

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL JAÉN



**EL CUIDAR /CUIDADO EN LA PERSONA POST
OPERADA DESDE LA PERSPECTIVA DEL ENFERMERO.
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN. 2015.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA**

AUTORES:

**CUBAS VARGAS NEIDY MARGOT
CUJICAT TOLEDO RIGOBERTO**

ASESORA:

LUCY DÁVILA CASTILLO

JAÉN, PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL JAÉN



**EL CUIDAR /CUIDADO EN LA PERSONA POST
OPERADA DESDE LA PERSPECTIVA DEL ENFERMERO.
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN. 2015.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA**

AUTORES:

**CUBAS VARGAS NEIDY MARGOT
CUJICAT TOLEDO RIGOBERTO**

ASESORA:

LUCY DÁVILA CASTILLO

JAÉN, PERÚ

2019

COPYRIGHT © 2019 by
CUBAS VARGAS NEIDY MARGOT
CUJICAT TOLEDO RIGOBERTO
Todos los derechos reservados

Cubas N, Cujicat R. 2019. **El cuidar /cuidado en la persona post operada desde la perspectiva del enfermero. Hospital General de Jaén. 2015.** /Cubas Vargas Neidy Margot, Cujicat Toledo Rigoberto. 88 páginas

ASESORA: Lucy Dávila Castillo

Docente asociada de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNC.

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería–UNC 2019.

EL CUIDAR/CUIDADO EN LA PERSONA POST OPERADA
DESDE LA PERSPECTIVA DEL ENFERMERO. HOSPITAL
GENERAL JAÉN. 2015.

AUTOR: Bach Enf. Neidy Margot Cubas Vargas
Bach Enf. Rigoberto Cujicat Toledo

ASESORA: MCs Lucy Dávila castillo

Tesis aprobada por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR

..........

María Amelia Valderrama Soriano
Presidente

..........

Francisca Edita Díaz Villanueva
Secretaria

..........
Emiliano Vera Lara
Vocal

Se dedica este trabajo a:

Mis padres: Maruja Vargas Herrera y Eusebio Cubas Coronel por ser quienes me impulsaron en todo momento a seguir adelante, y todas las personas que me brindaron su apoyo incondicional durante los años de estudio hasta la culminación de la tesis.

Neidy Margot.

Mis padres: Jacinto y Florentina quienes con mucha responsabilidad, cariño y sacrificio me brindaron su apoyo incondicional en todo momento y a nuestros maestros que con sus sabias experiencias nos inculcaron conocimientos para forjarnos en tan digna labor de servicio, que permitió culminar la presente tesis.

Rigoberto.

Se agradece a:

A DIOS por concedernos la vida, por guiar nuestros pasos en los estudios profesionales y concluir con éxito esta tarea emprendida.

A los participantes de la investigación que facilitaron la realización de la presente investigación.

Al director del Hospital Dr. José Mauricio Gil Huaroc por las facilidades brindadas para el recojo de la información en esta institución de salud.

A la Universidad Nacional de Cajamarca Sede Jaén por ser el lugar donde obtuvimos valiosas enseñanzas durante nuestra formación profesional, así mismo, a la plana docente por los aportes y dedicación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	1
1.1. Problema de investigación.....	3
1.2. Pregunta orientadora del estudio.....	4
1.3. Objeto de estudio.....	4
1.4. Objetivos del estudio.....	5
1.5. Justificación del estudio.....	5
CAPÍTULO II. REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPIRICO	
2.1. Referencial teórico.....	6
2.2. Referencial empírico.....	28
CAPÍTULO III. TRAYECTORIA METODOLÓGICA	
3.1. Tipo de estudio.....	30
3.2. Sujetos de investigación.....	30
3.3. Escenario de estudio.....	31
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	31
3.5. Interpretación y análisis de la información.....	32
3.6. Rigor científico en el estudio.....	33
3.7. Consideraciones éticas del estudio.....	34
CAPÍTULO	
4.1. Resultados y discusión.....	35
4.2. Consideraciones finales.....	52
4.3. Recomendaciones.....	52
4.4. Referencias bibliográficas.....	54
4.5. Anexos.....	65

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Cuestionario sociodemográfico	68
Anexo 2: Consentimiento informado	69
Anexo 3: Entrevista a profundidad	70

RESUMEN

El Cuidar /Cuidado En la Persona Post Operada desde la Perspectiva del Enfermero. Hospital General de Jaén. 2015.

Autores: Neidy Margot Cubas Vargas¹, Rigoberto Cujicat Toledo²

Asesora: Lucy Dávila Castillo³

La investigación tuvo como objetivo describir, analizar y discutir el cuidar/cuidado en la persona post operada desde la perspectiva del enfermero. Tipo de estudio, cualitativo de abordaje estudio de caso. El soporte teórico está dado por el cuidar/cuidado de Waldow. La muestra se obtuvo a través de la técnica de saturación de Bertaux, quedando constituida por cinco enfermeros del servicio de cirugía del Hospital General de Jaén, Para el análisis de datos se utilizó como referencia el análisis del discurso, propuesto por Orlandi, esto facilitó la formulación de cuatro categorías: cuidando al paciente de diferentes formas, estableciendo una relación de cuidado con el paciente, participación de la familia en el cuidado, limitaciones en el cuidado. Consideraciones finales: El cuidar/ cuidado en el proceso postoperatorio es único y auténtico para cada persona y depende tanto del entorno, de la preparación del enfermero, así como de la interrelación enfermero/ paciente; en ese proceso, se establece una relación sujeto-sujeto. El cuidado que brinda el enfermero, es un cuidado integral, holístico, técnico, psicológico, espiritual y personalizado, pues el avance de la ciencia y tecnología pueden originar despersonalización, formalismo, frialdad y devaluación de los pacientes. En el proceso de cuidar/ cuidado, la familia es un recurso importante para la recuperación del paciente post operado; por tanto, el enfermero debe establecer una alianza terapéutica con la familia, de esta forma la familia pasará a ser parte del cuidado al paciente, creando en él más confianza y seguridad, sintiéndose respetado, protegido y considerado. El acceso al conocimiento, la infraestructura limitada e inadecuada y un débil clima organizacional se manifiestan como limitaciones para brindar el cuidar/cuidado en el paciente post operado.

Palabras claves: Cuidar/cuidado, cuidador y ser cuidado.

Aspirantes a Licenciados de Enfermería: Bachilleres en enfermería Cubas Vargas Neidy Margot, Cujicat Toledo Rigoberto. UNC.¹

Lucy Dávila Castillo, Maestra. Profesora asociada de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNC.²

SUMMARY

The research aimed to describe, analyze and argue **caring/care** in the post - operated person from the perspective of the nurse. General Hospital of Jaén. 2015.

Authors: Neidy Margot Cubas Vargas¹, Rigoberto Cujicat Toledo²

Adviser: Lucy Dávila Castillo³

Kind of study, qualitative, case study approach. The theoretical support is given by Waldow's **caring/care**. The sample was obtained through Bertaux's saturation technique, being constituted by five surgery nurses at General Hospital from Jaén. It used for data analysis as a reference the discourse analysis, proposed by Orlandi, this facilitated the formulation of four categories: Taking care of the patient in different ways, establishing a relationship of care with the patient, participation of the family with care, limitations in care. Final considerations: **Caring/care** in the post-operating process it is unique and authentic for each person and it depends so much on the environment, nurse's preparation, as well as the **nurse/patient** interrelation; in that process, a **subject-subject** relationship is established. The care that the nurse provides, it is an integral care, holistic, technical, psychological, spiritual and personalized, well, the advance of science and technology can cause depersonalization, formalism, coldness and devaluation of patients. In **caring/care** process, the family is an important resource for the recovery of the post-operated patient; therefore, the nurse must establish a therapeutic alliance with the family, in this way, the family will become part of patient care, creating in him more confidence and security, feeling respected, protected and considerate. Access to knowledge, limited and inadequate infrastructure and a weak organizational climate manifests as limitations to provide **caring/care** in the post-operated patient.

Key words: caring/care, caretaker, be cared.

Aspiring to Nursing Graduates: Bachelors in nursing¹

Teacher. associate teacher of the Faculty of Health Sciences of the UNC²

INTRODUCCIÓN

Actualmente el mundo hospitalario se ve influenciado por la alta tecnología, haciendo complejo la práctica de la enfermería¹, donde el contacto físico, la caricia, el apretón de manos se ve sustituida por la máquina, olvidando al ser humano¹. Además, el cuidado de enfermería tiene un enfoque predominantemente médico, en consecuencia, sus acciones son rutinarias y distantes; centradas al cumplimiento de sus funciones y no en una relación interpersonal enfermero-paciente; se une a esta situación la restricción de las visitas a los pacientes post operados que hace que la relación paciente –familia se vea mermada haciéndoles sentir a los pacientes como personas poco valoradas.

Así mismo, el cuidar/cuidado, implica conocimiento técnico y científico, sin embargo, no se refleja estos conocimientos en el profesional de enfermería; evidenciándose ausencia de respuestas puntuales a las preguntas del paciente sobre su salud. En las entrevistas realizadas los enfermeros manifiestan tener demasiada recarga laboral, que no les permite brindar el cuidado como lo indica la teórica Waldow, quien manifiesta que el cuidado es holístico, personalizado y un proceso interactivo.

Por ello el estudio estuvo enfocado a investigar cómo es el cuidar /cuidado en la persona post operada desde la perspectiva del enfermero. Hospital General de Jaén. 2015. A través de la descripción, análisis y discusión de cuidar/cuidado.

Dentro del estudio se planteó el objetivo: describir, analizar y discutir el cuidar /cuidado en la persona post operada desde la perspectiva del enfermero. Hospital General de Jaén.

La investigación utilizó la perspectiva metodológica cualitativa, que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, procesos y fenómenos, profundiza en el mundo de los significados de las acciones y relaciones humanas; el abordaje estudio de caso, el cual es específico y está bien delimitado. La técnica de recolección de datos fue a través de la entrevista a profundidad, la cual nos permitió obtener información mediante un proceso de conversación, en algunos encuentros entre el investigador e informante⁵¹.

La justificación del estudio se fundamenta por que los resultados obtenidos proporcionan al estudiante y al profesional de enfermería una base de conocimientos que permiten la comprensión del proceso de cuidar/cuidado de forma amplia y reflexiva permitiendo mejorar sus acciones y comportamientos en la interacción enfermero-paciente.

La investigación se ha desarrollado en capítulos. Capítulo I. Problema de investigación. Capítulo II. Referencial Teórico y Empírico, en el cual se describe los antecedentes del estudio y las bases teóricas. Capítulo III. Trayectoria Metodológica. Capítulo IV. Resultados y discusión. Finalmente se describen las consideraciones finales y se brinda recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Planteamiento del problema

Hoy en día, la alta tecnología impacta con mucha fuerza al mundo hospitalario. La eficiencia en administrar tratamientos sofisticados y nuevos medicamentos hacen más compleja la práctica de enfermería¹, esto ayuda a brindar una atención más rápida, pero provoca estrés en los trabajadores de salud, específicamente en los enfermeros dejando de lado su función principal de cuidar/cuidado². Además, Waldow¹ señala que el enfermero está sustituyendo el contacto físico, la caricia, el apretón de mano que ofrecen apoyo y soporte al paciente, por la máquina donde el cuidador se dedica al manejo de la misma, olvidando al ser humano¹. Es desafortunado que muchos profesionales no respetan los deseos y necesidades del ser cuidado, evitando acciones que provocan comodidad y bienestar.

También, es común que los profesionales de enfermería utilizan nomenclaturas y denominaciones que enmascaran y despersonalizan el término cuidado y todo lo que este implica. Actúan bajo un enfoque predominantemente médico, que se caracteriza por un cuidado prescriptivo, mecanizado, fragmentado e impersonal; haciendo que sus acciones sean repetitivas y rutinarias, asimismo, es frecuente que los enfermeros desarrollen tareas, por una remuneración, por un medio de supervivencia, es decir, no existe una responsabilidad real, un compromiso con la profesión¹, además, muestran una actitud distante y fría con los pacientes.

Enfermería se caracteriza por el cuidar/cuidado. Esto implica que cada enfermero debe tener un conocimiento técnico y científico, que faciliten la generación de confianza, serenidad, seguridad en las personas cuidadas¹. Sin embargo, no se refleja en el cuidado que brinda el enfermero a los pacientes en los establecimientos de salud³.

En el desarrollo de las prácticas pre profesional hospitalarias, escucharon con frecuencia expresiones de los enfermeros, que tienen escaso personal y no cuentan con equipos, materiales, lo cual limita brindar un cuidado humanizado. Además, el concepto de cuidado es tomado como el cumplimiento de funciones y no como una relación interpersonal

enfermera–paciente, conllevando al profesional de enfermería a cumplir sus actividades de manera rutinaria se suma a esta situación el trato impersonal a los pacientes; es decir se les nombra por el número de cama o por la patología.

Del personal de salud, el enfermero es quien permanece las veinticuatro horas del día con los pacientes, profesional que satisface inmediatamente sus necesidades, y toma decisiones sobre cualquier problema que altere su salud del usuario, sin embargo, cuando el paciente tiene dolor u otra molestia, llama al personal de enfermería y éste llamado no es atendido⁴, existe ausencia de respuestas puntuales a las preguntas de los pacientes sobre su salud, hay poca amabilidad, trato indiferente en la prestación de los servicios llevando a diversas reacciones a los pacientes post operados como: incertidumbre, frustración, amargura, descontento, miedo, preocupación. Es decir, cuando el paciente no se siente totalmente cuidado, se siente amenazado¹.

Otro aspecto visible es la restricción de visitas a los pacientes post operados; las visitas son importantes, porque contribuye a afirmar la conciencia de la persona, a valorar el cuidado, a sentirse personas respetadas y no objetos¹. Es decir, el cuidar/cuidado en el post operatorio es un proceso minucioso que implica una recuperación prolongada y dependiente de la atención del enfermero, en la cual se debe dar atención tanto a sus necesidades reales como potenciales.

Esta realidad motivó a los investigadores a plantear la siguiente interrogante:

1.2. Pregunta orientadora del estudio

¿Cómo es el cuidar /cuidado en la persona post operada desde la perspectiva del enfermero del Hospital General de Jaén. 2015?.

1.3. Objeto de estudio

Cuidar/cuidado de la persona post operada desde la perspectiva del enfermero.

1.4. Objetivos del estudio

Describir, analizar y discutir el cuidar /cuidado en la persona post operada desde la perspectiva del enfermero. Hospital General de Jaén.

1.5. Justificación del estudio

El estudio se justifica porque los resultados obtenidos proporcionan una base de conocimientos que permiten la comprensión del proceso cuidar/ cuidado de forma amplia, reflexiva y de sensibilización al personal de enfermería, lo que permite mejorar sus acciones y comportamiento dentro de su interrelación enfermero- paciente.

Así mismo, se espera que las reflexiones fortalezcan las relaciones entre profesionales de enfermería, paciente y familiares, en el cuidar/cuidado en la etapa postoperatoria, generando la pronta recuperación y disminución de los días de estancia hospitalaria.

Además, el presente trabajo beneficiará a la Escuela Académico Profesional de Enfermería Filial-Jaén como valiosa fuente bibliográfica en investigaciones es relacionados con el tema.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPIRICO

2.1. Referencial Teórica

El objeto de investigación que se desarrolló en este marco teórico conceptual es el cuidar/cuidado de enfermería en la persona post operada. Para ello, se ha profundizado el tema con las afirmaciones de Waldow, y otros autores respecto a la temática.

2.1.1. Cuidar/Cuidado

La enfermedad, la incapacidad y el sufrimiento son algunas de las circunstancias que causan vulnerabilidad y donde los individuos requieren de cuidado. Según Rawlison citado en Waldow¹, estar enfermo describe la experiencia en la cual falla nuestras capacidades, día a día hay un obstáculo para ingresar normalmente al medio que nos rodea, haciendo necesario vivir el proceso de cuidar/cuidado.

Cuidar es la forma en que se da el cuidado. Es un proceso interactivo entre cuidadora y ser cuidado, la primera tiene un papel activo, pues desarrolla acciones acompañadas de comportamiento de cuidar. El segundo, el ser cuidado, tiene un rol pasivo, y en función de su situación puede volverse dependiente temporalmente; pero al cambiar hacia un rol menos pasivo, puede contribuir en el cuidado, con responsabilidad¹. Según Mayeroff⁵, cuidar es ayudar a crecer a la persona, animarlo y asistirlo para que puedan ser cuidado por alguna persona aparte de nosotros mismos.

Para Waldow y Borges⁶ el crecimiento con relación al cuidador, se traduce por satisfacción, sensación de un deber cumplido, realización, mejora de la autoestima, mayor seguridad y confianza, así como placer y bienestar. La experiencia adquirida en cada nueva situación vivida y cada nuevo encuentro, aumenta el conocimiento del profesional. La nueva historia de vida y las experiencias de los pacientes ayudan a conocer mejor a las personas y así mismo. Las formas de cuidar se enriquecen a partir de las vivencias con pacientes, los cuales permiten que crezcan personal y profesionalmente. Larson⁷ define el cuidado como acciones intencionales que llevan

al cuidado físico y la preocupación emocional, que promueven un sentido de seguridad al paciente.

Para Waldow¹ el cuidado constituye una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, la preservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad; es contribuir a la construcción del conocimiento y de la vida.

El cuidado es el fenómeno resultante del proceso de cuidar, el cual representa la forma en que ocurre el encuentro o situación de cuidar entre la cuidadora y el ser cuidado⁸. Lo representa como las interrelaciones del yo (*self*) con el otro ser y el cosmos, las cuales están permeadas de valores, conocimientos, respeto, ética, amor, cultura e historia, existiendo un dinamismo en todo¹.

La autora señala que las relaciones de cuidado son explicitadas y definidas, que nuestra relación de estar en el mundo es un compromiso del yo (*self*) para con el otro y con el todo o cosmos. El cuidado se caracteriza por su no linealidad, es un proceso energético, tiene movimiento; el cuidado es dialectico, es la luz y la oscuridad, pues, así como existe el cuidado existe el no cuidado. Si la relación enfermera– paciente es considerada más agradable, la recuperación de los pacientes parece ser más rápida y la experiencia en el hospital es percibida como terapéutica o restauradora¹.

Boykin y Schoenhofer citado en Waldow¹, consideran que el cuidado expresado en la enfermería no es un fenómeno abstracto, si no personal, que incluye conocimiento. El cuidado que caracteriza a la enfermería debe ser una experiencia vivida, comunicada intencionalmente, en una presencia auténtica a través de una relación persona a persona.

El modo de ser del cuidado involucra una relación no sólo de sujeto-objeto, sino de sujeto-sujeto. En el contexto del proceso de cuidado, esta relación se caracteriza por ser una relación de tipo profesional, sujeto-otro, basado en el respeto y en caso sea considerado como objeto, no se encuadra en una relación de cuidado⁹. Peplau citado por Garcia et al¹⁰. “las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Los cuidados han de ser

individualizados, haciendo especial hincapié en la relación humana entre enfermera y la persona necesitada de ayuda”.

Bishop, Scudder y Gaut citado por Waldow¹ consideran que para que suceda el cuidado, la cuidadora primero percibe la situación del paciente como un todo. Ya en ese momento el pensamiento crítico, a través de la reflexión, inicia su proceso. Tomando conocimiento el paciente de su situación, la cuidadora revela preguntas e hipótesis, ejemplo: ¿Cómo es esta situación? ¿Cómo se caracteriza? ¿Quién es este paciente? ¿Cuál es su historia? ¿Qué más necesito saber acerca de él y su condición? ¿Cómo poder ayudarlo? Esta fase puede ser llamada pre reflexión.

En seguida la cuidadora identifica la necesidad de cuidado y verifica los medios disponibles para que éste se realice (personal, materiales, estructurales, sociales). El comienzo de la acción de la cuidadora incluye: El desarrollo de la interacción personal, mantener un ambiente adecuado (limpieza, privacidad, seguridad, condiciones térmicas adecuadas, entre otras), y la expresión de la aceptación del ser cuidado y sus familiares, esto se observa por medio de palabras, miradas, gestos, postura corporal; el ofrecimiento de la presencia real, significa estar centrada en el paciente y su situación, estar con él (presente en cuerpo y alma), mantener empatía, demostrar seguridad y eficiencia en el desempeño de las intervenciones o procedimientos necesarios.

Durante y después de la acción, la cuidadora registra la reacción del paciente y, en este proceso, la reflexión es objetiva. La cuidadora reflexiona sobre lo que se hizo hasta entonces, como se hizo, quien ejecutó la acción, las reacciones y condiciones del ambiente, material sobre sus valores y sentimientos en relación con la situación. Esta reflexión tiene el objetivo de ayudar en lo que se aprende, en la actualización de los cuidadores y en la mejoría del ser cuidado¹.

La reflexión implica siempre un análisis crítico de aquello que se hace. Al reflexionar sobre el trabajo, se cuestiona su validez, el significado que tiene la acción para los cuidadores y para las personas incluidas en el proceso. La reflexión parte de una filosofía, que consiste hacer el bien para algo o de alguien, lo que se convierte en una preocupación ética¹.

Montes citado por Quintero¹¹ expresa que la relación interpersonal es más que algo tácito o implícito, posee una intencionalidad dirigida a la recuperación o mantenimiento de la salud. Lo que permite el cuidar, es fundamentalmente la transmisión del afecto enmarcada en el respeto por el otro, esta no debe darse como un proceso frío, mecánico y carente de intencionalidad. Las intervenciones de enfermería permiten establecer relaciones de afecto, confianza y seguridad. En este orden de ideas, el contacto físico como abrazar, apretar la mano y acoger al otro amorosamente, se convierten en manifestaciones de afecto, intencionalidad y ternura. Si hay una buena relación entre enfermera/paciente se logra el crecimiento /transformación de ambos.

El momento de cuidar es considerado de tipo transformador, en el cual ambos, el ser cuidado y la cuidadora crecen. El primero presenta una actitud más positiva y serena frente a su experiencia con la enfermedad, incapacidad e inclusive la muerte, fruto de una tranquila y amistosa relación de confianza entre sus cuidadores⁶.

Watson¹ explica que el cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales.

En ese sentido Leininger¹² habla sobre el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas, para suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural, el conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales sirve como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y para afrontar la supervivencia de las culturas humanas a lo largo del tiempo. La profesión de enfermería estudia la asistencia sistemática desde una perspectiva cultural amplia y holística, para descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar, como parte del conocimiento de la enfermería.

Así mismo el autor menciona que las creencias no pueden ser ignoradas por la enfermera, al contrario, deben ser estimuladas y respetadas teniendo en cuenta la influencia significativa que tiene en la promoción y en el mantenimiento de la salud. Si la medicina científica afirma que no puede hacer nada por el paciente en un estado de enfermedad, la enfermera tiene la posibilidad de proporcionar cuidados a los enfermos, como: actos de confort y de sostén, por lo tanto, se harán las intervenciones necesarias para tomar en consideración y sostener los sistemas de creencias y esperanza del paciente¹².

También, es importante considerar en el proceso cuidar/cuidado las experiencias del paciente, estas ayudan a conocer mejor a las personas y así mismo las formas de cuidar se enriquecen a partir de las vivencias con los pacientes⁶.

Waldow y Borges⁶, nos dice que las experiencias anteriores del paciente incluyen, historia de vida del paciente, historia clínica, valores, rituales de cuidado, hábitos, en fin, todo aquello que pueda interesar al proceso de cuidado. Para el cuidador son importante sus experiencias positivas o negativas, tanto para la salud como para la enfermedad, pues, al poseer esta información la cuidadora podrá saber con qué recursos contará a fin de brindar mejor atención. Los rituales del cuidado son parte de la experiencia del paciente, estas están formados por los hábitos de salud y de cuidado que tiene consigo mismo, por ejemplo, la higiene personal y mental, abarcan los valores personales de su historia, su cultura; conocerlos es importante para poder asegurar que el cuidado actual sea significativo, personalizado. Es posible respetar los rituales de cuidado, tratando de adaptarlos a las rutinas de la institución, pues, produce mayor satisfacción, confianza y reconocimiento. El conocimiento del cuidado sobre el cuidado al paciente contribuye en el proceso de cuidar, influye en la respuesta del paciente, así como en la motivación y expectativas¹.

La motivación está íntimamente relacionada con el conocimiento de las experiencias previas del ser cuidado: con la salud, la enfermedad, la hospitalización y con los cuidadores. Estas pueden ayudar a reducir estados de ansiedad, miedo, angustia. Según Waldow citado por Albarado y Eulogio¹³ la motivación constituye la disposición para ser cuidado, para ayudar, colaborando en la medida de lo posible, y su deseo de crecer, incluye el deseo y la voluntad de vivir, aumento de conocimiento

y aceptación frente a los misterios de la vida y la muerte. La motivación se entiende como el conjunto de factores conscientes o inconscientes percibidos por la persona que explican un acto, e inducen a seguir ciertos objetivos, orientaciones, y finalidades.

Un paciente siente que la enfermera sabe reconocer sus necesidades, problemas, demostrando un interés sincero en la relación enfermero paciente, susceptible de tener confianza, fe y esperanza en los cuidados enfermeros. Es primordial que, durante el momento del cuidado, se establezca confianza por parte del ser cuidado, para con la enfermería y demás cuidadores. El ser cuidado se sentirá más seguro y tranquilo, mostrando comodidad y bienestar⁶.

Según Roach¹⁴, la confianza es la cualidad que fomenta relaciones confiadas. Es imposible imaginar la consecución de unos objetivos asistenciales sin al mismo tiempo asumir que la relación no se efectúe en condiciones de veracidad y mutuo respeto. En la mayoría de las instituciones impera la desconfianza por la manipulación de la información. En una relación de confianza no pueden existir ni la coacción ni la manipulación, ni actitud paternalista que anulen la autonomía de las personas.

Según Travelbee citado por Perez¹⁵, la confianza se define como “la convicción de que los demás individuos son capaces de proporcionar ayuda en momentos de sufrimiento. En este sentido, el autor hace referencia al hecho que la confianza es una parte importante en la relación que se pretenda establecer con el enfermo, y que esta no sería efectiva si los enfermos no creen en el apoyo que el profesional de enfermería le quiere ofrecer para participar en la satisfacción de sus necesidades.

El profesional de enfermería que genera confianza tiene las siguientes características: comprender a los pacientes post operados, presta atención a los detalles, cumple lo que promete, demuestra integridad personal, aclara las expectativas, reconoce sus fallas abiertamente cuando se ha equivocado, es honesto, está pendiente de los demás¹⁶.

Además, Waldow¹, nos dice que la seguridad y satisfacción al paciente se da al realizar procedimientos para y con el paciente, interactuando con él, siendo hábil, realizando con competencia y amabilidad las interacciones terapéuticas y las prácticas de cuidado.

Noddings citado en Waldow¹ expresa que la satisfacción lo podemos percibir cuando algunos pacientes verbalizan su aprecio y agradecimiento, pero esto puede darse simplemente en función de la personalidad o condición del paciente. Las relaciones interpersonales y la actitud de la enfermera al brindar los cuidados guarda relación con la satisfacción total y la necesidad de atención de los pacientes cuidados¹⁷. Se valoran los niveles de satisfacción general de los pacientes con respecto a las enfermeras y su comportamiento. Los elementos que guardan mayor relación con respecto a la satisfacción son el ambiente físico y el trato recibido por el personal que brinda los servicios de salud¹⁸. Es decir, se piensa que los procedimientos, intervenciones y técnicas realizadas con el paciente sólo se caracterizan como cuidado en el momento en que los comportamientos de cuidar son mostrados, tales como: respeto, consideración, gentileza, atención, cariño, solidaridad, interés, compasión, entre otros⁶.

Durante el proceso de cuidar /cuidado el profesional de enfermería refleja una serie de acciones y comportamientos importantes que deben considerarse como son: la comunicación, la empatía y los valores.

Así, la **comunicación** es entendida como un proceso continuo por el que una persona puede afectar a otro a través del lenguaje escrito u oral, gestos, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio u otros símbolos”, por tanto, se acepta como componente fundamental, que para que exista comunicación el mensaje que comprende el receptor debe acoplarse a lo que quiere decir el emisor, es por ello, que la base está en la retroalimentación que desemboque en una comprensión mutua¹⁹.

La comunicación es un aspecto esencial en los cuidados de enfermería, considerado como un arte y dejado casi siempre en manos de la intuición e idiosincrasia del profesional de enfermería. La amplia literatura en el área de la comunicación y relación de ayuda, permiten justificar un abordaje sistemático y fundado para el

estudio y aprendizaje de las mejores formas de abordar técnica y humanamente esta crucial faceta del trabajo de enfermería¹⁹.

La comunicación tiene lugar en cada interacción enfermero-paciente, se da en la conversación y en el silencio, en lo verbal y en lo no verbal; por el lenguaje simbólico mediante la apariencia, el comportamiento, la postura, la expresión facial y los gestos que comunican ideas, pensamientos y sentimientos, y se otorgan significados tal como se hace con el lenguaje hablado²⁰.

En la interacción con el sujeto cuidado, individuo o colectivo, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un “escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, convirtiéndose el proceso comunicativo en un elemento fundamental del cuidado”²⁰.

La expresión corporal pesa mucho más que la cadena verbal y en el rostro de un ser humano es posible visibilizar con mucha claridad todos sus sentimientos mucho antes de que nos lo diga de forma verbal. En el ejercicio de cuidar, es fundamental desarrollar el sentido que tiene la corporeidad en el plano de la práctica, pues el rostro de una persona enferma puede ser mucho más significativo que lo que diga con sus palabras. Cuando el cuidador le pregunta a una persona enferma cómo se encuentra, ya sabe, “a priori”, cuál es su estado y lo sabe porque lo ha visto reflejado en su rostro²¹.

La persona humana a través de sus gestos, sus palabras, sus movimientos e incluso a través de su lenguaje no verbal, nos comunica sus sentimientos y las experiencias vitales de su mundo interno. Tal como indica Cibanal, Citado por Cánovas²² “la verdadera comprensión de lo que es el cuerpo se decide en la comprensión del lenguaje del cuerpo”.

En la mayoría de las ocasiones que los profesionales de enfermería interaccionan con los pacientes y familiares, puede describirse que el lenguaje no verbal llega a transmitir intenciones más profundas que el lenguaje verbal, tal es el caso en el que se da un apretón de manos, un gesto o expresión facial que demuestra ansiedad o miedo, unas lágrimas, su forma de sentarse, de andar. Toda actitud al exterior que

demuestre el paciente contribuye a ofrecer al profesional de enfermería un acceso a su persona.

La comunicación no verbal constituye el fundamento sobre el que se construyen las relaciones humanas, por lo que es vital que llegemos a desarrollar conciencia de las manifestaciones no verbales y sus significados. El lenguaje no verbal, a través de los gestos, el tacto y la mirada crea una relación que, aunque no reemplace la precisión de las palabras, llega a transmitir cierto grado de comprensión muy importante en la relación²¹.

Otro punto importante dentro del cuidado es *la empatía* con el paciente. Waldow¹ afirma que, a través de la empatía, interés y compromiso, la cuidadora tendrá más posibilidades de entrar en la experiencia del ser cuidado. Según Gadwo citado por Ramirez et al²³ la empatía, como tal, facilita extraordinariamente la relación entre profesional y paciente.

Empatía es la disposición interior de la persona que le permite tener la capacidad de sumergirse y observar las cosas que vive la persona desde su marco de referencia interna, esto es desde su mundo subjetivo, captando detrás de las palabras, sentimientos, ideas. El significado de las cosas que tienen para el cliente y cómo éste las experimenta²².

Evidentemente la empatía es el rasgo característico de las relaciones interpersonales exitosas. La empatía no es otra que "la habilidad para estar consciente de, reconocer, comprender y apreciar los sentimientos de los demás". En otras palabras, ser empáticos es ser capaces de "leer" emocionalmente a las personas. Según Morrisom citado por Campos¹⁶ la empatía es la "capacidad de caminar un trecho con los zapatos de otro".

Para Cuidar se requiere el desarrollo de la empatía¹⁷. Participar de forma empática de la situación de la persona enferma significa situarse en sus coordenadas existenciales, vivir su sufrimiento, y de la necesidad de experimentar la realidad, de tomar conciencia de lo que siente, no solo de lo que piensa. En el cuidar, lo que

vincula con el enfermo es la empatía. No siempre se produce espontáneamente, entonces es necesario hallar elementos de vinculación²⁴.

Rogers citado por Watson¹, manifiesta que la empatía es una condición indispensable en el desarrollo de una relación de ayuda y de confianza. Conciérne a la facultad que tiene la enfermera de vivir los sentimientos y el mundo de la otra persona, y de comunicarle una parte significativa de esta comprensión; la comprensión empática es la facultad del cuidador de: *“coger (...) lo que el cliente aprueba de su mundo interior, cómo el cliente lo ve y lo siente, sin que su propia identidad se disuelva en este proceso”*. La(el) enfermera(o) empática acepta los sentimientos *“del otro”* sin odio, miedo, cólera o conflicto; es capaz de comprender la manera en cómo *“el otro”* lo siente, pero no analiza ni juzga los sentimientos²⁵.

El cuidado humano según Waldow¹, está imbuido de valores, en los que se enfatizan la paz, la libertad, respeto, la responsabilidad y el amor entre otros aspectos. El cuidar es una forma de interacción interpersonal, donde se articula la transmisión de determinados valores.

El respeto es una forma de reconocimiento, de aprecio y de valoración de las cualidades de los demás, ya sea por su conocimiento, experiencia o valor como personas. Este aspecto tiene como fin, que el usuario experimente su derecho a existir como persona y constituye uno de los hechos que evidencia las características de los profesionales de enfermería que son eficaces²⁶. Kozier et al citado por Pérez²⁶, manifiestan: *“La enfermera debe mostrar respeto para poder contar con la buena disposición del cliente, y el deseo de trabajar con él”*.

Del planteamiento anterior es importante destacar que la enfermera al mantener una relación eficaz con el paciente y esencialmente fluida, contribuye con el respeto mutuo. Una actitud respetuosa es personalizar los cuidados hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población; pues la generalización tiende a neutralizar a los sujetos, a masificarlos y, además, a no obtener buenos resultados²⁷.

Watson²⁸ afirma que, es importante que el paciente sea considerado y respetado como una persona singular, y se le aclaren todas sus dudas sobre su estado⁶. Otro valor importante es *la responsabilidad* dentro del cuidar, está relacionada con responder a una necesidad, es visto por Fry citado por Waldow¹ como un fenómeno moral. Y Griffin citado por Waldow¹ alerta sobre el componente cognitivo de ese aspecto moral, representado por la percepción de la necesidad, y del deber de satisfacerla.

La responsabilidad, es sinónimo de autonomía y libertad, solo el ser libre es responsable. La responsabilidad es inherente a la cultura, nace como mala conciencia o sentimiento de culpa. Sin embargo, el individuo autónomo, es el ser con voluntad propia, es aquel que posee la medida del valor, que es su propia medida, y no precisa de criterios ni de pautas extrañas²¹.

El cuidado es responsabilidad compartida, es responsabilidad de previsión. La responsabilidad es la carga formal que pesa sobre toda acción causal y que se puede pedir cuentas de ella. Hay responsabilidad por palabra, por obra y por omisión. Cuidar de alguien es preocuparse por otro ser, y asumir esta preocupación como un deber moral, y no únicamente como un sentimiento de proximidad hacia esa persona²³. El cuidar implica una responsabilidad consciente e intencional para la enfermera. Es un ideal moral que requiere sensibilidad y un alto compromiso ético y moral²⁵.

Nodidings y Mayeroff citado Minayo²⁹ ha señalado esa cuestión de deber, o de obligación, en el área de enfermería, donde se desarrollan tareas como una obligación de trabajo o simplemente como una actividad remunerada o un medio de supervivencia; no existe una responsabilidad real, un compromiso (moral) con la profesión o actividad.

Según el código Deontológico de Enfermería³⁰, en el Artículo 20, 10, 6: “La enfermera(o) es responsable de su actuación profesional y de mantener vigente su competencia por medio de la capacitación continua de acuerdo con los avances científicos, tecnológicos y culturales, también, debe brindar información veraz, clara y oportuna dentro del área de su competencia a la familia y/o comunidad con el consentimiento de la persona, considerando su estado de salud y las excepciones que

la ley establece y adoptar formas apropiadas de comunicación con la persona usuaria, especialmente con las personas que presenten dificultades para relacionarse porque habla otro idioma o dialecto.”

Waldow¹ describe que una variable importante dentro del cuidado, es el conocimiento del paciente lo que nos dice cuan informado está acerca de su situación actual, su tratamiento, los exámenes y procedimientos a los que será sometido. Al verificar que el paciente no está convenientemente informado, la enfermera podrá subsanar esa falla; la información contribuye a que el paciente se sienta, seguro, y colabore en el proceso de cuidado¹¹.

La enfermera debe comprender y conocer al paciente, ya que de esta manera puede obtener información, analizar los datos y ejecutar las acciones para satisfacer las necesidades encontradas¹⁵. También, es importante informarle al paciente, para que él adquiera mayor conocimiento sobre sí, sobre su enfermedad, en fin, sobre su condición existencial del momento, con el objetivo de emprender de forma serena, estrategias para enfrentar los obstáculos que se presentan. El conocimiento de sí, de su circunstancia y de sus limitaciones y potencialidades mejorará su autoestima y confianza, preservando su identidad y coraje⁶.

Tipos de cuidado

Cuidado técnico

El escaso tiempo que se dispone es uno de los mayores estresores de la vida actual, lo que puede representar un problema difícil en la organización y valoración de las tareas profesionales y demás acciones en las que va a “gastar” ese tiempo, conllevando a la rutinización de las interacciones³¹.

Según Brusco citado por Cánovas²², el profesional de enfermería es un instrumento terapéutico, porque es una persona preparada en forma adecuada para responder a las necesidades fisiológicas y espirituales del ser humano que sufre.

Según Bishop y Scudder citado en Waldow¹, la enfermería se caracteriza por una relación intencionalmente terapéutica; pues cuando se habla de cuidado se asocia a la idea de ejecución de algún procedimiento de enfermería. Los cuidados de enfermería se usan primero como referencia a la ejecución de técnicas y procedimientos en los pacientes. Por regla general estos cuidados resultan de una prescripción médica de un tratamiento asociado a un problema patológico o enfermedad.

Las acciones de orden técnico, planificadas o prescritas por el equipo médico, se evalúan de forma objetiva, en general por medio de las reacciones fisicoquímicas acostumbradas, valores y niveles estándares de monitoreo de las funciones vitales y las informaciones que se obtienen del paciente, por eso es frecuente, que las relaciones se den en forma impersonal en las cuales la cuidadora desempeña su trabajo de forma correcta y eficiente, solo en el aspecto técnico. Ella realiza procedimientos en un cuerpo cualquiera. Este tipo de desempeño se caracteriza por la relación persona- objeto y sucede con frecuencia en la medicina¹.

Cuidado psicológico

La dimensión psíquica es un elemento prioritario para conseguir el bienestar de la persona, el apoyo psicológico y el cuidado humano brindados al paciente son instrumentos fundamentales para afrontar adecuadamente la enfermedad, la recuperación de la salud o el mantenimiento de la misma. Y es aquí donde debe intervenir la enfermera actuando con sensibilidad, brindando confianza para fortalecer la comunicación enfermero – paciente³².

Según Watson¹ la práctica del cuidar asocia conocimientos biopsíquicos y conocimientos del comportamiento humano con el objetivo de suscitar o promover la salud a los que están enfermos.

Callista Roy citado por Quintero¹¹ en su teoría de la adaptación nos dice que las necesidades psicológicas se sitúan en aquellas emociones y sentimientos que determinan la pertenencia, la autoestima, el respeto y la dignidad, entre otros.

Torralba citado por Irrutia y Villarroel³² afirman que: “el Cuidado emocional implica una actitud empática que predispone a la enfermera captar los sentimientos, deseos, intereses y necesidades de la persona que cuida, para vivir en cierto modo su experiencia, sin confundir nuestros propios sentimientos”.

Así mismo Colliere citado por Irrutia et al³², manifiestan que los cuidados emocionales se relacionan con los de compensación, de confirmación y de sosiego. Los cuidados de compensación consisten en esforzarse, compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social que conlleva esta última; los cuidados de confirmación animan, permiten ganar seguridad y fortalecen la construcción del sentimiento de confianza en sí mismo; y los cuidados de sosiego llamados cuidados de relajación, aportan tranquilidad, liberación de tensiones y de este modo contribuyen a apaciguar las turbulencias emocionales. Proporcionar apoyo emocional e información es fundamental para permitir potenciar la expresión de los sentimientos de ansiedad previo a la intervención quirúrgica³³.

Según Waldow¹ más importante que todo, es conocer las condiciones actuales de internación, cómo se está sintiendo el paciente, alentarle a verbalizar sus sentimientos y lo que relaciona con su condición actual³³. Es importante de entrada que la enfermera considere a la persona como un ser humano que piensa y tiene emociones.

Los profesionales de enfermería deben de conocer las reacciones patológicas del paciente frente a una enfermedad, para poder dar ayuda psicológica y apoyo al enfermo y familiares. El dialogo abierto con el paciente para que él pueda expresar sin prisas sus sentimientos es la mejor opción en estos casos.

La actitud psicológica del profesional debe ser: abierta, acogedora, empática, sosegada y sin sensación de premura de tiempo para conocer los sentimientos del paciente frente a su proceso y poder diagnosticar y tratar posteriormente conductas no adecuadas³⁴.

Dentro de los cuidados de enfermería debemos: tranquilizar al paciente para disminuir su miedo y su ansiedad que se produce en la persona que sufre, ayudar a comunicarse, con él mismo como persona que necesita ayuda y con los demás, de tal manera que pueda drenar sus sentimientos y expresar todo lo que le preocupa; acompañar en el sufrimiento y apoyar al paciente en la medida que éste se comprometa a participar en las experiencias de vida y aceptar su condición humana, con el fin de encontrar un sentido a su situación de crisis³⁵.

Para Roach citado en Waldow¹ el acercamiento cariñoso, interesado y respetuoso, una claridad sobre la condición física, y la educación del paciente constituyen elementos clave para la tranquilidad, seguridad, confianza, aceptación y colaboración en el cuidado. Es preciso poner atención en los elementos cognitivos de todo aquello que nos comunica el paciente, así como en todos aquellos elementos afectivos que estén comunicando, a través del lenguaje verbal y no verbal, las impresiones, los sentimientos y las emociones que vive interiormente en la situación de crisis en la que se encuentra²². Según Ríos citado en Waldow¹, para brindar educación, apoyo emocional y auxilio espiritual al paciente, primero se averigua su estado por medio de él o su familia, y través de signos subjetivos como: relajación muscular, disminución del dolor, incomodidad, ansiedad, expresión facial y corporal, tono de voz, quejas, dudas o preguntas, o por el silencio, además de las respuestas objetivas.

La ansiedad se relaciona con la susceptibilidad individual para percibir situaciones estresantes consideradas como peligrosas y responder de una forma ansiosa. El nivel de ansiedad en un momento concreto, es función de una situación concreta y no de rasgos de personalidad del sujeto. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad³⁶

Tomando en cuenta el objeto de la investigación, Long, et al citado por Iparraquire y Villaverde³⁷ señalan: “La cirugía es una de las modalidades de terapia médica más importante. Una cirugía es una experiencia estresante ya que implica una amenaza a la integridad del organismo que amenaza a la vida misma”; en ese sentido, los pacientes que son sometidos a un procedimiento quirúrgico, requieren una atención especial, específicamente en la conservación del equilibrio emocional que

indudablemente es conseguido con la relación de ayuda, el cual necesita con mayor énfasis en la etapa de recuperación.

Cuidado espiritual

Todos somos seres espirituales. El espíritu es la esencia de la persona. Es aquello que da un carácter a la vida generando el sentido de totalidad. La espiritualidad es una guía interna que determina comportamientos y actitudes que da sentido y significado a la existencia¹¹.

La enfermedad y la amenaza de la muerte generan una crisis acerca del significado de la vida, determinando interrogantes sobre las creencias espirituales y religiosas. Es lo que se conoce como "estrés espiritual", caracterizado por situaciones de crisis y de conflicto, por la búsqueda del sentido del dolor, del sufrimiento, de las pérdidas y de la muerte (indicadores del estrés espiritual). Este estrés, llamado también angustia espiritual, conduce a la persona hacia Dios y hacia otros apoyos significativos; por tanto, se recomienda al cuidador, tener presente la historia religiosa de la persona, sus prácticas y recursos espirituales, explorando sentimientos de pérdidas, del significado de la enfermedad y otros eventos de la vida¹¹.

Colliere M, citado por Quinteros¹¹; opina que la definición de espiritualidad varía dependiendo de quién cuestione o de quién corresponda. En el mundo actual, difiere su significado en cada situación. Espiritualidad es aquella dimensión del ser básica y trascendente formada por creencias y valores.

La espiritualidad incluye la religión pero no es igual a ella; es un concepto más amplio, un fenómeno no confinado a templos, iglesias o ritos. Es una dimensión única de la persona. Se caracteriza por la relación con el yo, con el otro, con la naturaleza y con la vida.

La religión, la fe y la espiritualidad son conceptos aislados, unidos por la concepción de la trascendencia del ser; sin embargo, se utilizan indiscriminadamente creando confusión en su naturaleza. La espiritualidad es una fuerza que da sentido a la vida. Busca respuestas a aquello que no podemos explicar con la razón y con el conocimiento. En determinados momentos y circunstancias de la vida adquiere una

mayor importancia o significado, como en situaciones de enfrentar la enfermedad¹¹. Para Watson, citado por Quinteros¹¹; el bienestar espiritual es la afirmación de la vida en relación con Dios, consigo mismo, y con los otros. Es la posibilidad de encontrar un significado y un propósito a la vida. Se caracteriza por una armonía interna y sentimientos de satisfacción.

Callista Roy, citado por Quinteros¹¹ muestra que la experiencia espiritual es una experiencia de pertenencia; es vista como todas aquellas creencias, valores y costumbres arraigadas en la persona. Es más que la creencia en sí; se relaciona con un ser superior, una fuerza creativa que guía y orienta nuestro camino. La dimensión espiritual busca equilibrio y armonía con el universo. Da respuestas sobre lo infinito y proporciona apoyo frente a la enfermedad. Las creencias espirituales le permiten a la persona entender su lugar en el mundo. Están íntimamente relacionadas con las necesidades psicológicas. Son el resultado de ritos, creencias y valores.

El cuidar/cuidado y la familia

La enfermedad origina una crisis familiar, y debe contar con el apoyo de las instituciones y del personal de salud; pues la familia es la más directa e inmediata fuente de apoyo social para las personas que presentan dificultades en su autocuidado.

Domínguez citado por Ubeda³⁸ aporta que se hace necesaria la orientación de los servicios sanitarios debe incorporar la atención a la familia, como un elemento clave en el cuidado de las personas enfermas.

El profesional de enfermería debe desarrollar su competencia estableciendo una relación de ayuda, una relación terapéutica con el paciente y familia ayudándoles a describir la situación vivida, a comprender su significado, y saber afrontar los problemas, y de este modo, cubrir todas sus necesidades de un modo integral y lograr excelencia del cuidado enfermero¹¹.

En el paciente post operado por su condición de dependencia física, la familia se convierte en el soporte principal para encaminar temores, sentimientos negativos hacia una mirada positiva de la vida y el profesional de enfermería juega un papel importante en el nexo entre el enfermo y la familia.

Una de las principales necesidades de los familiares, es recibir una adecuada información. Normalmente se concibe la información como información médica y no de enfermería³⁰.

La información facilitada a los pacientes y sus familiares en relación a su estado de salud, desde el punto de vista médico y sobre los cuidados de Enfermería, tiene una gran importancia, en general durante la hospitalización³⁹, la familia bien informada, bien cuidada brindará un gran apoyo durante el cuidado⁴⁰.

La verdadera presencia de los seres queridos ya sean familiares o amigos contribuye a afirmar la conciencia de la persona, los pacientes perciben la diferencia, valorando el cuidado y a las personas cuidadoras, pues sienten que no son meros objetos, si no seres respetados y valorados como personas¹.

En el proceso cuidar/cuidado se presentan algunas limitaciones que impiden la realización de este proceso de manera adecuada. Waldow¹, menciona que entre las limitantes principales para el desarrollo del cuidado son: el conocimiento, el ambiente físico y el ambiente social.

Según Noddings citado en Waldow¹, se crea seguridad en el paciente cuando el cuidado se da en su plenitud, es decir, la cuidadora debe expresar la conjugación de conocimiento y experiencia en la práctica de las actividades técnicas. Por lo tanto, la cuidadora al cuidar interactúa con el paciente, colocando en práctica su conocimiento, su habilidad técnica y su sensibilidad que la ayuda en su crecimiento.¹³ Enfermería debe constantemente ampliar sus conocimientos, para que de esta manera pueda alcanzar el éxito y el reconocimiento como una gran profesión, lo cual va a depender del logro y la responsabilidad de asumir los desafíos que se manifiestan a nivel mundial, lo que permitiría mejorar la calidad de atención brindada⁴¹.

El conocimiento científico se valorará si los enfermeros presentan: formación en torno a la relación enfermero paciente, aspectos que dificultan, modos de superar las dificultades, y si presentan actualización de conocimientos en dicha relación. La carencia de conocimientos científicos en cuanto a la relación enfermero/paciente se considera como dificultad¹⁹.

Watson citado por Luevano⁴² denomina momento de cuidado al “cuidado de enfermería” solo cuando utilizamos el conocimiento surgido de la ciencia del cuidado como respaldo de las acciones de cuidar y hacemos un arte de la conjugación de la ciencia con la interrelación enfermera/persona que cuida.

El Ambiente físico, entendido esto como la estructura física y sus condiciones, tales como: instalaciones adecuadas, equipamientos, material suficiente y en condiciones seguras para el uso. También, se puede definir que el ambiente físico se refiere al medio ambiente en el cual se proporciona el cuidado. La satisfacción con el medio ambiente incluye: atmósfera placentera, lugar confortable, salas de espera atractivas, señales claras de dirección, buena iluminación, limpieza y pulcritud⁴³.

De acuerdo con Watson¹, el ambiente adecuado donde se realiza el cuidado propicia el desarrollo del potencial de la persona, al mismo tiempo que le permite al cuidador escoger la mejor acción en un tiempo dado. La enfermería debe hacer uso del poder del cuidado para garantizar un ambiente propicio, ó en otras palabras, un ambiente de cuidado, incluyendo el medio físico, administrativo y el social. Para favorecer el ambiente de cuidado bajo esos aspectos es necesario que las cuidadoras entiendan el sentido de cuidar y lo valoren, sintiéndose motivadas que tiene poder para que el cuidado sea una práctica en la realidad de la enfermería, así como de todo sistema, y no solo un sueño.

Ambiente social, la valoración del cuidado se refleja en todos los departamentos y sectores de la institución a través de actitudes y relaciones establecidas. Representa la cortesía, la solicitud, la buena voluntad, el buen humor, la paciencia, y el respeto al encaminar todos los asuntos de la organización, permitiendo un funcionamiento armónico.

En la práctica de la enfermería, son frecuentes los casos de omisión, negligencia o grosería en función de la falta de personal, de material y preparación de las personas que ejercen el cuidado¹.

2.1.2. Cuidados de enfermería postoperatoria

Este periodo se inicia cuando el paciente una vez recuperado de la anestesia y estabilizado su estado posquirúrgico es trasladado a la unidad de hospitalización. Tan pronto como se haya colocado en la cama de la unidad el profesional de enfermería realizará una rápida valoración de la situación del paciente en:

- Registrar las constantes vitales cada media hora durante las primeras horas.
- Valorar la permeabilidad de las vías respiratorias y la necesidad de aspiración.
- Valorar el estado respiratorio general: profundidad, ritmo y características.
- Observa el estado de la piel en cuanto a temperatura y color.
- Valorar el apósito quirúrgico, y los drenajes si los hay.
- Valorar pérdidas hemáticas si las hay.
- Realizar una valoración neurológica cada 15 minutos, para comprobar las repuestas sensoriales y motoras y el nivel de consciencia.
- Controlar todos los catéteres, apósitos y vendajes.
- Controlar las pérdidas de líquidos por cualquiera de las vías de salida, apósitos, drenajes y sondas.
- Controlar la diuresis, al menos cada media hora.
- Valorar la necesidad de sondar al paciente si la vejiga está distendida y sino orina en las 6-8 horas de la cirugía.
- Valorar y paliar la presencia de dolor, náuseas y vómitos.
- Controlar los efectos de la medicación administrada.
- Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite la ventilación.
- Mantener informada a la familia.
- Valorar las directrices postoperatorias del cirujano y el anestesista. Después de llevar a cabo la valoración inicial completa del paciente y satisfacer las necesidades más inmediatas, el profesional de enfermería autorizará la visita de los familiares para explicarles:
 - Cómo se encuentra el enfermo.

- Si los signos vitales son estables.
- Objetivos y observación de los diferentes drenajes.
- Vías intravenosas de los sueros.
- Adormecimiento del paciente.
- Ante cualquier cambio avisar inmediatamente al profesional de enfermería⁴².

Problemas y molestias postoperatorias que requieren cuidados de enfermería

El paciente presenta una serie de molestias y problemas de diversa entidad, que pueden ser aliviados por el tratamiento médico y los cuidados de enfermería adecuados. Estos pueden ser causa de complicaciones sino son tratados en su momento.

Dolor

- Identificar la localización.
- Advertirle del dolor en la garganta.
- Informarle de posibles molestias y dolores articulares.
- Interpretar a fondo su función respiratoria antes y después de la administración de analgésicos.
- Analizar la persistencia de dolor agudo, durante varios días, puede ser indicativo de la infección quirúrgica.

Hipotermia

- El 60% de los pacientes experimentan tener una temperatura central inferior a los límites normales. Una hipotermia generalizada ocurre cuando el paciente presenta temperatura inferior a las 35°C durante el postoperatorio con una ligera subida durante 24-48 horas.
- Iniciar inmediatamente las medidas de calentamiento, activas y pasivas para evitar que comience con escalofríos y temblores.

Hipertermia

- Horas después de la cirugía es posible que experimente una ligera subida de temperatura, que puede mantenerse durante 24-48 horas.
- Iniciar la toma de temperatura cada 4-6 horas.

Náuseas y vómitos

- Problema frecuente en el postoperatorio. Ocasionado por el vaciamiento gástrico inadecuado.
- Puede estar producido por dolor intenso, distensión abdominal, miedo, medicamentos, comer y beber antes de haber reanudado el peristaltismo, iniciación de reflejo de náuseas, entre otros.
- Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado.
- Colocarlo en decúbito lateral.
- Eliminar la ingesta por vía oral.
- Indicarle que se sujete la zona de incisión con las manos cruzadas para aliviarle el dolor.
- Ayudarle a realizarle una higiene bucal con frecuencia.
- Reiniciarle la dieta por vía oral una vez que los vómitos han desaparecido.

Retención urinaria

Problema frecuente en el postoperatorio. Si presenta retención de las 8-10 horas posteriores, se procederá a palpar la vejiga para ver si hay distensión vesical y dolor.

- Se puede producir por: efectos de la anestesia, analgésicos y narcóticos.
- Actividades: ayudar al paciente a forzar la diuresis por medio de irrigar la zona perineal con agua tibia, dejar correr el grifo de agua, o bien un pequeño masaje en la zona. Si estas técnicas no dan resultado habrá que sondar al paciente.

Hipo

- Es el resultado de espasmo intermitentes del diafragma, y se manifiesta con un ruido característico. Suele aparecer tras la cirugía abdominal.
- Las medidas para aliviarlo son: contener la respiración mientras se bebe sorbos de agua, respirar el propio aire expulsado en una bolsa de papel y presión digital sobre los glóbulos oculares durante varios minutos.

2.2. Referencial empírico

Al realizar la búsqueda de antecedentes acerca del objeto de estudio, se encontró que la gran mayoría de los trabajos reportados proceden de países latinoamericanos, en el Perú también, se han realizado estudios sobre el tema, a nivel local encontramos muy pocos estudios. Todos estos asumen distintos enfoques metodológicos predominantemente cualitativos.

Victoria y Concha⁴⁴., en el año 2012 en Cuba, realizó un estudio sobre "Percepción del cuidado de enfermería", llegando a concluir que las respuestas (tanto por subescala como por ítem) referidas a los aspectos más técnicos del trabajo de enfermería siguen siendo percibidas por este mismo personal, como más relevantes que los referidos al cuidado invisible. Por tanto, y como propone la hipótesis, los cuidados con aspectos humanísticos que describe el personal de enfermería del Hospital Nuestra Señora de Gracia, se sitúa en alto grado en cuanto a relevancia percibida. A pesar de esto, los aspectos técnicos no se equiparán a los humanísticos, siendo los aspectos técnicos percibidos como más relevante por los profesionales de enfermería de este hospital.

Carrillo⁴⁵ en el año 2011 en Guatemala, en su estudio: "Conocimientos del personal de enfermería sobre cuidados mediatos al paciente post operado de resección transuretral de próstata hospitalizado en el servicio de urología del hospital general de enfermedades del instituto guatemalteco de seguridad social (IGSS)", concluyó que el 100% del personal de enfermería del servicio de urología de cirugía de hombres no conoce en qué consiste el procedimiento y sus complicaciones, lo que repercute que el cuidado de enfermería no se brinde con conocimiento científico y en forma oportuna en el post operatorio inmediato y mediato, el 100% del personal de enfermería encuestado no sabe cómo evaluar el dolor y qué complicaciones podría tener el paciente post operado de resección transuretral de

Próstata.

Romero y Mata⁴⁶ en el año 2010 en Ecuador, realizó un estudio sobre "Cuidados de enfermería pre y post quirúrgico a neonatos", llegando a concluir que, en cuanto a los principales cuidados brindados en neonatos con gastrosquisis, el 20% del personal profesional cuida la termorregulación del neonato, solo un 35% de ellas manifiesta que el tratamiento de estos neonatos es a base de antibióticos más sedantes, y únicamente el 25% conoce el inicio de la nutrición enteral. Una inadecuada atención a estos neonatos conlleva a complicaciones muy serias, descompensación respiratoria y sepsis; otro dato importante es que el personal de enfermería muy poco actualiza sus conocimientos, sólo el 20 % refiere asistir a capacitaciones.

Campos y Pérez¹⁶ en el año 2007 en Venezuela, estudiaron la "Satisfacción de las usuarias post-cesareadas con la calidad de los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería", concluyendo que la satisfacción de las usuarias post-cesareadas con los cuidados referente a la accesibilidad de los servicios de enfermería, tuvo niveles medios de insatisfacción en cuanto a la prontitud para contar con los servicios de enfermería lo que es realmente preocupante, se puede deducir que influyen en este resultado la falla en la infraestructura hospitalaria, y los intercomunicadores enfermera-usuario.

Barturén y Heredia⁴⁷ en el año 2006 en Perú, realizaron un estudio sobre, "Maneras de cuidar/cuidado de las enfermeras a la persona que sufre accidente cerebro vascular, hospital Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo" llegando a concluir, que algunas de las enfermeras ofrecen su cuidar/cuidado a las personas que sufren de Accidente Cerebro Vascular influenciada por una manera biomédica y fragmentada, algunos de los profesionales de enfermería se encuentran inmersos en el paradigma de integración, adaptándose al cambio de pensamiento de enfermero, evidenciando confusión de términos y ambivalencia en los discursos demostrando maneras de cuidar bajo el aspecto biomédico y también, con características humanas, otra manera de ofrecer cuidado es bajo la perspectiva humana, considerando a la persona como un ser pandimensional, la vocación emergió como otra manera de cuidar/cuidado de enfermería.

CAPÍTULO III

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1. Tipo de estudio

El estudio utilizó una perspectiva metodológica cualitativa, a fin de profundizar y comprender cómo es el cuidar/cuidado del enfermero a las personas post operadas. Minayo²⁹ refiere que la investigación cualitativa trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, procesos y fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables, profundiza en el mundo de los significados de las acciones y relaciones humanas, un lado no perceptible y no captable en ecuaciones, medidas y estadísticas.

El abordaje, estudio de caso, según Menga et al, citado por Palomino⁴⁸, sea simple, específico, complejo o abstracto siempre está bien delimitado, debiendo tener sus contornos claramente definidos en el desarrollo del estudio; el interés incide en aquello que tiene de único, de particular, aunque posteriormente vengan a quedar evidente ciertas semejanzas con otros casos o situaciones.

Por tanto, este tipo de investigación permitió la conexión directa con el personal de enfermería que labora en el servicio de cirugía, donde ellos detallaron cómo es el cuidar/cuidado que se brinda al paciente post operado.

3.2. Sujetos de investigación

Estuvo constituida por enfermeros que laboran en el servicio de Cirugía del HGJ en el año 2015, y la muestra lo conformaron 5 enfermeros, los que se seleccionaron con el método de saturación del discurso de Bertaux, es decir, se entrevistó al grupo con las mismas características hasta que los discursos empezaron a repetirse y cuando no aportaron nada nuevo al proceso de comprensión del objeto en estudio se dio por terminado el número de entrevistados⁴⁹.

Los principales criterios que se tuvieron en cuenta para la selección de los sujetos que participaron en la investigación fueron: enfermero que trabaje en el servicio de cirugía del Hospital General de Jaén, que tenga mínimo un año de servicio, tiempo que habrá adquirido cierta experiencia en el cuidado y que participe voluntariamente en el estudio.

3.3. Escenario de estudio

El escenario donde se desarrolló la investigación fue el Hospital General Jaén, específicamente en el servicio de cirugía. Cuenta con un área de intervenciones quirúrgicas con dos salas equipadas para dicho fin, un área de internamiento post operatorio para varones y mujeres. Las cirugías programadas son de mediano riesgo.

Según la oficina de estadística del Hospital General Jaén, desde el mes de enero hasta octubre del año 2015, se han registrado 523 pacientes, 260 varones y 263 mujeres, con un promedio de 8 a 10 pacientes diarios.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Se adoptaron como técnicas de recolección de datos el Cuestionario sociodemográfico (Anexo 1) y la entrevista a profundidad (Anexo 2).

El cuestionario es un instrumento de investigación que se utiliza de un modo preferente en el desarrollo de una investigación, en el campo de las ciencias sociales⁵⁰. Y la entrevista a profundidad es una técnica para la obtención de información mediante un proceso de comunicación o conversación, en la que se puede obtener respuestas orales de un entrevistado. También, se define como encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidas hacia la comprensión de las respuestas que obtienen de los informantes respecto a sus labores, experiencias, situaciones, tal como los expresan con su propia vida⁵¹.

Posteriormente, se solicitó el permiso respectivo al director del Hospital General de Jaén, quien facilitó a los investigadores, el ingreso a sus instalaciones específicamente al servicio de cirugía, para contactar a los sujetos de estudio. Luego, se informó a los participantes los objetivos de la investigación, respetando en todo momento su decisión de ser o no parte de

la investigación. Asimismo, se dio a conocer a los sujetos que su participación fue de carácter voluntario, anónimo, confidencial y con previo consentimiento informado por escrito.

Una vez que las personas aceptaron ser parte del trabajo de investigación, se les habló acerca del consentimiento informado (Anexo3), quedando en ellos la decisión de firmarlo o no; luego, se solicitó que llenen el cuestionario sociodemográfico, instrumento que permitió conocer el perfil del sujeto de investigación y se acordó el lugar, día y hora de la próxima sesión teniendo en cuenta la disponibilidad de tiempo de los participantes, donde se aplicó la entrevista a profundidad.

Después de haber elaborado los instrumentos de recolección de datos, estos fueron sometidos a una prueba piloto con tres profesionales, captados con los mismos criterios de inclusión y exclusión, los mismos que no participaron en el estudio. Esto nos permitió rectificar algunas preguntas y mejorar la redacción.

Todas las narraciones realizadas por los sujetos de investigación fueron registradas a través de grabaciones en cintas magnéticas; luego, los investigadores transcribieron tal cual la narración oral, con la finalidad de mantener las ideas en su máxima fidelidad. Finalmente, los datos recolectados fueron sistematizados, analizados y discutidos.

3.5. Interpretación y análisis de la información

El análisis de los datos se realizó por medio del método de análisis de contenido, que según Bardin⁵² es un conjunto de técnicas de análisis con procedimientos sistemáticos y objetivos aplicados a discursos, asimismo, lo enfoca como procedimientos desarrollados, estructurados para que promuevan una organización de los datos a través de fases o etapas planteadas como: Pre análisis, exploración de material y tratamiento de los resultados. Establece las fases de un análisis de contenido y sus detalles, caracterizando la codificación y categorización para proceder a su respectivo análisis constatando con referentes teóricos.

3.6. Rigor científico en el estudio

Para garantizar la calidad de esta investigación se consideró los criterios propuestos por Lincoln y Guba⁵³: la credibilidad y la transferibilidad.

La credibilidad: se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como «reales» o «verdaderos» por las personas que participaron en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado, se dio a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolectando información que produjo hallazgos que han sido reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. En la investigación, se aplicó este criterio a través de la verificación de los informantes, y se fundamentó en retornar en una segunda vez con ellos para que confirmen la transcripción e interpretación de sus declaraciones; de esta forma estaremos dando acceso a que puedan corregir los errores de nuestra interpretación, ayudando a clarificar y reafirmando su participación

La transferibilidad: se refiere a la posibilidad de extender los resultados de estudio a otras poblaciones, se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. El grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos.

En la investigación el lector del informe determinó si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello, se describió densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado⁴⁴. La validez de la investigación se hizo a través de la prueba piloto seleccionando participantes que tenga las mismas características de la muestra en estudio.

3.7. Consideraciones éticas del estudio

En el desarrollo de la investigación se tomó en cuenta los principios éticos primordiales que postula el Informe Belmonte citado por Lenise et al⁵⁴. los cuales están basados en las normas de conducta ética en la investigación, estos son:

- Principio de beneficencia – No maleficencia se rige por los siguientes deberes universales: promover el bien, prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nadie. En el estudio se evitó en todo momento exponer a los participantes para no causar daños graves o permanentes, por ello, se les comunicó que la información proporcionada no sería utilizada de ninguna manera en contra de ellos.
- Principio de autonomía y respeto a la dignidad humana: significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones. El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente, con el respeto a la integridad de la persona, a sus derechos y con el consentimiento informado, que comprende la información al participante de lo que ocurrirá en la investigación y éste lo acepte o rechace. En la investigación las personas que son sujetos de investigación se les dio a conocer los objetivos del trabajo de investigación, así mismo tuvieron conocimiento que en ningún momento estaban obligados a contestar o manifestar algo que no consideren conveniente.
- El principio de justicia, estipula la igualdad de trato entre las personas. Los participantes recibieron un trato justo, es decir, no se discriminó la raza, condición económica, sexo de ninguno de ellos.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El 100 % de los participantes son adultos, sus edades oscilan entre 39 a 58 años; según el sexo el 20% son mujeres y el 80% varones; con respecto al estado civil el 60 % son casados y el 80 % proceden de la ciudad de Jaén; en cuanto al grado de instrucción el 80 % tienen estudios de postgrado en la carrera de enfermería, el 100 % tiene más de 5 años de experiencia laboral, y el tiempo de trabajo en el servicio de cirugía oscila entre 1 a 15 años. (Anexo 5)

El estudio se analizó el cuidar/cuidado en la persona post operada desde la perspectiva del enfermero del Hospital General Jaén. Tomando en cuenta el planteamiento de los diferentes autores y la información brindada por los profesionales se develó cuatro grandes categorías:

Cuidando al paciente de diferentes formas: al respecto Waldow afirma, que el cuidar es el encuentro o situación entre la cuidadora y el ser cuidado. La autora representa el cuidado como interrelaciones del yo con el otro ser y el cosmos, las cuales están permeadas de valores, conocimiento, respeto, ética, amor, cultura e historia¹, pero también, incluye comportamientos basados en el interés, la compasión, la preocupación, el cariño, el afecto, el compromiso con la persona, el ser cuidado y estar atento a los detalles, el responder con sensibilidad a la situación en la que se encuentra el otro, el escucharle y otras características⁵⁵.

En este sentido el cuidado que brinda el enfermero puede ser un cuidado integral / holístico, técnico, psicológico, espiritual y personalizado, constituyéndose estas formas en cinco sub-categorías.

El **cuidado holístico**, es la primera forma de cuidado considerada como sub-categoría, que tomando en cuenta su etimología se refiere a la filosofía de la totalidad e integralidad⁵⁷. Al respecto los entrevistados manifiestan: *“El cuidado es integral, donde se maneja aspectos generales y específicos, primero, tenemos que ver al paciente como un todo, luego, hacerle un esquema en la valoración teniendo en cuenta sus necesidades prioritarias, una de ellas es el manejo del dolor y de la hidratación del paciente”*(Marcos). *El cuidado al paciente debe de*

ser de forma holística y ser empáticos con ellos, es decir, ponerse en el lugar del paciente, en su situación de post operado, y ver su parte psicológica si está alterada o no”. (Jorge)

“El cuidado es integral, no es solamente labor de enfermería, también se involucran a los familiares, amigos y todo el entorno que él tiene para lograr su recuperación e inserción a la sociedad”. (Daniel).

En el discurso se puede evidenciar que el cuidado holístico va más allá de los cuidados que se brinda en el hospital; Drummond citado por Quintero¹¹ describe que, si la enfermería pretende brindar un cuidado holístico, debe partir de la perspectiva de integralidad del ser, creando vínculos en cada una de sus acciones de cuidado; así mismo Watson citado en Waldow¹, denomina al cuidado primario, cuidado holístico, afirmando que éste promueve humanismo, salud y calidad de vida. Entonces el cuidado holístico considera a la persona en todas sus dimensiones: física, familiar social, emocional y espiritual.

Otra forma de cuidar es el **cuidado técnico**, considerado primordial por algunos autores; según Bishop y Scudder citado en Waldow¹, afirman que la enfermería se caracteriza por una relación intencionalmente terapéutica; pues cuando se habla de cuidado se asocia a la idea de ejecución de algún procedimiento de enfermería. Los cuidados de la enfermería desde hace mucho se usan primero como referencia a la ejecución de técnicas y procedimientos en los pacientes. Esto se revela cuando los enfermeros manifiestan *“Desde el momento que el personal de enfermería de Unidad de recuperación post anestesia (URPA) nos entrega el paciente en la puerta del centro quirúrgico, brindamos los cuidados de enfermería. Sobre todo, en el post-operatorio mediato tratamos de tomar los signos vitales, colocar la posición que corresponde al paciente, ver si está ventilando... espontáneamente, observar la herida quirúrgicos si está sangrando, si está con drenaje, después administrar todo el tratamiento que está indicado por el médico”* (Esther). *“El cuidado que le brindamos a los pacientes pos-operados son de primer orden, la labor de enfermería es muy importante porque cuando ya este paciente entra a piso, el monitoreo es muy estricto en cuanto a signos vitales, instalación de vía permeable u oxígeno”* (Daniel).

Como se evidencia en los testimonios, los cuidados de enfermería resultan de una prescripción médica, de un tratamiento asociado a un problema patológico o enfermedad¹. Sin embargo, si bien el cuidado técnico se considera como un elemento importante en el desempeño profesional, para poder brindar un servicio eficiente y de alta calidad a las personas, no es

suficiente para garantizar un trabajo profesional, sino que requiere paralelamente la coexistencia de una dimensión referida al aspecto de interacción y relacional⁴⁷; como lo manifiesta Esther: *“Enfermería no se queda solo con indicación médica, porque cuando el paciente tiene sed y uno tiene que incrementar la vía parenteral para aliviarlo y brindar un cuidado permanente en el post-operado mediato hasta que se de alta al paciente.”*(Esther)

Al cumplir una prescripción médica, se tiene presente los elementos afectivos y técnicos. Ambos reflejan el nivel de compromiso, así como la identificación del significado de cuidado de quien lo otorga y de quien lo recibe⁵⁷.

Durante la práctica en nuestra formación profesional, se ha experimentado frecuentemente que la relación entre cuidador y ser cuidado bajo una prescripción médica que es el cuidado técnico, conlleva muchas veces a mantener una actitud impersonal, realizando procedimientos de forma correcta y eficiente a un paciente- persona considerado como objeto. Afirmación que se corrobora con los discursos cuando manifiestan: *“...Después que el paciente sale de sala de operaciones todavía se encuentra con efectos de anestesia, se recepciona en cirugía y allí se monitorea permanentemente los signos vitales y efectos adversos, a veces casuales, que se presentan después de cada intervención quirúrgica, también, se mantiene al paciente en vigilancia y se administra la medicación que indica el cirujano”*(Nolberto), *“... La valoración de la herida operatoria es importante, para ver la cantidad de secreciones que se elimina.”*(Jorge), en estos discurso los profesionales priorizan la enfermedad, se centran al cuidado netamente técnico, olvidando que éste implica mucho más; como se describe en el siguiente discurso: *“Un paciente no es una patología, se brinda el cuidado en base a la prioridad de sus necesidades, si el paciente tiene dolor hay que administrarle analgésico, si el paciente está deshidratado hay que hidratarlo y si el paciente necesita lateralizarlo y ponerle en confort, hay que hacerlo por eso se maneja de acuerdo a sus necesidades con un criterio muy profesional...”* (Marcos).

La tercera subcategoría de las formas de cuidado, es el ***cuidado psicológico***, la dimensión psíquica es el elemento prioritario para conseguir el bienestar de la persona, por eso el apoyo psicológico y el cuidado humano brindados al paciente son instrumentos fundamentales para afrontar adecuadamente la enfermedad, la recuperación de la salud o el mantenimiento de la misma. Según Waldow¹, lo más importante es conocer las condiciones actuales de internamiento, cómo se está sintiendo el paciente, alentarle a verbalizar sus sentimientos y lo

que relaciona con su condición actual. Es importante que el profesional de enfermería, desde un inicio, considere a la persona como un ser humano que piensa y tiene emociones. así vemos *“La parte psicológica, muchas veces ese campo un poco descuidamos, pero tenemos que tener en cuenta, sus preocupaciones... ansiedad, estrés; en ese campo la enfermera tiene que tratarlo con amabilidad, dándole confianza, informándole de todo al paciente y preguntarle si tiene algunos problemas para poderle ayudar a través de la información acertada.”* (Esther). Según Adler HA⁵⁸ toda experiencia de una enfermedad necesita ser contada por el paciente, a su manera, y ser escuchada por otros con empatía. El contar su historia, una y otra vez, es necesario para que el paciente pueda ir deshaciendo ese ovillo que es su experiencia y poder ir adaptándose a la persona que es ahora, diferente de la que era antes del diagnóstico o al principio de su enfermedad.

Proporcionar apoyo emocional e información es fundamental para permitir potenciar la expresión de los sentimientos y de la angustia posterior a la intervención quirúrgica²⁸, esto se evidencia en el testimonio: *“El cuidado busca brindarle confort y bienestar psicológico al paciente para que evolucione favorablemente. Se debe dar sesiones educativas al paciente y familia para que contribuyan en su cuidado”*, (Daniel).

Una cirugía constituye una amenaza potencial o real para la persona y por lo tanto, puede producir reacciones de estrés fisiológico y psicológico. Las respuestas psicológicas, sin embargo, no se relacionan con el procedimiento mismo más bien, son la reacción a los temores que las personas presentan ante el solo hecho de un procedimiento quirúrgico no importando su magnitud⁵⁹. *“Entre los diagnósticos principales que deben manejarse en el paciente, sobre todo en la parte psicológica esta la ansiedad, donde hay que tratar de mitigar los factores que pueden conducir a una ansiedad o un estrés, hay que escuchar sus sentimientos, emociones.”* (Jorge). Una de las fuentes de mayor estrés y malestar físico y psíquico en la vida de una persona es la enfermedad, incapacidad tanto física como psicológica, ya que provoca una disminución del funcionamiento biológico, físico y emocional⁵⁹.

Según Long et al citado por Iparraguire y Villaverde³⁷ señalan: *“La cirugía es una de las modalidades de terapia médica más importante. Una cirugía es una experiencia estresante ya que implica una amenaza a la integridad del organismo que amenaza a la vida misma”*, Para afianzar este fundamento se percibe en las expresiones *“Cuando la personalidad del paciente se ve afectada por uno u otro motivo, por ejemplo: ha sido amputado de un miembro, el*

paciente está en un estado de decaimiento, entonces la intervención del profesional de enfermería es vital para que este paciente se recupere y no se sienta sumergido dentro de la melancolía u otro sentimiento.” (Daniel), “... Como enfermero me siento apenado a veces por lo que les toca vivir a los pacientes, y me pongo en su posición de ellos, pienso que puede ser alguien a quien quiero mucho, y a veces me deprimó al ver su situación, pero tengo que ser fuerte porque debo transmitir fortaleza, para que el paciente se recupere pronto.” (Nolberto).

También, el dolor es un elemento frecuente en los casos de cirugía, por lo tanto, una de las funciones del equipo de enfermería es ayudar a los pacientes a comprender los factores de estrés, a buscar alivio para el dolor y regresar al paciente a un funcionamiento óptimo⁶⁰.

Todo proceso de enfermar está asociado a reacciones psicológicas ante la enfermedad. Dichas reacciones son muy importantes para las personas, debido a que la enfermedad es una vivencia que permanece consciente o inconscientemente en el individuo⁵⁹, por eso es importante proporcionar apoyo emocional e información para potenciar la expresión de los sentimientos y de la angustia posterior a la intervención quirúrgica, que, para el enfermo, puede ser una amenaza para su vida. Así vemos que *“En la parte psicológica mayormente se tiene una relación directa con el paciente, siempre se orienta, para darle tranquilidad, esperanza al paciente, porque una persona que es sometida a una intervención siempre tiene sus temores, y a veces las reacciones son fuertes y piensan morirse” (Nolberto)*, los profesionales de enfermería deben de conocer las reacciones patológicas del paciente frente a una enfermedad, para poder dar ayuda psicológica y apoyo al enfermo y familiares. El diálogo abierto con el paciente ayuda a expresar sus sentimientos, de ahí que, la actitud del profesional de enfermería debe ser: abierta, acogedora, empática, sosegada y sin sensación de premura de tiempo para conocer los sentimientos del paciente frente a su proceso y poder diagnosticar y tratar posteriormente conductas no adecuadas²⁸.

El afrontamiento de una enfermedad por parte de una persona se puede dirigir al problema o a la emoción. En el caso de dirigirse al problema, se caracteriza porque la persona sabe enfrentarse a la propia enfermedad, para lo cual seguirá unas pautas de tratamiento adecuadas que garantizan una recuperación rápida. Y en el caso de dirigirse a la emoción, se caracterizará porque ésta asimila adecuadamente las reacciones psicológicas que la enfermedad le produce, ansiedad, depresión, desvalorización personal etc⁶¹.

Considerando que el paciente es ser humano complejo, el proceso de cuidar/cuidado también, implica tomar en cuenta todas sus dimensiones, de allí que el profesional de enfermería brinda un *cuidado espiritual*, que es la cuarta subcategoría; la espiritualidad es una guía interna que determina comportamientos y actitudes, es una fuerza que da sentido a la vida, que busca respuestas a aquello que no podemos explicar con la razón o el conocimiento¹⁰.Burhardt citado por Ortega et al.⁶² refieren que la espiritualidad es una creencia religiosa o una relación con una fuerza superior, fuerza creativa o un ser divino o fuente de energía infinita.

En esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente; además, una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto que el cuidado espiritual ofrecido por el profesional de enfermería debe darse con sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, de allí que, el cuidado espiritual, debe ser una labor esencial e indispensable en todas las unidades de cuidado, especialmente en las unidades de riesgo⁶³. con respecto al tema los profesionales manifiestan: *“En cirugía no ve la parte espiritual, los enfermeros debemos preocuparnos por la esfera espiritual. Es importante rezar con ellos un Padre Nuestro, un Ave María por las mañanas, cuando se pasa visita y además, los hospitales deben tener una capilla para que asistan los pacientes cuando están en fase de recuperación.”*(Esther).

Watson¹ define el bienestar espiritual de la persona como la afirmación de la vida en relación con Dios, consigo mismo, y con los otros. Es la posibilidad de encontrar un significado y un propósito a la vida. Se caracteriza por una armonía interna y sentimientos de satisfacción. Estas definiciones se acerca a los relatos: *“Los enfermeros somos las personas que debemos estar más cerca a Dios y ser los portadores de transmitir esa Fe, entonces lo que hacemos es pedirle al paciente que tenga confianza y fe en Dios, que es el único que se va encargar de su recuperación”*(Nolberto); analizando con mayor profundidad los discursos y relacionándolo con las prácticas realizadas en el hospital de estudio, podemos afirmar que el cuidado espiritual que brindan los profesionales de enfermería a los pacientes es pobre o casi nulo; manifestado en el siguiente testimonio: *“En el Hospital General de Jaén no se realiza ninguna actividad religiosa con el paciente ni familiar, pero es necesario que el enfermero trate la parte del cuidado espiritual con el paciente respetando su religión”* (Jorge)

Dentro del cuidar/cuidado es significativo el cuidado *personalizado*, quinta subcategoría de las formas de cuidar del profesional de enfermería. Cuidado que consiste en mantener una actitud respetuosa hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población²⁸, esto se evidencia cuando los enfermeros expresan: *“El cuidado es personalizado porque de acuerdo al tipo de intervención realiza la atención a los pacientes, cada uno expresa su preocupación, incluso unos más que otros, por lo que debemos de tratar de influir en sus problemas para recuperarlo lo más pronto y fortalecerlo anímicamente”* (Nolberto).

Watson¹ afirma que, la enfermera se caracteriza por su personalidad la cual le permite brindar un cuidado individualizado y que se refleja en su patrón de conocimiento personal. Para los autores de este estudio el cuidado individualizado es resultado de los conocimientos, habilidades y de la experiencia profesional que tiene cada enfermero, convirtiéndose el cuidado en particular y único.

En este mismo sentido Watson¹ manifiesta que el cuidado se transmite en forma particular, de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Es importante que el paciente sea considerado y respetado como una persona singular, y se aclaren todas sus dudas sobre su estado de salud²⁸, así vemos que: *“El cuidado al paciente tiene que ser continuo e individualizado, realizar intervenciones de comodidad y confort, además es importante la comunicación sobre cuál es su problema, dándole medidas de bioseguridad, todo esto es parte de nuestra labor (Jorge)”*; el cuidado personalizado presupone evidentemente un gran conocimiento de cada ser, en especial de su biología y de su biografía¹.

Analizando los discursos encontramos que en cualquiera de las formas de cuidado se establece una relación sujeto-sujeto, descubriendo la segunda categoría denominada **Estableciendo una relación de cuidado con el paciente**, al respecto, si no hay una relación sujeto-sujeto ésta, no se enmarca en una relación de cuidado²⁸ Waldow y Borges⁶, señalan que si la relación enfermera – paciente es agradable, la recuperación de los pacientes parece ser más rápida y la experiencia en el hospital es percibida como terapéutica o restauradora. La interrelación eficaz entre enfermera-paciente es la capacidad que tiene la enfermera de comprender y mostrar respeto por el cliente, preocupación por su bienestar físico y emocional y éste, a su vez, sea capaz de percibirlo⁵⁴ *“el cuidado siempre es interrelación, que se da directo: paciente- personal de enfermería, y la recuperación se da por el actuar del enfermero”* (Nolberto). *La relación de enfermero a paciente debe ser intrínseca, fructífera y con proyecciones, para que este*

paciente con lo que ha vivido pueda tener una capacidad resolutive hacia su salud y bienestar, que sea un elemento multiplicador en sus familiares o amigos y prevengan la enfermedad. (Daniel)”, “Existe diferentes formas de brindar el cuidado, algunos enfermeros mantienen una relación directa con el paciente y otros son más distantes, no son tan expresivos” (Nolberto.)

Morrison citado en Waldow¹ La Relación de ayuda que se da en el cuidado, consiste en posibilitar relaciones humanas potenciadoras de actitudes que favorezcan la interrelación humana, se podría decir entonces que la relación enfermero paciente es positiva o enriquecedora cuando ambos facilitan este encuentro de acuerdo a su situación o condiciones. Así, como apreciamos en el discurso de Marcos: *“El trato tiene que ser de acuerdo al momento, porque si un paciente está con dolor, no le puedo hacer una broma, si el paciente está tranquilo hay un ambiente ameno afectivo hay que entablarle una conversación, pero si es que no, yo creo que debemos limitarnos básicamente a la atención del momento, manejarlo en base a un criterio personal, porque no todas las personas tenemos las misma facilidad de sobrellevar a los paciente, de ser expresivos en una determinada circunstancia, es un manejo de acuerdo a momento, de acuerdo a cómo está el estado anímico, no podemos reírnos prácticamente por que el paciente puede pensar que nos estamos riendo del dolor ajeno, entonces tenemos que ser muy cuidadosos, no solamente con la expresión si no en las actitudes.” (Marcos)*

Stockdale y Warelow¹ citado en waldow, refieren que en una relación interpersonal o interacción personal hay comunicación, confianza, respeto y compromiso el uno con el otro. Cuando esto ocurre ambos se enriquecen. Así vemos *“Nosotros como enfermeros tenemos que hablar con el paciente de tal manera que entienda, es decir, hablarle en una forma sencilla para que el paciente te comprenda y también, se sienta satisfecho, porque si no entiende el paciente está insatisfecho y altera su aspecto psicológico, lo cual no ayuda en la recuperación del paciente.”(Jorge)*, decimos entonces que para no crear confusiones, el mensaje debe ser entendido de igual forma para ambos (emisor-receptor), esto depende de la forma cómo se dice, del léxico que se emplee, y del nivel cultural que se tenga.

La comunicación terapéutica, permite establecer lazos significativos entre la enfermera y el cliente. En ella se manifiesta la aceptación, el respeto cálido y la comprensión empática, que ayuda al cliente cuando se enfrenta a una dificultad especial; por ejemplo, cuando sufre, o se siente solo, afligido o deprimido.), *“... hacerle saber a él de que es una persona que tiene toda la facultad de evolucionar y poder proyectarse a su familia y a la sociedad.” (Daniel),*

“Al paciente se debe motivar, decirle que se levante, camine, luego de doce horas después del post operatorio decirle la importancia de la higiene, de la dieta, es decir, en todo hay que motivarlo para que él sea parte del cuidado, que se levante, deambule en su ambiente para que él tome conciencia de su autocuidado” (Esther).

Esta relación privilegiada favorece la satisfacción de las necesidades psicosociales del paciente. Le conduce a avanzar en su evolución, a ver la vida de forma más positiva, a sentirse menos solo, más aceptado⁵³.

La comunicación con los clientes puede afectar en gran manera el proceso de recuperación. Si un cliente se siente apartado, desinformado, o en incertidumbre acerca de sus resultados de salud, puede que demore más en recuperarse. De manera clara, la comunicación es vital para proveer satisfacciones con el servicio en el establecimiento hospitalario⁵⁵.

Dentro de la comunicación, la expresión corporal pesa mucho más que la cadena verbal y en el rostro de un ser humano es posible visibilizar con mucha claridad todos sus sentimientos¹⁸. En la mayoría de las ocasiones que los profesionales de enfermería interactúan con los pacientes y familiares, puede describirse que el lenguaje no verbal llega a transmitir intenciones más profundas que el lenguaje verbal, tal es el caso en el que se da un apretón de manos¹, así tenemos la manifestación “... *La expresión corporal tiene que ver en el cuidado, y se manifiesta en los gestos que uno hace, la manera como se trata, desde el tono de voz*”, *hay que tener bastante cuidado en la expresión corporal para comunicarse con el paciente. La comunicación nos ayuda a obtener su confianza para brindar el cuidado*”. (Esther); El lenguaje no verbal, a través de los gestos, el tacto y la mirada crea una relación que, aunque no reemplace la precisión de las palabras, llega a transmitir cierto grado de comprensión muy importante en la relación; mirar con interés y atención haciendo ver al paciente que nos interesa lo que nos dice y que no le juzgamos por ello¹⁹. Afirmación que se corrobora con el discurso de Norberto: “*El gesto del enfermero influye anímicamente en el paciente, se observa cuando hacemos preguntas para que resuelvan nuestras inquietudes, ellos miran a otro lado o nos ignoran, aspectos que disminuyen la calidad de atención de salud*”

Venegas et al.⁵⁵ señalan que en la comunicación la expresión no verbal es fundamental como: escritos, señas, gestos, actitudes, pues a través de esta, también se expresan costumbres, sentimientos, pensamientos, necesidades y comportamientos.

Sumado al aspecto anterior Morales¹⁵ afirma, que el comportamiento y las actitudes desempeñan un rol muy importante con sus componentes afectivos y cognitivos; es decir, contienen sentimientos y emociones. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de un sentimiento. Otras, por el contrario, contienen mayor carga intelectual, según los relatos “... *Las acciones siempre van de la mano con el comportamiento, entonces siempre tratamos de hacer acciones que no afecten al paciente, como: si tengo que lavarme las manos tratamos de hacerlo, si esta obstruida la vía trato de permeabilizar la vía, si no se logra retirarlo, es decir, tratar que nuestras acciones no le hagan daño al paciente, eso queda en la conciencia del enfermero que brinda cuidado*” (Esther), “*Las acciones y el comportamiento es intrínseco, una acción en enfermería podría ser la terapia farmacológica*” (Daniel), las acciones y el comportamiento reflejan el actuar enfermero y éstas son observadas y criticadas muchas veces por el paciente. Desde esta perspectiva se cree que la interacción enfermera paciente es la esencia del cuidado y abarca sentimientos y comportamientos que ocurren en la relación⁵⁶.

Para Poletti citado por Waldow¹, actuar como cuidador involucra también, valores, son el conjunto de reglas de conducta, de leyes juzgadas conforme a un ideal, para una persona o colectividad. Los valores representan una forma de vivir, ellos están relacionados con la identidad de la persona, con el medio y para la reflexión. Un valor es una toma de posición relacionado a cualquier cosa, experimentado a través de comportamientos, sentimientos, conocimientos, y acciones.

El cuidado humano según Waldow¹, está imbuido de valores, en los que se enfatizan la paz, la libertad, respeto y el amor entre otros aspectos; según Scheler³⁴ los valores tienen un carácter absoluto y trascendente; en el relato se muestra “*El enfermero tiene que expresar valores como la: amabilidad, respeto al paciente, se debe trascender valores al paciente y también, empatía, ponerse en su lugar, en su sufrimiento y ser empático.*” (Esther), dentro de los valores hay que considerar el respeto, este tiene como fin, que el ser cuidado experimente su derecho a existir como persona y constituye uno de los hechos que evidencia las características de los profesionales de enfermería que son eficaces²². En este mismo sentido Kozier citado por

Waldow¹ y otros, manifiestan: “La enfermera debe mostrar respeto para poder contar con la buena disposición del cliente, y el deseo de trabajar con él”.

Otro aspecto importante en la relación de cuidado con el paciente es tener conocimiento del paciente, para brindarle información clara cuando lo soliciten. Waldow¹ plantea que el enfermero debe informar al paciente, acerca de su situación actual, su tratamiento, los exámenes y procedimientos a los que será sometido.

Al verificar que el paciente no está convenientemente informado, la enfermera podrá subsanar esa falta; la información contribuye a que el paciente se sienta, seguro, y colabore en el proceso de cuidado.¹⁶ Por ende es importante informarle, para que él adquiriera mayor conocimiento sobre su enfermedad, su condición existencial del momento, con el objetivo de emprender de forma serena, estrategias para enfrentar los obstáculos que se presentan y así trazar planes futuros. El conocimiento de sí, de su circunstancia y de sus limitaciones y potencialidades mejorará su autoestima y confianza, preservando su identidad y coraje²⁸, en los relatos se constata cuando dicen *“Es importante brindar orientación y consejería al paciente decirle que es lo que tiene que hacer, y que es lo que no tiene que hacer el paciente para su recuperación.”* (Marcos), *“Una vez dado de alta se debe orientar al paciente, que cumpla siempre los controles pendientes, para que de esta forma evite cualquier recaimiento.”* (Daniel), *“El cuidado está en evitar complicaciones como queloides de las heridas operatorias, para evitar es necesario la orientación al paciente del cuidado de las heridas en casa”* (Jorge);

Otra habilidad según Noddings citado en Waldow¹ es crear seguridad en el paciente, es decir la cuidadora debe expresar la conjugación de conocimiento y experiencia en la práctica de las actividades técnicas, esto lo demuestran las declaraciones *“La acción y actitud del enfermero es demostrar seguridad en el manejo de los protocolos de atención de las indicaciones médicas y el manejo ético profesional, para que el paciente se confié en el trabajo del enfermero y se sienta seguro”, “En la expresión corporal se expresa la seguridad, es decir, cuando el enfermero al realizar un procedimiento empieza a traspasar, el paciente va a sentir más inseguro de lo que debería estar y por lo tanto, vamos a crear inseguridad en el paciente”* (Marcos. Demostrar seguridad en cada procedimiento es cuestión ética del profesional de enfermería, esta característica debe estar presente en cada procedimiento y hacer la diferencia¹.

Viendo otro aspecto fundamental en el cuidar/cuidado, Watson¹ afirma que a través de la empatía, interés y compromiso, la cuidadora tendrá más posibilidades de entrar en la experiencia del ser cuidado. En otras palabras, el ser empáticos es el ser capaces de "leer" emocionalmente a las personas. La empatía "es la capacidad de caminar con los zapatos de otro". La enfermera empática acepta los sentimientos "del otro" sin odio, miedo, cólera o conflicto. Es capaz de comprender la manera en cómo "el otro" lo siente, pero no analiza ni juzga los sentimientos¹³, según el relato "*Nosotros como enfermeros tenemos que ser empáticos, ponernos en lugar del paciente para realizar actividades adecuadas y el paciente se sienta bien*" (Jorge); la empatía es "la habilidad para estar consciente de, reconocer, comprender y apreciar los sentimientos de los demás"²². "El cuidado emocional implica una actitud empática que predispone a la enfermera a captar los sentimientos, deseos, intereses y necesidades de la persona que cuida, para vivir en cierto modo su experiencia, sin confundir nuestros propios sentimientos"⁵⁷.

La empatía, hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como: escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), estableciendo una relación cálida, agradable y cercana. El enfermero genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson citado por Rivera y Triana⁶⁴ la empatía es la capacidad de experimentar, por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión. El afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones.

Los resultados del proceso de cuidar/cuidado son muy importantes y se observan de diferentes formas, algunos como Noddings citado en waldow¹ lo expresan como satisfacción, a su vez ésta la podemos percibir cuando algunos pacientes verbalizan su aprecio y agradecimiento, pero esto puede darse simplemente en función de la personalidad o condición del paciente; esto lo vemos en el relato "*Todo tiene mucho que ver con la recuperación del paciente, que alegría es cuando el paciente se despide amablemente, te agradece*" (Esther), Los elementos que guardan mayor relación con respecto a la satisfacción son el ambiente físico y el trato recibido por el personal que brinda los servicios de salud³², por lo tanto, manifiestan. "*Todas nuestras*

acciones, que involucra a la labor de enfermería, van a impregnar en el paciente si se realizó una acción buena, lo manifiesta el paciente en su satisfacción y alegría” (Daniel).

Los resultados de cuidado que brinda el profesional de enfermería se expresa en la satisfacción del paciente, pero a la vez conlleva a la reflexión del enfermero en cuanto a la calidad del cuidado que ha brindado. En este enfoque la reflexión tiene el objetivo de ayudar en lo que se aprende, en la actualización de los cuidadores y en la mejoría del ser cuidado. El cuidador reflexiona sobre lo que hizo, cómo hizo, quién ejecutó la acción, las reacciones y condiciones del ambiente, material y sobre sus valores y sentimientos en relación con la situación¹. Planteamiento corroborado en estas expresiones: *“Muchas veces uno llega a su casa y reflexiona sobre los acontecimientos en el servicio de cirugía, de algún conflicto entre la enfermera/ paciente, donde uno reacciona mal y decimos: debería de responder de otra manera, debería de tratarle de otra manera, reflexionas de manera positiva, tratando de cambiar... para que no se repita la misma situación.” (Esther), “Nuestros problemas de casa lo trasladamos al trabajo, y estamos poco desorientados, desubicados y se puede causar problemas incluso en la administración de otros medicamentos que puede ser fatal” “muchas veces dejamos el cuidado a cargo de los internos de enfermería que no tienen experiencia, descuidamos ciertos aspectos y eso alarga el tiempo de hospitalización” (Nolberto).* En el arte de cuidar es necesaria la reflexión de nuestra práctica en función de la autovaloración de los cuidados y los posibles cambios a operar que emergen de este proceso. De esta manera el cuidado no es estático, permanente; sino que debe basarse en evidencias que aporten las mejores alternativas de opción al paciente, la integración y confluencia de las creencias y valores a respetar, así como los procesos de reflexión y análisis crítico del cuidado⁶⁵.

Al reflexionar sobre la práctica realizada, la atención que se brinda al paciente, se cuestiona su validez, el significado que tiene la acción para los cuidadores y demás personas incluidas en el proceso. La reflexión parte de una preocupación, que consiste en hacer el bien para alguien, lo que se convierte en una preocupación ética¹. *“Siempre el enfermero debe aplicar el proceso de atención de enfermería a todo paciente para así facilitar las actividades de enfermería, a través del seguimiento a todo paciente, pero en realidad no se hace el seguimiento.” (Jorge); al respecto Ríos¹ dice que la reflexión implica siempre un análisis crítico de aquello que se hace.*

Jaramillo citado por Peralta⁶⁶ afirma que, el cuidar y las personas que cuidan (enfermero) no puede faltar la opinión de las personas receptoras de cuidados. Las personas no solo padecen de una enfermedad, sino que también, es necesario saber cómo se sienten, sus incertidumbres y los cambios que experimentan en sus cuerpos a causa de la enfermedad.

La tercera categoría se catalogó : **participación de la familia en el cuidado**; al respecto Domínguez, citado por Tovar⁶⁷ hace un planteamiento importante en relación al cuidado; afirma que, se hace necesaria la reorientación de los servicios sanitarios e incorporar en la atención a la familia, como un elemento clave en el cuidado de las personas enfermas; el profesional de enfermería debe desarrollar su competencia estableciendo una relación de ayuda, una relación terapéutica con el paciente y familia ayudándole a describir la situación vivida, a comprender su significado, y saber afrontar los problemas, y de este modo cubrir todas sus necesidades de un modo integral y lograr excelencia del cuidado enfermero,²⁰ esto se evidencia en los relatos: *“Hay que involucrar a los familiares en el cuidado del paciente, para que tenga una evolución favorable dentro y fuera del hospital.” (Daniel), “En un paciente que su operación ha sido delicada, el familiar debe estar cerca de él, para darle tranquilidad y confianza al paciente, y si no tienen recursos para la intervención se debe coordinar con la asistente social para que le brinden las facilidades al paciente.”(Nolberto), “Hay que involucrar en el cuidado a la familia, para que brinde los cuidados posteriores.”(Jorge); una de las principales necesidades de los familiares, es recibir una adecuada información, pues la familia bien informada brindará un gran apoyo durante el cuidado⁴⁰.*

Torres citado en Waldow¹ señala que la familia facilita recursos de información a los miembros del equipo de salud, lo que incrementa las posibilidades de intervención sobre el paciente, así mismo, es quien está actualizando de forma permanente con su presencia sobre el rol que desempeña el paciente en su familia antes de enfermar, ayudando a una mejor comprensión de la situación⁵⁸.

Ferre citado por Chávez y Chiscul⁶⁸, el profesional de enfermería debe posicionarse ante la familia del enfermo tratándolo como un recurso importante del sistema sanitario, como un cuidador más, pero también como otro cliente del servicio de salud. Para ello, debe establecer relaciones de igualdad y cooperación con el sistema informal de cuidados, ha de utilizar la alianza terapéutica y observar cada uno de los problemas individuales, incluidos del cuidador dentro del marco del grupo familiar.

Wasser, et al citados en Waldow¹, apuntaron que existen dimensiones/necesidades que representan el nivel del cuidado y la calidad de las facilidades que la familia necesita y espera del personal quién cuida al paciente, entre las cuales se encuentran; percibir una sensación de ayuda, tener respuestas honestas a sus preguntas, conocer lo mejor posible el cuidado que está siendo brindado al paciente, asegurarse que se les llamará si ocurre algún cambio en la condición del paciente, recibir explicaciones en términos simples y recibir respuestas oportunas a preguntas e intereses particulares del familiar en relación a la situación del paciente.

Además, la familia también requiere tener acceso físico al paciente tanto como sea posible, estar informado por lo menos una vez al día sobre el progreso y pronóstico del paciente, sentirse comfortable en las instalaciones del hospital y que el personal de enfermería sea cálido, amigable y profesional⁶⁹.

Dentro del proceso del cuidar/cuidado hay que tener en cuenta algunas **limitaciones en el cuidado**, considerada como la última categoría de este estudio, en el análisis de los discursos sobresalieron tres importantes limitaciones las mismas que conformaron las subcategorías. La primera es el **acceso al conocimiento**, se refiere al aspecto académico, y también, la relación de este con la experiencia y el interés por mantenerse actualizado. Aunque las instituciones de formación profesional provean el conocimiento básico, los enfermeros deben buscar complementar sus conocimientos actualizándose¹, en el relato *“Las limitaciones que tengo es como cualquier otro ser humano de conocimientos, que me falta actualizarme, pero se conoce lo básico”* (Nolberto), Enfermería debe constantemente ampliar sus conocimientos, para que de esta manera pueda alcanzar el éxito y el reconocimiento como una gran profesión, lo cual va a depender del logro y la responsabilidad de asumir los desafíos que se manifiestan a nivel mundial, lo que permitirá mejorar la calidad de atención brindada⁷⁰.

El conocimiento personal es un proceso dinámico de llegar a convertirse en un ser total y así mismo poder valorar al otro. Es la base de las expresiones de autenticidad, de ser genuino: lo que a su vez es esencial para una relación de cuidado con una meta de bienestar en mente. Es extensivo en tanto nos hace asequibles y nos permite comprender la experiencia del otro. Le da un significado compartido a la interacción⁷¹.

Otra limitación dentro del cuidado es *el ambiente físico*, entendido como la estructura física y sus condiciones, tales como: instalaciones adecuadas, equipamientos, material suficiente y en condiciones seguras para el uso. De acuerdo con Waldow¹, el ambiente adecuado donde se realiza el cuidado propicia el desarrollo del potencial de la persona, al mismo tiempo que le permite al cuidador escoger la mejor acción en un tiempo dado, en el relato expresan: *“En el hospital tenemos muchas limitaciones, no contamos con equipos y materiales necesarios para brindar el cuidado, por ejemplo no contamos con un oxímetro entre otros y eso dificulta para brindar cuidado”*. (Esther), De igual forma Jorge manifiesta: *“la otra deficiencia está en los equipos y materiales obsoletos, deteriorado lo cual limita la atención y el cuidado de enfermería*.

Para favorecer el ambiente de cuidado es necesario que los cuidadores entiendan el sentido de cuidar y lo valoren, sintiéndose motivados¹. Según Betancur citado por Pecisna⁷² “los factores del contexto moldean la elección individual al tiempo que escapan al control de las personas”. Además, señala que, “se ha dado demasiada importancia a la responsabilidad del individuo en cuanto a su propia salud. Sin embargo, no puede esperarse autocuidado en ambientes insalubres, donde los instrumentos de trabajo y los materiales son fuentes potenciales de accidentes y enfermedades y, sobre todo, donde la posibilidad de modificar dichos ambientes está limitada por las políticas y estilos de mando que inhiben la participación y el uso de los conocimientos y habilidades”.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) citado por Sánchez et al⁷³ señalan que “la salud en el trabajo y los ambientes de trabajo saludables se cuentan entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Un ambiente de trabajo saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también, para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general.”

Por último, se considera otra limitación el *Ambiente social*, aquí la valoración del cuidado se refleja en todos los departamentos y sectores de la institución a través de actitudes y relaciones establecidas; representa la cortesía, la solicitud, la buena voluntad, el buen humor, la paciencia, y el respeto al encaminar todos los asuntos de la organización, permitiendo un funcionamiento armónico. En la práctica de la enfermería, son frecuentes los casos de omisión, negligencia en función de la falta de personal, de material y preparación de las personas que ejercen el

cuidado¹, así en la manifestación *“las deficiencias en el servicio son la carencia de recursos humanos, lo que obliga al enfermero realizar multiplicidad de funciones y tomar decisiones que no le competen; porque personal médico viene y evalúa rápidamente al paciente y abandona el servicio, lo que conlleva al enfermero comunicarse con el médico vía telefónica para la prescripción de algún medicamento que requiere el paciente (Jorge).*

Además, se pudo descubrir en los discursos situaciones que perciben los profesionales de enfermería durante su actuar diario, resultando la última sub categoría denominada ***débil clima organizacional***, en el servicio de cirugía.

El Ministerio de Salud⁷⁴ define el clima organizacional como, las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales e informales que afectan a dicho trabajo.

El clima organizacional influye en el comportamiento que adoptarán los trabajadores dentro de la institución, algunos sienten la sensación de bienestar, comodidad y de un ambiente agradable y se sienten bien con sus compañeros, en cambio otros lo consideran como obstáculos que impiden desarrollar sus funciones de manera adecuada como se describe en el discurso siguiente: *“El personal médico pasa visita a los pacientes, luego abandona el servicio y cuando el paciente necesita atención médica, el enfermero tiene que tomar decisiones, en otras ocasiones comunica por vía telefónica al médico el estado del paciente, quien indica administrar algún medicamento sin evaluar al paciente, lo cual dificulta la atención para el personal de enfermería”*(Jorge).

CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

Consideraciones finales

La realización de este estudio se originó del deseo de los investigadores por conocer el cuidar/cuidado de los enfermeros en el paciente post operado y a partir de esto describir, discutir y analizar a la luz de la base teórica.

El cuidar/ cuidado en el proceso postoperatorio es único y auténtico para cada persona y depende tanto del entorno, de la preparación del enfermero, así como de la interrelación enfermero/ paciente. En ese proceso, se establece una relación sujeto-sujeto.

El cuidado que brinda el enfermero, es un cuidado integral, holístico, técnico, psicológico, espiritual y personalizado, pues el avance de la ciencia y tecnología pueden originar despersonalización, formalismo, frialdad y devaluación de los pacientes

En el proceso de cuidar/cuidado, la familia es un recurso importante para la recuperación del paciente post operado, por lo tanto, el enfermero debe establecer una alianza terapéutica con la familia; de esta forma ella pasara a ser parte del cuidado al paciente, creando en él más confianza y seguridad, sintiéndose respetado, protegido y considerado.

El acceso al conocimiento, la infraestructura física limitada e inadecuada y un débil clima organizacional se manifiestan como limitaciones para brindar cuidar/cuidado en el paciente post operado.

Recomendaciones

Para la Universidad Nacional De Cajamarca

A nivel académico, situar el conocimiento del cuidado en primer lugar, ya que los estudiantes de enfermería asumirán en el futuro el cuidar/cuidado en el área que desempeñen y específicamente en los hospitales.

Formar el hábito de reflexión y de toma de conciencia de toda intervención o prácticas realizadas por los alumnos, de tal manera que desarrolle su sensibilidad humana y asuma con responsabilidad el cuidado de los pacientes.

Para los enfermeros

Desarrollar la capacidad de gestión para procurar mantener el servicio implementado adecuadamente de manera que no sea una barrera para lograr el verdadero cuidado, experimentado en el cuidador y ser cuidado.

Orientar el trabajo de enfermería hacia el cuidado humano, es decir, trabajar en todo momento con el paciente y no trabajar en el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Waldow R. Ferrero,E. Cuidar: Expressao humanizadora da enfermagem 6.a ed., Vozes; 2010.
2. López C. Estudio de impacto de la globalización en las funciones de enfermería. [Acceso 14 de junio 2015] Disponible en:
<http://www.unacar.mx/contenido/difusion/acalan28pdf/acalan28.pdf>
3. Revista Issn. “Cultura del cuidado enfermería universidad libre seccional Pereira, vol. 7 N°1 junio de 2010 Pereira–Colombia, (acceso 14 de junio 2015). Disponible en:
<http://unilibrepereira.edu.co/portal/images/pdf/publicaciones/rvol712010.pdf>
4. Chaclán A. Conocimiento del personal auxiliar de enfermería sobre cuidados a pacientes post operadas de histerectomía abdominal total en el servicio de ginecología del departamento de gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala [Tesis de licenciatura] Escuela Nacional de enfermeras de Guatemala; 2008 [Acceso 14 de junio de 2015].Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8547.pdf. pag.10 – 11.
5. Mayeroff M. On caring. New Cork: Harper&Row, Publishers. 1971.
6. WaldowV, Borges R. El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. Rev Latino-am Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2008 [Acceso 18 de junio del 2017] 16(4) Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_18.pdf.
7. Larson P. Satisfaciión del paciente con el cuidado de las enfermeras durante la hospitalización. Western Journal of Nursing Research. 1993.
8. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York; 1991.
9. Waldow R.O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo. Petrópolis (RJ): Vozes. Brazil; 2004.

10. García M, López M, Vicente M. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo?. *Index Enferm* [Internet] [Acceso 12 de marzo del 2015]; 13 (47): 44-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300010&lng=es
11. Quintero M. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. Universidad de la Sabana, Colombia. [Acceso 21 de diciembre del 2015] Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>
12. Leininger M. Modelos y teorías en enfermería. Cuarta Edición. HARCOURT BRACE. España; 2000
13. Alvarado F, Eulogio H. Nivel de satisfacción del cuidado de enfermería percibido por el paciente del servicio de medicina del Hospital "Eleazar Guzmán Barrón" y Hospital "La Caleta". Provincia del Santa, 2013. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional de Santa. Chimbote; 2014. [Acceso 20 de Febrero del 2015]. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2006/26315.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Roach, S. *The human Act of Caring: A blueprint for the health professions*. Ottawa: Canadian Hospital Association. 1987
15. Pérez R. Satisfacción de las usuarias post-cesareadas con la calidad de los cuidados de enfermería. [Acceso 15 de Marzo del 2015]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/post-cesareadas-cuidados-enfermeria-araguas/post-cesareadas-cuidados-enfermeria-araguas2.shtml>

16. Campos D, Pérez R. Satisfacción de las usuarias post-cesareadas con la calidad de los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería de la unidad clínica de gineco-obstetricia del Hospital “licenciado José maría Benítez” de la Victoria estado Aragua”, Venezuela; 2007 [Acceso 13 de junio del 2015]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/post-cesareadas-cuidados-enfermeria-araguas/post-cesareadas-cuidados-enfermeria-araguas.pdf>

17. Ramió A. Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya; 2012 [Tesis Doctoral] [Acceso 20 de junio del 2015]. Disponible en (http://www.tdr.cesca.es/Tesis_Ub/Available/Tdx-0329106-163645/Arj_Tesis.Pdf)

18. Chhang M, Aleman M, Canizares M, Ibarra A. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *rev cubana med gen integr.* Cuba;1999, vol.15 (.5).

19. Díaz M. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda Nurse/patient communication: Revista Española de Comunicación en Salud. ISSN. [Internet]. [Acceso 20 de marzo del 2016]. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/viewFile/3405/2056>

20. Gómez H. Relación enfermero-paciente en las unidades de terapia intensiva. Córdoba; 2010. [Acceso 22 de mayo del 2015] Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gomez_hugo_alberto.pdf

21. Villalobos L. La comunicación no verbal de la enfermera con la persona cuidada. Servicio de emergencia. Hospital Chepén- EsSalud. 2013.[Tesis de maestría] Universidad Católica Santo Toribio de Mogrobejo. Chiclayo; 2013. [Acceso 15 junio del 2016] Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/582/1/TM_Villalobos_Cachay_Lisset.pdf

22. Cánovas A. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia racional en el ejercicio de la profesión. [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia; 2009. [Acceso 14 de junio del 2015]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11073/CanovasTomas.pdf?sequence=1>

23. Ramírez R, Ydrogo Y Ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico. Chiclayo; 2012. [Acceso 15 de Mayo del 2015]. Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/410/1/TL_RamirezReynosoJudith_YdrogoDelgadoYaneth.pdf
24. Arana Y, Corredor P, Ramos T, Vallejos A, Vásquez M. Conocimientos y actitudes de las enfermeras y auxiliares de enfermería relacionado con el cuidado brindado a pacientes con VIH/SIDA hospitalares, CARI ESE, Niño Jesús, Universidad del Norte Barranquilla; 2010. [Acceso 20 de enero del 2015] Disponible en:
<http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5252/Conocimientoyactitudes.pdf?sequence=1>
25. Abades M. Análisis de los cuidados enfermeros en centros geriátricos de Barcelona, según el modelo de Watson, Universidad Complutense De Madrid; 2010, [Acceso 14 de junio del 2015]. Disponible en:
http://www.coib.cat/UploadsBO/Tesines/Documents/20130609_192601_Tesi%20Mercedes%20Abadas%20Porcel.pdf
26. Pérez R. Satisfacción de las usuarias post-cesareadas con la calidad de los cuidados de enfermería. [Acceso 8 de agosto del 2015] Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos-pdf/post-cesareadas-cuidados-enfermeria-araguas/post-cesareadas-cuidados-enfermeria-araguas2.shtml>
27. Pecho M. Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados en el Hospital “Agusto Hernández Mendoza” ESSALUD ICA; 2016. [Acceso 12 de febrero del 2015]. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4769/ENDpetamc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Watson J. Theory evolution: Watson's caring theory <Internet>. Colorado (USA): University of Colorado Health Science; 2006 [Acceso 11 mayo de 2015]. Disponible en:
<http://www.ucdenver.edu/.../caring/humancaring/.../HumanCaring>

29. Minayo C. Investigación social: teoría, método, creatividad”. [en línea]. Buenos Aires; 2003. [Acceso 28 de junio de 2015]. Disponible en: www.tutoriahumanidades.com.ar
30. Colegio de Enfermeros del Perú. Código Deontológico de Enfermería, [Acceso 30 de junio de 2016]. Disponible en:
http://www.cep.org.pe/cn/download/codigo_etica_deontologia.pdf
31. Guillermo J, Factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo de Medellín. [Tesis de licenciatura]. Universidad De Antioquia Facultad De Enfermería Medellín; 2009. [Acceso 14 de junio del 2015). Disponible en:
<http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/787/1/FactoresRelacionadosconlaaplicaci%C3%B3n.PDF>
32. Irrutia P, Villaroel M. Cuidados emocionales que brindan los pacientes a pacientes quirurgicos. [Tesis de licenciatura] Universidad Nacional de Córdoba; 2010. [Acceso 14 de enero del 2016]. Disponible en:
http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/irrutia_patricia.pdf
33. Hinojosa Y. Importancia de la intervención de enfermería en el área psicológica para disminuir el grado de ansiedad y sus complicaciones en el paciente preoperatorio en el periodo de abril a septiembre 2013 en el Hospital provincial General docente de Riobamba; 2013. [Acceso 18 de mayo del 2016] Disponible en:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/313/1/TUAMEQ001-2013.pdf>
34. Romero E, Romero M, Gonzales S. Derecho al honor, al prestigio y a la salvaguarda de la dignidad profesional en enfermería. ENE, *Revista de enfermería [Internet]* 2015 [Acceso 20 de enero del 2016] V 9 (2); Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/rt/printerFriendly/607/hono>

35. Canovas M. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia racional en el ejercicio de la profesión. [Tesis doctoral] Universidad de Murcia. España; 2008. [Acceso 14 junio del 2016] .Disponible en:<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11073/CanovasTomas.pdf?sequence=1>
36. Sanjuán M, Vía G, Vázquez B, Moreno A, Martínez G. Efecto de la música sobre la ansiedad y el dolor en pacientes con ventilación mecánica. España; 2012
37. Iparraguirre J, Villaverde T. Experiencias de los pacientes adultos en el cuidado pre operatorio Hospital La Caleta, Chimbote; 2014. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional de Chimbote; 2015. [Acceso 20 enero 2015] Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/1907/27208.pdf?sequence=1>
38. Úbeda I. Rol de Atención a la familia. *Rev. Enfermería Barcelona*; 2010. [Acceso 14 de enero del 2016] Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/68911/1/131725.pdf>
39. Urra E, Jana A, García V Estudio sobre algunos aspectos esenciales de pensamiento de Jean Watson su teoría de cuidados transpersonales. *Rev. Ciencia y Enfermería XVII* [Internet] 2011 [Acceso 14 de junio del 2016] (3): 11-22. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
40. Pérez C, Infante N, García D, Jiménez G, Fernández A. Comunicación; Una necesidad para el paciente-familia. Una competencia de enfermería. España; 2010 [Acceso 13 febrero de 2016] Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/septiembre/comunicacion.pdf>
41. Monserrat O. Calidad de atención que brinda enfermería a los pacientes internados en la unidad de terapia intensiva. [Tesis de maestría].Universidad de Córdoba; 2010. [Acceso 14 junio de 2015]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/monserrat_capurro.pdf

42. Luevano S. El arte del cuidado de enfermería de Florencia Nightingale a Jean Watson. Synthesis. 2008. [Acceso 15 febrero de 2016]. Disponible en:
[www.uach.mx/extension_y_difusión/synthesis/2008/1021/enfermeria.pdf](http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/1021/enfermeria.pdf)
43. Rodríguez C. Satisfacción de Padres de pacientes post operados relacionados al cuidado enfermero en la unidad de recuperación post anestésica del Instituto Nacional de Salud del niño. Lima; 2013.
44. Victoria G, Concha G. Persecución del cuidado de enfermería en el Hospital Real Nuestra Señora de García”, Zaragoza. [Tesis de licenciatura]. Universidad de Zaragoza; 2012. [Acceso 13 de junio del 2015]. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf070110.pdf
45. Carrillo G, Conocimientos del personal de enfermería sobre cuidados inmediatos y mediatos al paciente post operado de resección transuretral de próstata hospitalizado en el servicio de urología del Hospital General de enfermedades del instituto guatemalteco de seguridad social (IGSS)”. Universidad de san Carlos de Guatemala; 2011. [Acceso 11 de junio del 2015]. Disponible en:
<http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/tesis%20victoria%20carrillo.pdf>
46. Romero R, Mata M. Cuidados de enfermería pre y post quirúrgico a neonatos con gastrosquisis, en la unidad de cuidados intensivos neonatales, Hospital pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de Guayaquil” [Tesis de licenciatura]. Universidad Estatal de Milagro. Gutemala; 2010. [Acceso 13 de junio del 2015]. Disponible en:
<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/111/1/7%20cuidados%20de%20enfermeria%20pre%20y%20post%20quirurgico.pdf>
47. Barturén S, Heredia M, maneras de cuidar/cuidado de las enfermeras a la persona que sufre accidente cerebro vascular, hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, [Tesis de licenciatura]. Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo; 2006.
48. Palomino R. Experiencias de la familia con un integrante drogadicto. Chiclayo, Perú; 2011. [Acceso 22 de julio del 2016]. Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/445/1/TL_Palomino_Arce_RicardoAndres.pdf

49. Mengaludke E, Marli E. El estudio del caso: su potencial en educación; 1986
50. Polit, D y Hungler, B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Edición 6ta. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana, México; 2006.
51. Ruiz, J. “metodología de la investigación cualitativa” 3º edición. ed. universidad de Deusto – Bilbao – España; 2008.
52. Bardin L, análisis de contenido. Francia: editorial Akal, 1998. [Acceso 15 de abril del 2016]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/alasisantos/analisede-conteudo-laurence-bardin>.
53. Lincoln y Guba. “El rigor científico en la investigación científica”. [Acceso de 20 de junio del 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/belkys1947/el-rigor-cientifico-en-la-investigacin-cualitativa>.
54. Lenise M, Lourdes M, Elisa T. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases contextuales. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
55. Davis A. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar, [Tesis de maestría]. University of California, San Francisco, Nagano College of Nursing; Barcelona. [Acceso de 14 del junio del 2015]. Disponible en: http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%20C3%A0_DEF.PDF
56. Valverde C. Estudio sobre cuando es difícil escuchar al paciente. [Acceso 14 de junio del 2015]. Disponible en: <http://equipoaquo.com/pdf/cuandoesdificilescucharalpaciente.pdf>
57. Zarate R, Grajales. La gestión del cuidado de Enfermería, España; 2008. [Acceso 8 de agosto del 2016] Disponible en: http://www.cscielo.org.co/cielo.php?script=sci_arttext&pid=s012053072006000200012&ing=es&nrm=iso

58. Adler HA. The history of the present illness as treatment: Who's listening and why does it matter? J Am Board Fam Pract; 2007
59. Besada R. Técnicas de apoyo psicológico y social al paciente y familiares, estrategia para el control emocional en situación de emergencia. 1ª edición. España: Ideapropias editorial; 2007. [Acceso 14 de junio 2016]. disponible en:
http://www.ideaspropiaseditorial.com/documentos_web/documentos/978-84-9839-192-3.pdf
60. Collodo R. Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería de la universidad interamericana de Puerto Rico; 2010 [Acceso 14 de junio del 2016]. Disponible en:
<http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>
61. Arraras J, Garrido E. España. Afrontamiento de la enfermedad. [Acceso 13 de agosto del 2016] Disponible en: <https://www.zonahospitalaria.com/el-afrontamiento-de-la-enfermedad/>
62. Ortega M, Ojeda G, Ortiz A, Guerrero R. Espiritualidad y cuidado de enfermería. [Internet]2016. [Acceso 17 de abril de 2016] Vol. 5 (10) Disponible en:
<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-EspiritualidadYCuidadoDeEnfermeria-5662592.pdf>
63. Duran M. Estudio de la ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal Aquichan. [Internet] vol. 5(1) [Acceso 19 abril de2017] 2009; Colombia. [Acceso 14 de junio del 2015]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/741/74150109.pdf>
64. Rivera L, Álvarez L, Álvaro T. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. Colombia; 2007. [Acceso 20 de Mayo del 2016] Disponible en:
https://www.ucursos.cl/medicina/2011/0/enfenfco24/1/novedades/r/cuidado_humanizado_de_enfermeria_visibilizando_la_teoria_y_la_investigacion_en_la_practica.pdf

65. Ramos I. La gestión de enfermería desde las dimensiones del cuidado. Cuba [Acceso 18 de marzo del 2016]. Disponible en:
http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_gestion_ive_tte.pdf
66. Peralta R. Factores sociodemográficos relacionados con la percepción del cuidado humanizado de enfermería por el paciente del servicio de cirugía hospital III Yanahuara Arequipa; 2013.[Acceso 25 de octubre del 2016] Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2311/ENlavakm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
67. Tovar H, Rojas D. Comunicación terapéutica del profesional de enfermería con el paciente pediátrico quirúrgico y /o madre durante la fase preoperatorio en la unidad clínica del área quirúrgica del Hospital pediátrico Elías toro en el primer trimestre del año 2007. [Tesis de licenciatura]. Universidad Central de Venezuela; 2007. [Acceso 14 de junio del 2015]. Disponible en:
<http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/1492/1/TESIS%20TOVAR%20Y%20ROJAS.pdf>
68. Chávez E, Chiscul G. Efectividad del programa educativo: nivel de conocimiento y prácticas de cuidado del adulto mayor autovalente en cuidadores familiares; 2013 [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional de Trujillo. [Acceso 19 de diciembre del 2016]. Disponible en:
<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/unitru/5725/1515%20chavez%20cardenas%20esther%20noem%c3%ad%20%2c%20chiscul%20galvez%20guisseth%20edith.pdf?sequence=1&isallowed=y>
69. Pardavila M, Vivar C. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. *Rev.deenfermería*. [Internet] vol 23 (2). [Acceso 20 de enero del 2016] 2012. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-familia-las-unidades-cuidados-S1130239911000460>

70. Maiguaman E. Valoración de las necesidades y expectativas que tienen los pacientes respecto a enfermería. [Acceso 2 de marzo del 2016] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos42/necesidades-pacientes/necesidades-pacientes.shtml>
71. Pico M. Promoción de la salud en el trabajo: aspectos conceptuales y de reflexión, departamento de Salud Pública. Universidad de caldas. [Acceso 14 de junio 2015]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_4.pdf
72. Pecina R. Una opción holística para el cuidado de enfermería, universidad autónoma de san Luis Potosí. *Rev, Enf Neurol* [Internet] vol. 9 (1). [Acceso 8 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101g.pdf>
73. Sánchez G, Pupo L, Garrido A, Rodríguez N, Lozano A. Promoción de salud en puestos de trabajo de visualización de pantallas. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet] Vol 32(3): [Acceso 12 de marzo del 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300003&lng=
74. Ministerio de Salud. Reunión de presentación de documentos técnicos plan y metodología para el estudio del clima organizacional. 2010 [Acceso 2 de marzo del 2016] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/clima/default.asp>

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA SEDE - JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

INSTRUCCIONES:

El presente instrumento, tiene como objetivo recolectar información con la única finalidad de investigación, por tanto, se le solicita expresar datos verdaderos y serios al respecto.

DATOS PERSONALES:

Edad:

Sexo: femenino () masculino ()

Estado civil: Soltera (o) ()

Viuda (o) ()

Casada (o) ()

Divorciada (o) ()

Conviviente ()

Lugar de procedencia.....

Grado de instrucción: Licenciado (a) ()

Estudios de especialidad ()

Estudios de maestría ()

Estudios de doctorado ()

Años de labor profesional: De dos años a más ()

Más de 5 años ()

Tiempo experiencia en servicio de cirugía

Anexo 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA SEDE - JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....con mi firma y huella digital, acepto participar en la investigación titulado: **El cuidar /cuidado en la persona post operada. Hospital general de Jaén. 2015**, el cual tiene por objetivos describir, Analizar y Discutir las actividades y experiencias de los profesionales de enfermería que brindan cuidar/cuidado a pacientes post operados. Acepto participar en las entrevistas, entendiéndolo que la información será utilizada sólo con fines de investigación y se mantendrá el anonimato respetando mi privacidad.

Sé que de tener dudas sobre mi participación, podré solicitar aclaraciones a los investigadores y también sé que podré retirarme del estudio sin que tenga ningún prejuicio o gasto.

Después de las aclaraciones realizadas por los investigadores, procedo a firmar este consentimiento informado, aceptando así mi participación en la Investigación.

Jaén, 18 de agosto del 2015.

.....

Firma o huella de la participante

.....

Firma de los investigadores

Anexo 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA SEDE - JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Presentación:

El tema es el cuidar/cuidado de la persona post operada desde la perspectiva del enfermero en el hospital general de Jaén.

Preguntas:

1. ¿Puede explicarme ¿Cómo es el cuidar/cuidado que brinda a la persona post operada?
2. ¿De qué manera influye el cuidar/cuidado para la recuperación del paciente post operado?
3. Desea agregar algo mas

Anexo 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL JAÉN



COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado Enfermero.

Los investigadores del estudio para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también, se le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atentamente,

Cubas Vargas Neidy Margot

Cujicat Toledo Rigoberto

Anexo 5

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

SEUDÓNIMO	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS						
	Edad	Sexo	Estado civil	Procedencia	Grado de instrucción	Años de labor profesional	Tiempo de experiencia en cirugía
Esther	47	F	Casada	Santa Rosa	Estudios de maestría en enfermería	Más de 5 años	7 años
Marcos	45	M	Soltero	Jaén	Licenciado en enfermería	Más de 5 años	08 años
Daniel	58	M	Casado	Jaén	Estudios de especialidad	Más de 5 años	15 años
Nolberto	51	M	Casado	Jaén	Estudios de especialidad	Más de 5 años	1 año
Jorge	39	M	Divorciado	Jaén	Estudios de Maestría en Enfermería	Más de 5 años	2 años

Anexo 6

RECORTE DE TEXTO/ CATEGORÍAS

Recorte de texto (unidad de significado)	Codificación (temas)
<p>Desde el momento que el personal de enfermería de. URPA..nos entrega el paciente en la puerta del centro quirúrgico, brindamos los cuidados de enfermería. Sobre todo en el post-operatorio mediato tratamos de tomar los signos vitales, colocar la posición que corresponde al paciente, la más común es la posición de cubito laterizada, ver si está ventilando... espontáneamente, o ver la herida quirúrgica como sale: si está sangrando, si esta con drenaje o solamente tiene herida quirúrgica, después administrar todo el tratamiento que está indicado por el médico; se continua con el cuidado, sobre todo observando, viendo que pase su vía parenteral, que sea la ideal, es decir la indicada por el médico. (Esther)</p>	<p>1. Cuidados de enfermería</p>
<p>Pero muchas veces enfermería no se queda solo con indicación médica, a veces el paciente tiene sed y uno tiene que incrementar la vía parenteral para aliviar esa sed del paciente, y sobre todo vamos viendo el cuidado que sea permanente en el post-operado mediato hasta que se de alta al paciente. (Esther)</p>	<p>2. Cuidados biológicos</p>
<p>La parte psicológica, muchas veces ese campo un poco descuidamos, pero tenemos que tener en cuenta, sus preocupaciones... ansiedad, estrés; en ese campo también la enfermera tiene que ocuparse, sobre todo tratándole con amabilidad siendo amiga, dándole confianza, informándole de</p>	<p>3. Cuidado emocional</p>

<p>todo al paciente y también solicitándole al paciente si tiene algunos problemas para poderle ayudar a través de la información acertada. (Esther)</p>	
<p>En cirugía no vemos la parte espiritual, pero debemos también preocuparnos, la enfermera también debe de tratar quizá de rezar con ellos en la mañana, cuando uno entra al turno debe de pasar cama por cama, siquiera rezando un Padre Nuestro, un Ave María o también en los hospitales deben tener una capillita ... para que vayan cuando ya están en recuperación; debemos darles esas oportunidades o nosotros mismos brindarles esa oportunidad de rezar, quizás con ellos juntos. (Esther)</p>	<p>4. Creencia religiosa</p>
<p>Muchas veces uno llega a su casa y reflexiona, a veces en el servicio de cirugía se presenta algún conflicto entre la enfermera/paciente, donde uno reacciona mal y decimos: debí de tratarla de otra manera, no debí de contestarle así, reflexionas de manera positiva, tratando de cambiar... para que en otra oportunidad las cosas sean mejor. (Esther)</p>	<p>5. Reflexión del cuidador</p>
<p>... Todo tiene mucho que ver con la recuperación del paciente, que lindo es cuando tú ves que tu paciente se despide amablemente, viene aquí te da la mano, te agradece y se va. (Esther)</p>	<p>6. Satisfacción del ser cuidado</p>
<p>... Las acciones siempre van de la mano con el comportamiento, una acción es un comportamiento, entonces siempre tratamos de hacer acciones que no afecten al paciente, como si tengo que lavarme las manos tratamos de hacerlo, si sé que mi vía esta con aire trato de sacarlo el aire de la vía, si esta obstruida tratarlo mejor</p>	<p>7. Responsabilidad del cuidador</p>

<p>no forzarlo, si lo veo que no se permeabiliza, lo retiro, tratamos que nuestras acciones no le hagan daño al paciente, eso queda en la conciencia del paciente y de la persona que atiende y da el cuidado, ósea, yo trato en lo posible que mi acción sea de lo mejor.(Esther)</p>	
<p>Al paciente hay que motivarlo, decirle que se levante, camine y que eso le va ayudar, luego de doce horas decirle que se haga su higiene, decirle la importancia de su higiene, de su dieta, ósea en todo hay que motivarlo para que dé un buen resultado el cuidado que uno realiza, y también motivarlo para que él sea parte del cuidado, que haga su autocuidado porque hay algunos que son negativos no quieren bañarse, no quieren levantarse a deambular,... entonces motivarlo, que él tome conciencia de su auto cuidado. Además siempre es importantísimo la educación...” (Esther).</p>	<p>8. Motivación al paciente</p>
<p>... La expresión corporal tiene mucho que ver en el cuidado, y eso está en la expresión de los gestos que uno hace, la manera como tú lo tratas, desde la voz que tu manejas, si le hablas fuerte; es un juego importante, hay que tener bastante cuidado en la expresión corporal para comunicarse con el paciente, pues la comunicación nos ayuda a poder obtener su confianza para brindarles el cuidado. (Esther)</p>	<p>9. Lenguaje no verbal del cuidador</p>
<p>.... El enfermero tiene que expresar valores como la: amabilidad, respeto al paciente, se debe trascender valores al paciente y también empatía, ponerse en su lugar, en su sufrimiento y ser empático.(Esther)</p>	<p>10. Respeto del cuidador</p>

<p>Acá en el hospital tenemos muchas limitaciones, no contamos con equipos y materiales necesarios para brindar el cuidado, por ejemplo, no contamos con un oxímetro y eso dificulta nuestro trabajo y por ende el cuidado; sería bonito que contáramos con todos los equipos. Como profesional no tengo ninguna limitación para brindar el cuidado. (Esther)</p>	<p>11. Espacio donde se brinda el cuidado</p>
<p>Es importante brindar orientación y consejería al paciente decirle que es lo que tiene que hacer, que es lo que no tiene que hacer el paciente para su recuperación. (Marcos)</p>	<p>12. Comunicación con el paciente</p>
<p>El cuidado es integral es donde se maneja aspectos generales y específicos, dentro de los aspectos tenemos que ver al paciente como un todo en primer lugar, segundo hacerle un esquema en la valoración teniendo en cuenta sus necesidades prioritarias, una de las necesidades prioritarias del paciente inmediato es el manejo del dolor y manejo de la hidratación del paciente, quien maneja estos dos aspectos en la triada de la analgesia ha manejado perfectamente a un paciente. (Marcos)</p>	<p>13. Cuidado integral</p>
<p>La acción y actitud de sentirte seguro frente al paciente al momento de brindar el cuidado es importante, primero si es que tú frente a un paciente te muestras inseguro, el paciente no va estar seguro de lo que estás haciendo, tienes que estar seguro de los protocolos de atención, las indicaciones médicas y el manejo ético profesional, porque ejemplo: si voy a colocar una sonda nasogástrica o una sonda Foley, tengo que movilizarle, cambiarle un apósito, lateralizarlo, ponerlo en posición semi Foley y si no estoy seguro de hacerlo, el paciente se va sentir más inseguro y no</p>	<p>14. Responsabilidad, y seguridad del cuidador</p>

<p>va confiar en tu trabajo ,por eso es mejor manejar nuestra actitud de manera exacta, no podemos estar trastrabando ni dudando frente a un paciente. (Marcos)</p>	
<p>Un paciente no es una patología, se brinda el cuidado en base a la prioridad de sus necesidades, si el paciente tiene dolor hay que administrarle analgésico, si el paciente esta deshidratado hay que hidratarlo y si el paciente necesita lateralizarlo y ponerle en confort hay que hacerlo por eso se maneja de acuerdo a sus necesidades con un criterio muy profesional...(Marcos)</p>	<p>15. Cuidado biológico</p>
<p>En la expresión corporal estamos hablando de seguridad en procedimientos, simplemente si es que yo no estoy seguro de lo que voy hacer, voy a traspasar, el paciente se va sentir más inseguro de lo que debería estar y por lo tanto vamos a brindar una inseguridad, y nuestro lenguaje expresivo no va ser de seguridad, no va ser de confianza ni siquiera para él ni para los familiares o los pacientes que nos están mirando cómo estamos trabajando. (Marcos)</p>	<p>16. Comunicación no verbal del cuidador con el paciente</p>
<p>El trato tiene que ser de acuerdo al momento, porque si un paciente esta con dolor, no le puedo hacer una broma, si el paciente está tranquilo hay un ambiente ameno afectivo hay que entablarle una conversación, pero si es que no, yo creo que debemos limitarnos básicamente a la atención del momento, manejarlo en base a un criterio personal, porque no todas las personas tenemos las misma facilidad de sobrellevar a los paciente, de ser expresivos en una determinada circunstancia, es un manejo de acuerdo a momento, de acuerdo a cómo está el estado anímico, no podemos reírnos prácticamente por que el paciente puede pensar que nos estamos</p>	<p>17. Respeto al paciente</p>

<p>riendo del dolor ajeno, entonces tenemos que ser muy cuidadosos, no solamente con la expresión si no en las actitudes. (Marcos)</p>	
<p>El cuidado que le brindamos a los pacientes pos-operados son de primer orden, la labor de enfermería es muy importante porque cuando ya este paciente entra a piso, el monitoreo es muy estricto en cuanto a signos vitales, instalación de vía permeable u oxígeno. (Daniel)</p>	<p>18. Cuidado biológico</p>
<p>El cuidado busca el bienestar, no solamente física, si no también psicológica, en la parte psicológica hay que brindarle charlas educativas no solamente al paciente, si no al familiar para que tenga una idea de cómo está su paciente, le damos confort y bienestar psicológico, pretendemos darle a él un ánimo de evolución favorable en sí mismo. (Daniel)</p>	<p>19. Cuidado emocional</p>
<p>Hay que involucrar a los familiares en el cuidado del paciente, cuando este paciente ya ha tenido una evolución favorable, o durante la hospitalización explicamos a los familiares y amigos que lo vienen a ver o están pendientes de él, de que le den animo en un entorno, que complete su bienestar para que tenga una evolución favorable dentro y fuera del hospital. (Daniel)</p>	<p>20. Familia y cuidado del paciente</p>
<p>La motivación se basa en hacerle saber a él de que es una persona que tiene toda la facultad de evolucionar, para que pueda él proyectarse a su familia y a la sociedad. (Daniel)</p>	<p>21. Motivación al paciente</p>

<p>La relación de enfermero a paciente debe ser intrínseca, fructífera y con proyecciones, para que este paciente con lo que ha vivido pueda tener una capacidad resolutive hacia su salud y bienestar, sea un elemento multiplicador en sus familiares o amigos y prevengan la enfermedad. (Daniel)</p>	<p>22. Interrelación enfermero paciente</p>
<p>... Las acciones y el comportamiento es intrínseco, una acción en enfermería podría ser la terapia farmacológica, charla educativa; el comportamiento debe ser adecuado ante el paciente, así se va a sentir cómodo, se va a sentir feliz. (Daniel)</p>	<p>23. Comportamiento de la enfermera en el cuidado</p>
<p>... Toda nuestra labor, nuestras acciones, todo lo que involucra a la labor de enfermería, el lenguaje tanto hablado, van a impregnar en el paciente si tuvimos una obra buena, y eso no lo determinamos nosotros es el paciente, evidenciándose en su satisfacción y alegría. (Daniel)</p>	<p>24. Satisfacción del cuidado</p>
<p>Cuando la personalidad del paciente se ve afectada por uno u otro motivo, por ejemplo: ha sido amputado de un miembro, el paciente está en un estado de decaimiento, entonces la intervención del profesional de enfermería es vital para que este paciente se recupere y no se sienta sumergido dentro de la melancolía u otro sentimiento. (Daniel)</p>	<p>25. Cuidado emocional</p>

<p>El cuidado es integral, no es solamente labor de enfermería, también se involucran en escenario los familiares, amigos y todo el entorno que él tiene para lograr su recuperación e inserción a la sociedad. (Daniel)</p>	<p>26. Cuidado integral</p>
<p>Una vez dado de alta se debe orientar al paciente, que cumpla siempre los controles pendientes, para que de esta forma evite cualquier recaimiento. (Daniel)</p>	<p>27. Información al paciente</p>
<p>... Después que el paciente sale de sala de operaciones todavía se encuentra con efectos de anestesia, nosotros lo recepcionamos en cirugía y, allí estamos monitoreando permanentemente los signos vitales y efectos adversos, a veces casuales, que se presentan después de cada intervención quirúrgica, también mantenemos al paciente en vigilancia permanente y la medicación que indica el cirujano quien lo ha operado. (Nolberto)</p>	<p>28. Cuidado biológico</p>
<p>En la parte psicológica nosotros mayormente tenemos una relación directa con el paciente, siempre le damos esperanzas, lo orientamos, sobre todo para darle tranquilidad al paciente, porque una persona que es sometida a una intervención siempre tiene sus temores, y a veces las reacciones son bien fuertes y piensan hasta morir, entonces le damos confianza, nos acercamos a él y le decimos que no se preocupe que esto es así, que no trate de hablar en lo posible y que a medida que pasan las horas ya se le va ir quitando algunas molestias que él tiene, con eso él paciente muestra un poco más de confianza.(Nolberto)</p>	<p>29. Cuidado emocional</p>

<p>Los enfermeros somos las personas que debemos estar más cerca a Dios, y debemos ser los portadores de transmitir esa esa Fe, entonces lo que hacemos es pedirle que tenga confianza y fe en Dios, de que Dios es el único que se va encargar de su recuperación y la confianza que él te tenga también. (Nolberto)</p>	<p>30. Creencia religiosa</p>
<p>Si es un paciente que su operación ha sido delicada, pedimos que el familiar este cerca de él, nosotros estamos por momentos; esto le da tranquilidad y confianza al familiar y paciente, y por parte del hospital también si son pacientes que no tienen familia o no tienen recurso ya interviene lo que es la asistente social en cuanto al apoyo económico, de su alimentación, y todos esos aspectos. (Nolberto)</p>	<p>31. Familia y cuidado del paciente</p>
<p>... Existe diferentes formas de brindar el cuidado, a veces, habemos personal de enfermería que mantenemos una relación directa con el paciente, damos más confianza y a veces otros son un poquito más distantes, no son tan expresivos allí hablando del personal de cirugía entonces eso a veces mortifica al paciente no. (Nolberto)</p>	<p>32. Interrelación enfermero/paciente</p>
<p>Nuestros problemas a veces de casa lo trasladamos acá, que no debería ser eso, pero mayormente cuando llegamos al servicio siempre tienes que estar sobrio al tomar una decisión, porque también si tu actúas y estas un poco desorientado desubicado puedes causar cualquier problema incluso hasta con los mismos medicamentos que puede ser hasta fatal no. (Nolberto)</p>	<p>33. Reflexión del cuidado</p>

<p>... Como enfermero me siento apenado a veces por lo que les toca vivir a los pacientes, y me pongo en su posición como paciente o pienso que puede ser alguien a quien quiero mucho, y a veces también me deprimó al ver su situación, pero tenemos que ser fuertes porque somos los que debemos de transmitir, contagiar esa personalidad de fortaleza, porque si no más lo hundimos al paciente que está deprimido o preocupado.(Nolberto)</p>	<p>34. Empatía con el paciente</p>
<p>El cuidado siempre es interrelacionado, integral como dice la autora Regina Waldow, que se da directo paciente - personal de enfermería, y la recuperación se da por nuestro actuar, depende de nosotros. (Nolberto)</p>	<p>35. Interrelación con el paciente</p>
<p>Para ser sincero a veces por los años que tenemos de experiencia nos confiamos o muchas veces dejamos el cuidado a cargo de los internos de medicina, enfermería y muchos no tienen experiencia, descuidamos ciertos aspectos y eso retrasa, prolonga el tiempo de hospitalización más de lo que debe ser, yo creo que eso está mal. (Nolberto)</p>	<p>36. Reflexión del cuidado</p>
<p>El cuidado es personalizado, ósea de acuerdo al caso, de acuerdo al tipo de intervención es que uno debe realizar la atención, los pacientes también pueden estar preocupados, incluso unos más que otros, entonces el cuidado debe ser individualizado; también tratar de influir en sus problemas para recuperarlo mucho más rápido o fortalecerlo anímicamente. (Nolberto)</p>	<p>37. Cuidado individualizado</p>

<p>Las limitaciones que tengo es como cualquier otro ser humano de conocimientos a veces que nos falta, actualizaciones, pero de que conocemos lo básico sí. (Nolberto)</p>	<p>38. Actualización del conocimiento</p>
<p>... La valoración de la herida operatoria es importante, para ver la cantidad de secreciones que se elimina. (Jorge)</p>	<p>39. Cuidado biológico</p>
<p>Entre los diagnósticos principales que deben manejarse en el paciente, sobre todo en la parte psicológica esta la ansiedad, donde hay que tratar de mitigar los factores que pueden conducir a una ansiedad o un estrés, hay que escuchar sus sentimientos, emociones. (Jorge)</p>	<p>40. Cuidado emocional</p>
<p>En algunos hospitales realizan con el paciente o con todo el personal de salud algunas actividades religiosas, pero acá en el Hospital General de Jaén no se está realizando ninguna actividad actualmente, pero es necesario tratar la parte espiritual con el paciente, y a veces, también en eso nosotros tenemos que tener en cuenta y respetar su hábito religioso del paciente para un mejor cuidado. (Jorge)</p>	<p>41. Creencia espiritual</p>
<p>El cuidado al paciente debe de ser de forma holística y también hay que ser empáticos con ellos, hay que ponerse en el lugar del paciente, en su situación de post operado, y ver su parte psicológica si esta alterada o no. (Jorge)</p>	<p>42. Empatía del cuidador</p>

<p>Hay que involucrar en el cuidado a la familia, tratar de conversar para ver algún problema y brindar cuidados posteriores. (Jorge)</p>	<p>43. familia y Cuidado</p>
<p>El cuidado al paciente tiene que ser continuo e individualizado, también hay que realizar intervenciones en el paciente como son comodidad y confort, además es importante estar continuamente con ellos conversando sobre cuál es su problema, dándole medidas de bioseguridad, todo esto es parte de nuestra labor. (Jorge)</p>	<p>44. Ambiente del cuidado</p>
<p>... Nosotros como enfermeros tenemos que ser empáticos, ponernos en lugar del paciente para realizar actividades adecuadas y el paciente se sienta bien. (Jorge)</p>	<p>45. Empatía en el cuidado</p>
<p>Nosotros como enfermeros tenemos que hablar con el paciente de tal manera que entienda, es decir hablarle en una forma sencilla para que el paciente te comprenda y también se sienta satisfecho, porque si no te entiende el paciente está insatisfecho y altera su aspecto psicológico, lo cual no nos va ayudar en la recuperación de nuestro paciente. (Jorge)</p>	<p>46. Comunicación verbal en el cuidado</p>
<p>El cuidado de repente está en evitar complicaciones como cicatrices queloides de las heridas operatorias, para evitar eso el cuidado va en lo que es las acciones de enfermería, basadas en la orientación y consejería en el cuidado de las heridas en casa. (Jorge)</p>	<p>47. Información en el cuidado</p>

<p>La otra deficiencia está en los equipos y materiales, ya que están obsoletas, malogrados la cual dificulta la atención de enfermería. (Jorge)</p>	<p>48. Déficit de materiales</p>
<p>Siempre nosotros como enfermeros debemos aplicar el proceso de atención de enfermería a todo paciente para así facilitar las actividades de enfermería, lo ideal es que nosotros hagamos seguimiento a todo paciente, pero en nuestra realidad no hacemos seguimiento. (Jorge)</p>	<p>49. Reflexión del cuidado</p>
<p>Otra dificultad es el personal médico que viene y evalúa al paciente lo más rápido que puede, y luego abandona el servicio y a veces el paciente necesita atención médica, el enfermero tiene que tomar decisiones que no le competen sobre el paciente porque a veces por vía telefónica se le comunica al médico, y el medico indica administrar algún medicamento sin ver al paciente, lo cual no es lo adecuado y eso dificulta la atención para el personal de enfermería.(Jorge)</p>	<p>50. Relaciones interpersonales</p>
<p>Las deficiencias en el servicio son la carencia de recursos humanos, porque a veces tenemos multiplicidad de funciones (Jorge)</p>	<p>51. Pocos trabajadores</p>

CATEGORIAS:

CODIFICACIÓN	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
13. Cuidado integral 26. Cuidado integral 43. Empatía del cuidador	Cuidado Holístico	CUIDANDO AL PACIENTE DE DIFERENTES FORMAS
52. Cuidados de enfermería 53. Cuidados biológicos 15. Cuidado biológico 18. Cuidado biológico 28 Cuidado biológico 39. Cuidado biológico	Cuidado Técnico	
54. Cuidado emocional 20. Cuidado emocional 26. Cuidado emocional 30. Cuidado emocional 34. Empatía con el paciente 41. Cuidado emocional	Cuidado Psicológico	
55. Creencia religiosa 30. Creencia religiosa 41. Creencia espiritual	Cuidado Espiritual	
37. Cuidado individualizado 44. Ambiente del cuidado	Cuidado Personalizado	
56. Reflexión del cuidador 57. Satisfacción del ser cuidado 58. Responsabilidad del cuidador 59. Motivación al paciente 60. Lenguaje no verbal del cuidador		

61. Respeto del cuidador 12. Comunicación con el paciente 14. Responsabilidad, y seguridad del cuidador 16. Comunicación no verbal del cuidador con el paciente 17. Respeto al paciente 21. Motivación al paciente 22. Interrelación enfermero paciente 23. Comportamiento de la enfermera en el cuidado 24. Satisfacción del cuidado 27. Información al paciente 32. Interrelación enfermero/paciente 33. Reflexión del cuidado 35. Interrelación con el paciente 36. Reflexión del cuidado 45. Empatía en el cuidado 46. Comunicación verbal en el cuidado 47. Información en el cuidado 49. Reflexión del cuidado		
20. Familia y cuidado del paciente 31. Familia y cuidado del paciente 43. familia y Cuidado		PARTICIPACION DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO
38. Actualización del conocimiento	Acceso al Conocimiento	LIMITACIONES EN EL CUIDADO
62. Espacio donde se brinda el cuidado 48. Déficit de materiales	Ambiente Físico	
51. Pocos trabajadores	Ambiente Social	
50. Relaciones interpersonales	Débil Clima Organizacional	

ANEXO 7

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
“NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA”

Av. Atahualpa N° 1050

REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

1. Datos del autor:

Nombres y Apellido: Neidy Margot Cubas Vargas; Rigoberto Cujicat Toledo

DNI N° : 46692230 y 43011819

Correo Electrónico : nmcubasv@unc.edu.pe; rcujicatt@unc.edu.pe

Teléfono : 964792562 y 939737235

2. Grado, título o especialidad

Bachiller

Título

Magister

Doctor

3. Tipo de investigación¹:

Tesis

Trabajo Académico

Trabajo de Investigación

Trabajo de suficiencia profesional

Título: El cuidar /cuidado en la persona post operada desde la perspectiva del enfermero. hospital general de Jaén. 2015.

Asesora: Lucy Dávila Castillo

Año: 2019.

¹ Tesis para obtener título Profesional Licenciada en Enfermería.

Escuela Académico /Unidad: Escuela Académico Profesional de Enfermería Filial
Jaén.

4. Licencias:

a) Licencia Estándar:

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de investigación en el repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca. Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca una Licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición al público mi trabajo de investigación, en forma físico o digital en cualquier medio, conocido por conocer, a través de los diversos servicios previstos de la universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, colección de TESIS, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarias, y libre de remuneraciones. En virtud de dicha licencia, La Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad comparativa, y me encuentro facultada a conceder la presente licencia y, así mismo garantizó que dicho trabajo de investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La universidad Nacional de Cajamarca consignará en nombre de los autores del trabajo de investigación, y no hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el depósito (marcar con una X)

- Si autorizo que se deposite inmediatamente.
 Si autorizo que se deposite a partir de la fecha (dd/mm/aa).
 No autorizo.

b) Licencia Creative Commons²

- Si autorizo el uso comercial y las obras derivadas de mi trabajo de investigación.
- No autorizo el uso comercial y tampoco las obras derivadas de mi trabajo de investigación.



Firmas

03 / 11 / 2015

Fecha



Firmas

² Licencias creative Commons: Las licencias creative Commons sobre su trabajo de investigación, mantiene la titularidad de los derechos de autor de estay, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla comunicarla al público y distribuir ejemplares de ésta, siempre y cuando reconozcan la autoría correspondiente. Todas las Licencias Creative Commons son de ámbito mundial. Emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales. En consecuencia, goza de una eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.