016.
49. Mejía, E. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. Index Enferm [revista en Internet]; 2006 Nov [citado 2016 Sep. 01]; 15(54): 48-52. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200010&lng=es.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POSGRADO**



ESPECIALIDAD: “ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRÚRGICO”

APENDICE N° 1

CONSENTIMIENTO LIBRE Y ESCLARECIDO

I. PRESENTACION DEL MOTIVO DEL ESTUDIO

TÍTULO: Experiencias del Adulto Mayor Frente al Cuidado de Enfermería en el Periodo Perioperatorio, Hospital José Soto Cadenillas Chota.

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

Objetivo General:

- Experiencia del adulto mayor frente al cuidado del personal de enfermería perioperatorio.

Objetivos Específicos:

- Describir la experiencia del adulto mayor frente al cuidado del personal de enfermería perioperatorio.

Yo:, peruano (a), con
DNI:, adulto mayor postoperado,
mediante las explicaciones dados a conocer por en acepto participar en la
investigación y entrevista, con la seguridad de la reserva del caso, las
informaciones serán confidenciales, mi identidad no será revelada y habrá
libertad de participar o retirarme en cualquier fase de la investigación.

Chota,..... de..... de 2017

Firma del participante



APÉNDICE N° 02



CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: EXPERIENCIAS DEL ADULTO
MAYOR FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO
PERIOPERATORIO, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA -
2017.**

I. IDENTIFICACIÓN DE LOS PARTICIPANTES:

- Fecha:..... hora.....
- Lugar:.....
- Nombre/Seudónimo:
- Sexo: Edad:
- Cirugía realizada:.....

II. PREGUNTAS GENERADORA DE DEBATE:

¿Podría Ud. describir cómo fue su experiencia frente al cuidado de enfermería:

Antes de la operación:

Durante la operación:

Después de la operación: