

# Cirugía: entre la angustia y la alegría a la vez<sup>2</sup>

## RESUMEN

**Objetivo:** describir las categorías que hacen parte de los factores causales de un esquema teórico que emergió durante la investigación: Conviviendo con la ambivalencia en las interacciones de cuidado. **Método:** cualitativa con enfoque en la teoría fundamentada. Se utilizaron técnicas como la observación, las entrevistas informales y formales a 20 pacientes, 19 auxiliares de enfermería y 8 enfermeras que laboran en diferentes centros quirúrgicos de segundo nivel del Valle de Aburrá. **Resultados:** se presentan las categorías relacionadas con los sentimientos y las emociones del paciente y del personal de enfermería al ingreso al centro quirúrgico, que hacen parte de los factores causales. Los pacientes desean la normalidad porque sienten molestias no solo físicas sino emocionales, pero también sienten ambivalencia frente al procedimiento quirúrgico. Desde el equipo de enfermería hay una disposición al cuidado porque las enfermeras se identifican en el trabajo para y con seres humanos y se responsabilizan del cuidado del paciente en este periodo. **Conclusiones:** el equipo de enfermería en cirugía debe estar consciente de la importancia de las dimensiones emocional, social y humana del cuidado y poner especial atención al temor y la ansiedad a los cuales están expuestos los pacientes; por tanto, el cuidado humano en este escenario es vital al ver al otro como un sujeto de atención en su contexto, con sus creencias y valores, aceptándolo tal cual es.

## PALABRAS CLAVE

Paciente, cuidado de enfermería, investigación cualitativa, emociones.

1 Doctora en Enfermería; profesora Asociada, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. [amsalazar@tone.udea.edu.co](mailto:amsalazar@tone.udea.edu.co)

2 El presente artículo hace parte de la investigación titulada "Conviviendo con la ambivalencia en las interacciones de cuidado", para obtener el título de Doctora en Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia.

# *Surgery: Between Both Anguish and Joy*

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the categories constituting part of the factors responsible for a theoretical framework that emerged during the study: living with ambivalence in the interactions surrounding care. **Method:** A qualitative method with an approach grounded in theory was used, along with techniques such as observation and formal and informal interviews with 20 patients and 19 nursing assistants and nurses who work at eight different second-tier surgical centers in the Aburrá Valley (Colombia). **Results:** The categories related to the feelings and emotions of the patient and the nursing staff upon admission to a surgical center are presented as part of the causal factors. Patients want normality, because they are experiencing both physical and emotional discomfort, but also have feelings of ambivalence about the surgical procedure. The nursing team is disposed to providing care, because nurses identify themselves as working for and with human beings and being responsible for the patient's care during this period. **Conclusions:** The nursing team in a surgical facility must be aware of the importance of the emotional, social and human dimensions of care, giving special attention to the fear and anxiety to which patients are exposed. Therefore, in terms of humane care in this scenario, it is vital to see the other person as the object of care and attention in his or her context, with their beliefs and values, and accepting that context for what it is.

## KEY WORDS

Patient, nursing care, qualitative research, emotions.

# *Cirurgia: entre a angústia e a alegria simultâneas*

## RESUMO

**Objetivo:** descrever as categorias que fazem parte dos fatores causais de um quadro teórico que surgiu durante a pesquisa: conviver na ambivalência das interações de cuidado. **Método:** qualitativa com base na teoria fundamentada. Utilizaram-se técnicas como observação, entrevistas informais e formais com 20 pacientes, 19 auxiliares de enfermagem e 8 enfermeiras que trabalham em centros cirúrgicos de segundo nível no vale de Aburrá. **Resultados:** apresentam-se as categorias relacionadas com os sentimentos e as emoções do paciente e da equipe de enfermagem na admissão ao centro cirúrgico, que fazem parte dos fatores causais. Pacientes desejam estar bem, porque eles sentem desconforto físico e emocional, mas também mostram uma atitude ambivalente para o procedimento cirúrgico. A equipe de enfermagem está disposta ao cuidado porque as enfermeiras são identificadas por trabalhar para e com os seres humanos, e são responsáveis do cuidado do paciente neste período. **Conclusões:** a equipe de enfermagem cirúrgica deve estar ciente da importância do cuidado emocional, social e humana para prestar especial atenção ao medo e à ansiedade dos pacientes. Portanto, nesta situação é vital o cuidado humano, para ver o outro como um objeto de atenção no seu contexto, suas crenças e valores, aceitando-o como ele é.

## PALAVRAS-CHAVE

Paciente, cuidados de enfermagem, pesquisa qualitativa, emoções.

## Introducción

El *New Dictionary of Christian Ethics and Pastoral Theology* (1) declara que la palabra cuidado y cuidar provienen del latín *Cura*, la cual tiene un rango de significados que incluyen aflicción, protección, interés, solicitud y cura. *The Concise Oxford Dictionary* (2) y el *New Modern Etymological Dictionary* (3), por otro lado, declaran que el término tiene sus raíces en el antiguo inglés *caru* o *carian*, que significa “pena”. Etimológicamente, la palabra cuidado no tiene el mismo significado; sin embargo, se asocia a características como honestidad, paciencia, coraje, sentimiento, compasión, empatía, respeto y proximidad; otros elementos suyos son la responsabilidad frente a las necesidades del otro, los recursos disponibles y el contexto donde ocurre; además, comprende las habilidades de valoración, planeación, acción y evaluación de todos los factores (4, 5, 6).

En Colombia, el capítulo II, artículo 3 de la Ley 0911 de 2004 define el acto de cuidado de enfermería como:

el ser y esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas [...] se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno, e implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas (7).

Así, el cuidado de enfermería se fundamenta en las interacciones que establecen el paciente y el equipo de enfermería en diferentes escenarios. El de interés para el estudio es el quirúrgico, denominado por la literatura como “periodo perioperatorio”, definido como un proceso temporal que el paciente experimenta durante las fases preoperatoria, transoperatoria y posoperatoria (8) dentro del centro quirúrgico.

El contexto en que se dan las interacciones de cuidado tiene influencia potencial en los procesos comportamentales, cognitivos y emocionales de ambos (9). Infortunadamente, el periodo perioperatorio en el contexto quirúrgico ha sido poco estudiado, y ello se evidencia en la literatura existente (10); investigaciones como las de Leionen, Leino-Kilpi y Katajisto (11); Fernández y Griffiths (12); Idvall y Rooke (13); Junttila, Salanterä y Hupi (14) en enfermería han sido diseñadas para validar los aspectos visuales de la práctica; o los indicadores empíricos del comportamiento de la enfermera (15) relacionados con la higiene, la medicación, la ventilación y los signos vitales. Por otro lado, el paciente no puede evidenciar el cuidado porque transita bajo los efectos de la anestesia o la sedación (2), y su estado físico y mental le impide juzgarlo objetivamente; además, pasa rápidamente por las unidades quirúrgicas (11). Por lo anterior, surge como *objetivo* para el presente artículo describir las categorías que hacen parte de los factores causales del esquema teórico que emergió durante la investigación: Conviviendo con la ambivalencia en las interacciones de cuidado.

## Método

Dada la naturaleza del problema de investigación y el objetivo propuesto en el estudio se seleccionó un diseño cualitativo con enfoque en la teoría fundamentada. Esta metodología fue desarrollada desde el interaccionismo simbólico. Es un modo de encarar el mundo desde la interioridad de los sujetos y desde la interacción con los actores sociales, medio por el que se constituyen los significados que asignamos al mundo que nos rodea (16).

*Los procesos de recolección y análisis de datos* estuvieron indisolublemente unidos. Después de que el proyecto fue aprobado por la dirección de posgrados y el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, y por las direcciones científicas de dos hospitales de segundo nivel del Valle de Aburrá, se inició el trabajo de campo, que consistió en 7 meses de observación participante; se realizaron entrevistas informales y formales a 20 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente, 19 auxiliares de enfermería que trabajan en diferentes centros quirúrgicos de segundo nivel, y 8 enfermeras que laboran en dichos centros. Antes de cada entrevista se le informó y se le dio a leer a cada uno de los participantes el propósito del estudio, la naturaleza de su participación y su autorización para ser grabado; luego firmaron el consentimiento informado. La duración de las entrevistas osciló entre 20 minutos y 2 horas.

Se cumplió una fase exploratoria en la cual se entrevistaron tres pacientes y nueve del equipo de enfermería, se revisó la pertinencia de los temas orientadores, la oportunidad, el ambiente de la entrevista, la calidad de la grabación y la transcrip-

ción de la misma. En cuanto a la observación participante, se revisó su pertinencia con las prácticas de cuidado del paciente quirúrgico. En esta etapa se pretendió afinar y organizar el proceso de recolección y análisis de los datos a la luz de la teoría fundamentada.

El muestreo teórico estuvo determinado por los datos generados por las observaciones, los participantes y su análisis; además, fue acumulativo, es decir, cada acontecimiento que entró se sumó al análisis y a la recolección de los datos previos y los aumentó. A medida que evolucionó la investigación se volvió más específica, porque estuvo dirigida por la evolución de los datos. Inicialmente se generaron el mayor número de categorías posibles; de ahí que se recopilaban datos en una gran variedad de áreas pertinentes. Una vez se tuvieron algunas categorías, el muestreo apuntó a desarrollarlas, a hacerlas más densas y saturadas en términos de sus propiedades y dimensiones, buscando similitudes y diferencias (17, 18, 19) hasta cuando los datos adicionales recolectados no agregaron información significativa a lo que ya se tenía y hubo redundancia en la información obtenida (17).

*El análisis de los datos* se realizó manualmente con la ayuda de un computador. Estuvo constituido por tres momentos indisolubles y no lineales:

1. *Descriptivo*, en el cual se realizó la transcripción exacta de las entrevistas. Se realizó codificación abierta línea por línea de la información descrita, se examinaron concienzudamente, se compararon en busca de diferencias y similitudes (17), se utilizaron códigos en vivo y sustantivos que dieron origen a categorías.

2. *Analítico*, en este proceso se relacionaron las categorías con sus subcategorías para encontrar explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos. La codificación ocurrió alrededor del eje de una categoría, se enlazaron las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones (17), y la manera como se entrelazaban y relacionaban. Cada categoría representó un fenómeno, un problema, un asunto, o un suceso que los participantes consideraron significativo (17).
3. *Interpretativo*, una vez categorizada y codificada la información, se dio paso a la recomposición parcial de los datos, etapa en la que se seleccionaron las categorías consideradas más relevantes que dieron respuesta a la pregunta del estudio, las cuales fueron validadas con los mismos datos y con cada participante. Esta codificación fue más selectiva hasta que se construyó el fenómeno de estudio (20). A lo largo de este estudio se utilizaron diversas estrategias para mantener el rigor: la adhesión a la perspectiva filosófica, la minuciosidad en la recolección de los datos y la consideración de todos ellos en la fase de desarrollo de las categorías (21); la transcripción literal de cada una de las entrevistas, un muestreo teórico apropiado, la validación de los datos con los participantes, con otros profesionales de enfermería y con la asesora para ver si los hallazgos las representan en su quehacer en el servicio de cirugía. Las ideas que emergieron de los datos fueron reconfirmadas con nueva información; esto dio nuevas ideas, las cuales fueron verificadas en los datos ya recolectados. Se requirió un chequeo constante para construir unas bases sólidas (22).

## Resultados

La investigación da cuenta de un fenómeno central de cuidado —Conviviendo con la ambivalencia en las interacciones—, y doce categorías, a saber: *Desear la normalidad; Sentir ambivalencia: entre el temor y la tranquilidad; Estar dispuesta a cuidar; Trabajar y estar en un área diferente; Haciéndome sentir como en casa; Informando e informando-me; Cumplir los rituales de enfermería; Dar cuenta de todo y de todos; Desde dándome cuenta de todo hasta estar a merced del otro; Despertar diferente; Desde sintiendo-me ignorado hasta único; y Sintiendo-me satisfecho*. En este artículo se presentan las categorías que hacen parte de los factores causales del esquema teórico (definidos como los eventos, incidentes o acontecimientos que influyen sobre el fenómeno, pueden ser causal, interviniendo o contextual; además, macro o micro, y cambiar a lo largo del tiempo) (17) que emergió durante la investigación. Así que después de identificar el fenómeno de estudio, surgieron muchas preguntas, principalmente: ¿qué lleva a que se presente el fenómeno de estudio?

***Desear la normalidad; Sentir ambivalencia: entre el temor y la tranquilidad; Estar dispuesta a cuidar.***

***Desear la normalidad:*** indiscutiblemente la razón que lleva al paciente al acto quirúrgico es que está *sintiendo molestias*. Tiene una necesidad física, espiritual y psicosocial de recuperarse del estado en que se encuentra, pues le genera dolor, temor, e incluso impedimentos:

[...] si uno está buscando el bienestar, hay que hacer hasta lo imposible; eso [la hernia] a mí me tenía muy confundido, es que estaba muy grande. Fíjese

*La razón que lleva al paciente al acto quirúrgico es que está sintiendo molestias. Tiene una necesidad física, espiritual y psicosocial de recuperarse del estado en que se encuentra, pues le genera dolor, temor, e incluso impedimentos.*

*Los participantes hablan del temor en términos del susto, los nervios, el miedo, el desasosiego, la angustia, el estrés, la ansiedad, la tensión por todo lo que conlleva un procedimiento quirúrgico (el dolor, la anestesia, el sangrado, entre otros).*

que yo era el enemigo número uno de andar con las camisas por fuera y tenía que andar con la camisa por fuera porque era una cosa impresionante (Gerardo, paciente).

[...] ya no podía hacer fuerza por esa hernia; yo le dije a mi mamá: me van a operar, mamá, para librarme de esto, para volver a ser normal pues, para trabajar normal (Virgilio, paciente)

Estos padecimientos no solo afectan a nivel biológico sino también emocional y estético, y les impiden llevar una vida normal, o como la llevaban en épocas anteriores. Tomar la decisión del procedimiento quirúrgico les genera una valoración y reflexión sobre la vida, el futuro y el proyecto de vida.

[...] eso mismo [la cirugía] me ayuda a superarme, que yo tenía que estar bien porque tenía que continuar lo que no he terminado en mi vida y me pareció muy bueno, porque inclusive en estos días de recuperación me evalué profundamente y vi que me faltan unas cosas por hacer y mejorar (Alicia, paciente).

[...] lo viví, pues los nervios muy horribles y todo y valore más la vida, para mí la vida es algo muy grande, oré mucho (Emilia, paciente).

Por otro lado, les implica correr riesgos al someterse a un procedimiento quirúrgico, riesgos que conocen, pero por el bienestar "uno hace lo que sea":

[...] toda cirugía trae sus riesgos, todo el mundo dice eso y uno lo escucha y sabe que es así, por boba que sea. Cuántas veces se ven cirugías que no son nada importantes y se complican, o dejan secuela (Débora, paciente).

**Sentir ambivalencia: entre el temor y la tranquilidad:** la cirugía despierta emociones completamente opuestas, por un lado la tranquilidad y la alegría de mejorar y, por otro lado el miedo a enfrentar el proceso quirúrgico.

[...] para mí, la cirugía era algo muy importante, algo muy valioso y me causaba entre angustia y alegría a la vez, porque me iba a aliviar de mi dolor, porque me encantan mis vestidos y quiero volverme a ponérmelos con mis tacones (Débora, paciente).

El temor puede deberse al procedimiento quirúrgico, al anestésico, a las experiencias pasadas, a lo desconocido. Cualquier procedimiento, por pequeño que sea, es muy significativo para cada uno de los pacientes y se afronta de una manera diferente.

[...] cualquier clase de operación que le vayan a hacer, uno se pone nervioso, es que es a uno al que van a tocar (Ricardo, paciente).

Los participantes hablan del temor en términos del susto, los nervios, el miedo, el desasosiego, la angustia, el estrés, la ansiedad, la tensión por todo lo que conlleva un procedimiento quirúrgico (el dolor, la anestesia, el sangrado, entre otros). Así, los participantes van formando sus propios conceptos de lo que implica vivir un proceso quirúrgico, y esto es un antecedente de gran valor frente al siguiente procedimiento.

El paciente siente preocupación acerca del tiempo de la cirugía, el tiempo que estará inconsciente, es decir, está presente el temor a la anestesia, pero su mayor temor es la muerte. La mayoría de los pacientes necesitan asegurarse de que

despertarán de la anestesia (23) por la pérdida de control desde las perspectivas física y psicológica (24).

Para otros, en cambio, el temor es a estar despiertos, a ver, escuchar, sentir lo que están haciendo en su cuerpo. Para estos participantes es mucho más cómodo estar bajo los efectos de la anestesia.

Aunque se cree que el estrés frente al procedimiento quirúrgico depende de la severidad de la cirugía, esto es una simplificación excesiva. La cirugía y la anestesia producen cambios en las rutinas de la vida que, asociados a las características individuales, son estímulos desencadenadores de alteraciones emocionales como ansiedad, temor o miedo.

*El temor* puede desencadenar diferentes reacciones como el cansancio, la dificultad para conciliar el sueño, la vasoconstricción, la descarga de adrenalina, la taquicardia, el temblor, el llanto, entre muchas otras. La forma como una persona afronta una situación se debe a sus recursos: la energía, las creencias existenciales, las habilidades en la solución de problemas, las habilidades sociales, el soporte social, los recursos materiales. Las emociones involucradas en esta experiencia han sido refrendadas por muchos autores en estudios relativos al miedo a la muerte, a la anestesia, a la deformación, al dolor, a la incertidumbre relacionada con el pronóstico, al tratamiento, a las preocupaciones con la familia, entre otras (25, 26, 27, 28).

***Sintiéndome tranquilo:*** otros, en cambio, afirman estar tranquilos para el procedimiento quirúrgico. Muchos de ellos ya sabían para qué iban. A pesar de ser conscientes de que cualquier procedimiento tiene sus riesgos, se sienten sosegados:

[...] uno no sabe cuándo se va a quedar, pero yo entré tranquilo; yo le dije a mi mamá que me iba a ir bien (Virgilio, paciente).

La actitud del médico y las enfermeras juega un papel importante. Pero a la gran mayoría esa tranquilidad se las otorga un ser superior.

***Encomendando y encomendándome a Dios:*** la espiritualidad es, simplemente, saber que nuestro cuerpo y nuestro entorno no están gobernados por nosotros mismos. Hay una fuerza espiritual o material que los gobierna, que puede ser llamada destino, Dios, extranatural, lo que sea, pero el hombre siempre ha creído y siempre creará en algo. Esto se manifiesta más cuando nos sentimos presionados por la adversidad o lo inesperado:

Pues como yo oro tanto, dije: “Señor, como yo te pedí tanto en la casa, las manos del cirujano y de los que están acá conmigo van a hacer todo esto muy bien”, y me tranquilicé, y ya salí muy bien, muy contenta (Emilia, paciente).

La presencia de ese ser superior se manifiesta, según los pacientes, especialmente en las manos del cirujano y del personal que está con él. Además de encomendarse, encomiendan a otras personas. La oración o diálogo profundo con Dios es para solicitarle y encomendarle que todo resulte bien, ya que es de Él de quien se espera todo, en quien se confía y a quien se le entrega la vida. Así, la espiritualidad juega un papel importante porque las manos del personal están gobernadas por una fuerza espiritual y esa fuerza está en la mente del paciente y solo existe en su interior.

La dimensión espiritual ha estado relacionada con la religión y, según esta, se

*La forma como una persona afronta una situación se debe a sus recursos: la energía, las creencias existenciales, las habilidades en la solución de problemas, las habilidades sociales, el soporte social, los recursos materiales.*

*En el humanismo,  
la espiritualidad es  
un aspecto innato de  
cada persona, una  
dimensión importante  
que integra y da  
significado a la vida,  
pero es intangible e  
individual.*

inicia con el conocimiento de Dios, quien dictamina los ideales de vida. En cambio en el humanismo, la espiritualidad es un aspecto innato de cada persona, una dimensión importante que integra y da significado a la vida, pero es intangible e individual (29, 30).

En la espiritualidad algunos de los participantes encuentran la esperanza, el alivio y la paz interior durante este proceso; estos hallazgos son compatibles con los de otros estudios que examinaron la asociación entre la participación religiosa, la espiritualidad y la salud. Encontraron que la participación religiosa y la espiritualidad están asociadas con mejores resultados de salud (31, 32, 33).

**Poner de su parte:** hace referencia a un comportamiento adecuado al dar su cuerpo para que trabajen en él, cooperando en lo que esté a su alcance para lograr éxito en el procedimiento quirúrgico, pues el paciente debe estar tranquilo y dispuesto para evitar cualquier complicación, así esté sintiendo dolor:

[...] me dijeron: de su comportamiento dependen los chuzones que le peguemos (Adolfo, paciente).

A pesar de enfrentarse a procedimientos muy incómodos, el participante siempre está tratando de poner de su parte, porque ve que es para su propio beneficio. Ante la intervención quirúrgica y otros procedimientos el paciente entrega su cuerpo sabiendo que le causará dolor, mientras que mantiene la compostura y no obstaculiza. En el contexto clínico, este se considera un componente del dolor clínicamente infligido. Tener el control adecuado del cuerpo es cooperar. Los pacientes restringen el cuerpo y la voz como una manera

especial de facilitar el trabajo de otros y de mantener la compostura, mientras que al mismo tiempo son incapaces de compartir la experiencia de dolor (34).

**Estar dispuesta a cuidar:** esta categoría se refiere al equipo de enfermería al identificarse con su labor en el centro quirúrgico, porque están *trabajando para y con seres humanos: por tanto, es un reto*. Trabajar para seres humanos implica considerarlos como únicos, dignos de respeto:

[...] que fuera que uno estuviera trabajando en una fábrica de gaseosas y que tapona una gaseosa mala, se repone el líquido, el envase, lo que sea, pero nosotros trabajamos con vidas (Imelda, auxiliar de enfermería).

El trabajo cotidiano es con sujetos y con subjetividades. Si bien el sujeto es complejo en estado de bienestar; en estado de enfermedad la subjetividad se complejiza aún más y se presentan reacciones y comportamientos inesperados:

[...] a mí me parece que trabajar con personas es difícil, y más con personas enfermas (Imelda, auxiliar de enfermería).

El personal de enfermería percibe al paciente como "lo primero" (al referirse a las vidas), lo consideran el centro de su trabajo porque se entrega a otros para su cuidado. Es así como cada uno de los pacientes se convierte en un reto único. El estar dispuesto es la actitud positiva, necesaria en el proceso de cuidado; de hecho, el concepto de cuidado representa una disposición particular, o actitud hacia el otro. Cuidar no es simplemente una serie de acciones, sino una manera de actuar, un componente ontológico de la enfermería, que incluye un acercamiento



positivo a la gente y a la vida. El estilo de trabajo es una expresión de la actitud y un indicador de cuidado. El personal de enfermería posee dos atributos indispensables para entrar en contacto con el paciente: saber tratar a las personas y saber contestar.

Los pacientes esperan que las enfermeras los preparen para la experiencia quirúrgica dándoles información que les permitirá comprender su situación (35). Así, el equipo de enfermería toma un lugar único para asistir al paciente y su familia, valorar sus necesidades y desarrollar intervenciones apropiadas para disminuir los niveles de ansiedad que son determinantes claves en la satisfacción con los servicios de salud (35). Por consiguiente, la comunicación (en todas sus formas, verbal y no verbal) en la relación equipo de enfermería-paciente fortalece y enriquece el cuidado porque permite múltiples intercambios de información, sentimientos y preocupaciones si esta se da de manera adecuada; pero menudo la comunicación en el cuidado de enfermería es apresurada y unidireccional hacia el paciente. Por tanto, en preciso tener en cuenta que la comunicación es una interacción multidimensional y compleja que requiere de habilidades por parte del equipo de enfermería (36).

Una de las habilidades es el cuidado individualizado encaminado a conocer las necesidades, experiencias, comportamientos y percepciones del paciente; a reconocer su unicidad y la de su familia (37, 38, 39, 40, 41, 42), y una responsabilidad con la calidad de su práctica por las acciones que llevan a cabo, las que delega y por el mantenimiento de los estándares de la práctica de enfermería (43).

El cuidado se inicia cuando el equipo de enfermería identifica las necesidades del otro y demuestra una habilidad particular, o actitud, que se funda en una predisposición humana para el cuidado, comprometida y mediatizada tanto por la razón como por la preocupación y la solitud del otro, al no poderse cuidar a sí mismo (44, 45, 46, 47, 48).

En la literatura esa disposición para el cuidado es una condición conformada por un personal abierto, con sensibilidad interpersonal y pacientes necesitados de cuidado por enfrentarse al procedimiento quirúrgico (49, 50, 51).

De igual manera, *trabajar con seres humanos* es un reto, ya que puede ser uno de los factores generadores de conflictos, divergencias, insatisfacciones, estrés y eventos desfavorables como la falta de compañerismo:

[...] me ha pasado muchas veces que de tú a tú se ponen delante del paciente y más si es con raquí [...] ¡qué, jefe, que él me contaminó!, bueno, eso se arman aquí unos despedotes hasta raros (Paulina, enfermera).

Los estudios de Diddle y Boughton (52), y el de Fernandes Stumm (53) muestran cómo el ambiente de trabajo y la relación con los otros tienen una influencia directa en la satisfacción y los resultados del paciente. Es necesario interactuar armónicamente para que el trabajo pueda ser realizado de una forma eficiente y eficaz, y reconocer en ese otro lo humano (45). En síntesis, las situaciones y las relaciones vividas diariamente en el centro quirúrgico por el equipo de enfermería desencadenan situaciones de placer y de sufrimiento.

*La comunicación (en todas sus formas, verbal y no verbal) en la relación equipo de enfermería-paciente fortalece y enriquece el cuidado porque permite múltiples intercambios de información, sentimientos y preocupaciones si esta se da de manera adecuada.*

## Consideraciones finales

El paciente que se somete a un procedimiento quirúrgico lo hace principalmente porque está sintiendo molestias físicas que tienen consecuencias emocionales. Esto implica un riesgo para él independientemente del tipo de procedimiento quirúrgico; asimismo, es necesario que el paciente ponga de su parte, es decir, debe dejar que le realicen todo lo que sea necesario manteniendo un buen comportamiento así le cause dolor. Concomitante a esto, el paciente está valorando su existencia, lo que ha realizado y lo que le falta por realizar. Esto puede ser un aspecto positivo que lo lleva a aferrarse a la vida.

Pero el procedimiento genera una ambivalencia, hay temor para enfrentarse a la cirugía, al anestésico, a dejar la familia, o simplemente un miedo inexplicable. Otros, en cambio, se sienten tranquilos y la mayoría atribuyen esa tranquilidad a su Ser Superior porque se encomendaron y encomendaron al equipo quirúrgico.

El temor se manifiesta de diversas maneras y es detectado por el equipo de enfermería que está dispuesto a cuidar; este equipo reconoce que su labor es para y con los seres humanos, por tanto, es de mucha responsabilidad porque se está trabajando con vidas y personas; aunque dicha

responsabilidad varía durante el periodo perioperatorio, el equipo de enfermería la considera vital durante la recuperación del paciente porque es cuando está más vulnerable. Pero a la vez, trabajar con personas es sinónimo de conflicto y disgusto lo que lo hace más complejo y retador. A pesar de la complejidad y la responsabilidad que el cuidado amerita, el equipo de enfermería asume el reto, le satisface y muestra una predisposición hacia el otro, que lo identifica con lo que hace.

Este estudio demuestra que el cuidado en el centro quirúrgico lo conforman no solo la dimensión técnico-científica sino la humana. Que a pesar de que en el imaginario de la comunidad académica y profesional de enfermería el servicio de cirugía está lleno de rituales, la enfermería perioperatoria es una especialidad que parece reducirse a lo físico y biológico, que explica cada vez menos las complejidades existentes que actúan en el paciente. Este estudio nos enseña que, en este contexto, las dimensiones social, emocional y humana, y las complejidades están presentes en las categorías ya expuestas.

Por tanto, los resultados del estudio aportan a la práctica de la enfermería quirúrgica en relación a que, en cirugía, el equipo debe estar consciente de la importancia de las dimensiones emocional, social y humana del cuidado al hacer es-

pecial énfasis sobre el temor y la ansiedad a los cuales están expuestos los pacientes, por lo que el cuidado humano en este escenario es vital al ver al otro como un sujeto susceptible de atención, en su contexto, con sus creencias y valores, aceptándolo tal cual es. Es decir, teniendo la capacidad de ponernos en el lugar del otro al reconocerlo como una persona única, ayudarlo, escucharlo, mirarlo a los ojos, prestarle toda la atención, el interés y el apoyo necesario con respeto, seguridad, confianza y esperanza en cada una de las actividades realizadas con el paciente, entablando un diálogo genuino, demostrando preocupación y satisfaciendo las necesidades expresadas por los pacientes durante este periodo en el contexto quirúrgico. Es decir, cuidándolo como nos gustaría que nos cuidaran durante este periodo.

Por otro lado, las enfermeras en este contexto deben reconocer la importancia del cuidado espiritual indagando e identificando lo que es significativo en la vida de cada paciente, estar abiertas y favorecer la expresión de sentimientos, miedos y ansiedades en relación con la cirugía, la enfermedad y la muerte. Reforzar su fe y creencias religiosas de manera que suministren consuelo, confort y tranquilidad durante este periodo vulnerable y estresante para que el cuidado sea verdaderamente holístico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atkinson DJ, Field DF, Holmes AF, O'Donovan O. The new dictionary of Christian ethics and pastoral theology. Leicester: Inter-Varsity; 1995.
2. Fowler HW, Fowler F. The concise Oxford dictionary. Oxford: Clarendon Press; 1967.
3. Maine G. New modern ethymological dictionary. London: Collins; 1960.
4. Webb C. Caring, curing, coping: Toward an integrated model. *J Adv Nurs* 1996; 23 (5): 960-968.
5. Yonge O, Molzahn A. Excepcional nontraditional caring practices of nurses. *Scand J Caring Sci* 2002; 16 (4): 399-405.
6. Baumann AO, Deber RB, Silverman BE, Mallette CM. Who's cares? Who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *J Adv Nurs* 1998; 28 (5):1040-1045
7. Colombia. Ley 911 de 2004. De los principios y valores éticos, del acto del cuidado de enfermería [en línea]. Bogotá, 2004. Disponible en <http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L0911004.HTM> [Citado el 17 de diciembre de 2006].
8. Rothrock JC, Ball KA, Fehr L, Gruendemann B, Murphy E, Phippen M. Project 2000 final report: A work plan for future. *AORN Journal* 1993; 57 (1): 54-60, 62-63, 65, 67-72, 74-77.
9. Reis H, Collins A. Relationships, Human Behavior and Psychological Science. *Curr Dir Psychol Sci* 2004; 13 (6): 233.
10. Riley R, Manias E. Foucault Could Have Been an Operating Room Nurse. *J Adv Nurs* 2002; 39 (45): 16-324.
11. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Katajisto J. The quality of intraoperative nursing care: The patient's perspective. *J Adv Nurs* 1996; 24 (4): 843-852.
12. Fernandez R, Griffiths R. Comparison of an evidence based regime with the standard protocol for monitoring postoperative observation: A randomized controlled trial. *AJAN* 2005; 23 (1): 15-21.
13. Idvall E, Rooke L. Important aspects of nursing care in surgical wards as expressed by nurses. *J Clin Nurs* 1998; 7 (6): 512-520.
14. Junttila K, Salanterä S, Hupli M. Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. *J Adv Nurs* 2005; 52 (3): 271-280.
15. James N. Care = Organization + Physical Labour + emotional Labour. *Sociol Health Illn* 1992; 14 (4): 496.
16. Chenitz WC, Swanson JM. From Practice to Grounded Theory. *Qualitative Research in Nursing*. California: Addison-Wesley; 1986. p. 3.
17. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002. p. 157.
18. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic Inquiry*. London: Sage; 1985.
19. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory*. London: Sage; 2006. p. 96-122.
20. Charmaz K. The Grounded Theory Method: An explication and interpretation. En: Emerson RM (ed.). *Contemporary Field Research*. Boston: Little Brown; 1983. p. 109-126.
21. Burns N, Grove SK. *Investigación en Enfermería*. 3 ed. Barcelona: Elsevier; 2004. p. 425.
22. Morse JM, Barrer M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *IJQM* 2002; 1 (2): 10.
23. Scott, EM, Earl C. Massey M. Understanding perioperative nursing. *Nurs Stand* 1999; 13 (49): 49-54.
24. Costa MJ. The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients. *AORN J* 2001; 74 (6): 874-81.
25. Juárez, GMR, Gois CFL, Sawada NO. Ansiedade e medo: avaliação crítica dos artigos na área da saúde. In *Anais do 8 Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2002, San Pablo (SP, Brasil)* [on line]. 2002 [Citado el 14 de julio de 2008]. Disponible en: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000052002000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000200008&lng=pt&nrm=iso)
26. Peniche ACG. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. *Rev Lat Am Enfermagem* 2000; 8 (1): 45-50.
27. Moraes LO, Peniche ACG. Ansiedade e mecanismos de coping utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais. *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37 (3): 54-82.

28. Kleinbeck SVM. Dimensions of perioperative nursing for a national specialty nomenclature. *J Adv Nurs*; 2000; 31 (3): 529-535.
29. Pesut B. A conversation on diverse perspectives of spirituality in nursing literature. *Nurs Philos* 2008; 9 (2): 98-109.
30. Martsof DS, Mickley JR. The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *J Adv Nurs* 1998; 27 (2): 294-303.
31. McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *J Clin Nurs* 2004; 13 (8): 934-941.
32. Miner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *J Clin Nurs* 2006; 15 (7): 811-821.
33. Aghamohammadi M, Karimollahi M. Religiousness and preoperative anxiety: a correlational study. *Annals of General Psychiatry* 2007; 6: 17.
34. Madjar I. Infligir y manejar el dolor: un desafío para enfermería. *Invest Educ Enferm* 2000; 18 (1): 37-47.
35. Gardner TF, Nnadozie M, Davis B. Patient anxiety and patient satisfaction in hospital-based and freestanding ambulatory surgery center. *J Nurs Care Qual* 2005; 20 (3): 238-243.
36. Kennedy L, Barrett R, Elligton L. Difficult communication in nursing. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38 (2): 141-147.
37. Radwin LE, Alster K. Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International Council of Nurses. Int Nurs Rev* 2002; 49 (1): 54-63.
38. Watson J. Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería. En: Riehl-Sisca, Joan (ed.). *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Doyma; 1992. p. 182.
39. Schmidt LA. Patients' perceptions of nursing care in the Hospital Setting. *J Adv Nurs* 2003; 44 (4): 393-399.
40. Hegedus KS. Providers' and consumers' perspective of nurses' caring behaviors. *J Adv Nurs* 1999; 30 (5): 1090-1096.
41. Lindwall L, von Post I, Bergbom I. Patients and nurses experiences of perioperative dialogues. *J Adv Nurs* 2003; 43 (3): 246-253.
42. Bayntum-Lees, D. Reviewing the nurse-patient partnership. *Nurs Stand* 1992; 6 (42): 36-39. Cited by: McQueen A. Nurse patient relationship and partnership in hospital care. *J Clin Nurs* 2000; 9 (5): 723-731.
43. Cohen MZ, Hausner J, Johnson M. Knowledge and presence: Accountability as described by nurses and surgical patients. *J Prof Nurs* 1994; 10 (3): 177-185.
44. Fealy GM. Professional caring: the moral dimension. *J Adv Nurs* 1995; 22 (6): 1135-1140. Cited by: Brilowski GA, Wendler C. An evolutionary concept analysis of caring. *J Adv Nurs* 2005; 5 (6): 641-650.
45. Brilowski GA, Wendler C. An evolutionary concept analysis of caring. *J Adv Nurs* 2005; 50 (6): 641-650.
46. Tronto J. *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge, 1993. Cited by: Widdershoven G. Care, cure and interpersonal understanding. *J Adv Nurs* 1999; 29 (5): 1163-1169.
47. Kuhse H. *Caring: Nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell; 1997. p. 150. Cited by: van Hooft S. Kuhse on caring. *Nurs Inq* 1999; 6 (2): 112-122.
48. Da Silva LF, Damasceno MMC, Carvalho CM de L, Souza PDS. Cuidados de enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes. *Rev Bras Enferm* 2001; 54 (4): 578-588.
49. Fitzgerald L, van Hooft S. A Socratic dialogue on the question 'what is love in nursing. *Nurs Ethics* 2000; 7 (6): 481.
50. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of presence in nursing. *J Adv Nurs* 2006; 55 (6): 708-14.
51. Finfgeld-Connett, D. Meta-synthesis of caring in nursing. *J Clin Nurs* 2007; 16 (1): 1- 9.
52. Diddle M, Boughton M. Intraprofessional relations in nursing. *J Adv Nurs* 2007; 59 (1): 29-37.
53. Fernandes EM. Dificultades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. *Texto contexto - enferm* 2006; 15 (3): 464-471.