

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA LICENCIATURA EN ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA**



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA ANESTESIA EN EL HOSPITAL
NACIONAL GENERAL “Dr. HÉCTOR ANTONIO HERNÁNDEZ FLORES”, SAN
FRANCISCO GOTERA, MORAZÁN, AÑO 2019**

**PRESENTADO POR:
MARTÍNEZ SOLANO, JENNIFER ESTEFANY
PARADA ARGUETA, ROCÍO DEL CARMEN
VILLALTA CÁRCAMO, MIGUEL ÁNGEL**

**PREVIO A OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE:
LICENCIADO(A) EN ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA**

**DOCENTE DIRECTOR:
JORGE PASTOR FUENTES CABRERA**

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL 2019.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS

RECTOR

DOCTOR RAÚL AZCÚNAGA

VICE-RECTOR ACADÉMICO

INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL PEÑA

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

LICENCIADO OSCAR VILLALOBOS

VICE-DECANO

LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNANDEZ

SECRETARIO

LICENCIADO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA

DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DE DEPARTAMENTO

MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES

**COORDINADORA DE LA CARRERA DE ANESTESIOLOGÍA E
INHALOTERAPIA**

LICENCIADO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA

**COORDINADOR GENERAL DE LOS PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA
CARRERA DE ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA**

TRIBUNAL CALIFICADOR

LICENCIADO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA

DOCENTE DIRECTOR

LICENCIADA ZOILA ESPERANZA SOMOZA BELTRÁN

TRIBUNAL CALIFICADOR

LICENCIADA ANA CAROLINA CRUZ BARAHONA

TRIBUNAL CALIFICADOR

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS TODOPODEROSO

Por permitirnos cumplir una meta, y brindarnos la fortaleza y su gracia en cada uno de nuestros proyectos.

A NUESTROS FAMILIARES

Por su dedicación, esfuerzo y amor en este proceso donde junto a ellos hemos sido un equipo y por ser las personas que continuaran a nuestro lado en nuestros nuevos proyectos, no existen palabras para dar las gracias a las personas incondicionales como ellos, los amamos.

A LOS DOCENTES

Gracias a todos nuestros docentes desde el primer año de la carrera, a cada uno de nuestros tutores del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.

A NUESTRO ASESOR

Licenciado Jorge Pastor Fuentes Cabrera por su dedicación y compromiso en la formación de profesionales. Un placer y orgullo será para nosotros toda la vida el conocerlo. Muchas gracias.

Jennifer, Roció, Miguel.

DEDICATORIA.

Al alcanzar uno de mis objetivos propuestos quiero compartir mi satisfacción con quienes uniendo sacrificio, esfuerzo y afecto me han dado la oportunidad de hacer posible este momento especialmente:

A DIOS TODOPODEROSO: Por permitirme la vida, la convicción, la fortaleza y humildad para mantenerme firme en mi propósito y cumplir una de mis metas trazadas.

A MI MADRE: Coralia Elizabeth Solano por todo el esfuerzo y sacrificio al convertirse en el pilar que me sostuvo con mucho amor durante toda mi carrera brindándome consejos y regaños para convertirme en uno de sus orgullos.

A MI HERMANA: Melissa Yamileth Martínez como reconocimiento del amor de hermanas al estar siempre presente en mis momentos más importantes.

A MIS ABUELOS: Humberta Solano que desde el cielo sé que está feliz por mi logro y a mi abuelo Guadalupe Solano por recordarme siempre lo importante que es el estudio en la vida

A MIS TIOS: Mario Solano, Omar Solano, Armando Solano, Argentina y Salomón López por creer en mis capacidades e impulsarme en la vida.

A MI NOVIO: Miguel Villalta por haber estado conmigo brindándome su ayuda en los momentos más difíciles para la obtención de este título.

A MIS AMIGAS: María Argueta, Ingrid Martínez, Joseline Zamora y Roció Argueta por formar parte de mi vida y brindarme siempre palabras de aliento.

Jennifer Martínez

DEDICATORIA.

Primeramente, a Dios todopoderoso, por haberme dado la bendición de poder realizar mis estudios universitarios, por haberme guiado y cuidado a lo largo de mi carrera.

A mi madre María Bernarda Argueta, por ser el motor que siempre me impulso a seguir adelante, por haber dedicado tanto tiempo y esmero en mi persona durante todos estos años de mi carrera, por ese apoyo y amor incondicional.

A mi hermana, Azucena Argueta, por ser mi ejemplo a seguir como hermana mayor, gracias por ser la mejor y por el apoyo que siempre me has brindado incondicionalmente.

A mis abuelos, Tranquilino Molina (QEPD) y María de Molina, por sus consejos y cuidados. A mis tías, a mis tíos, y primas, muchas gracias por ser siempre una familia unida y sobre todo por su apoyo brindado.

A una persona muy especial, Alberto Molina, gracias por tu apoyo y acompañarme en todo momento a lo largo de estos años difíciles, gracias por tus consejos, detalles y cuidados.

A mis amigas, Joseline Zamora, María Argueta, Ingrid Martínez, gracias por estar conmigo siempre que las necesitaba.

A mis compañeros de tesis, Jennifer Martínez y Miguel Villalta, por este arduo trabajo, por su comprensión y amistad, muchas gracias.

A mis tutores del Hospital Regional San Miguel y Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, muchas gracias por sus enseñanzas.

A nuestro asesor de tesis, Lic. Jorge Pastor, por ser ese guía durante la carrera y en este proceso tan importante Dios lo bendiga siempre.

Rocío Argueta.

DEDICATORIA.

Primeramente, darle gracias a Dios todopoderoso por haberme iluminado y ayudado en la comprensión de los conocimientos y así poder culminar este esfuerzo.

A MIS PADRES: Blanca Lidia de Villalta y Miguel Ángel Villalta por todo el amor sacrificio y esfuerzo que me brindaron para la obtención de este triunfo y por confiar en mí que, si lo podía lograr, gracias papas los amo.

A MIS ABUELOS: Amparo de Jesús Lovo, José Ángel Trejos, Abelino Martínez y Ester Villalta (D.E.P) por sus sabios consejos.

A MI HERMANA: Por su comprensión y apoyo moral para alcanzar este título.

A MI NOVIA: Jennifer Estefany Martínez Solano por darme su amor, comprensión, ternura y entenderme en los buenos y malos momentos brindándome su apoyo incondicional.

A MIS AMIGAS: María Argueta, Joseline Zamora, Ingrid Martínez gracias por su amistad, por tenerme paciencia, apoyarme y estar ahí cuando las he necesitado. Las quiero.

A MI GRUPO DE TESIS: por cada momento compartido, del cual hemos hecho una bonita experiencia.

Miguel Villalta.

ÍNDICE

| | pág. |
|---|-----------|
| RESUMEN. | 14 |
| INTRODUCCIÓN. | 15 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. | 17 |
| 1.1 Situacion problematica..... | 17 |
| 1.2 Enunciado del problema. | 19 |
| 1.3 Justificación. | 19 |
| 1.4 Objetivos de la investigación. | 20 |
| 1.4.1 Objetivo general:..... | 20 |
| 1.4.2 Objetivos específicos: | 21 |
| 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA. | 22 |
| 2.1. Origen de la percepción..... | 22 |
| 2.2. Teorías de la percepción. | 24 |
| 2.2.1 La teoria del constructivismo..... | 24 |
| 2.2.2 La teoria de la gestal..... | 26 |
| 2.2.3 La teoria de la new look | 28 |
| 2.3 Características de la percepción..... | 29 |
| 2.4 Factores que intervienen en la percepción. | 30 |
| 2.4.1 Factores internos. | 32 |
| 2.4.2 Factores externos. | 33 |
| 2.4.3 Las sensaciones. | 33 |
| 2.5 Factores que afectan la percepción..... | 37 |
| 2.6 Elementos de la percepción..... | 39 |
| 2.7 Proceso de la percepción. | 41 |

| | |
|---|------------|
| 2.7.1 Selección. | 41 |
| 2.7.2 Organización..... | 42 |
| 2.7.3 Interpretación..... | 42 |
| 2.8 Etapas de la percepción. | 42 |
| 2.9 Percepción del paciente sobre anestesia. | 43 |
| 2.9.1 Diferentes tipos de percepción sobre anestesia. | 49 |
| 3. DISEÑO METODOLÓGICO..... | 54 |
| 3.1 Criterios de inclusión y exclusión..... | 54 |
| 3.1.1 Criterios de inclusión..... | 54 |
| 3.1.2 Criterios de exclusión..... | 54 |
| 3.2 Tipo de investigación | 54 |
| 3.3 Técnicas aplicadas en la recolección de datos de la información..... | 55 |
| 3.4 Instrumento de medición..... | 55 |
| 3.5 Selección de escenario..... | 55 |
| 3.6 Papel del investigador..... | 56 |
| 3.7 Consideraciones éticas..... | 56 |
| 3.8 Definición conceptual y operacionalización de las variables..... | 57 |
| 5. PRESENTACION DE RESULTADOS | 58 |
| 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 112 |
| 6.1 Conclusiones | 112 |
| 6.2 Recomendaciones | 113 |
| 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN CICLO I Y II AÑO 2019. | 115 |
| BIBLIOGRAFIA | 116 |
| ANEXO | 127 |
| Anexo 1 Instrumento..... | 128 |

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Anexo 2 Glosario | 130 |
| Anexo 3 Consentimiento informado..... | 134 |

LISTA DE TABLAS

| | pág. |
|--|-------------|
| Tabla 1. Rango de edades de los pacientes..... | 99 |
| Tabla 2. Grado académico de los pacientes..... | 100 |
| Tabla 3. Sexo de los pacientes..... | 101 |
| Tabla 4. Lo que los pacientes piensan sobre anestesia. | 101 |
| Tabla 5. Que reacción le causa el hablar sobre anestesia. | 102 |
| Tabla 6. Como consideran la anestesia los pacientes..... | 104 |
| Tabla 7. Factores que influye en los pacientes para obtener una opinión. | 104 |
| Tabla 8. Consideraciones importantes sobre el uso de anestesia..... | 105 |
| Tabla 9. Que esperan los pacientes del personal de anestesia. | 106 |
| Tabla 10. Lo que los pacientes quieren saber acerca de su anestesia. | 107 |
| Tabla 11. Comentarios sobre la anestesia. | 108 |
| Tabla 12. Creencias sobre anestesia. | 109 |
| Tabla 13. La aplicación de anestesia que puede provocar en los pacientes. | 110 |

RESUMEN

La anestesiología es una práctica médica encargada del alivio del dolor, así como del cuidado del paciente antes, durante y después de un acto quirúrgico, para ello se ha hecho uso de diversas ciencias como anatomía, fisiología y farmacología entre otras. La percepción sobre anestesia es un fenómeno que involucra reacciones fisiológicas y emocionales que surgen ante un procedimiento quirúrgico, este se ve influenciado por diversos factores tanto internos como externos entre ellos se encuentra nivel sociocultural, experiencias pasadas, sentimientos, sensaciones y comentarios de terceras personas. **El objetivo** de la investigación es develar la percepción de los pacientes sobre la anestesia, basándose en dos situaciones, como son los pacientes con experiencias anestésicas y los que no las tienen con el fin evaluar las diferencias que existen entre ellas. **La metodología** de investigación es de tipo cualitativo para la presente investigación se utilizará la fenomenología que se caracteriza por responder como las personas dan sentido a su experiencia vivida en un contexto o frente a un fenómeno en particular. El instrumento de medición que se utilizara será una entrevista semi estructurada para la recolección de datos de la información se utilizaran técnicas documentales bibliográficas, sitios electrónicos y por ultimo las técnicas de campo constituidas por la entrevista. **Resultados** del proceso de interpretación y análisis de la información dados por los participantes, se obtuvieron categorías, en las que se describen las percepciones de los pacientes adultos que serán intervenidos quirúrgicamente, donde se obtuvieron discursos, mensajes y significados de las percepciones que tienen sobre anestesia, antes del procedimiento quirúrgico.

Palabras claves: Objetivo, Metodología, Resultados.

INTRODUCCIÓN.

El ingresar en un hospital para ser intervenido quirúrgicamente conlleva a una serie de situaciones estresantes por varios motivos. Dentro de estos se puede mencionar la anestesiología siendo una especialidad interesante en medicina, ya que utiliza conocimientos de la ciencias básicas y clínicas en los cuidados de salud del paciente.

Sin embargo, el conocer la percepción de las personas sobre la anestesia es un fenómeno psicológico importante, porque describe los elementos que todo ser humano incluye para crearla, tomando en consideración las diferentes habilidades que se tienen, como el uso de sentidos, emociones y experiencias anteriores. El tener conocimiento de estos elementos ayudara a mejorar las expectativas del procedimiento quirúrgico, tomando en cuenta los factores que pueden afectarla.

Actualmente en nuestro país se ha realizado estudios relacionados con esta problemática debido a la incertidumbre que presentan los pacientes al momento de la aplicación de la anestesia. Sin embargo, dichos estudios son pocos por lo que surgió el interés de llevar a cabo esta investigación, teniendo como finalidad conocer la percepción de los pacientes sobre anestesia. El presente documento contiene los resultados teóricos y prácticos de la investigación sobre la percepción del paciente sobre la anestesia en el Hospital Nacional General “Dr. Héctor Antonio Hernández Flores”, San Francisco Gotera, Morazán, Año 2019.

Los resultados se plasmaron en un conjunto de cinco partes los cuales se resumen de la siguiente manera: inicialmente con el planteamiento del problema, constituido por la situación problemática, la cual narra los sucesos de dicho tema, citando estudios realizados en diferentes países, seguidamente el enunciado del problema, que es donde en forma de interrogante se comunica lo que se investigara y se delimita el problema. posteriormente se presentan los objetivos de la investigación tanto general como específicos, los cuales se esperan cumplir al final de la investigación.

Seguidamente se encontrará la fundamentación teórica, en la que se plantea la información teórica. A continuación, se tiene el diseño metodológico el cual está compuesto por los criterios de inclusión y exclusión, tipo de investigación, técnica para la recolección de datos de la información, instrumento de medición, selección del escenario, papel del investigador y las consideraciones éticas. Así como también se encuentra la definición y operacionalización de las variables.

Se presentan los resultados donde se encuentra la tabulación de estos mediante discursos obtenidos de los pacientes durante la entrevista, obteniendo diez categorías en ambos grupos, todo esto es plasmado en tablas representativas para una mejor comprensión de los resultados.

A continuación, se tienen las conclusiones y recomendaciones del grupo investigador, cronograma de las actividades realizadas a lo largo de la investigación.

Se detalla la bibliografía que sustenta la información expuesta en dicha investigación.

Finalizando con los anexos que forman parte del enriquecimiento de la investigación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA.

La percepción sobre la anestesia se presenta como un asunto subvalorado, brindándole un espacio limitado para el entendimiento del paciente sobre la importancia que este desempeña dentro de su cirugía, siendo la anestesia una parte fundamental en dicho proceso.

Según Luis Vargas Melgarejo la percepción es el proceso cognitivo del reconocimiento, interpretación y significación, para la elaboración de juicios entorno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico, social y cultural (1). El proceso perceptual es capaz de generar conductas; dependiendo de cómo el individuo perciba una situación.

En cambio, para Rigoberto carrillo la percepción permite formar imágenes a partir de situaciones vividas, evidentemente esto es como una cadena, todos comparten sus experiencias, pero cada ser humano forma perspectivas diferentes ante un procedimiento quirúrgico (2). Sin embargo, cada paciente tiene características y experiencias individuales que le permite elaborar percepciones dependiendo de la edad, del sexo, del grado académico, área geográfica, etc. Las cuales forman un conjunto de rasgos del ser humano que interactúan de manera recíproca en la conducta humana en función al medio ambiente, cultural y social construyendo la percepción en anestesia. Tal como lo expresan worchel y shebilske que la cultura a la que pertenece una persona también tiene influencias importantes en su percepción (3).

De esta manera la percepción se construye socialmente alrededor de un proceso determinado, la cual no es homogénea. Es interesante conocer la percepción del paciente ya que el tener conocimiento sobre esta ayudara a mejorar los servicios prestados (4). En tiempos pasados la anestesia era administrada por personal no capacitado lo que generaba altos índices de mortalidad y a partir de esto se formularon

diversas percepciones sobre la práctica anestésica (5). Actualmente la población en general crea la percepción sobre la anestesia basada en su realidad

Se deberá aportar más información sobre dicha práctica al paciente lo que ayudará a ampliar su conocimientos y percepciones, brindándoles medios por los cuales puedan comprender mejor dicha información según su capacidad perceptiva, esta debe estar adaptada a cada paciente. En varios estudios se compara la edad y el nivel de información sobre la anestesia, lo que refleja la percepción demostrando que el paciente más joven tiene mayor información, así como una relación inversa los pacientes ancianos tienen menos información sobre la anestesia debido a que sus condicionantes psicológicas han disminuido por lo que este percibe la anestesia como algo extraño (6).

En esta perspectiva no es infrecuente que el paciente tenga una idea preconcebida de la técnica anestésica inducida por médicos o pacientes. La visita preanestésica es el momento idóneo para poder transmitir información exacta y aclarar dudas (7). Esta es una herramienta importante para poder obtener conocimiento de la percepción de los pacientes, debido a que es una fuente de contacto. Leite, encontró que la percepción mejora luego de la visita preanestésica y la interacción durante el acto anestésico (8).

Cabe considerar que la insuficiente comunicación que se tiene con el paciente genera temor a preguntar sobre la práctica anestésica, dificultando el entendimiento debido a que la información en esta se encuentra limitada. En un estudio realizado por Marcela Mena de la Rosa y Eliana Rodríguez Mata en el cual describe que no se reduzca el tiempo en la evaluación del paciente sino más bien, se centre en los puntos más relevantes del historial clínico y dejar más tiempo para conversar con el paciente (9).

Es por ello que la evaluación de la percepción del paciente es importante que se realice de forma adecuada, valorando su estado de salud, la habilidad para captar, sentir, escuchar y comprender. Una alteración de los factores antes mencionados puede hacer que no se comprenda físicamente nuestro entorno, modificando todos los

conceptos y formar percepciones distorsionadas. Lo idóneo sería crear una relación en donde se comprenda todo el proceso anestésico y quirúrgico fomentando una buena comunicación y de esta manera cambiando las percepciones de los pacientes.

En el oriente del país se realizó un estudio en el año 2017 en los hospitales de La Unión y San Francisco Gotera, el cual habla acerca de la percepción que tiene los pacientes en la visita pre operatoria encontrando que los pacientes tienen diversas opiniones sobre anestesia, viéndose en la obligación de aclarar muchas dudas (10).

Es de mucha importancia conocer las percepciones de los pacientes para que se tome conciencia en el personal sobre el papel vital a desempeñar en el procedimiento, así como también se deben de buscar medidas como potencializar la implementación de otras actividades para conocer y fomentar el desarrollo informativo hacia los pacientes.

Por lo que el presente estudio pretende conocer la percepción de los pacientes acerca de la anestesia. Así mismo el conocimiento de las percepciones permitirá fundamentar las intervenciones del personal de anestesia, contribuyendo a brindar un mejor cuidado. Por la problemática expuesta se formula el siguiente enunciado del problema

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la percepción de los pacientes sobre la anestesia en el Hospital Nacional General “Dr. Héctor Antonio Hernández Flores”, De San Francisco Gotera, Morazán, ¿año 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

Cabe señalar que la percepción que tienen los pacientes sobre la anestesia ha dejado de ser un elemento marginal en la práctica anestésica, para convertirse en un elemento de importancia. Considerando que la percepción aborda el estudio de las representaciones sociales y culturales, cuyo campo de desarrollo son las creencias, valores e ideas que los seres humanos construyen entorno a las acciones y actitudes

de las personas que interactúan día a día en diversos contextos, tomando esto en consideración; se observó que los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente tienen una perspectiva preestablecida, tomando como base todos los factores antes mencionados y a partir de esto pueden formar sus propias percepciones.

La importancia del presente estudio, está orientado a explorar y describir las percepciones de los pacientes sobre anestesia con experiencia y sin experiencia, lo cual permitirá llegar a una mejor comprensión de su situación, y de esta manera poder recibir una atención adecuada por parte de los profesionales de anestesia.

Por lo tanto, en esta investigación se dispuso a la obtención de datos para una mejor comprensión de la percepción que tienen los pacientes sobre la anestesia previo a la cirugía; mediante una exploración de un grupo de pacientes los cuales ayudarán aportando información precisa que nos permita llevar a cabo el proceso investigativo siendo este el principio del desarrollo de nuevos conocimientos, con base crítica para poder reflexionar sobre la práctica anestésica.

Si bien es cierto en el país no se cuenta con suficientes estudios que sirvan como fuente para futuras investigaciones, por lo que se considero importante ampliar las bases teóricas para un mayor desarrollo y conocimiento sobre el tema, para beneficiar principalmente a los pacientes, de manera que puedan adquirir una perspectiva más amplia y concreta sobre la anestesia.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Develar la percepción del paciente sobre la anestesia en el hospital nacional general doctor “Héctor Antonio Hernández Flores” San Francisco Gotera, Morazán año 2019.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Distinguir los elementos configuradores presentes en el discurso de los pacientes en el Hospital Nacional General Doctor “Héctor Antonio Hernández Flores” San Francisco Gotera, Morazán año 2019.

Descubrir los elementos emocionales presentes en el discurso de los pacientes en el Hospital Nacional General Doctor “Héctor Antonio Hernández Flores” San Francisco Gotera, Morazán año 2019.

Determinar las diferencias en la percepción sobre la anestesia de los pacientes con experiencias y sin experiencias del acto anestésico quirúrgico.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.1. ORIGEN DE LA PERCEPCIÓN.

Una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción es la psicología, y en términos generales este campo ha definido la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia, que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios entorno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social (1).

Sin embargo, siendo uno de los temas inaugurales de la psicología como ciencia ha sido objeto de diferentes intentos de explicación, por lo que Wertheimer, Koffka y Kohler definen la percepción como el proceso fundamental de la actividad mental, y suponen que las demás actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual (11).

Por lo que a comienzos del siglo XX la fisiología había alcanzado un lugar importante dentro de la explicación psicológica. Suponiendo que todo hecho psíquico se encontraba precedido y acompañado por un determinado tipo de actividad orgánica. La percepción era entendida como el resultado de procesos corporales. La psicofisiología definía la percepción como una actividad cerebral de complejidad creciente impulsada por la transformación de un órgano sensorial específico, como la visión, el tacto, el gusto, y la audición, etc. Por lo que se oponía a considerarla como un estado subjetivo a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes (12).

El interés por la percepción se remonta a la filosofía griega, Platón pensaba que el alma es la que posibilita la percepción, mientras que Aristóteles otorgó un papel fundamental al funcionamiento de los sentidos y a la asociación de eventos e ideas. Posteriormente, Descartes enfatizó el papel del alma al hablar de la percepción, subestimando la función de los sentidos. Contrariamente, desde el empirismo se mantenía que, en última instancia, el origen de todo conocimiento se halla en los

sentidos y en la experiencia. Uno de los más prometedores intentos de solución al problema de conocer el mecanismo responsable de la relación indirecta entre el estímulo y la percepción de sus propiedades vino de la fisiología, concretamente de la "ley de las energías nerviosas específicas", enunciada por J. Müller en 1826, según el cual, las cualidades de la percepción no se deben a los objetos, sino a las características de cada una de las vías sensoriales (13).

Por consiguiente, las primeras sensaciones del ser humano son muy vagas, pero gradualmente las impresiones que dejan en la mente se asocian con sensaciones de la misma clase o de clase distinta, para permitir a la mente discernir o identificar los objetos. Es virtualmente imposible fijar la fecha o época del primer despertar de la percepción; las sensaciones la preceden, como condición necesaria para que se produzca esta forma más elevada de vida mental. Los factores importantes en la producción de percepciones sensibles es un objeto externo que estimula a un órgano sensible y una reacción, la impresión que la desarrolla hasta que llegue a ser la representación. Además, el proceso de percepción se facilita por el recuerdo de las experiencias pasadas. (14).

Recientemente, Dember y Warm han desarrollado un enfoque nuevo y vigoroso en la psicología experimental, que se conoce con el nombre de procesamiento de la información. Enfoque basado en los procesos que actúan entre los estímulos y las respuestas. Este enfoque tiene su origen en la necesidad de comprender las complejas habilidades perceptivas. Este punto de vista del procesamiento de la información aplicado a la percepción sostiene que la existencia de un sistema de capacidad limitada que procesa la información en términos de una secuencia de operaciones que se desarrollan en diversas fases. Hace énfasis en cómo se codifican, almacenan y utilizan los estímulos y trata de examinar la interacción entre los subsistemas del proceso perceptivo y entre la percepción (15).

2.2. TEORÍAS DE LA PERCEPCIÓN.

2.2.1 LA TEORIA DEL CONSTRUCTIVISMO.

El origen del constructivismo se lo puede encontrar en las posturas de Vico y Kant planteadas ya en el siglo XVIII, e incluso mucho antes, con los griegos. El primero, es un filósofo napolitano que escribió un tratado de filosofía, en el cual sostenía que las personas, en tanto seres que elaboran explicaciones de lo que sucede en el mundo, solo pueden conocer aquello que sus estructuras cognitivas les permiten construir (16).

Una figura que resulta importante en relación a la temática es Kant (1724-1804). Sus ideas entorno al problema del conocimiento intentan marcar un distanciamiento tanto con respecto al racionalismo como frente al empirismo. Los juicios que nacen de la sola experiencia están, para Kant, desprovistos de universalidad; sólo gozan de esta cualidad los juicios caracterizados por sus condiciones apriorísticas absolutas y que, por lo tanto, no admiten excepción alguna. Esto, porque la forma pura de las intuiciones, en la que se percibe toda la diversidad de los fenómenos, se encuentra a priori en el espíritu. En estas representaciones puras o formas a priori no hay nada que pertenezca a la sensación. Y son ellas, las formas a priori-espacio, tiempo, causalidad, necesarias para validar y organizar el conocimiento que se origina a partir de la experiencia. Resulta fácil percibir que estas formas a priori deberían ser innatas (17).

Es importante notar que Kant atribuye a la razón pura, además de la capacidad de inventar la esencia de las cosas, la cualidad de intimidad, de conciencia trascendental. Significa que las formas a priori hacen que las cosas no invadan la conciencia con su ser en sí, sino sólo en las facetas que la conciencia esté interesada que aparezcan. El conocimiento de la realidad es un proceso de adaptación, prolongación de su forma biológica. De esta manera, las representaciones internas que son modelos de la realidad, son desarrolladas en el hombre a lo largo de su proceso evolutivo y constituyen plataformas a partir de las cuales el sujeto construye todo su comportamiento (17).

El conocimiento de la realidad es un proceso de adaptación y de prolongación de su forma biológica. De esta manera, las representaciones internas que son modelos de la realidad, son desarrolladas en el hombre a lo largo de su proceso evolutivo y constituyen plataformas a partir de las cuales el sujeto construye todo su comportamiento (18).

Existen varios criterios a partir de los cuales se pueden organizar las diferentes formas o expresiones del constructivismo. Aun cuando, genéricamente, se habla de éste como una perspectiva epistemológica el constructivismo es concebido como una propuesta sobre el análisis del conocimiento, sus alcances y limitaciones. Constituye un rompimiento con el núcleo del programa moderno que se basaba en la creencia en un mundo cognoscible. En un sentido reflexivo, los supuestos constructivistas se pueden interpretar a dos niveles: desde la naturaleza del conocimiento abstracto, científico, y desde las actividades de conocimiento de los individuos o las comunidades humanas (19).

Así, Jean Piaget, enfrentándose a las posiciones innatistas y empiristas dominantes en su época, propuso que el conocimiento es el resultado de la interacción entre el sujeto y la realidad en la que se desenvuelve. El individuo al actuar sobre la realidad va construyendo las propiedades de ésta, al mismo tiempo que estructura su propia mente. Piaget reconoce la existencia de ciertas capacidades innatas que, desde el nacimiento permiten al niño actuar sobre el mundo, recibir y transmitir información necesaria para su supervivencia. Aunque esta forma de comportamiento es esencial para lograr la adaptación al medio, indica la existencia de conocimientos acerca de cómo es la realidad. El conocimiento acerca de ésta debe ser construido por el sujeto. Las capacidades reflejas innatas permiten que el niño interaccione con la realidad, a través de acciones tales como golpear, morder, manipular, oler, estirar y otras. A partir de ellas, el niño va formando esquemas (construyendo su mente), que le permiten asignar significado a la realidad. Así, estructura un mundo de objetos y personas y es capaz de elaborar anticipaciones acerca de lo que pueda suceder. Al actuar sobre la realidad la incorpora, asimila y modifica, pero al mismo tiempo se modifica a sí mismo, aumentando su conocimiento y sus posibilidades de anticipar lo que pueda hacer. Al

mismo tiempo, el conocimiento que el sujeto puede lograr está directamente relacionado con los conocimientos anteriores; el conocimiento es siempre una construcción que el sujeto realiza partiendo de los elementos de que dispone. Esto supone que es siempre activo en la formación del conocimiento y que no se limita a recoger o reflejar lo que está en el exterior. En este sentido, podemos afirmar que, para el constructivismo, el ser humano crea y construye activamente su realidad personal (19).

Entre las teorías que se adaptan a este esquema, tenemos proposiciones como el construccionismo social en el cual se plantea la idea de que el conocimiento no reside exclusivamente en la mente del sujeto o en el medio, sino en los procesos sociales de interacción e intercambio simbólico. Su esencia reside en la noción de que las construcciones personales del entendimiento están limitadas por el medio social, es decir, el contexto del lenguaje compartido y los sistemas de significado que se desarrollan, persisten y evolucionan a través del tiempo. Para terminar, la corriente constructivista social propone el desarrollo máximo y multifacético de las capacidades e intereses del aprendizaje (20).

El propósito se cumple cuando se considera al aprendizaje en el contexto de una sociedad, impulsado por un colectivo y unido al trabajo productivo, incentivando procesos de desarrollo del espíritu colectivo, el conocimiento científico-técnico y el fundamento de la práctica en la formación de las nuevas generaciones. Representantes de este esquema son Bruner y Vygotski. Los constructivistas sociales insisten en que la creación del conocimiento es más bien una experiencia compartida que individual. La interacción entre organismo y ambiente posibilita el que surjan nuevos caracteres y rasgos, lo que implica una relación recíproca y compleja entre el individuo y el contexto (17).

2.2.2 LA TEORIA DE LA GESTAL.

El enfoque gestáltico es un enfoque holístico, es decir, que percibe a los objetos y en especial a los seres vivos, como totalidades. Se podría encuadrar dentro del marco de la psicología humanista, ya que pone énfasis en las vivencias subjetivas de cada

persona, da importancia a aspectos positivos de la psicología como la autorrealización y la búsqueda de decisiones acertadas, y trabaja con una concepción del ser humano como agente capaz de desarrollarse de forma libre y autónoma. Es decir, no se centra en los aspectos negativos de la mente, tal y como ocurre con ciertos tipos de psicoanálisis, ni ciñe su objeto de estudio a la conducta observable de las personas, como pasa en el conductismo (21).

La teoría Gestalt nació en Alemania a principios del siglo XX como reacción a la psicología conductista, que rechazaba la consideración de los estados subjetivos de consciencia a la hora de investigar sobre el comportamiento de las personas y ponía énfasis en los efectos que el contexto familiar, y por extensión social y cultural, tiene sobre la persona. A diferencia de los conductistas, los investigadores de la Gestalt se preocupaban básicamente por estudiar los procesos mentales que por aquella época se consideraban algo fundamental invisible, al no existir herramientas para llegar a conocer bien lo que ocurrirá en el cerebro (22).

De esta manera, la teoría Gestalt acerca a una concepción del ser humano caracterizado por su papel activo a la hora de percibir la realidad y tomar decisiones. Según esta teoría, todas las personas crean en su mente imágenes más o menos coherentes sobre ellas mismas y lo que les rodea, y estas imágenes no son la simple unión de las secuencias de información que llegan a través de los sentidos, sino que son algo más (22).

