



---

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS  
DE ENFERMERÍA**

**EXPERIENCIA DE FAMILIARES DE PERSONAS  
OPERADAS DE URGENCIA DURANTE EL TIEMPO  
DE ESPERA QUIRÚRGICO, TRUJILLO-2013**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:  
DOCTORA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**MS. ENF. ANA MARÍA HONORES ALVARADO**

**ASESORA:**

**DRA. ENF. YOLANDA RODRÍGUEZ NUÑEZ**

**TRUJILLO - PERÚ**

**2015**

**EXPERIENCIA DE FAMILIARES DE PERSONAS  
OPERADAS DE URGENCIA DURANTE EL TIEMPO DE  
ESPERA QUIRÚRGICO, TRUJILLO-2013**

**MS. ENF. ANA MARÍA HONORES ALVARADO**

**JURADO EVALUADOR**

---

**DRA. MARÍA ELENA GAMARRA SÁNCHEZ  
PRESIDENTE**

---

**DRA. SONIA MARY DEL ÁGUILA PEÑA  
MIEMBRO 1**

---

**DRA. CARMEN LETICIA GORRITI SIAPPO  
MIEMBRO 2**

## **AGRADECIMIENTO**

A **DIOS**, por darme la fuerza  
necesaria para seguir adelante

A mis **PADRES**, por brindarme su  
apoyo constante e incondicional

A mi **ASESORA**, por su  
orientación en el presente  
trabajo de investigación

A los **FAMILIARES**, que  
han participado y compartido  
sus experiencias, permitiendo  
así aprender de ellos y ellas.

## **DEDICATORIA**

A mis **HIJOS**, por ser mi  
alegría y motivo para superarme  
como persona y profesional

## **RESUMEN**

Comprender la experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico, Trujillo 2013 fue el objeto de este estudio cualitativo fenomenológico hermenéutico en la perspectiva de Martin Heidegger. Participaron en este estudio siete familiares directos que cumplieron con los criterios de selección. Se obtuvieron seis unidades de significado, de las cuales se puede considerar que el miedo a las complicaciones y/o muerte de un familiar debido a una cirugía de urgencia genera angustia en los demás familiares, llegando incluso al pánico por no tener información oportuna y clara por parte del personal de salud; en estos momentos se altera el mundo de los familiares y toma protagonismo la fe en Dios para que cuide a sus pacientes y guíe a los médicos durante la cirugía. Así, la vida de los familiares es inauténtica y un ex-sistiendo donde la muerte es una posibilidad propia del Dasein.

Palabras claves: experiencia, familia y cirugía de urgencia.

## **ABSTRACT**

To understand the experience of relatives of people operated urgency during the time of surgical waiting, Trujillo-2013 was the object of this hermeneutic phenomenological qualitative study in view of Martin Heidegger. Participated in this study seven direct relatives who met the selection criteria. Six units of meaning, which can be seen that the fear of complications and / or death of a family member due to urgency surgery is distressing for other family members, even to panic about not having timely and clear information was obtained by health personnel; right now the world is altered family takes center stage and faith in God to care for their patients and guide physicians during surgery. Thus the life of the family is inauthentic and a *ex-sistiendo* where death is a possibility of *Dasein* itself.

Keywords: experience, family and urgency surgery.

## RESUMO

Para compreender a experiência de familiares de pessoas operado de urgência durante o tempo de espera cirúrgica, Trujillo-2013 foi objeto de um estudo qualitativo fenomenológico hermenêutico em vista Martin Heidegger. Participaram do estudo sete parentes diretos que atenderam aos critérios de seleção. Foi obtido seis unidades de significado, que pode ser visto que o medo de complicações e / ou a morte de um membro da família, devido a uma cirurgia de urgência é angustiante para outros membros da família, mesmo a entrar em pânico por não ter informação oportuna e clara por pessoal de saúde; família agora o mundo é alterada toma o centro do palco e fé em Deus para cuidar de seus pacientes e médicos de guia durante a cirurgia. Assim, a vida da família é inautêntica e ex-sistiendo onde a morte é uma possibilidade do próprio Dasein.

Palavras-chave: experiência, família e uma cirurgia de urgência.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iii
<b>DEDICATORIA</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>RESUMO</b> .....	vii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1.1</b> Problematización e importancia .....	1
<b>1.2</b> Objeto de estudio .....	8
<b>1.3</b> Pregunta orientadora.....	8
<b>1.4</b> Objetivo del estudio.....	8
<b>1.5</b> Justificación y relevancia.....	9
<b>II. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEPTUAL</b> .....	11
<b>2.1</b> Referencial Conceptual.....	11
<b>2.2</b> Referencial Teórico .....	33
<b>III. METODOLOGÍA</b> .....	39
<b>3.1</b> Tipo de investigación.....	39
<b>3.2</b> Método de investigación.....	40
<b>3.3</b> Sujetos de investigación .....	43
<b>3.4</b> Escenario de estudio .....	44
<b>3.5</b> Procedimiento de recolección de datos cualitativos.....	46
<b>3.6</b> Consideraciones Éticas y de Rigor Científico.....	51
<b>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	53
<b>4.1.</b> Presentación de resultados .....	53
<b>4.2.</b> Análisis y discusión de resultados.....	64
<b>V. CONSIDERACIONES FINALES</b> .....	80
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	82
<b>ANEXOS</b> .....	90



## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Problematicación e importancia**

En mi experiencia profesional como enfermera integrante del equipo de salud de Centro Quirúrgico, tengo la oportunidad de atender personas sometidas a cirugías de diversa especialidad y complejidad. En este contexto, me llamó la atención el comportamiento de los familiares que permanecen en la sala de espera mientras su paciente es intervenido quirúrgicamente, logrando percibir en cada uno de ellos conductas y sentimientos variados mostrados a través de expresiones de preocupación, angustia, tristeza, incertidumbre, desesperación, etc.

La mayoría de hospitales de nuestro medio no están diseñados para acoger a los familiares en espera de su paciente que están siendo intervenido quirúrgicamente. En nuestro contexto de estudio, se observa que ellos esperan en una banca ubicada en el pasadizo externo, cerca de la puerta de ingreso a Centro Quirúrgico. Además, cada vez que algún miembro del equipo de salud abre la puerta para entregar alguna receta o orden de pago, todos los familiares se ponen de pie en espera de alguna noticia sobre el estado de su paciente; sus rostros reflejan incertidumbre, preocupación, angustia y desesperación y se manifiesta a través de preguntas: “¿Ya saldría mi paciente de quirófano?”, “¿Falta mucho para que termine la cirugía?”, “¿La cirugía saldría bien?” “¿Hubo alguna complicación?”, “¿Puedo hablar con el médico?”, etc. Solo obtienen respuestas breves y cortantes por parte del personal de salud como: “¡Está en quirófano!” o “¡Pregúntele al médico!”; o en el peor de los casos, no obtiene respuestas a sus preguntas y nuevamente la puerta se cierra frente a ellos.

En la dinámica de la atención que se presta al paciente quirúrgico, se observa que está dirigida fundamentalmente al paciente, dejando de lado a los familiares. Generalmente el familiar es llamado por el personal de salud solo en situaciones especiales como: compra de medicamentos o insumos, trámite y cancelación de órdenes de exámenes auxiliares, firma de autorización para la intervención quirúrgica-anestésica, brindar información para la historia clínica, etc.

En nuestro sistema sanitario, los pacientes son los perceptores de las acciones de los profesionales y las mejoras de calidad van siempre encaminadas a satisfacer las necesidades de éstos. Pero en el sistema de salud hay más usuarios, los familiares, quienes están diariamente acompañando y participando en los cuidados de esos pacientes; ellos también son parte importante de este sistema vivo.

Hay momentos y situaciones durante un proceso de salud-enfermedad en que los familiares se ven sometidos a mucha ansiedad y temor. En algunos de esos momentos no podemos actuar como profesionales ya que son espacios íntimos y personales, pero hay otras situaciones que sí son susceptibles de realizar acciones para disminuir esos miedos, para informar y tranquilizar.

Las enfermedades y hospitalizaciones representan, en la mayoría de las ocasiones, una experiencia importante para las personas porque supone la alteración de los patrones que rigen la vida diaria y del marco de relaciones en el que desarrollan su quehacer cotidiano. La enfermedad es un suceso que desarrolla grandes cargas afectivas e impulsa complejos procesos sociales, pues afecta no sólo a la persona enferma sino también al ámbito de las relaciones familiares e incluso al entorno social más próximo (1-3).

La enfermedad de un miembro de la familia tiene impacto en todos los familiares; cuando un familiar enferma y más aún cuando requiere de una cirugía, los familiares suelen sufrir una gran angustia e incluso pueden sentirse culpables de ser responsables en cierta forma de la enfermedad. Con frecuencia se sienten desolados y su ansiedad y sentimientos de desamparo pueden manifestarse por hostilidad y críticas hacia quienes cuidan a su paciente (4).

Es así que una de las experiencias más fuertes en la vida de las personas es la entrada a un quirófano para ser sometidas a una cirugía. Una mezcla de miedo, respeto, duda, esperanza y valor hacen que el paciente y sus familiares estén en un estado de angustia e incertidumbre. El quirófano está en un lugar desconocido para ellos y allí el paciente va a recibir un tratamiento a base de cirugía, donde la solución a su problema de salud se canjea por la agresividad de la propia terapia.

La cirugía favorece la aparición de ansiedad e impotencia, tanto en el paciente como en sus familiares. Estas sensaciones irán en aumento si no existe una buena información por parte del equipo que lo atiende, referente a su estado de salud, posible enfermedad y al tratamiento que debe seguir. Cuando éste supone una intervención quirúrgica de urgencia, la repercusión emocional para las personas implicadas aumenta. Esto puede estar producido por varios factores; pero una explicación insuficiente de la necesidad de la cirugía, la información no acorde con las necesidades del paciente y familiares, una inadecuada comprensión por parte de los mismo, y el pensar en las potenciales complicaciones que podrían surgir en el evento quirúrgico desembocará en un aumento de la angustia del paciente y familiares que influirá negativamente en el proceso quirúrgico (5).

La explosión reciente y sostenida de los avances en los conocimientos de las diversas patologías, así como la comprensión cada vez mayor acerca de las diferentes causas que conllevan al mejoramiento y/o empeoramiento de la situación clínica de un paciente en la búsqueda de la resolución de sus problemas, hace crecer la necesidad en los diversos niveles, de poder identificar plenamente las posibles complicaciones que se derivan de un procedimiento quirúrgico (6).

Las complicaciones quirúrgicas pueden ser producto de la enfermedad primaria, la misma intervención u otros factores no relacionados. En ocasiones una complicación se deberá a otra (infarto después de hemorragia post-operatoria masiva), los signos clínicos comunes de una enfermedad suelen ser menos claros en pacientes post-operados. Para la detección temprana de las complicaciones post-operatorias es necesaria la evaluación repetida del paciente por el cirujano tratante y otros miembros del personal quirúrgico (6).

Algunas de estas complicaciones son esperadas y aceptadas (hipotensión arterial como consecuencia de un bloqueo peridural, taquicardia como resultado de la intubación traqueal, etc.). Otras son totalmente indeseables y muchas de ellas inesperadas (reacciones alérgicas a los medicamentos, crisis de hipertermia maligna en sujetos susceptibles, crisis hipertensiva frente al incremento repentino de la intensidad del estímulo doloroso, ansiedad frente a la anticipación del acto quirúrgico, etc.); y aunque la acción y reacción se identifiquen con todo rigor para controlar sus posibles consecuencias, de todas maneras podrán presentarse efectos inesperados en situaciones puntuales e individuales, ya que la predicción del resultado de la interacción se hace sobre bases eminentemente estadísticas. Decir que un suceso es más probable que ocurra que no ocurra, significa, en último

término, aceptar que nunca habrá una seguridad absoluta que dicho suceso se ponga en realidad de manifiesto (7).

Las complicaciones post operatorias estarán determinadas por un sin número de factores, que de forma conjunta o dispersa se pueden constituir en un factor determinante para el establecimiento de un estado mórbido agresivo. El arte del médico radica en el hecho de ser capaz de prever las probables complicaciones, pero a su vez deberá estar en la capacidad de advertir al paciente y familiares involucrados, para que de tal forma no se deriven implicaciones legales, por hechos factiblemente esperados o estimados (7).

Por consiguiente, una cirugía es un acontecimiento importante en la vida de la persona, pues generalmente envuelve sentimientos de angustia y expectativa, pudiendo interferir en varios aspectos de su vida; desde lo fisiológico, pasando luego a lo emocional, espiritual, social y financiero (8). Los familiares también están sujetos a los mismos factores de estrés, como el paciente sometido a la intervención quirúrgica, ellos temen y viven las actividades o procedimientos y manifiestan su impotencia a través de diferentes reacciones.

A pesar de que el área quirúrgica de un hospital es un recinto restringido sólo al personal médico, de enfermería y auxiliar, y que para acceder a él es necesario guardar normas de limpieza muy estrictas, que permiten conseguir la esterilidad necesaria para realizar las operaciones sin riesgo de infección; todo Centro Quirúrgico debe contar con un ambiente adecuado para los familiares en espera de sus pacientes que se encuentra en quirófano, con la finalidad de brindarles, además de un lugar cómodo, información oportuna y pertinente acerca del estado

de salud de sus familiares y los resultados de la cirugía, una vez terminado el procedimiento quirúrgico, o en el momento que el cirujano crea conveniente.

En el servicio de Centro Quirúrgico, en algunas ocasiones, la atención al paciente es impersonal y, naturalmente, los problemas individuales son ignorados. Lo que ocurre, entonces, es que el ser humano pasa a ser tratado como un caso más atendido por el equipo, quedando el familiar excluido también. Para Santos et al (9), el enfermero de quirófano debe desligarse de su papel exclusivamente técnico e integrarse en el cuidado total del cliente. En una cirugía la atención comienza mucho antes y termina mucho después del acto quirúrgico en sí, así el enfermero competente sería aquel que se compromete con la humanización pues sólo la utilización de conocimientos técnicos no satisface la voluntad del paciente y familiar. Una de las características esenciales de la atención de enfermería humanizada sería la sensibilidad, elemento fundamental para percibir las diversas respuestas sean visuales, táctiles o auditivas; sentidos que confieren al ser humano una calidad única.

Huley et al (10), destacó la necesidad de unir conocimientos técnico-científicos a la humanización del cuidado, contribuyendo así a que la cirugía ocurra de forma armónica, con menos estrés y, consecuentemente, con la disminución de los riesgos y las complicaciones. Una atención de calidad intentaría aliviar la angustia del paciente y familiar al transmitirles información que faciliten su enfrentamiento a la intervención quirúrgica con mayor seguridad y menor miedo; el profesional que interacciona con su cliente atendiendo a sus intereses e informando es la persona que le ofrece seguridad y, sus recelos serán disminuidos en la medida que se consolide la relación de confianza profesional de

salud-paciente. Para ello, es esencial la individualización del cuidado, es decir, sería necesario estar atento a lo que ocurre con cada cliente que llega a la unidad, conocer cómo una situación afecta a una persona sólo puede conseguirse tomando la piel del otro, mediante la empatía.

La comunicación sólo puede ser establecida entre cliente y profesional cuando hay interés y apertura por ambas partes. El profesional debería estimular al cliente a verbalizar, exponer sus sentimientos y temores; al mismo tiempo debería estar dispuesto a escuchar con atención y respeto. Algunas veces se hace necesario romper la resistencia y una manera de hacerlo sería presentándose al paciente y/o familiar, es importante que sepan con quién está hablando y quiénes son los responsables de lo que está pasando (10).

Así, la atención de un caso más y consecuentemente la exclusión de los familiares, posiblemente, es una postura que debería ser revisada con el compromiso de todos los profesionales que componen el equipo asistencial; al tener en cuenta que una experiencia quirúrgica cambia la vida de toda la unidad familiar. Determinar qué papel tienen los familiares del paciente o aquellas personas que son significativas para él es un reto para la asistencia humanizada.

El profesional de enfermería como integrante del equipo de salud y por la naturaleza de su quehacer tiene una gran responsabilidad en el cuidado del familiar de paciente sometido a una intervención quirúrgica, para ello si queremos profundizar y ampliar nuestro foco de interés que es la experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico, tenemos que recurrir a las tendencias más recientes de investigación como es la investigación cualitativa. En enfermería, la investigación cualitativa nos ofrece la

oportunidad de enfocar y encontrar respuestas a las preguntas que se centran en la experiencia, como se crea y como da significado a la vida humana.

Frente a esta situación, fue necesario abordar el momento en el que el familiar espera a su paciente que está siendo intervenido quirúrgicamente de urgencia. El presente trabajo de investigación tuvo el propósito de conocer, comprender e interpretar la experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico, a fin de que los resultados del presente estudio puedan asimilarse para ofrecer una base de plan de cuidados y elaborar programas de orientación dirigidos a satisfacer las necesidades del paciente y sus familiares.

## **1.2 Objeto de estudio**

Experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico

## **1.3 Pregunta orientadora**

¿Cuál es la experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico. Trujillo-2013?

## **1.4 Objetivo de la investigación**

Analizar la experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico

## **1.5. Justificación y relevancia**

Como enfermeras, valoramos nuestro compromiso de establecer y mantener un estándar excepcional de atención individualizada y empatía hacia todos



nuestros clientes, dondequiera que los encontremos, desde el nacimiento hasta incluso después de la muerte. Como equipo profesional, procuramos responder y satisfacer las necesidades de los pacientes, sus familiares y demás seres queridos.

Aceptamos a los pacientes, sus familias y demás seres queridos, así como a los demás integrantes del equipo de salud, sin tener en cuenta sus diferencias socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas, etc. Este valor constituye el fundamento de nuestra vocación de empatía, apoyo, confianza y esmero mutuo. Sabemos, que podemos lograr nuestras metas si trabajamos como un equipo unido, en una atmósfera de respeto y sensibilidad hacia todos aquellos cuyas vidas tocamos, de una u otra manera.

Se considera necesario el presente estudio porque se espera incrementar el conocimiento acerca de la experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico; así como profundizar los conceptos en estudio desde el punto de vista filosófico. Esa perspectiva puede constituir punto de partida para meditar y reflexionar, si realmente estamos preparados para cuidar a los familiares, que la mayoría de veces constituyen un grupo invisible; y dejar atrás el esquema clásico del cuidado, el cual dejó de ser holístico y humanizado.

Asimismo, se espera contribuir en el área de la educación de la Enfermería, estimulando el re-pensar del proceso enseñanza-aprendizaje, reemplazando la práctica pedagógica tradicional, aún existente en los programas de formación profesional de enfermería, por una pedagogía progresista que estimule el desarrollo de capacidades para mejorar la situación en el campo de la atención en salud, con la formación de profesionales críticos, creativos, sensibles, defensores

del paciente y sus familiares, asumiendo nuestra responsabilidad y brindando una atención de calidad.

Se cree, del mismo modo, que los resultados obtenidos permitirán mejorar la asistencia y el cuidado que se presta a los familiares, a través de la elaboración de planes de cuidado y programas dirigidos a satisfacer las necesidades del paciente y sus familiares. En conclusión, permitirá brindar un tiempo de espera de mayor calidad, donde se sentirán partícipes del proceso de salud-enfermedad de su paciente sometido a una intervención quirúrgica de urgencia.

## **II. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEPTUAL**

### **2.1 Referencial Conceptual**

#### **Contexto del objeto de estudio**

Los cambios vertiginosos acontecidos en todos los ámbitos de la sociedad e intensificados por el acceso a la información y catalizados por los avances técnicos y científicos desde finales del siglo XX, han propiciado conflictos entre los derechos y necesidades del paciente y algunos otros valores sociales, no siempre percibidos en su justa dimensión; advirtiéndose falta de conciencia y deshumanización entre el personal de salud acerca de la atención que se brinda al paciente y familia (11).

El cuidado que se debe brindar al paciente y familia está inmerso en muchas situaciones, sin embargo; se aborda las más relevantes a fin de comprender el contexto en el que se desarrolla la experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico.

En relación al **aspecto político-legal** nuestro país, en el marco del respeto de los derechos humanos, ha promulgado y modificado leyes respecto a los derechos del paciente y su familia; derechos únicos e irrenunciables. A continuación, una breve reseña histórica acerca de los hechos que acontecieron a lo largo de la historia mundial.

#### **Antecedentes históricos**

El antecedente más antiguo sobre los derechos de los pacientes se halla plasmado en el Código de Hammurabi (1750 a.c.), descubierto en 1902 en Irán.

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo universal el concepto de derecho a la salud, y a fines de 1948 se promulgó la Declaración de los Derechos Humanos, que señala el derecho a las personas a la salud.

En octubre de 1949, surge el código internacional de ética médica, adoptado por la tercera asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Londres).

El 6 de Febrero de 1973, la Asociación Norteamericana de Hospitales promulgó la Declaración de los Derechos del Paciente, la cual ha sido la base para las declaraciones futuras en diferentes países.

En nuestro país la Constitución Política de 1993, establece que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad; así mismo en el 2009, se promulgó la Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

Durante este largo camino, se han producido avances y retrocesos, pero se observa un cambio fundamental: el modelo tradicional paternalista de la relación médico paciente, viene siendo sustituido por otro autonomista, en el que el paciente ha pasado a ser el protagonista en la toma de decisiones y por lo tanto exige el cumplimiento de sus derechos de una manera más informada (12).

### **Derechos del paciente**

Durante la lucha social del siglo XIX, se desarrolló una rebelión silenciosa en el ámbito clínico que aunaría las luchas sociales de estos movimientos, dando espacio a que los pacientes sean escuchados y cambie la manera de entender a los pacientes. Finalmente, el 6 de Febrero del año 1973 con la Declaración de los

Derechos del Paciente de la Asociación Norteamericana de Hospitales, se marcaría definitivamente la revolución de los sujetos en el campo de salud (12).

La ley establece cuales son los derechos de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud, resguardando principios básicos de la atención de salud con disposiciones que deberán aplicarse tanto en las instituciones públicas como privadas (13), estableciendo los siguientes derechos:

**1. Derecho a una asistencia médica de calidad científica y humana:** Este derecho surge del derecho constitucional a la protección de la salud. Se materializa en la obligación de los profesionales de ofertar a todos sus pacientes, sin discriminación, los métodos diagnósticos y terapéuticos adecuados, según la buena práctica médica, buscando siempre el mejor beneficio del paciente. El paciente tiene derecho a que se le atienda con consideración y respeto, además, se le asegure la continuidad del tratamiento, incluso en caso de rechazar determinadas opciones terapéuticas que le supondrían un beneficio o cuando colabora escasamente con los tratamientos aceptados. En el caso de que el médico no acepte continuar con el tratamiento al paciente (objeción de conciencia o pérdida de confianza), debe acordar y garantizar la asistencia por otro profesional.

**2.- Derecho a recibir una información adecuada, comprensible y veraz:** Los pacientes tienen derecho a conocer el nombre completo del profesional responsable de su atención, y a ser informados sobre su estado de salud, las actuaciones médicas propuestas, los riesgos y ventajas de cada una, así como de las alternativas, los efectos de no tratar y el diagnóstico y el pronóstico de su

patología. La información debe ser suministrada de forma que el paciente la comprenda, se deben contestar todas sus preguntas y se debe respetar su deseo a no ser informado, en cuyo caso, nombrará a la persona que desea sea informada.

### **3.- Derecho a la autodeterminación y por lo tanto a aceptar o rechazar**

**tratamientos:** Es la manifestación voluntaria, libre y racional realizada por un paciente, de aceptación a un procedimiento médico, luego de haber sido informado del mismo y de habersele respondido todas sus dudas de manera adecuada y suficiente, sobre la naturaleza de la intervención, así como de las alternativas posibles con sus respectivos riesgos y beneficios.

### **4.- Derecho a la confidencialidad de sus datos:**

Toda la información relativa a la salud de un paciente, que el profesional de salud conozca en el ejercicio de su profesión, debe ser mantenida en secreto, salvo autorización del propio paciente. Los profesionales de salud y las instituciones deben tomar todas las medidas adecuadas para garantizar la confidencialidad de estos datos, cualquiera que sea el sistema utilizado para su almacenamiento.

### **5.- El derecho y el respeto a la intimidad:**

La discusión del caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento son confidenciales y deben conducirse con discreción; quienes no estén directamente implicados en su atención deben tener autorización del paciente para estar presentes. Las intervenciones médicas sólo podrán llevarse a cabo si existe el debido respeto a la intimidad del individuo, esto

es particularmente importante cuando los actos médicos se ejecutan en salas compartidas por varios pacientes.

**6.- Derecho a que se les respete su dignidad, a su vida privada, aliviar su sufrimiento, muerte digna y aliviada:** El paciente tiene derecho a ser tratado con dignidad en relación con la asistencia recibida; a disfrutar del apoyo de familiares y amigos en el curso de la asistencia y a ser aliviado en su sufrimiento de acuerdo con el nivel de conocimientos de cada momento. El respeto a la dignidad humana, definida como "la calidad o estado de ser valorado y respetado", está en la base de la afirmación, tanto jurídica como política, de los derechos de las personas, los que, a su vez, limitan los avances de la ciencia y de la tecnología, que deben necesariamente respetarlos.

**7.- Derecho a que se le respeten sus convicciones culturales, morales, éticos, etc.:** El paciente tiene derecho a que se respeten sus convicciones y el profesional de salud no debe imponer las suyas, menos en aquellas situaciones en las que el paciente se encuentra particularmente vulnerable.

**8.- Derecho a la educación sobre la salud:** Tiene derecho a recibir educación sobre la prevención y detección precoz de complicaciones, así como de aquellas prácticas saludables en su situación. Los profesionales de la salud tienen la obligación de participar activamente en este proceso.

**9.- Derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual:** Tienen derecho a recibir o rehusar asistencia moral y espiritual por aquellas personas de su religión.

### **Derecho de los pacientes en el Perú**

Bajo el ordenamiento Ético y Jurídico Internacional se plasma el derecho a la salud de las personas en los siguientes documentos legales peruanos:

#### **Constitución Política del Perú**

La Constitución Política del Perú promulgada el 29 de Diciembre de 1993, base del sistema jurídico de la República del Perú, controla, regula y defiende los derechos y libertades de los peruanos y organiza los poderes e instituciones políticas (14). Nuestra carta magna especifica claramente los derechos de los usuarios respecto al servicio de salud:

#### **Título I de la persona y de la sociedad**

##### **Capítulo I derechos fundamentales de la persona**

**Artículo 1º.** La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado.

##### **Capítulo II de los derechos sociales y económicos**

**Artículo 7º.** Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.



## **Ley General de Salud (Ley N° 26842)**

Del mismo modo, la Ley General de Salud, promulgada el 9 de julio de 1997, contempla los derechos de los peruanos a la salud (15).

### **Título preliminar**

**I.** La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

**II.** La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

**III.** Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable.

Posteriormente, debido a la creciente complejidad del sistema sanitario, el intenso desarrollo de la ciencia y la tecnología médico-sanitaria, la burocratización, el trabajo en equipo y la masificación; han condicionado que la práctica de salud se haya vuelto más arriesgada, más impersonal y deshumanizada. Todo esto ha traído la necesidad de una reformulación de los derechos de los pacientes, no desde la visión de los proveedores de la asistencia sanitaria o de las instituciones, sino desde el punto de vista individual, como usuarios y parte fundamental de la asistencia sanitaria (12). Por ello, la Ley General de Salud fue modificada el 19 de Diciembre de 2001, brindando mayor énfasis en el derecho del paciente a recibir información veraz, oportuna y clara (16).

**Concordancia: D.S. N° 016-2002-SA (Reglamento)**

**Artículo 5°.-** Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la Autoridad de Salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónico degenerativas, diagnóstico precoz de enfermedades y demás acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable. Así mismo, tiene derecho a exigir a la Autoridad de Salud a que se le brinde, sin expresión de causa, información en materia de salud, con arreglo a lo que establece la presente ley.

**Artículo 15°.-** Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho:

- a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad;
- b) A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece;
- f) A que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio;
- g) A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren;

h) A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste;

i) A que se le entregue el informe de alta al finalizar su estancia en el establecimiento de salud y, si lo solicita, copia de la epicrisis y de su historia clínica.

Después de haber consultado el marco político legal de los derechos del paciente, se percibe que durante los últimos años se está tomando conciencia de los mismos; por ello aparecen más organizaciones o empresas de auditoría médica, y se instauran mecanismos que canalizan denuncias sobre presuntas vulneraciones de derechos de los pacientes en instituciones como: Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI), Defensoría del Pueblo, ESSALUD: Defensor del asegurado, Ministerio de Salud (MINSA): Defensor del paciente, Sanidad de la Policía, Juzgados Civiles y Penales (12).

Muchos de los profesionales de la salud desconocen los derechos de los pacientes y los vulneran constantemente, motivo por el cual es necesario retomar el enfoque de seguridad y derecho humanos. Preocuparse en brindar seguridad a los pacientes, reconociendo y respetando sus derechos, además de resguardarlos durante todo el proceso de atención al paciente, es una postura que debe ser internalizada por cada integrante del equipo de salud.

Por otro lado, es imprescindible abordar el **aspecto social y económico** del presente estudio. La población que recurre generalmente a las instalaciones del escenario de estudio, según registro de la oficina de estadística, se caracteriza por

presentar en su mayoría grado de instrucción de secundaria a menos; asimismo, el nivel socioeconómico mayoritario es el de clase media a menos. Ambos aspectos, relacionados íntimamente, afectan la disposición del usuario y familiares de conocer y exigir el cumplimiento de sus derechos básicos: derecho a una atención digna y con respeto, y derecho a ser informado de todo el proceso de salud-enfermedad.

Finalmente, en relación al **aspecto tecnológico**, podemos afirmar las múltiples ventajas de contar con equipos modernos, medicamentos de última generación, personal capacitado en técnicas y procedimientos complejos; sin embargo, dejamos en el olvido que el usuario, haciendo referencia al paciente y familiar, es un ser humano que tiene derecho a recibir, sobretodo, una atención humanizada y holística.

### **Referencial Empírico**

En la revisión bibliográfica que se ha realizado se puede constatar que no existen muchos antecedentes sobre este tema. La experiencia de familiares en la sala de espera quirúrgica es descrita por profesionales sanitarios que se han visto inmersos en primera persona en esas experiencias, siendo entonces cuando se hacen patentes para ellos las deficiencias de infraestructura, la deshumanización y falta de privacidad de la información. En estos artículos el profesional vive en primera persona esta experiencia y describe una realidad demasiado frecuente: cómo tratamos a nuestros pacientes y sus familiares, cuales son las necesidades surgidas en esa situación, qué sentimientos les suscita ese momento y cómo hacer frente al miedo y la ansiedad (11).

Fernández (18) en un estudio cualitativo de abordaje fenomenológico “Tránsito por la frontera de la muerte. Vivencias del familiar acompañante de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica en el Hospital de Sullana”. Sus hallazgos más importantes incluyen cinco categorías: desligamiento personal social, tránsito por la frontera de la muerte, cuidado como imperativo biológico y ético, materialización de la vivencia en la cotidianidad y la enfermedad una realidad natural de la existencia humana que permitieron develar el fenómeno: “Tránsito por la frontera de la muerte”; que evidencia el temor a la muerte, por la anestesia o por el mismo acto operatorio.

En nuestro medio, Ascoy (19) realizó un estudio cualitativo de trayectoria etnográfica “Significado de ser familiar cuidador en espera, en la antesala de centro quirúrgico”; identificando 14 dominios culturales donde el tema principal fue “Es un riesgo..., pero hay que correrlo”, frase que da a conocer el impacto que produce la cirugía en personas de diversidad cultural mostrados a través de diferentes comportamientos.

### **Referencial conceptual:**

Considerando el objeto de estudio, experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico, el teorista en quien se basa el presente estudio es el pedagogo y psicoterapeuta Dr. Jacques Chalifour, quien fundamenta el proceso de relación de ayuda enfermera-paciente-familia.

Chalifour (20), inspirándose en el pensamiento holístico-humanista, rescata y enfatiza el cuidado enfermero en todas las dimensiones de la persona, entendiendo que ésta tiene unas necesidades individuales, concretas y específicas, en continuo

cambio y evolución. Así, considera los cuidados de enfermería en las cinco dimensiones de la persona:

- Dimensión biológica, comprende la integridad estructural y fisiológica de cada subsistema para mantener el buen funcionamiento del organismo en mención a aquellos cuidados que van a satisfacer las necesidades prioritarias.
- Dimensión intelectual, agrupa las funciones intelectuales en receptoras referidas a adquirir, clasificar e integrar la información; memoria y aprendizaje para almacenar y recordar la información, pensamiento referido a la organización mental y al reconocimiento de la información. Las funciones intelectuales están sujetas a las interferencias que vivencia el adulto; así el temor y la ansiedad producen alteraciones de atención o la patología altera el nivel de conciencia, memoria, juicio y comunicación verbal y no verbal.
- Dimensión emocional, el sentimiento se describe como una experiencia subjetiva que acompaña a una emoción. La persona que vive un estado de tensión desagradable tras una amenaza a la satisfacción de sus necesidades, ya sea real o imaginaria, tiende a reducir de forma natural este grado de tensión a un grado aceptable para ella. Las emociones vividas le ayuda a reconocer que su equilibrio está perturbado y a dosificar y dirigir sus acciones para encontrar cierto equilibrio; por naturaleza, la persona es susceptible de vivir una gama extensa de emociones.
- Dimensión social, para sobrevivir, crecer y actualizarse el ser humano necesita establecer relaciones de armonía con el entorno físico, humano y cultural, en este contexto se intercambia energía, información y materia, en cuanto más positivamente se viva las etapas de socialización, más desarrolla

la persona su confianza en la elección que realiza para responder a sus necesidades, y más segura estará la persona de poseer los medios para buscar en su entorno los recursos que necesita para adoptar una actitud de confianza y apertura en las relaciones con su entorno.

- Dimensión Espiritual, la espiritualidad contiene los principios religiosos, morales o éticos que guían la existencia, las respuestas esenciales que damos, el sentido a la vida, a la muerte, a la soledad, a nuestro fin y nuestro deseo de asumir de forma responsable nuestra libertad, lo que conlleva al respeto por la persona, la vida y la libertad. La enfermera debe garantizar la provisión de un entorno de apoyo espiritual para el adulto, aspecto importante para favorecer a su vez el entorno interior, para que encuentre sentido a la vida al utilizar sus potencialidades, y a tener esperanza, considerando sus creencias religiosas, los valores de amor a la vida, sentirse útil, así como el sentido que da a su experiencia de enfermedad, la importancia que da a la salud.

Por tanto, Chalifour, en el marco de su visión holística, considera que el profesional de enfermería debe brindar un cuidado basado en estas dimensiones, las cuales se relacionan e interactúan constantemente entre ellas. Además refiere que la necesidad de ayuda está presente en dos tipos de circunstancias: La primera serían aquellas situaciones en las que tiene lugar los desarreglos psicosomáticos, alterando el estado emotivo, la percepción, el intelecto y el espíritu de la persona, como puede ser algunos tipos de psicosis; y la segunda, cuando las personas no interaccionan de forma satisfactoria con su medio humano o físico y no pueden responder bien a sus necesidades sentidas. De este modo cuando la persona se enfrenta a esta situación, vive una serie de tensiones que la llevan a sentir

angustia, estrés, ansiedad y a la necesidad de pedir ayuda para afrontar la situación que se desencadena tanto en su vivencia interna como externa (21).

La persona referida por el teorista, es ser humano que necesita de ayuda en momentos adversos a su cotidianidad. Cuando un paciente ingresa a quirófano, él y sus familiares se someten a una situación difícil que provoca angustia y preocupación; en un primer momento, la cotidianidad deja paso a la incertidumbre, posteriormente, se presenta sentimientos diversos como miedo, depresión, estrés, etc. Se puede afirmar que, en muchos casos, la experiencia de una cirugía es más estresante para la familia que para el propio paciente (22).

Ahora, abordaremos algunos conceptos relacionados con el objeto de estudio, que junto con la teoría de Chalifour, sostiene el abordaje conceptual del presente estudio.

El término experiencia, deriva del latín *experientia*, que alude al hecho de haber presenciado, sentido o conocido algo. La experiencia es la forma de conocimiento que se produce a partir de estas vivencias u observaciones (23).

En general se entiende por experiencia todo aquello que depende, directa o indirectamente, de la sensibilidad; es decir, el conjunto de contenidos que proceden de los sentidos, ya se refieran dichos contenidos a un acto cognoscitivo o a un acto vivencial (emocional) de modo que el ámbito de la experiencia viene a identificarse con el ámbito de la sensibilidad, de la percepción sensible. En un sentido más cotidiano se entiende por experiencia el saber acumulado por una persona mediante el aprendizaje (por repetición, las más de la veces) o por una vivencia reflexiva sobre las circunstancias profesionales o vitales, en general (23).



Por otro lado, la experiencia filosófica trata de una vivencia personal, subjetiva y que puede variar en función del sujeto que la experimente. Toda experiencia filosófica, como, por ejemplo, la angustia ante la muerte, supone un problema filosófico; sin embargo, no todo problema filosófico conlleva una experiencia filosófica en quien intenta resolverlo (24).

A pesar de la subjetividad de la experiencia, sin embargo, hay un rasgo común en las experiencias filosóficas que parece darnos la clave para distinguirlas, y un término griego, *aletheia*, expresa adecuadamente esa característica común. *Aletheia* significa "verdad", ahora bien, esa verdad no se entiende como una correspondencia entre nuestras teorías y la realidad, sino como un "desvelamiento", y es aquí donde está la clave. El desvelamiento supone un darse cuenta de un aspecto de la realidad que es fundamental o más básico que el que hasta el momento habíamos considerado, supone, en definitiva, constatar que las cosas no son como habíamos pensado (bien porque por medio de la experiencia filosófica hemos descubierto un orden subyacente del que no éramos conscientes o bien, por el contrario, porque hemos constatado la falsedad del orden que hasta el momento creíamos ver en la realidad). De este modo, la experiencia se entiende como interacción del sujeto social con el mundo exterior y como resultado de tal interacción (24).

Después de entender el término experiencia desde diferentes puntos de vista, queda determinado que una experiencia trata de una vivencia personal y subjetiva; además, es preciso determinar que la experiencia es individual y única. Esa experiencia puede presentarse en circunstancias vitales por las que atraviesa la persona, como por ejemplo afrontar una enfermedad o cirugía de un ser que está

unido por lazos de consanguinidad y afecto. La experiencia de afrontar una cirugía supone una amenaza psicológica, sociológica y espiritual para el ser humano; pues implica una ruptura en el equilibrio de quien lo padece y afecta a su entorno más cercano.

Una cirugía se puede definir como la suma de la ciencia y el arte, referida a aquellas enfermedades que necesitan para su tratamiento de una acción manual o instrumental, acción que no es solo técnica, sino también ciencia al necesitar del conocimiento de sus justificaciones y consecuencias. Además, esta práctica terapéutica implica manipulación y presupone el acceso al interior del organismo a través de perforación o incisión en la piel, con la finalidad de reparar o paliar el daño causado por ciertas enfermedades u otros agentes (25).

Las cirugías se clasifican según diferentes lineamientos, atendiendo al grado de urgencia encontramos: cirugía programada, no existe una necesidad especial de rapidez, su retraso no es peligroso para el paciente; cirugía de urgencia, un retraso puede resultar peligroso, debe llevarse a cabo lo antes posible, en un plazo no superior a 12-24 horas; cirugía de emergencia, debe llevarse a cabo de inmediato para salvar la vida del paciente; cirugía electiva, a pesar de ser necesaria su realización no implica consecuencias negativas para el paciente; y cirugía opcional, cuando lo que persigue es conseguir mejorar el aspecto estético del paciente (25).

Toda cirugía supone una amenaza para el paciente y la familia generando estrés tanto físico y psicológico, la respuesta física ante la intervención depende del estado físico previo del paciente, de la edad, y de la magnitud de la intervención. La manera en la que afronte psicológicamente la cirugía dependerá

de experiencias quirúrgicas previas y de la forma que habitualmente resuelve situaciones estresantes (5).

Riesgo quirúrgico es la probabilidad de que aparezcan resultados adversos, enfermedad o muerte como consecuencia de la situación creada por la operación, incluyendo al período transoperatorio y al postoperatorio más o menos alejado (desde las 24 horas inmediatas, hasta varios días después de efectuada la operación). Por lo tanto riesgo quirúrgico es la expresión global del riesgo que corre el paciente que será operado frente a las múltiples situaciones o contingencias relacionadas con el acto quirúrgico (no solo la operación y/o la anestesia) (7).

El riesgo quirúrgico está determinado por la suma de un gran número de factores de riesgo: factores dependientes del medio asistencial donde se realiza el acto quirúrgico; factores dependientes de la actitud, capacidad, conocimientos, experiencia, estado físico, estado anímico del equipo médico tratante; y factores dependientes de las condiciones sociales, psicofísicas, clínicas y patológicas del paciente, y/o del tratamiento al que será o ha sido sometido. Asimismo, riesgo anestésico es la probabilidad de que aparezcan resultados adversos, enfermedad o muerte como consecuencia de la administración de la anestesia (7).

Así, una cirugía de urgencia constituye una situación preocupante y una experiencia estresante para el paciente y su entorno social más cercano, como es su familia. Además de existir la posibilidad de presentarse alguna complicación inesperada y/o la muerte, dependiendo de la técnica quirúrgica o el tipo de anestesia que se utilice; el impacto del trauma quirúrgico y anestésico hace

dependiente de otros a la persona operada, siendo importante y necesario la participación de la familia en este proceso.

La palabra “familia” proviene de la raíz latina *famulus*, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre.

La OMS referido en (26), señala que por familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

Por otro lado, el Diccionario de la Lengua Española (27) refiere que, por familia, se debe entender al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.

Hall (28) entiende por familia, a un sistema social compuesto de dos o más individuos con un fuerte compromiso emocional y que viven dentro de un hogar común. Tal definición permite incluir la gran variedad de estructuras familiares que existen dentro de la sociedad moderna; por ejemplo, la familia de un solo cónyuge, la familia nuclear, la familia extendida, la familia homosexual, los grupos familiares comunitarios, etc.

Asimismo, Pérez (29) define familia “como un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos, y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar. Las relaciones dentro de la familia son más intensas que en cualquier grupo de la sociedad”.

Con el paso del tiempo, la familia ha pasado de ser considerada como constituida por marido, mujer e hijos; a ser aceptada como un grupo de individuos con edades diferentes y pertenecientes a varias generaciones, donde se cumplen funciones afectivas, económicas y se tienen comportamientos propios. Además, es importante entender a la familia como una unidad, como un sistema, en el cual cualquier alteración en alguno de sus miembros implica disfuncionalidad en la totalidad, mas no como la sumatoria de sus partes.

Así, Bustamante (30), ve a la familia como un organismo vivo complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades, que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo-espacio y territorio dado, y al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente.

La familia se presenta como un grupo vulnerable de mayor complejidad, que necesita de la intervención del profesional de enfermería, basada en un cuidado experto, libre de prejuicios, de elevada especialización y, sobretodo, holístico y humanizado. La familia es el núcleo fundamental de apoyo para el miembro de la familia que afronta una situación adversa, como una cirugía de urgencia.

La palabra “familiar” según el Diccionario de la Lengua Española (27), proviene del latín “familiaris” que significa perteneciente a familia aplicado a personas.

Los familiares, frente a la intervención quirúrgica de su paciente, son los que brindan un cuidado no valorizado, solidario, enfrentándose a un fenómeno desconocido. Además, es indudable, que ante la experiencia de una cirugía de

urgencia, se ve afectado no solo el paciente, sino los familiares; quienes viven y sienten las mismas emociones de sus seres queridos.

Por todo ello, una cirugía constituye una situación de angustia y una experiencia estresante para el paciente y sus familiares. Además del impacto del trauma quirúrgico y anestésico, existe la posibilidad de que el paciente sufra alguna complicación y/o muera dependiendo del cuadro patológico, de la técnica quirúrgica o del tipo de anestesia que se utilice. Los sentimientos de angustia y desesperación se agudizan aún más, al no obtener información sobre el estado de salud de sus pacientes, pues muchas veces el médico abandona el Centro Quirúrgico sin conversar con los familiares acerca de los resultados de la cirugía. Los familiares tienen que esperar que pasen las primeras horas del periodo postoperatorio inmediato en la Unidad de Recuperación Postanestésica, para ver a su paciente en el momento que es trasladado a su unidad.

Un primer análisis del síntoma "angustia" hace difícilmente imaginable su relación con la obra creadora. Etimológicamente la palabra deriva del verbo griego "anjo", que en su sentido activo significa presionar, asfixiar y en su sentido pasivo, ahogarse. En latín ocurre algo similar: la palabra original es "angere", que significa estrechar, oprimir, presionar la garganta. Y la experiencia clínica corresponde perfectamente al significado etimológico: el ser humano angustiado experimenta opresión precordial, sensación de falta de aire y más allá de eso, es el espacio todo el que se estrecha en torno a él, arrinconándolo (31).

Decía Freud: "Pienso que la angustia se relaciona con el estado subjetivo abstraído de cualquier objeto, mientras que en el miedo la atención está dirigida precisamente hacia un objeto". En cambio, para Sartre, somos angustia y el miedo

sería un sentimiento en relación a los otros. La angustia para este filósofo francés sería más un sentimiento dirigido hacia uno mismo (32).

Para Pastorini (33), sentimos angustia por lo que viene y se manifiesta a través de nuestro ser y el miedo lo experimentamos por lo que viene de los otros, por aquello que proviene de fuera del ser, aquello que no es propio de la conciencia. Para que mi ser se angustie acerca de algo y/o de alguien sería menester que esté en relación con nuestro ser. Tenemos que buscar indagar en nosotros mismos acerca de cuáles son los motivos que llevan a esa angustia en tanto que aquello que me angustia está en una íntima y única relación conmigo, con mi historia vital. El temor en cambio estaría más orientado en el sentido del accionar que un otro singular y/o plural pueda llegar a desencadenar hacia mi persona y/o hacia la de otros que reconozco como mis semejantes e inclusive hacerlo extensivo hacia otros seres que si bien no los reconozco como iguales, les confiero una trascendencia como sujetos.

Otra interpretación de la angustia es la de Martín Heidegger. Para el filósofo alemán la angustia es una disposición afectiva fundamental, puesto que, a pesar de la desazón que implica, es capaz de poner al ser humano tanto frente a la desnudez del mundo (que es lo que propiamente "angustia en la angustia") como frente a su propia soledad y desde ahí rescatar la posibilidad de una existencia auténtica. La experiencia de la angustia, según Heidegger, es lo que permite salvar al hombre de su natural tendencia a la "caída" (Verfallenheit): "La angustia revela en el 'Dasein' el ser-para su más propio poder ser, vale decir, su ser libre para la libertad de escogerse y asumirse" (32).

Con respecto al término muerte, la Real Academia de la Lengua Española refiere que proviene del latín “mors”, “mortis”, es la cesación o término de la vida. En el pensamiento tradicional, separación del cuerpo y del alma (27).

Según Hernández (34) refiere que tradicionalmente la muerte ha estado ligada al “paro cardiorrespiratorio”, mente y cuerpo dejan de funcionar e interactuar en forma simultánea. Astudillo (35), nos aclara que la muerte es un estado o un evento. Es un estado opuesto a la vida. Evento opuesto al nacimiento o culminación de la vida en un organismo vivo.

Asimismo, Hernández (34) nos recuerda que como seres humanos tendemos a rehuir frente a cualquier fenómeno que engendre temor. La muerte es uno de tales fenómenos que comprende una mezcla de miedo, respeto y rechazo ante lo que parece inevitable.

Según Heidegger la muerte es, por excelencia, la posibilidad más peculiar, irrebasable y propia, en la cual todos ponemos en juego la totalidad de nuestro ser en tanto que nos libera de la autoridad del “uno”. Esta consideración puramente ontológica de la muerte no tiene nada que ver con una metafísica de la inmortalidad. Es un elemento constitutivo de nuestra facticidad y, como tal, un fenómeno del más acá desde el que poder explicar la específica temporalidad de la existencia humana. La anticipación de la muerte reconcilia al ser-ahí con su finitud (36).

La persona, por tanto, es una síntesis de posibilidad y necesidad; dicho en clave heideggeriana, el ser-ahí es un proyecto arrojado. En el horizonte de esa posibilidad extrema, las demás posibilidades no pueden dejar de aparecer como finitas. Lo que totaliza al ser-ahí es la perspectiva que rompe con la ilusión forjada en la vida cotidiana de una continuidad ininterrumpida en un tiempo homogéneo.



El acto de comprensión de la vida fáctica que guía la investigación filosófica no puede limitarse a una serie de caracterizaciones más o menos literarias de experiencias vitales. Aspira a la verdad. Ello supone situarse en el plano de la verificación de las afirmaciones acerca de la vida. Sin comprobación, no hay filosofía (36).

Definitivamente, la experiencia de que un ser humano ligado a nosotros por lazos de consanguinidad y afecto tenga que ser sometido a una cirugía de urgencia, en la cual tenga que enfrentarse a innumerables riesgos quirúrgicos y anestésicos, es una experiencia que conlleva grandes procesos físicos, psicológicos, sociales, emocionales y espirituales; donde el solo hecho de pensar en complicaciones y muerte descarga grandes dosis de angustia para los familiares durante el tiempo de espera quirúrgico.

## **2.2. Referencial teórico**

### **El pensamiento de Heidegger**

El principal problema que se plantea Heidegger es la pregunta por el ser como algo constitutivo y fundamental de todo quehacer filosófico. El Dasein es el hombre, aquel ser que posibilita que el ser esté presente y pueda ser interpretado, pero no ha de entenderse como una cosa, sino como un poder-ser, como el lugar en el que se manifiestan y despliegan sus posibilidades. Este poder-ser que es el hombre está condicionado por la facticidad. El Dasein se despliega en el absurdo de lo dado, lugar que le preexiste desde siempre y desde el cual se proyecta irrevocablemente más allá de sí mismo, como forma de realizarse como proyecto: no es todavía lo que tiene que ser y ha de dejar de ser lo que ahora es; el hombre es una anticipación de sí mismo porque es un ser-en-el-mundo (37).

Decía Heidegger que hay para el "Dasein" (ser en sí mismo) una posibilidad permanente de encontrarse frente a la nada y descubrirla como fenómeno. Eso sería la angustia. La forma en que nos cabría enfrentar la nada, la cura de ese no-ser es la angustia. La posibilidad de seguir existiendo frente a esa nada es lo que estaría dado por la angustia. En la angustia es donde sentimos el mundo en su mundaneidad, es decir, como algo externo (38).

El angustiarse, en cuanto disposición afectiva, es una manera de estar en el mundo; el ante qué de la angustia es el estar en el mundo en condición de arrojado; aquello por lo que la angustia se angustia es el poder estar en el mundo. Por consiguiente, el fenómeno de la angustia tomado en su totalidad muestra al Dasein como un estar en el mundo fácticamente existente. Los caracteres ontológicos fundamentales de este ente son la existencialidad, la facticidad y el estar caído. Estas determinaciones existenciales no son partes de un compositumal que pudiera alguna vez faltarle una de ellas, sino que conforman una trama originaria que constituye la totalidad del todo estructural que se busca. Dicho de otra manera: el existir es siempre existir fáctico. La existencialidad está determinada esencialmente por la facticidad.; y a su vez, el fáctico existir del Dasein no sólo es, en general, y de un modo indiferente, un poder estar en el mundo en condición de arrojado, sino que ya está siempre absorto en el mundo de la ocupación. En este cadente estar en medio de...se acusa, explícita o implícitamente, comprendido o no comprendido, el huir ante la desazón que habitualmente queda oculta junto con la angustia latente, porque el carácter público del uno reprime todo lo que no es familiar (39).

Nuestra existencia es preocupación surgida de la angustia de vernos proyectados en un mundo en el que tenemos que ser a nuestro pesar. Provenimos de una nada y nos realizamos como un proyecto encaminado hacia la muerte, por

eso, la angustia es constitutiva del Dasein, porque es la condición de un ser caído y solitario que no puede contar con Dios ni remedio alguno a su condición. Debemos hacernos responsables de nuestra propia vida, asumir nuestra propia muerte sin dejarnos fagocitar en nuestra relación con los objetos y sus funciones. La vida inauténtica nace del ocultamiento de lo terrible de nuestra condición. La autenticidad consiste, según Heidegger, en reconocer que somos un *ser para la muerte*, única vía de acceso a la libertad (37).

De esta manera la única cura para la angustia sería la no existencia de la muerte. Y si somos sinceros deberíamos de aceptar la muerte, lo cual implicaría que el proyecto de vida que establezco podría no llegar a completarse, a concluirse y desde ese mismo instante vivimos sabiendo que no habremos de cumplir con las metas que nos hemos fijado y por ende, existimos de mala fe en tanto que nos mentimos a nosotros mismos. En nuestra vida cotidiana el actuar de buena fe sería de hecho un ideal (39).

El primer aspecto de la muerte que se nos impone es su carácter insuperable. La muerte, a diferencia de las otras posibilidades de la existencia, no sólo es una posibilidad a la cual el Dasein no puede escapar, sino que, frente a toda otra posibilidad, está caracterizada por el hecho de que más allá de ella nada más le es posible al Dasein como ser en el mundo. La muerte es la posibilidad de la imposibilidad de toda otra posibilidad, “la posibilidad de la pura y simple imposibilidad del Dasein”. La muerte es la posibilidad más propia del Dasein: esto se puede ver atestiguado por el hecho de que todos mueren, es decir, que esa posibilidad es coesencial al Dasein; pero la raíz del hecho empírico de que todos mueren es la circunstancia de que la muerte es la posibilidad más propia del Dasein en cuanto lo afecta en su mismo ser, en su esencia misma de proyecto,

mientras que cualquier otra posibilidad se sitúa en el interior del proyecto mismo como su modo de determinarse (40).

La muerte lejos de cerrar al Dasein, lo abre a sus posibilidades del modo más auténtico. Pero esto implica que la muerte sea asumida por el Dasein de un modo auténtico, que sea explícitamente reconocida por él como su posibilidad más propia. Ese reconocer la muerte como posibilidad auténtica es la anticipación de la muerte, que no significa un “pensar en la muerte”, en el sentido de tener presente que deberemos morir, sino que más bien equivale a la aceptación de todas las otras posibilidades en su naturaleza de puras posibilidades (40).

Pero esta posibilidad más propia, irrespectiva e insuperable no se la procura el Dasein ulterior y ocasionalmente en el curso de su ser. Sino que si el Dasein existe, ya está *arrojado* también en esta posibilidad. Que esté entregado a su muerte y que, por consiguiente, la muerte forme parte del estar en el mundo, es algo de lo que el Dasein no tiene inmediata y regularmente un saber expreso, ni menos aun teórico. La condición de arrojado en la muerte se le hace patente en la forma más originaria y penetrante en la disposición afectiva de la angustia. La angustia ante la muerte es angustia “ante” el más propio, irrespectivo e insuperable poder ser. El “ante qué” de esta angustia es el estar en el mundo mismo. El “por qué” de esta angustia es el poder ser radical del Dasein (39).

Ahora bien, si el estar vuelto hacia la muerte forma parte esencial y originaria del ser del Dasein, entonces habrá de ser también mostrable en la cotidianidad, aunque, por lo pronto, en su modo impropio. Y si el estar vuelto hacia el fin ofreciera incluso la posibilidad existencial para una integridad existencial del Dasein, tendríamos entonces la comprobación fenoménica de la tesis que dice: el cuidado es el término ontológico para la totalidad del todo estructural del Dasein. Sin embargo, para la plena justificación fenoménica de esta proposición no basta

con un *bosquejo* de la conexión entre el estar vuelto hacia la muerte y el cuidado. Esta conexión tendrá que hacerse visible, ante todo, en la más inmediata *concreción* del Dasein: en su cotidianidad. El cotidiano estar vuelto hacia la muerte es, en tanto que cadente, un continuo *huir ante ella*. El estar *vuelto hacia el fin* tiene la modalidad de un esquivar este fin, dándole otro sentido, comprendiéndolo impropriamente y encubriéndolo. Pero, la cotidianidad del Dasein atestigua con esta huida cadente antela muerte que también el uno mismo está determinado desde siempre *como un estar vuelto hacia la muerte*, incluso aunque no esté pensando expresamente en la muerte (39).

La angustia enfrenta el ser-ahí con su ser-en-el-mundo, esto, es, lo saca de su estar caído cabe los entes, de estar absorbido en el mundo. Rompe la familiaridad que el ser-ahí tiene con el mundo y el ser-en pasa al modo existencial del no-en-su-casa, de la inhospitalidad (40). Por tanto, la posibilidad de muerte del ser o de alguien o algo relacionado al ser genera angustia, sacándolo de su mundo habitual llamado cotidianidad para enfrentarlo al mundo.

Toda intervención quirúrgica es un acontecimiento desconocido que irrumpe en la vida cotidiana del paciente y sus familiares, constituyendo una amenaza a su integridad física y psicológica. Las ideas que los familiares tienen respecto de la cirugía están impregnadas de creencias y fantasías que provocan temores y una carga excesiva de angustia, impidiéndoles transitar por esta situación con un control emocional y recuperación adecuados. La angustia de los familiares está relacionada con la posibilidad más propia del ser: la muerte; pero para que éste ser se angustie acerca de algo y/o de alguien es menester que esté en relación con el mismo ser; así los familiares se angustian ante la posibilidad de muerte de su paciente, el cual está relacionado muy íntima y únicamente con el ser del familiar.

Enfermería es una profesión que convive en su quehacer diario con la posibilidad de muerte del ser, además es testigo fehaciente de cómo esta posibilidad genera angustia en el paciente y los familiares. Por ello, tenemos que buscar e indagar en nosotros mismos y en nuestros pacientes la desazón que implica la angustia como un camino de seguridad a la muerte del ser, en tanto es capaz de ponernos a nosotros mismos y a los familiares frente a la desnudez del mundo.

Por otro lado, Enfermería tiene responsabilidades éticas sociales tanto para el paciente como para sus familiares, poniendo como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones. Por tanto, el cuidar a los familiares se convierte en un reto profesional, ya que nos salimos de los esquemas del cuidado clásico, donde el paciente es nuestro centro de atención, excluyendo por completo a la familia. Este trabajo implica una gran responsabilidad, compromiso, sentido común, creatividad, continuidad en la atención, cuidado integral y trabajo interdisciplinario.

### **III. METODOLOGÍA:**

#### **3.1 Tipo de investigación: Cualitativa**

Enfermería, como una profesión al cuidado de las personas, necesita profundizar las vertientes del conocimiento que le permitan comprender el complejo mundo “de las experiencias vividas desde el punto de vista de las personas que la viven”, mediante el desarrollo del pensamiento crítico en la atención de enfermería (41).

De allí que el objetivo principal del enfermero investigador es el de interpretar y construir los significados subjetivos que las personas atribuyen a su experiencia cotidiana. Por ello, al igual que en otros países latinoamericanos, se valora la importancia de aprender y explorar la investigación cualitativa, que representa el camino más coherente en el logro del objetivo de esta investigación que pretende conocer, comprender e interpretar la experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico (41, 42).

La investigación cualitativa que se fundamenta en el paradigma constructivista, considera la participación del ser humano en una situación, entendiendo que la realidad no es externa a las personas, sino construida, es decir que por medio del pensamiento y la acción se da forma al mundo que rodea a las personas. Los seres humanos, son por tanto, creadores y activos del mundo social; atribuyen significados subjetivos a los eventos y actúan de acuerdo con estas interpretaciones, las cuales se modifican en el propio proceso de relación con los demás (41, 43).

En este tipo de investigación no se busca la explicación ni la predicción, sino la comprensión desde la perspectiva de adentro de las personas que viven una experiencia dada, a través del ver y sentir del otro. De esta manera, comportamientos que a primera vista parecen irracionales e inexplicables mirado desde el lugar de los actores tienen un sentido, permitiéndose así entender las diferentes conductas de las personas investigadas. Por consiguiente la metodología cualitativa no mide un fenómeno, sino que lo describe y lo interpreta para que se conozca de manera más compleja y profunda (41-43).

### **3.2 Método de la investigación:** Fenomenología Hermenéutica.

Considerando que el rigor epistemológico exige un conocimiento basado en los principios filosóficos que sustenten el análisis de los discursos, lo cual nos permita la captación del fenómeno de la experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico; el estudio se basará en las ideas del filósofo alemán Martín Heidegger, uno de los máximos representantes del existencialismo filosófico.

El significado de fenómeno viene de la expresión griega "phainómenon" que deriva del verbo "pháinesthl". Así fenómeno significa "algo que se muestra o que se manifiesta", fenómeno que está oculto en una experiencia de vida y que luego, se manifiesta siempre que se haya interrogado (44, 45).

La fenomenológica tiene su origen en el pensamiento de Edmundo Husserl, quién propone un nuevo método de pensamiento, que no busca disminuir el rigor científico, sino que lo considera insuficiente. Su nuevo enfoque trata de interrogar el fenómeno directamente intentando describirlo, para lograr su esencia (46). Otro



filósofo destacado fue Martín Heidegger, discípulo de Husserl, quien plantea un estudio de la existencia humana, el hombre es un “Dasein” (ser ahí), situado en un plexo de significados, de sentidos. La existencia es comprender e interpretar (47).

La fenomenología está dirigida hacia el descubrimiento del significado de los fenómenos humanamente experimentados a través del análisis de los discursos de cada sujeto participante en relación al fenómeno en estudio. El conocimiento acerca de la experiencia se amplía permitiendo que el fenómeno se muestre así mismo sin la aplicación de las descripciones predictivas de las metodologías cuantitativas. Aquí se pretende describir las experiencias concretas del sujeto a través de una interrogante, para lograr que el fenómeno aflore en su totalidad presentadas en las descripciones ingenuas del actor. En ellas está la esencia de lo que se busca conocer y de la intencionalidad del sujeto, la cual expresa un carácter esencial de la conciencia que consiste en referirse siempre a un objeto (41, 48, 49).

El ser es el tema fundamental de la filosofía, el concepto de ser es indeterminado y es el más universal y vacío de los conceptos; esto demuestra su propia incomprendibilidad, entonces hay que formular la pregunta que interroga por el sentido del ser del ente. Destacar el ser de los entes y explicar el ser mismo es el problema de la ontología y la forma de tratar esta cuestión es la fenomenológica, es decir la fenomenología es la forma de acceder a lo que debe ser tema de la ontología y la forma demostrativa de determinarlo; por consiguiente la ontología sólo es posible a través de la fenomenología. Ontología y fenomenología son disciplinas que caracterizan a la filosofía por su objeto y su método. La filosofía es la ontología universal y fenomenología que parte de la

hermenéutica del “ser ahí” (Dasein), este último término se refiere a la existencia del ser humano (37).

La fenomenología interpretativa o hermenéutica fue propuesta por Martín Heidegger en 1927, como una metodología filosófica para descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos de una manera diferente a la tradición positivista. El principal objetivo de Heidegger fue entender lo que significa ser una persona y como el mundo es inteligible para los seres humanos. La fenomenología mira las cosas por sí mismas, un fenómeno para él es lo que se muestra por sí mismo, lo que se hace manifiesto y visible por sí mismo. Heidegger reconoce la posibilidad de que un fenómeno puede mostrarse como algo que no es, pero esto no significa que se está mostrando a sí mismo. Heidegger dice eso que es ópticamente muy cercano y bien conocido es ontológicamente lo más lejano y desconocido (50).

La hermenéutica nos enseña los principios, métodos y reglas de la correcta interpretación, de la que Heidegger hace uso para el análisis del “ser ahí” o “Dasein” en la medida que lo analiza en su modo de ser, con miras a alcanzar el ser. La hermenéutica aplica el modelo interpretativo de los textos al ámbito ontológico, pues el “ser” es lenguaje y únicamente este posibilita lo real, porque es el medio a través del cual el “ser” se deja oír. Como diría Heidegger “el lenguaje es la casa del ser, en la morada que ofrece el lenguaje habita el hombre” (38).

Para Heidegger estar en el mundo es existir, los seres humanos tienen un mundo que es diferente al ambiente, la naturaleza o el universo donde ellos viven. Este mundo es un conjunto de relaciones, prácticas y compromisos adquiridos en

una cultura. Heidegger dice que el mundo es dado por nuestra cultura y lenguaje y hacen posible el entendimiento entre nosotros y de los demás (50).

Finalmente, habiendo dado una breve reseña de la forma en que Heidegger trata la fenomenología, es importante mencionar algunos conceptos y categorías de análisis fundamentales usados por Heidegger para interpretar y comprender la “cuestión del ser”, que es su principal interés; estas son: “el ser ahí”, “el ser ahí con”, “ el ser ahí con los otros”, “autenticidad”, “inautenticidad”, “preocupación-ocupación”, “cura-cuidado”, “angustia-temor”, “cotidianidad”, “temporalidad”, entre otros. Algunos de ellos serán tomados en el presente estudio, los cuales servirán de base para interpretar y descubrir la experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico.

### **3.3. Sujetos de la investigación: muestra y representatividad a través de la técnica de saturación o bola de nieve.**

El presente estudio tuvo como participantes a las familiares de primer grado de pacientes operados de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico. Los familiares fueron captados en la sala de espera del Centro Quirúrgico del Hospital Belén de Trujillo, desde la primera semana del mes de Febrero a la última semana del mes de Abril del 2013.

Luego de identificar a los familiares, se contactó con cada uno de ellos, estableciendo una relación empática y de manera sutil se explicó la naturaleza y objetivo de la investigación. Después de obtener su aceptación de participar en el estudio, se ofreció mantener en reserva su identidad y máxima confidencialidad de la información; finalmente se realizó la entrevista en un ambiente que reunió

las condiciones de privacidad, evitando toda clase de interferencias, para lograr una mayor expresión de los entrevistados.

Para delimitar la muestra se usó la técnica de "Bola de Nieve", o definida también como "saturación", que se refiere a que la indagación culminó cuando las entrevistas empiecen a repetirse en su contenido (51).

Las participantes tuvieron las siguientes características:

- Familiares orientados en tiempo, espacio y persona.
- Familiares que acepten y posibiliten la realización de la entrevista.
- Familiares presentes durante el tiempo de espera quirúrgico de su familiar, en el área indicada para dicha espera.
- Familiares directos (padres, cónyuges, hijos).
- Familiares de pacientes intervenidos quirúrgicamente por primera vez.

#### **3.4. Escenario de estudio**

El contexto social donde se desarrolló este estudio fue el Hospital Belén de Trujillo, que cuenta con 462 años de servicio a la comunidad. El servicio de Centro Quirúrgico se encuentra ubicado en la segunda planta física del área nueva del Hospital Belén de Trujillo. Los ambientes con los que cuenta son: ocho quirófanos (seis operativos), unidad de tratamiento de instrumental quirúrgico, almacén de material e instrumental estéril, almacén de muestras patológicas, almacén de enfermería, almacén de anestesia, vestidor para damas, vestidor para caballeros, oficina de médicos residentes, Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA), consultorio de anestesia y terapia del dolor, jefatura del

departamento de anestesia, jefatura de enfermería, vigilancia, secretaria, limpieza y sala de espera.

El servicio de Centro quirúrgico de esta institución es un servicio orientado a brindar atención integral a usuarios que requieren tratamiento quirúrgico de diversa especialidad y complejidad, dentro de los cuales tenemos: neurocirugía, urología, oftalmología, otorrinolaringología, ginecología y obstetricia, traumatología y cirugía ortopédica, cirugía de tórax y cardiovascular, cirugía pediátrica, cirugía plástica y reparadora, cirugía oncológica, cirugía menor ambulatoria, cirugía general convencional y laparoscópica.

Según el libro de registro de operaciones realizadas del servicio de Centro Quirúrgico, el promedio de cirugías mensuales entre programadas y de emergencias es de 434, siendo la producción anual de 5208 cirugías. De ellas, el número de cirugías mensuales de urgencia es de 265, con un promedio anual de 3180 cirugías por año.

El estudio se realizó en la sala de espera del área quirúrgica, ubicada en el pasadizo externo frente a la puerta de ingreso a Centro Quirúrgico. Presenta dos bancas de madera para un total de 10 personas aproximadamente. Esta sala de espera es la confluencia de dos pasillos, el de laboratorio y el del servicio de Hospitalización y Central de Esterilización. No es una sala específica del área quirúrgica, ya que aquí hacen uso de ella personas por diferentes motivos: familiares de pacientes quirúrgicos, familiares de pacientes hospitalizados, usuarios que esperan o acuden al laboratorio central, estudiantes de ciencias de la salud, etc. No existe ninguna sala donde los familiares puedan ser informados sobre el resultado de la cirugía, brindando esta información en mitad de un

pasillo, con todos los familiares propios y ajenos escuchando, privando al paciente de su derecho a la intimidad y a la protección de su confidencialidad.

Dicha sala de espera no está acondicionada para acoger a los familiares en espera de su paciente que está siendo intervenido quirúrgicamente; no cuenta con el mobiliario suficiente, con servicios higiénicos, máquina expendedora de bebidas, pero si cuenta con un teléfono público. En definitiva, la infraestructura no es la adecuada.

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

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

- Observación participante
- Entrevista abierta a profundidad.

La recolección de datos se realizó a través de diferentes métodos o fuentes de datos para controlar la tendencia del observador y los relatos de los informantes. Se tomó notas de campo mediante la observación participante, se permaneció en la sala de espera y se recogió todos los datos que nos aporte la observación de los familiares en la situación descrita; además se realizó entrevistas abiertas a profundidad, en las que se recogieron datos sobre los aspectos pertinentes del estudio.

Las primeras entrevistas fueron entrevistas piloto, las cuales sirvieron para posibles reorientaciones sobre el tema, ya que se fue combinando las notas de campo, las entrevistas, la transcripción y análisis de las mismas, con objeto de reconducir la investigación si los datos recabados así lo orientan. La duración de

la entrevista fue alrededor de 30-45 minutos, además fue grabada previo consentimiento escrito del entrevistado. El número de entrevistas realizadas fue de siete, lo cual fue determinado por el criterio de saturación de la información.

### **Instrumentos de recolección de datos**

La recolección de datos se realizó a través de la entrevista abierta a profundidad (Anexo 01), además de la observación participante, aplicados a los familiares que posibilitaron y aceptaron las mismas, previa información de los fines del estudio.

### **Procedimiento**

Para la aplicación del presente estudio de investigación se tramitó la autorización correspondiente de la Dirección y del Departamento de Enfermería del Hospital Belén de Trujillo; una vez conseguida la autorización, se dialogó con la Enfermera Jefe del servicio de Centro Quirúrgico para acordar las fechas de las entrevistas.

La aproximación a los familiares se realizó en la misma sala de espera. La investigadora conoció de antemano la identidad del paciente intervenido, que es familiar del informante a abordar. El momento elegido para el contacto y realización de la entrevista, fue justo después del informe médico al familiar, aunque esto no fue definitivo, según criterios de análisis de datos previos.

En un primer paso, la investigadora se presentó e identificó, luego se explicó los motivos e intenciones de la investigación, así como todos los aspectos éticos: que es voluntario, que se garantiza el anonimato, que será grabada previo

consentimiento y que él siempre puede retractarse, si en algún momento no está de acuerdo con algo, es decir, tiene la última palabra. Se le describió el lugar de la entrevista, el cual reúne las condiciones de privacidad, solicitándole que acompañe a la investigadora si acepta las condiciones.

Se procedió a realizar la entrevista personal lanzando la pregunta de rigor, permitiendo que el participante se exprese libremente y sin interrupciones; para que los discursos sean narrados en toda su dimensión. Cuando el sujeto respondió con frases cortas, se procedió a reiterar la pregunta orientadora o utilizar frases como "¿Qué más?", "Continué"; de tal forma que nos permitió llegar a la aprehensión del significado o develamiento del fenómeno.

Los discursos fueron identificados con nombres asignados por la investigadora. Más adelante, todos los discursos fueron transcritos integralmente, en su forma original, tal y conforme nos narraron los participantes; tomando en cuenta los usos y costumbres de la lengua castellana, ordenándolos y codificándolos a manera de preservar el anonimato de los autores. La presentación de los discursos fue de acuerdo al orden de la entrevista.

### **Procesamiento**

El análisis de las descripciones se realizó en forma simultánea al recojo de información, cada entrevista fue procesada de acuerdo a la trayectoria metodológica de las investigaciones cualitativas.



## **Momentos de la trayectoria fenomenológica**

La investigación fenomenológica considera cuatro momentos para construir la trayectoria fenomenológica que a continuación se describe:

### **A. Descripción fenomenológica**

El primer momento se inició identificando a los participantes a entrevistar, se realizó la pregunta de rigor y se dejó al participante expresar libremente sus experiencias de vida que tiene. Luego se realizó la descripción fenomenológica que constituye el resultado de la relación dialógica que se da entre un sujeto y otro, a través del discurso que muestran las percepciones que tienen las personas sobre el fenómeno.

### **B. Reducción fenomenológica**

Es el segundo momento de la trayectoria, consistió en seleccionar las partes esenciales de la descripción fenomenológica sobre todo las de interés para la investigadora sin cambiar el sentido de lo expresado, logrando comprender la esencia del fenómeno en estudio, que en este caso es la experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico.

Se estableció los significados, teniendo en cuenta las revelaciones que son interesantes para la investigadora, sobre las percepciones que los participantes tienen de sus experiencias contenidas en sus discursos.

La reducción fenomenológica no consiste en suprimir percepciones presentes en los discursos, sino de rescatar la esencia de las afirmaciones

espontáneas sin cambiar el sentido de lo expresado, dejando de lado los preconceptos.

### **C. Análisis vago y mediano**

Es un análisis interpretativo de mediano alcance con la finalidad de buscar significados de los discursos obtenidos. Esta fase comprende la identificación de unidades de significado, las cuales fueron interpretadas considerando el sentido de las unidades.

En el sentido de la facticidad que preconiza Martín Heidegger en su obra “Ser y Tiempo” es que toma lugar la búsqueda del sentido o de los significados; en dicha búsqueda, se trata de tamizar, discriminar, ordenar, clasificar y codificar los discursos identificados.

Establecer las unidades de significado en un trabajo sistemático permitió indagar exhaustivamente sobre esa condición de develar el ser que estamos buscando, que no queda acabado sino en una especie de medio camino, preparando para el gran salto fenomenológico, que constituye el siguiente paso.

### **D. Análisis hermenéutico**

Constituye la última fase en este proceso y es el análisis comprensivo en sí, basado en la yuxtaposición de las unidades de significado analizadas en el proceso de análisis vago y mediano; con las ideas contenidas en la obra de Martín Heidegger: “Ser y tiempo”, buscando develar el significado del

DASEIN dado por el ser-ahí de la experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico.

### **3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico**

La investigación cualitativa se basa en ciertos criterios que tienen como finalidad velar por la calidad y objetividad de la investigación. En el presente trabajo se consideró los siguientes criterios:

#### **A) Rigor**

En la investigación realizada por Fernández (18), se consideró a la credibilidad y auditabilidad como criterios científicos, los cuales también fueron aplicables para esta investigación:

##### **a) Credibilidad**

Se siguieron los pasos necesarios para evaluar y mejorar constantemente la confianza en que la información que se obtenga se apege a la verdad y cumpla con el objetivo propuesto. Por ello se contó con la observación y el chequeo de los informantes, tratando de contrastar la versión de la investigadora acerca de lo que ha creído detectar en los discursos de los sujetos de investigación.

##### **b) Auditabilidad**

Significa que cualquier lector u otro investigador pueden seguir la sucesión de eventos de este estudio en el entendimiento de su lógica.

## **B) Ética**

Se tuvieron en cuenta los 3 principios éticos del reporte de Belmont; citado por Polit y Hungler (52).

### **a) Principio de Beneficencia**

Los sujetos de la investigación no serán expuestos a situaciones o experiencias con las cuales pudieran resultar perjudicadas por los secretos revelados durante las grabaciones, los cuales son confidenciales y sólo utilizadas para fines de investigación.

### **b) Principio de Respeto o Dignidad Humana:**

Cada sujeto decidirá en forma voluntaria su participación o no en la investigación, además de estar en facultad de rehusarse en cualquier momento a continuar dicha participación. Adicionalmente recibirán información completa y clara sobre la investigación a realizar.

### **c) Principio de Justicia**

La información que se recolectará durante el curso de la investigación se mantendrá en estricta confidencia por lo que cualquier información no será reportada en público ni será accesible a otras partes que no sean las involucradas en la investigación.

## **IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1 Presentación de resultados**

#### **El significado de las estructuras esenciales**

Para llegar a esta etapa se recorrió un largo y difícil camino, rico en experiencias nuevas e impactantes. Al principio, durante la entrevista a los sujetos de estudio, fue necesario superar algunos prejuicios y sentimientos: ansiedad, nerviosismo, etc. Fue preciso, en varias ocasiones, un esfuerzo de concentración, para tener en claro el objeto de estudio y no desviar el foco de interés. Luego, se presentó la dificultad para desarrollar el análisis de los discursos y buscar las unidades de significado, tratando de buscar una explicación de los hechos, y así llegar al contexto de la comprensión.

Durante la interacción con los sujetos de estudio, fue imposible no sensibilizarse con cada relato escuchado, con cada sentimiento encontrado; algunas de las situaciones descritas eran similares a historias personales o conocidas. Era inevitable pensar en la posibilidad de que en cualquier momento se tendría que afrontar la experiencia de ser familiar de persona operada de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico.

Después de la transcripción de cada una de las declaraciones, se inició el primer análisis exhaustivo denominado vago y mediano, para llegar finalmente a la comprensión hermenéutica. En este análisis fue necesario realizar varias lecturas de los testimonios, acompañado de las consultas de las notas de campo, para una mejor aproximación al “dasein” de los entrevistados.

Posteriormente, para entender el significado de las expresiones de los sujetos de estudio, fue necesario recurrir a la empatía. Según Carvalho (53), la captura de los significados está mediada por la empatía que marca el encuentro entre el investigador y el sujeto de investigación. Es por la empatía, que un ser está dispuesto a escuchar, comprender y aprender de otro ser.

Finalmente, fue necesario leer los testimonios repetidas veces con la finalidad de capturar las estructuras esenciales, destacando los significados relacionados con la experiencia de ser familiar de persona operada de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico. De esta manera fue posible acercarse a la dimensión existencial, a la presencia ontológica.

### **Comprensión vaga y mediana**

Después de explicar cómo se estructuraron las unidades de significado, como se realizó la comprensión de los significados para distinguir las estructuras esenciales de estructuras casuales / accidentales. Así que a través de los testimonios, las estructuras de significado se agruparon en unidades de significado. A continuación, se presentan las unidades de significado obtenidas en el sentido de ser familiar de persona operada de urgencia durante la espera quirúrgica:

## UNIDAD DE SIGNIFICADO I

### MIEDO A LAS COMPLICACIONES Y/O MUERTE DE UN FAMILIAR DEBIDO A UNA CIRUGÍA DE URGENCIA

*... empecé a sentir el miedo ya cuando ella ingresa, y no era tanto al verla a ella así llorar o asustarse sino sentía yo el miedo a que de repente pudiera salir algo mal empecé a dudar de lo que ya estaba firme, empecé vuelta a quebrarme cuando ya estaba dentro de sala y bueno pero... bueno trate de darle fuerza...*

**Nataly**

*... al sentarme allí en la banca a esperar allí empezó mi angustia, me he sentado y estaba pensando que puede pasar... está pasando algo malo, porque me dijeron es cuestión de media hora, paso ya la media hora y no me dicen nada...*

**Nataly**

*Con miedo porque los doctores lo atiendan con paciencia, más que todo por la operación, los doctores dicen que la operación es algo simple ¿no?, pero hay veces que por más simple que sea se puede ¿no? complicar... hay problemas, uno no sabe lo que va a pasar.*

**Sofía**

*Tengo miedo a la muerte y a las complicaciones...se murió en mis brazos mi niña y volver al hospital lo he vuelto a revivir todo... y ese ha sido mi miedo. Como la asistenta me dice: ... Usted tiene que ser valiente y demuestre que Usted lo quiere a su hijo. Y eso es lo que estoy haciendo, darme fuerzas yo misma...*

**Luisa**

*Es la primera vez que operan a mi mamita, tengo miedo a que no vaya a salir de la operación, que pueda complicarse... ...Tengo miedo a la muerte...*

**Roxana**

*Porque una operación pone en riesgo su vida señorita, uno no sabe como saldrá la operación, tantas cosas que se escuchan...incluso mi hermana podría quedar mal o podría morir.*

**Esther**

*Tengo miedo a que mi hijo sufra, a que se le pase la anestesia al médico, a que lo opere mal, a las complicaciones, a las secuelas que puede tener mi hijo por el choque, tengo miedo a que mi hijo no resiste y muera.*

**Magdalena**

*Dios si le pasa algo malo a mi hijo yo me muero, mi hijo es mi razón de ser, es todo para mí, sin él yo no tengo nada, sin él no tengo porque vivir.*

**Magdalena**



## UNIDAD DE SIGNIFICADO II

### LA FALTA DE INFORMACIÓN OPORTUNA Y CLARA POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD INCREMENTA LA ANGUSTIA DE LOS FAMILIARES

*... y salió el médico cansado sin palabras me acerque a hablarle y me dijo que todo está bien y que todo está bien , lo hemos extraído eso han sido unas pepitas fecales está muy bien y se retiro ... pero yo quería un poco más , como de repente ya está dormida no se preocupe ... ya va a despertar en un momento , me senté de nuevo así preocupada ... y dije y ahora a qué hora despierta que tiempo tiene de anestesia en su cuerpo ...*

**Nataly**

*...pero de repente sería muy bonito que haya alguien que de repente nos comunique no? quizá todo lo que está pasando pero si de una manera salió bien, allí de inmediato no? salió bien y todo está bien ...Yo como mamá quisiera me informaran un poco más rápido de lo que está pasando...*

**Nataly**

*Yo solo espero me informe y que me deje verla, ¿no? Así estaré tranquila...pero tengo que tener calma.*

**Margarita**

*Yo quisiera un lugar más amplio, más que todo donde el doctor me informe después de que termine la cirugía.*

**Sofía**

*Yo además tengo fe que el médico me va a informar...yo sé... tengo confianza que sí, porque yo sé que son buenos los doctores...*

**Luisa**

*...aunque el médico todavía no me ha dicho como salió la operación, pero yo espero que me diga que todo salió bien.*

**Roxana**

*... no lo entendí mucho, dijo que era algo así como una cirugía para ver que tiene en la barriga, probablemente dijo que estaba sangrando por dentro y que si no la operaba se podría morir mi hermana...*

**Esther**

## UNIDAD DE SIGNIFICADO III

### CONFIANZA EN DIOS PARA QUE CUIDE A SUS FAMILIARES Y GUÍE A LOS MÉDICOS DURANTE LA CIRUGÍA

*Yo lo pongo en manos de Dios, yo sé que Dios me va a ayudar, yo confío en él...como digo este corazón y este pecho que yo llevo aquí es débil pero ... yo confío que él me va ayudar... me va ayudar a salir adelante.*

**Margarita**

*...tener confianza en Dios...yo le estoy pidiendo que bendiga sus manos del doctor que lo va a operar para que todo salga con bien...Como la asistenta me dice: pídale a Dios que él lo puede todo, Usted tiene que ser valiente y demuestre que Usted lo quiere a su hijo. Y eso es lo que estoy haciendo, darme fuerzas yo misma, yo sé que mi padre celestial me va a ayudar.*

**Luisa**

*Tiene que salir bien señorita, mi hermanita tiene que estar bien...Dios me tiene que ayudar, el no permitirá que a mi angelita le pase algo, él no puede permitirlo.*

**Esther**

*No me queda de otra, él es mi única esperanza, mi única fortaleza.*

**Magdalena**

## UNIDAD DE SIGNIFICADO IV

### UNA CIRUGÍA INESPERADA ALTERA EL MUNDO DE LOS FAMILIARES

*... en realidad estaba así nerviosa porque en el momento hubiera preferido una tifoidea o de repente una bacteria en el estómago y saber que con un antibiótico le iba a pasar, ya llegando aquí los médicos la revisaron y dijeron que podría tratarse de una apendicitis...*

**Nataly**

*... luego vino un cirujano el último que vino a verla y la volvió a revisar y dijo que ya se trataba de una apendicitis y que de inmediato se le iba a operar, entonces allí empezó mi preocupación, mi incertidumbre más que preocupación y trataba de que en el momento alguien diga, no se va a operar, por el miedo de que ella nunca ha pasado a un quirófano o hacia esa experiencia...*

**Nataly**

*...me iba para un lado y luego me dije a mi misma todo va a estar bien así en voz alta, yo sé que va a salir bien y me tranquilice en ese momento, pero allí estaba y luego vuelta la desesperación, como que decía si y luego no...*

**Nataly**

*... yo pensaba que iba a regresar a casa con medicinas, pero cuando me dijo la doctora que parecía probablemente una apendicitis, me puse nerviosa...no supe que hacer.*

**Roxana**

*...malísima señorita, yo he estado malísima, me atacó a los nervios, yo soy muy nerviosa, el médico me dijo que todo iba a salir bien, pero yo aún así tenía miedo a que no salga bien.*

**Esther**

*Me siento muy mal...es lo peor que me puede pasar, que no daría por ser yo la que está en esa camilla y no mi hijo...ahora él está operándose y yo estoy muriendo aquí.*

**Magdalena**

*Ay como no voy a sentir si es un gran dolor para mí. Es mi única hermana, después tengo un hermano, pero ella es la única que me ayuda a mí, es como si fuera mi brazo derecho.*

**Margarita**

*Me siento muy mal...es lo peor que me puede pasar... ahora él está operándose y yo estoy muriendo aquí.*

**Magdalena**

*Sí... porque... no sé... quisiera llorar a gritos...pero tengo que ser fuerte...yo sé que tengo que ser fuerte*

**Luisa**

## **UNIDAD DE SIGNIFICADO V**

### **LA ATENCIÓN INADECUADA INCREMENTA LA ANGUSTIA DE LOS FAMILIARES**

*... le hicieron los análisis e igual se demoraron, mi preocupación avanzaba y avanzaba debido que pasaban las horas y ella seguía quejándose del dolor y luego ya pasado todo esto los análisis nos han entregado ya los médicos le han seguido auscultándola, revisándola...*

**Nataly**

*...creo que salió a darme un papelito de autorización para firma de autorización entonces mi esposo dijo yo ya firme, yo dije pero porque voy a firmar esto vuelta que cosa esta pasando allí... si él dijo que ya firmo le conté a ella, y ella dijo que falta firmar...*

**Nataly**

## UNIDAD DE SIGNIFICADO VI

### LA PUERTA: SÍMBOLO DE ANGUSTIA

*...la angustia me daba fuerzas y luego vuelta que cada vez que habrían esa puerta yo quería que saliera alguien y que de inmediato me digan ya está todo listo su niña está muy bien y a la vez que veía que alguien iba a hablar tenía temor de que vaya a decir así no...*

**Nataly**

*... espero que el médico salga por esa bendita puerta y me diga que mi hermana está bien, yo no me moveré de aquí, aquí esperaré las horas que sea hasta que salga el médico y me diga que mi hermana está bien.*

**Esther**

*Lo único que quiero es verlo a mi hijo, esa puerta se abre y se cierra y nada... Si quisiera verlo pero no está permitido.*

**Luisa**

## **4.2. Análisis y discusión de resultados**

Después de revisadas las entrevistas y analizados los discursos que reflejan el significado expresado por los sujetos de investigación, son relevantes las siguientes proposiciones acortadas, consideradas como unidades de significancia:

### **1. El miedo a las complicaciones y/o muerte de un familiar debido a una cirugía de urgencia**

En estos discursos los familiares expresan el significado de ser familiar de persona operada de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgica. Ellos refieren incertidumbre y desconfianza por que los médicos pongan su mejor esfuerzo y paciencia para realizar la intervención quirúrgica de sus pacientes. Además se observa que a pesar que los médicos expresan comentarios como “la cirugía es algo simple” o “Dios lo puede todo”, la preocupación y el miedo sobrelleva el estado de ánimo de los familiares, sobre todo cuando la cirugía demora más del tiempo previsto señalado por los médicos.

Asimismo, se aprecia que los sujetos de estudio conocen que la intervención quirúrgica conlleva grandes riesgos, constituyendo una amenaza a la integridad física y psicológica de sus pacientes. Frente a esta situación, la reacción más palpable es el sentimiento de miedo ante las probables complicaciones que implica una cirugía y el uso de anestesia, y como resultado de ellos la muerte; sentimiento ya conocido por uno de los sujetos de estudio al traer a la luz su más triste recuerdo relacionado a la muerte de su hija hace algunos años en el mismo



escenario, frente a ello adopta una postura de fortaleza como demostración del gran amor que siente por su hijo.

Por otro lado, se observa que los familiares relacionan el evento quirúrgico con comentarios que han escuchado y situaciones que han observado con anterioridad, todo ello les ocasiona una carga excesiva de temor, impidiendo transitar por esta situación con un control emocional y recuperación adecuados.

Finalmente, uno de los familiares manifiesta que durante la espera de los resultados de la intervención quirúrgica de su paciente, ella se sienten morir; además expresa que si la posibilidad de muerte se hiciera realidad, para ella se acaba la vida, pues es su hijo la razón de su ser, con él se va su esperanza de vida.

## **2. La falta de información oportuna y clara por parte del personal de salud incrementa la angustia de los familiares**

En estos discursos los familiares refieren que la información oportuna y clara referente al estado de salud y resultados de la cirugía por parte del personal de salud que atiende a sus pacientes, les brindaría tranquilidad frente a la experiencia desesperante y a la situación estresante que enfrentan, como es la intervención quirúrgica de sus pacientes. Además, para una de las entrevistadas no es suficiente la información que le brinde el médico sobre el estado de salud de su paciente, ella necesita verla para poder estar tranquila.

Además, dos de los sujetos de estudio refieren que la poca información que les brindó el médico acerca del estado de salud y la intervención quirúrgica de sus pacientes no fue suficiente ni comprendida en su totalidad; esta situación incrementa el estado de angustia en los familiares y se convierte en un obstáculo

para enfrentar la intervención quirúrgica de sus pacientes. Al mismo tiempo, refieren que para ellos es muy importante que el médico les brinde información clara y detallada acerca de los resultados de la cirugía lo antes posible, única condición para sentirse un poco aliviados.

Asimismo, dos de las entrevistadas refieren que a pesar de que aún no han recibido información acerca del estado de salud de sus pacientes por parte del médico, ellas confían en que el galeno les dirá las palabras que tanto ansían escuchar: “señora, todo salió bien; señora, su familiar está bien”.

Del mismo modo, uno de los sujetos de estudio, refiere que quisiera un lugar más amplio donde el médico le pueda informar acerca de los resultados de la cirugía de su paciente. El término amplio podría denotar muchas interpretaciones, basados en la inadecuada infraestructura de la sala de espera quirúrgica, involucrando un lugar cómodo, privado y con los servicios mínimos indispensables para acoger a los familiares.

En consecuencia, los familiares sienten que la información es muy importante para despejar sus dudas y aminorar su angustia; sin embargo, parece que el personal de salud no comprende que la información oportuna y clara brindada a los familiares les ayudaría a enfrentar la situación tan inesperada y desesperante que les tocó vivir.

### **3. Confianza en Dios para que cuide a sus familiares y guíe a los médicos durante la intervención quirúrgica**

En estos discursos se aprecia que ante la situación desesperante y estresante de una intervención quirúrgica de urgencia de sus pacientes, los familiares

recurren a su única y última esperanza como es la confianza en Dios. Frente a la posibilidad de complicaciones y/o muerte de sus seres queridos; ellos se sienten angustiados, débiles e impotentes, por lo que dejan en las manos de Dios el cuidado de sus pacientes mientras están en quirófano, lugar inaccesible para ellos, pero no para Dios en quien han depositado su absoluta confianza.

Asimismo, los familiares son conscientes que es Dios quien tiene la sabiduría y el poder absoluto, y que los médicos, al igual que ellos, tienen limitaciones y son instrumento de su voluntad; por ello ellos imploran a Dios que ilumine y guíe las manos de los galenos para que la intervención quirúrgica sea un éxito y por ende el estado de salud de sus pacientes sea el mejor.

También se aprecia que ante la situación desesperante de la cirugía, uno de las familiares se altera y le exige a Dios que tiene que ayudarla, que él no puede permitir que algo malo le suceda a su paciente; para la entrevistada no existe otra posibilidad, más que la que su paciente salga bien de la cirugía.

En este sentido, cuando la esperanza humana en el conocimiento, la ciencia y la tecnología son incapaces de resolver los problemas y brindar tranquilidad a los entrevistados, la confianza en Dios es lo único que les queda a estos familiares.

#### **4. Una cirugía inesperada altera el mundo de los familiares**

En estos discursos se evidencia que la situación ocasionada por una cirugía de urgencia de un ser querido, es uno de los momentos más difíciles en la vida de estos familiares; este evento altera sus vidas porque simplemente no estaba en sus planes, esto hace que ellos se sientan desesperados hasta el punto de no saber cómo afrontar la situación.

Inicialmente se aprecia que los familiares no imaginaban la magnitud del problema de salud y menos aún imaginaban que sus pacientes serían sometidos a una intervención quirúrgica de urgencia; esto ocasionó un fuerte impacto en ellos, quienes no sabían qué actitud tomar frente a esta situación inesperada.

Asimismo, se observa que los familiares se rehúsan a aceptar la necesidad de someter a sus pacientes a una cirugía de urgencia, guardando hasta el último momento la esperanza de que el diagnóstico médico no haya sido el correcto y que no sea necesario exponer a sus seres queridos a un trauma quirúrgico y anestésico, y que el problema de salud solo sea solucionado con medicamentos; sin embargo cuando el médico les refiere que es necesario una cirugía de urgencia, ellos se ven invadidos por la preocupación e incertidumbre.

Se aprecia también que a pesar de que el personal médico le brinda palabras de aliento y tranquilidad a una de las entrevistadas, ésta no baja su estado de alerta y desesperación ante la posibilidad de que los resultados de la cirugía no sean los mejores.

Finalmente una de las entrevistadas refiere que la intervención quirúrgica de su paciente es lo peor que le pudo suceder, originándole un estado de shock; rogando incluso tomar el lugar de su hijo para evitarle vivir este trauma que pone en riesgo su bienestar e incluso su vida. Obviamente esta situación es la menos deseada, porque en lugar de tener un familiar sereno que pueda tomar decisiones vitales en el estado de salud de su paciente, nos encontramos con un familiar angustiado que solo piensa en su ser querido dentro de un quirófano.

## **5. La atención inadecuada incrementa la angustia de los familiares**

En estos discursos se aprecia que los familiares además de afrontar una cirugía de urgencia de sus pacientes, lo cual les genera angustia, ellos también tienen que afrontar las consecuencias de una atención inadecuada por parte del personal de salud, reflejado en la demora del diagnóstico médico así como en la falta de explicación de los procedimientos correspondientes para la realización de la cirugía.

Igualmente se aprecia que el solo hecho de solicitar una firma en el momento no correcto ni oportuno, incrementa la preocupación y el estado de alerta de los familiares, quienes se preguntan qué está pasando dentro del quirófano y el porqué firmar un documento una vez iniciada la cirugía, relacionándolo incluso con alguna complicación de la cirugía.

## **6. La puerta, símbolo de angustia**

En estos discursos los familiares manifiestan que la espera es desesperante, cada segundo sentadas en esa banca es muy angustiante, sus mentes y corazones están atrapados en la idea de que sus pacientes están sometidos a una intervención quirúrgica, condición que los pone en los límites de la vida y la muerte. Asimismo, el estado de angustia se incrementa aún más cuando esa puerta se abre y se cierra frente a ellas, y no obtienen ninguna información acerca del estado de sus seres queridos.

Así, la mencionada puerta pasa de ser una barrera física a una barrera psicológica, ellas sienten que de no existir esa “bendita puerta”, estarían al lado de sus hijos compartiendo con ellos el trauma quirúrgico y anestésico que tienen que

enfrentar; así, la puerta se convierte en un símbolo de impotencia, en un símbolo de angustia.

### **Experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante la espera quirúrgica**

Después del análisis de los datos que se han obtenido, se procede a iniciar la interpretación hermenéutica, en donde se trata de encontrar una relación entre lo manifestado por los participantes y el pensamiento filosófico de Martín Heidegger.

La interpretación comprensiva permite develar el sentido del comportamiento de quienes buscamos conocer, a partir del cuestionamiento del ser. En el caso de la presente investigación, este intento demandó una comprensión del universo óntico de la experiencia de familiares de personas operadas de urgencia durante el tiempo de espera quirúrgico; para ello se parte de la dimensión óntica en dirección a la ontológica, de la totalidad a la singularidad del ser.

Heidegger (54), manifiesta que la interpretación comprensiva busca la respuesta a la pregunta acerca del sentido del ser en general y antes la posibilidad de hacer en forma radical esta pregunta fundamental de toda ontología. Así, si queremos darle un sentido a las experiencias del Dasein es imprescindible recurrir a ella.

Una de las experiencias más fuertes en la vida de las personas es la entrada a un quirófano para ser sometidas a una intervención quirúrgica, Una mezcla de miedo, respeto, duda, esperanza, soledad y valor hacen que las personas estén en un estado de angustia e incertidumbre. Este contexto de sentimientos y conductas

se intensifica aún más cuando el paciente es **sometido a una cirugía de urgencia, donde existe mayor riesgo de complicaciones e incluso de muerte;** acontecimiento desconocido que irrumpe la vida cotidiana del paciente y de los familiares.

Esta experiencia única para el ser determina según Rivera (39) que *“Los estados de ánimo se estropeen y puedan cambiar, probando que el Dasein está siempre anímicamente templado”*. Además para el autor, *“...la disposición afectiva no sólo abre al Dasein en su condición de arrojado y en su estar-consignado al mundo ya abierto siempre con su ser, sino que ella misma es el modo existencial de ser en el que el Dasein se entrega constantemente al mundo y se deja afectar de tal modo por él, que en cierta forma se esquivo a sí mismo”*.

Los familiares que afrontan la cirugía de urgencia de sus pacientes **sienten su existencia alterada**, esto hace que ellas entren en desesperación, porque su estado emocional no está preparado para estas circunstancias y depende de otros ser ahí para que resuelvan este problema existencial; es allí donde los familiares sienten angustia por que la muerte está cercana para su seres queridos, ellos sienten que de ocurrir así, una parte de ellos existencialmente también va a morir.

Según Heidegger (54), *“La angustia coloca al ser-ahí frente a la nada de la existencia. Todo ser ahí puede ser afectado por la angustia, disposición fundamental y rara de la existencia originaria que revela un dato del ser-ahí que ha sido lanzado al mundo en la existencia, sin tener por eso optado. En cualquier momento, la angustia puede surgir y revelar al ser-ahí mediante su condición original que le revela su aislamiento, su soledad”*.

En el mismo sentido, Rivera (39) esclarece que *“El estar vuelto a otros es sin duda ontológicamente diferente del estar vuelto a las cosas que están allí. El otro ente tiene, él mismo, el modo de ser del Dasein. En el estar con otros y vuelto hacia otros hay, según esto, una relación de ser de Dasein a Dasein. El coestar consiste en haber hecho ver que el carácter del sujeto del propio Dasein y del Dasein de los otros se determina existencialmente, esto es, se determina a partir de ciertas formas de ser”*.

Nuestra existencia es preocupación surgida de la angustia de vernos proyectados en un mundo en el que tenemos que ser a nuestro pesar. Provenimos de una nada y nos realizamos como un proyecto encaminado hacia la muerte, por eso, la angustia es constitutiva del Dasein, porque es la condición de un ser caído y solitario que no puede contar con Dios ni remedio alguno a su condición.

Rivera (39) expresa que *“...sólo la angustia se da la posibilidad de una apertura privilegiada, porque ella aísla. Este aislamiento recobra al Dasein sacándolo de su caída, y le revela la propiedad e impropiidad como posibilidades de su ser. Estas posibilidades fundamentales del Dasein, que es cada vez el mío, se muestran en la angustia tales como son en sí mismas, no desfiguradas por el ente intramundano al que el Dasein inmediata y regularmente se aferra”*.

En la interpretación del pensamiento de Heidegger, Gaus (55) explica que *“El Dasein esté entregado a la responsabilidad de su muerte y ésta es por tanto inherente al ser en el mundo, no tiene el ser ahí inmediata y regularmente un saber expreso ni teórico. El estado de yecto en la muerte se le desemboza más original y más perentoriamente en el encontrarse de la angustia. La angustia ante la muerte es angustia ante el poder ser más peculiar, irreferente e irrebasable”*.



El primer aspecto de la muerte que se nos impone es su carácter insuperable. La muerte, a diferencia de las otras posibilidades de la existencia, no sólo es una posibilidad a la cual el Dasein no puede escapar, sino que, frente a toda otra posibilidad, está caracterizada por el hecho de que más allá de ella nada más le es posible al Dasein como ser en el mundo. La muerte es la posibilidad más propia del Dasein: esto se puede ver atestiguado por el hecho de que todos mueren, es decir, que esa posibilidad es coesencial al Dasein; pero la raíz del hecho empírico de que todos mueren es la circunstancia de que la muerte es la posibilidad más propia del Dasein en cuanto lo afecta en su mismo ser, en su esencia misma de proyecto.

Al respecto, Gaus (55), en su interpretación de muerte, manifiesta que “...*en su más amplio sentido no es un hecho dado, es un fenómeno de la vida, que hay que comprenderlo existencialmente. La muerte, en cuanto fin del ser-ahí es la posibilidad más peculiar, irreverente, cierta y en cuanto tal indeterminada e irrebasable del ser-ahí...*”.

Rivera (39), agrega que “*La muerte se revela así como la posibilidad más propia, irrespectiva e insuperable. Como tal, ella es una inminencia sobresaliente. Su posibilidad existencial se funda en que el Dasein está esencialmente abierto para sí mismo, y lo está en la manera del anticiparse-a-sí. Este momento estructural del cuidado recibe en el estar vuelto hacia la muerte su más originaria concreción. La muerte es una manera de ser de la que el Dasein se hace cargo tan pronto como él es. Apenas un hombre viene a la vida ya es bastante viejo para morir*”.

Debemos hacernos responsables de nuestra propia vida, asumir nuestra propia muerte sin dejarnos fagocitar en nuestra relación con los objetos y sus funciones. La vida inauténtica nace del ocultamiento de lo terrible de nuestra condición. La autenticidad consiste, según Heidegger, en reconocer que somos un ser para la muerte, única vía de acceso a la libertad.

Captando la singularidad del pensamiento de Heidegger, solo somos auténticos si aceptamos la muerte como posibilidad única y certera para el ser humano. Pero si estas reflexiones las aplicamos a nuestra vida, la posibilidad de muerte nos angustia, y nos angustia más aún si pensamos en la posibilidad de muerte de un ser al cual estamos unidos por lazos de afecto y consanguinidad.

Rivera (39) sostiene que *“El hecho de que muchos inmediata y regularmente no quieran saber nada de la muerte no debe presentarse como prueba de que el estar vuelto hacia la muerte no pertenece universalmente al Dasein, sino que sólo prueba que el Dasein inmediata y regular-mente se oculta su más propio estar vuelto hacia la muerte, huyendo de ella”*.

Gaus (55) también sostiene que *“El cotidiano ser relativamente a la muerte es en cuanto cadente una constante fuga ante él. El ser relativamente al fin tiene el modo de esquivarse ante él embozándolo, comprendiéndolo impropriamente e interpretándolo torcidamente...”*.

Así, los familiares que enfrentan la intervención quirúrgica de sus pacientes viven siendo inauténticos, porque simplemente no aceptan la posibilidad de muerte como la posibilidad más propia, irrespectiva e insuperable del Dasein; y es allí donde ellos sienten angustia ante la posibilidad más cierta del ser ahí arrojado

en el mundo. Ellos no comprenden que la relación que más honda y generalmente determina el sentimiento de nuestra existencia es la de la vida hacia la muerte.

En el pensar de Heidegger, Rivera (39) explica que *“La cotidianidad nos urge a dedicar-nos a los quehaceres apremiantes y a cortar las ataduras del cansado y ocioso pensamiento de la muerte (...). Y de esta manera el uno encubre lo peculiar de la certeza de la muerte: que es posible en cualquier momento. Esta fáctica tendencia encubridora confirma la tesis de que, en cuanto fáctico, el Dasein está en la no-verdad”*.

*“Uno sabe de la muerte cierta y sin embargo no es cierto propiamente de ella. La cadente cotidianidad del ser ahí conoce la certidumbre de la muerte y sin embargo esquivo el ser cierto. Pero este esquivarse atestigua, con el fenómeno de aquello ante que se esquivo, que la muerte tiene que concebirse como posibilidad más peculiar, irreverente, irrebable y cierta”* (55).

Los familiares que experimentan la angustia por la posibilidad de muerte de sus pacientes no tienen los elementos necesarios para tomar una decisión apropiada; esto hace que su existencia transite por un camino lleno de inseguridad y de miedo, porque no saben a qué atenerse con respecto a los otros ser ahí que conforman la mundaneidad de su mundo.

En esta existencia alterada, Rivera (39) asume que *“El desencadenamiento fisiológico de la angustia sólo es posible porque el Dasein se angustia en el fondo de su ser...El morir es nivelado a la condición de un incidente que ciertamente hiere al Dasein. También el Dasein de los otros, al alcanzar en la muerte su integridad, es un no-existir-más, en el sentido de no-estar-más-en-el-mundo. En el morir de los otros se puede experimentar ese extraño fenómeno de ser que cabe*

*definir como la conversión de un ente desde el modo de ser del Dasein (o de la vida) al modo de ser del no-existir-más”.*

Gaus (55) complementa la idea de Rivera, al mencionar que *“La muerte se desemboza sin duda como una pérdida, pero más bien como una pérdida que experimentan los supervivientes”.*

La angustia enfrenta el ser-ahí con su ser-en-el-mundo, esto es, lo saca de su estar caído y/o absorbido en el mundo. Rompe la familiaridad que el ser-ahí tiene con el mundo y el ser-en pasa al modo existencial del no-en-su-casa, de la inhospitalidad. Así, la posibilidad de muerte del ser o de alguien relacionado al ser genera angustia, sacándolo de su mundo habitual llamado cotidianidad para enfrentarlo al mundo.

*“En la angustia uno se siente desazonado. Con ello se expresa, en primer lugar, la peculiar indeterminación del nada y en ninguna parte en que el Dasein se encuentra cuando se angustia. Pero, la desazón mienta aquí también el no-estar-en-casa [Nichtzuhausesein]” (39).*

De esta manera, el familiar vive siendo preocupado-ocupado constante de su ser-ahí por otro ser-ahí que está en un mundo del cual él no tiene conocimiento cierto; por tanto el familiar vive angustiado y no le queda más que confiar en otros-ser-ahí y vivir en condición de dependiente de otros-ser-ahí. Así, Rivera (39) fundamenta lo anteriormente mencionado al aclarar que *“...todos los comportamientos del hombre están marcados ópticamente por la preocupación y regidos por una dedicación a algo”.*

Por otro lado, la **falta de información oportuna y clara referente al estado de salud y resultados de la cirugía**, cuando la operación ha finalizado o además

de una **atención inadecuada por parte del personal de salud** (otro ser ahí) que atiende a sus pacientes, **genera que la angustia se incremente**. Los familiares ante estos acontecimientos adversos se sienten impotentes, desolados; tratando de entender lo que está sucediendo con sus pacientes, ideas basadas en eventos anteriores o relatos escuchados. Todo este contexto de sentimientos e ideas solo tiene como resultado un familiar que no afronta la cirugía de su paciente de la mejor manera posible, convirtiéndose incluso en un obstáculo para el cuidado de sus seres queridos.

Chalifour (20) sustenta al respecto que la relación de ayuda de la enfermera, es esencialmente comunicativa, por lo que resulta imprescindible cuidar el proceso de la comunicación, en especial cuando se produce en situaciones en las que existe una fuerte carga emocional como son las situaciones relacionadas a enfermedades, hospitalizaciones y cirugías. Además, al interactuar con la persona que sufre, podemos observar que muchos de los síntomas que manifiesta, son llamadas de atención de necesidad de comprensión, de cariño, de problemas no resueltos, de miedos, entre otros muchos mensajes afectivos; que de algún modo se somatiza y afecta a los pacientes y familiares.

En estos momentos de angustia y desesperación, solo les queda asumir una actitud de espera, y en esa actitud de espera es donde la fe toma protagonismo. Los familiares son conscientes de que el poder del conocimiento y la tecnología es limitado, pues si lo humanamente no es posible, la única esperanza que les queda es la verdad absoluta; por ello depositan su absoluta **confianza en un ser supremo: Dios, para que cuide a sus pacientes y guíe a los médicos durante la cirugía** de sus seres queridos.

Argumentado esta realidad, Rivera (39) expresa que *“Cuando el Dasein se deja absorber por una inclinación, lo que propiamente ocurre no es que sólo se dé una inclinación, sino que la estructura entera del cuidado queda modificada. Enceguecido, el Dasein pone al servicio de la inclinación todas sus posibilidades”*.

La espiritualidad contiene los principios religiosos morales y éticos que guían la existencia. Es de alguna manera la base de las motivaciones primarias y de las reglas que rigen y guían nuestras elecciones existenciales, que nos ayudan a reconocer nuestra verdadera naturaleza y lo que es bueno y malo para nosotros. En otros términos, contiene y tiene las respuestas esenciales que damos de manera más o menos consciente, el sentido que damos a la vida, a la muerte, a la soledad, a nuestro fin y a nuestro deseo de asumir de forma responsable nuestra libertad (20).

En estos momentos de espera, el familiar se siente impotente y desesperado, imaginando y rechazando todas las posibilidades que les podrían acontecer a sus pacientes. Su **estado de alerta y angustia se incrementa al observar aquella puerta**, que más que una barrera física, constituye una barrera psicológica; de no existir, ellos estarían al lado de sus seres queridos para protegerlos, incluso para dar su propia vida si fuera necesario.

En este sentido, Gaus (55) desilusiona al Dasein al afirmar que *“Nadie puede tomarle a otro su morir (...). Tal morir por... no puede significar nunca que con él se le haya tomado al otro lo más mínimo su muerte. El morir es algo que cada ser ahí tiene que tomar en su caso sobre sí mismo”*.

Así, la preocupación y angustia de los familiares está relacionada con la posibilidad más propia del ser: la muerte; pero para que éste ser se angustie acerca de algo y/o de alguien es menester que esté en relación con el mismo ser; así el familiar se angustia ante la posibilidad de muerte de su paciente, el cual está relacionado muy íntima y únicamente con el ser del familiar; además los sentimientos de angustia se agudizan aún más, al no obtener información oportuna y clara sobre el estado de salud de su paciente y al no obtener una atención adecuada. De esta manera, queda develado el ser-ahí como el ser preocupado y ocupado en la totalidad de su existencia dependiente del ser-ahí-con, en este caso su paciente que está siendo intervenido quirúrgicamente; preparando finalmente su existir para aceptar la muerte como posibilidad más propia del Dasein.

## **V. CONSIDERACIONES FINALES**

Toda intervención quirúrgica es un acontecimiento desconocido que irrumpe en la vida cotidiana del paciente y sus familiares, constituyendo una amenaza a su integridad física y psicológica. Este acontecimiento genera sentimientos y emociones diversas, dentro de ellos encontramos a la angustia generada como posibilidad de muerte de un ser querido.

La angustia que experimentan las familiares tiene su fundamento en la posibilidad de muerte de sus pacientes sometidos a una intervención quirúrgica de urgencia, ser-ahí que vive preocupado-ocupado por otro ser-ahí al cual está relacionada muy íntima y únicamente, pues si la existencia de su paciente, la existencia del familiar también muere.

Los familiares que enfrentan esta situación son inauténticos porque simplemente no aceptan la muerte como posibilidad más propia, irrespectiva e insuperable del Dasein. Por otro lado, la falta de información referente al estado de salud y resultados de la cirugía ahondan aún más la condición de inautenticidad. Por lo tanto, el personal de salud se convierte en cómplice de la inautenticidad de los familiares al no brindar información oportuna y clara, y al considerar a los familiares como entes que solamente sirven para proveer medicamentos indicados u otro material y equipo.



Por otro lado, se requiere otro tipo de trabajo y estrategias para lograr mejorar el cuidado a este tipo de usuarios. Adicionalmente, se debe considerar que el personal de salud, incluyendo la enfermera, no está preparado para resolver situaciones o crisis de esta índole, por lo que se requiere una capacitación específica e integral.

Asimismo, se aprecia que el profesional de enfermería no tiene protagonismo en esta experiencia de los entrevistados, situación preocupante considerando que constituimos el mayor porcentaje de trabajadores en una institución de salud, sin dejar de mencionar que en el servicio de Centro Quirúrgico casi el 40% del personal son enfermeras; enfoque que podría ser abordado en otro estudio de investigación

Finalmente, la atención de un caso más y consecuentemente la exclusión de los familiares, es una postura que debe ser revisada con el compromiso de todos los profesionales que componen el equipo asistencial; al tener en cuenta que una experiencia quirúrgica cambia totalmente la vida de toda la unidad familiar.

## Referencias bibliográficas:

1. Amezcua M. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. Cultura de los Cuidados. México; 2000.
2. Palomo M. El estrés del entorno hospitalario y familiar en cirugía. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Argentina. [Internet]. 2003 [acceso: 05 Julio 2013]. Disponible en:  
[www.ilustrados.com/publicaciones/EpZAYukEVphulBcLft.php](http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpZAYukEVphulBcLft.php).
3. Torralba F. Antropología del cuidar. Fundación Mapfre Medicina. Madrid; 2008.
4. Gispert G. Enciclopedia de la Psicología. Harla. España; 1989. p. 570-579.
5. San José A, San José R, Zuza B, Zunzarren F, Luri T. Aspectos de la información preoperatoria al paciente en la cirugía de urgencia. Quirófano Central. Hospital de Navarra. Pamplona. [Internet]. 2005 [acceso: 09 Agosto 2013]. Disponible en:  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/n3/enfera.html>
6. Tardencilla A. Factores de riesgo asociado a Complicaciones Postquirúrgicas más frecuentes en el Servicio de Cirugía General, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. [Internet]. 2005 [acceso: 26 Junio 2013]. Disponible en:  
[http://www.minsa.gob.ni/bns/Monografias/Full\\_text/cirurgia\\_general/fsctores%20de%20riesgo%20posquirugico.PDF](http://www.minsa.gob.ni/bns/Monografias/Full_text/cirurgia_general/fsctores%20de%20riesgo%20posquirugico.PDF).

7. Perdomo R. Anestesiología: Complicaciones quirúrgicas. [Internet]. 2007 [acceso: 29 Junio 2013]. Disponible en:  
<http://www.enfermeriaperu.com/enferquiro/compliquirurgica.htm>.
8. Borges J, Freitag L, Soates E. Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem em Pós-Cirúrgico: Aplicação do modelo de Orlando. Reveste de Enfermagem Universidad Río Janeiro. Año 1. Brasil; 2009.
9. Santos A, Backes V, Vasconcelos M. A assistência humanizada ao cliente no centro cirúrgico: uma experiência apoiada na teoria humanística de Paterson e Zderard. Nursing 2002. Sao Paulo-Brasil; 2002. p: 48: 25-30.
10. Heluy C, Efigenia T, Felipe R. Humanization of caring: Nursing at Surgical Center. Index Enferm. [Revista online]. Spring/Summer 2004, vol.13, no.44-45, p.18-20. 2003 [acceso: 11 Junio 2013]. Disponible en:  
[http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=en&nrm=iso). ISSN 1132-1296
11. Martínez C. Cuando la enfermera acompaña a su familiar enfermo. Archivos de la memoria. Fundación Index. [Revista online]. 2004 [acceso: 26 Agosto 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/anuario1/a0401.php>
12. HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. Manual de derechos del paciente del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD; 2014.

13. Aparicio N. Derechos del paciente. [Internet]. 2014 [acceso: 10 Marzo 2015]. Disponible en:  
<http://www.monografias.com/trabajos82/derecho-pacientes/derecho-pacientes2.shtml>
14. MINISTERIO DE SALUD. Decálogo de los derechos del usuario de los servicios de salud. [Internet]. 2014 [acceso: 10 Marzo 2015]. Disponible en:  
<http://www.fospeme.org/index.php/19-contenido/42-minsa-decalogo-de-los-derechos-del-usuario-de-los-servicios-de-salud>
15. Constitución Política del Perú. [Internet]. 1993 [acceso: 10 Marzo 2015]. Disponible en:  
<http://www4.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Constitu/Cons1993.pdf>
16. Ley General de Salud. Ley N° 26842. [Internet]. 2012 [acceso: 10 Marzo 2015]. Disponible en:  
[ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/L-26842\\_LGS.pdf](ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/L-26842_LGS.pdf)
17. Modificación de la Ley General de Salud. Ley N° 26842. [Internet]. 2013 [acceso: 10 Marzo 2015]. Disponible en:  
[http://www.essalud.gob.pe/cendi/leyes/LEY\\_26842.pdf](http://www.essalud.gob.pe/cendi/leyes/LEY_26842.pdf)
18. Fernández I. Tránsito por la frontera de la muerte. Vivencias del familiar acompañante de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica en el Hospital de Sullana. [Tesis para el optar el grado de Maestra en Salud Pública con mención en Gerencia y Políticas Sociales] Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2005.

19. Ascoy D. “Es un riesgo...pero hay que correrlo” Significado de ser familiar cuidador en espera, en la antesala de centro quirúrgico-Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray-Essalud.2001 [Tesis para optar el grado de Maestra en Enfermería con mención en Salud Familiar y Comunitaria] Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2001.
20. Chalifour J. La relación de ayuda en enfermería. Una perspectiva holística-humanística. SG editores S.A. Barcelona; 1994.
21. Maños Q. La relación de ayuda como técnica interactiva. [Internet]. 2006 [acceso: 13 Marzo 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/169910-241912-1-PB.pdf>
22. Brunner L, Suddarth S. Enfermería Medico Quirúrgica. 8ª ed. España: Mc Graw Hill; 1994. Pp: 1581 – 1587, 865 – 900.
23. Glosario de filosofía. [Internet]. 2012 [acceso: 13 Marzo 2015]. Disponible en: <http://www.webdianoia.com/glosario/display.php?action=search&word=experiencia&type=latest>
24. Sánchez J. Cuaderno de filosofía. [Internet]. 2010 [acceso: 25 Febrero 2015]. Disponible en: [http://www.filosofos.net/temas/tema\\_1/t\\_1\\_5.htm](http://www.filosofos.net/temas/tema_1/t_1_5.htm)
25. Arias J, Aller M. Generalidades médico-quirúrgicas. [Internet]. 2001 [acceso: 25 Febrero 2015]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=u2ohA5RsJhMC&pg=PA269&lpg=PA269&dq=definicion+y+clasificacion+de+intervenciones+quirurgicas&source=bl&ots=RhaMHlxmUc&sig=xFez2QHVwe3x9f3SUKI9bSmhhv>

26. Herrera A. La familia Unidad de Análisis. México: Panamericana; 2002.
27. Diccionario de la Lengua Española de la Real Académica. 23 ed. Madrid: Espacalpe S.A.; 2007. Experiencia-Familia; p.1490, 1522.
28. Hall J. Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas. 1ª edición en español. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
29. Pérez B. El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. Revista Anual Aquichan >NAº2. Facultad de Enfermería-Universidad de La Sabana. [Internet]. 2009 [acceso: 14 Setiembre 2013]. Disponible en: <http://biblioteca.unisabana.edu.co/revistas/aquichan/viewarticle.php?id=77&layout=html>
30. Bustamante S. Enfermería Familiar. Principios de cuidado a partir del saber (in) común de las familias. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2003.
31. Diez E. Semblanza filosófica. [Internet]. 2000 [acceso: 13 Octubre 2013]. Disponible en: <http://www.cibernous.com/autores/existencialismo/teoria/heidegger.html>
32. Dorr O. Angustia, melancolía y creatividad: el caso del poeta Rainer María Rilke. [Internet]. 1998 [acceso 12 Octubre 2013]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/instituto/medicina/boletin/boletin36/disc1.html>
33. Pastorini G. Angustia y miedo. Una perspectiva psicológica desde el análisis existencial. [Internet]. 2002 [acceso 13 Octubre 2013]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/angusty/angusty.shtml>
34. Hernández J. Bioética General. México: Manual Moderno; 2002. p. 257-258.

35. Astudillo W, Mendinueta C. Necesidad de los enfermos en el final de la vida. España. ARS MÉDICA. Revista de Estudios Médico Humanísticos. Universidad Católica de Chile. Vol. 11, N° 11. [Internet]. 2006 [acceso 06 Julio 2013]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica11/Ars08.html>.
36. Adrián J. El joven Heidegger. Asimilación y radicalización de la filosofía práctica de Aristóteles. Logos. Anales del Seminario de Metafísica. Número 3: 179-221. Chile; 2001.
37. Gaos J. El Método Fenomenológico de la Investigación: Ser y Tiempo de Martín Heidegger. Buenos Aires-Argentina. [Internet]. 2001 [acceso 10 Octubre 2013]. Disponible en: <http://personales.cuidad.com.ar/M.Heidegger/serytiempo7htm>.
38. Jiménez M. Hermenéutica de la Facticidad. Universidad de Valencia-España. [Internet]. 2003 [acceso 19 Octubre 2013]. Disponible en: <http://aci/buper.webcindaria.com>.
39. Rivera J. Martin Heidegger Ser y Tiempo. Traducción, prólogo y notas. [Internet]. 2004 [acceso 13 Setiembre 2013]. Disponible en: <http://www.heideggeriana.com.ar/>.
40. Vattimo G. De Introducción a Heidegger: Ser y Tiempo. [Internet]. 2005 [acceso 12 Agosto 2013]. Disponible en: <http://www.heideggeriana.com.ar/comentarios/comentarios.htm>.

41. Muñoz L. Antecedentes sobre la Investigación Cualitativa en Enfermería. Rev. Horizonte de Enfermería. Chile: Universidad Austral de Chile; 1995. p. 19-24.
42. De La Cuesta C. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. [Internet]. 2007 [acceso 11 Octubre 2013]. Disponible en: <http://tone.udea.co/revista/sep97/carácter.htm>
43. Rodríguez J, Gil J. Metodología de la Investigación Cualitativa. 2ª ed. Granada: Aljibe; 1999. p. 32-33,39-40.
44. Martins J, Bicudo M. A Pesquisa qualitativa em Psicologia. Fundamentos e Recursos Básicos. São Paulo-Brasil: Moraes; 1989. p: 21-24, 28, 52, 91-100.
45. Gamarra E. Corrientes de Pensamiento Fenomenológico. En Revista de Enfermería: Investigación y Desarrollo. Vol.2 N° 2. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 1999.
46. Bicudo M. Pesquisa qualitativa em Educacao. Un enfoque fenomenólogo. Brasil-Pirzancaba: UNIMEP; 1999. p. 23-4.
47. Martínez E. Epistemología y Paradigma, como base diferencial en la orientación metodológica del trabajo de grado. Cinta de Moebio No. 25. Marzo 2006. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. [Internet]. 2006 [acceso 16 Agosto 2013]. Disponible en: <http://www.moebio.uchile.cl/25/martinez.htm>.
48. Parse R, Coyne B, Smith M. Nursing research: Qualitative Methods. Estados Unidos: Prentice-Hall Publishing Company; 1985. p. 15-16.



49. Tribiños A. Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais. Brasil-SaoPaulo: Atlas S.A.; 1995.
50. Castillo E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Volumen XIII número 1 de marzo del 2000. [Internet]. 2000 [acceso 16 Octubre 2013]. Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/html/modules.php?op=modload&name=Sections&file=index&req=listarticles&secid=35>.
51. Breillh L. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: Guía pedagógica para un taller de metodología. Ecuador-Quito: CEAS; 1994.
52. Polit Q, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª ed. México: Mac Graw Hill-Interamericana; 2002.
53. Carvalho A. Metodología da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1991.
54. Heidegger M. (1995). El Ser y el Tiempo. 2ª ed. Colombia: Fondo de Cultura Económica; 1995.
55. Gaus J. Martín Heidegger Ser y Tiempo. Traducción, prólogo y notas. Segunda reimpresión de la 2ª ed. Colombia: Fondo de Cultura Económica; 1995.

## **ANEXOS**

### **Anexo 01**

#### **ENTREVISTA ABIERTA A PROFUNDIDAD**

¿Cuál es su experiencia acerca de que su familiar este siendo operado de urgencia?

## Anexo 02

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL**

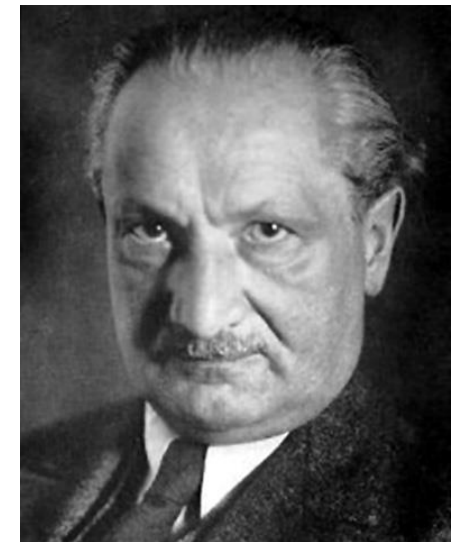
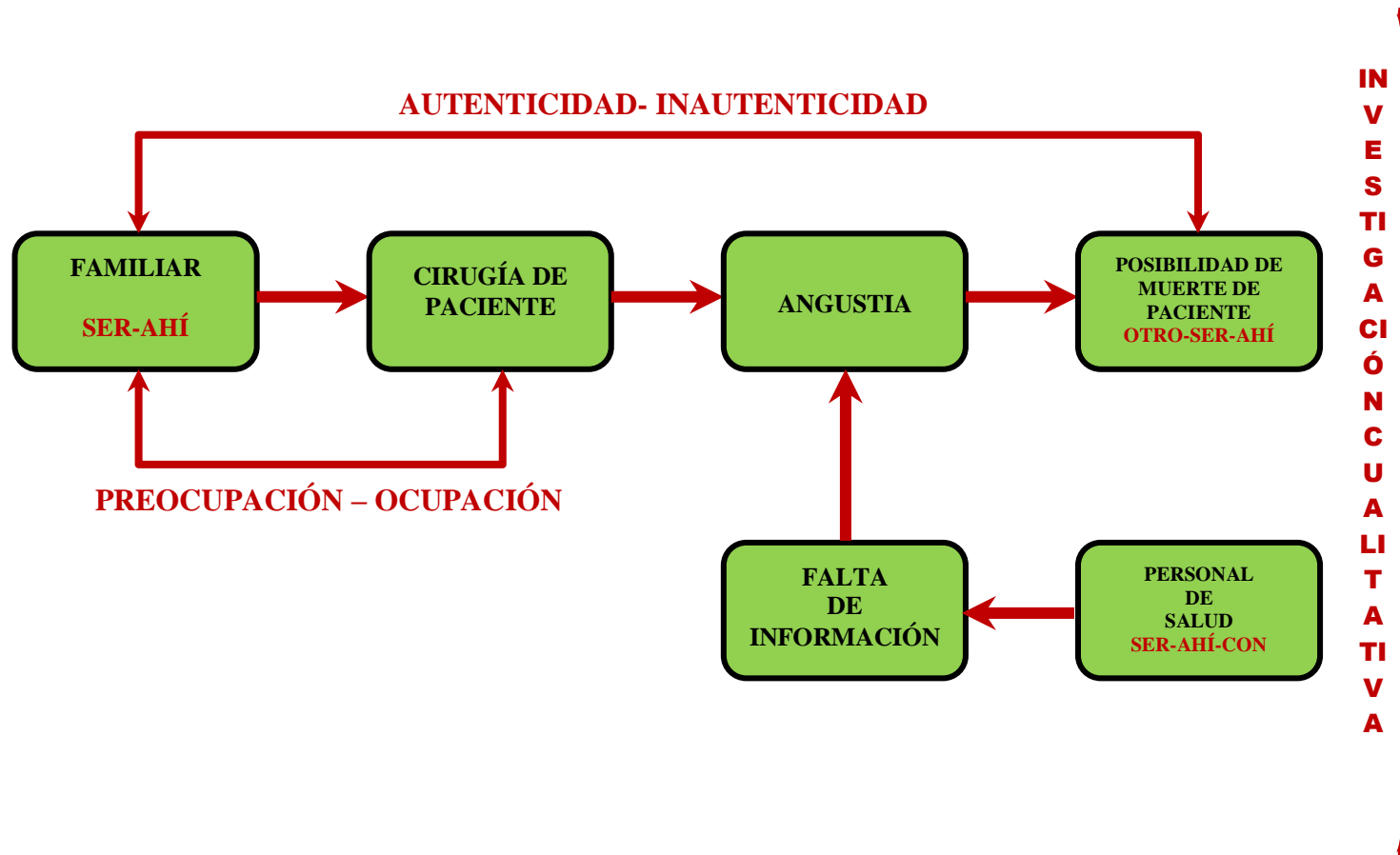
El abajo firmante declara, que ha sido informado por la investigadora de los motivos y propósitos de la entrevista a realizar, que conoce que los resultados se utilizarán solo para fines científicos y que se garantizará su anonimato. Acepta participar en el proyecto de investigación, realizando una entrevista individual que será grabada en su totalidad mediante la utilización de una grabadora de voz.

Y para que así conste:

Firma: \_\_\_\_\_

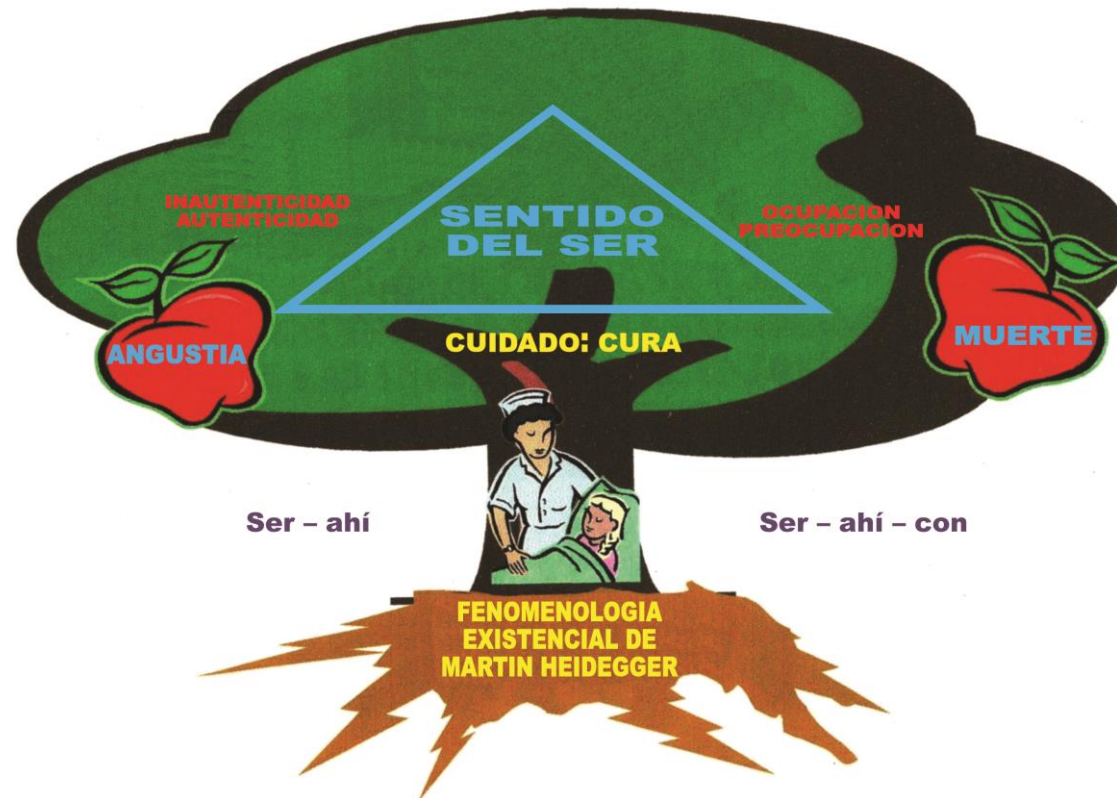
Trujillo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

### ANEXO 3



FENOMENOLOGÍA DE MARTÍN HEIDEGGER

## ANEXO 4 REFERENCIAL HEIDEGGERIANO EN LA COMPRENSIÓN DEL SENTIDO DEL SER



## ANEXO 5 CENTRO QUIRÚRGICO DEL H.B.T. (SEGUNDA PLANTA)