A diferencia de otras escuelas de la Psicología, la teoría Gestalt niega que exista un “todo” perceptivo que esté compuesto por el conjunto de datos que van llegando al cuerpo. Por el contrario, propone que lo que se experimenta es más que la suma de sus partes, y que, por tanto, existe como un todo, es decir, una figura que sólo puede ser considerada entera (22).

Según este enfoque, las personas aprenden acerca de lo que les rodea, pero no sumando el conjunto de piezas de información que llegan a través de los sentidos, sino a partir de las figuras que se crean en la mente (22).

Dentro de la teoría de la Gestalt se han ido formulando leyes que explican los principios por los que, dependiendo del contexto, se produce la percepción de unas cosas y de otras no (23).

En ley de la figura-fondo se puede percibir una misma forma como figura y a la vez como fondo de esa figura. El fondo es todo lo que no se percibe como figura. Por lo tanto, la figura es aquello en lo que se enfoca la atención, por lo que resalta y es más importante que el fondo. En algunos casos, el sujeto que percibe puede organizar la figura y el fondo en una determinada escena, y cambiar la manera de verlos. Básicamente, el aprendizaje se produce acerca de la figura, en la que se concentra su atención, y no acerca del fondo. En algunos casos, el sujeto que percibe puede organizar la figura y el fondo en una determinada escena, y cambiar la manera de verlos. Básicamente, el aprendizaje se produce acerca de la figura, en la que se concentra su atención, y no acerca del fondo (23).

Ley de la continuidad

Según la ley de la continuidad, si varios elementos parecen estar colocados formando un flujo orientado hacia alguna parte, se percibirían como un todo. Es decir, la mente continuaría un patrón, aunque este desaparezca (23).

2.2.3 LA TEORIA DE LA NEW LOOK

En 1950 un grupo liderado por Jerome Bruner y Leo Postman, desarrollaron una nueva concepción de los fenómenos estudiados por la Gestalt, establecieron que, dentro de ciertos límites, las imágenes sensoriales (vistas, oídas, reconocidas por el tacto y el olfato) no varían de acuerdo con condiciones objetivas, sino que lo hacen con disposiciones previas propias de la persona que percibe. Afirmaron que percibimos y le damos un determinado sentido a lo percibido de acuerdo con nuestros conocimientos, nuestra experiencia y nuestro sentir. Es decir que hay una selección de estímulos que están en relación con nuestra personalidad. Por consecuencia, la percepción es activa, selectiva y conduce a la jerarquización de algunos datos y a la desvalorización de otros. Para esta corriente, la percepción no abarca solo las leyes

de la gestalt porque se suman la influencia de los factores culturales (patrones culturales diferente llevan a una visión distinta de una situación), de los deseos que operan como motivación, llevando a percibir lo que uno desea, como, por ejemplo, de quien tiene sed, lo lleva a percibir los lugares en que se compran gaseosas. Los deseos y anhelos personales guían el proceso de selección perceptual: no percibimos la realidad tal cual es sino vemos lo que deseamos ver (24).

Para crear las percepciones existen cinco perspectivas importantes: 1)psicoanalítica, que se centra en las emociones y pulsiones inconscientes; 2)aprendizaje, que estudia la conducta observable; 3) cognitiva, que analiza los procesos de pensamiento; 4) contextual, que destaca el impacto del contexto histórico, social y cultural, y 5) evolutiva/sociobiológica, que considera las cimentaciones evolutivas y biológicas del comportamiento (25). La percepción según Barthey (1982) no se usa solo en la psicología, sino que también es una palabra cuyos diversos significados son moneda corriente en el lenguaje común (15).

En las últimas décadas el estudio de la percepción ha sido objeto de creciente interés dentro del campo de la medicina, sin embargo, este interés ha dado lugar a problemas conceptuales pues el término percepción ha llegado a ser empleado indiscriminadamente para designar a otros aspectos que también tienen que ver con el ámbito de la visión del mundo de los grupos sociales. La percepción es biocultural porque, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y por qué la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones (26).

2.3 CARACTERÍSTICAS DE LA PERCEPCIÓN.

La percepción del individuo es subjetiva, selectiva y temporal.

Es subjetiva ya que las reacciones aun mismo estímulo varían de un individuo a otro. Ante un estímulo visual se derivan distintas respuestas, dependiendo de la información y de la decodificación que haga el cerebro de la misma teniendo en cuenta las necesidades en ese momento o las experiencias; la selectividad en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo

al mismo tiempo por ello selecciona un campo perceptual en función de lo que desea percibir y es temporal, porque es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos (27).

2.4 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PERCEPCIÓN.

El ser humano está abierto al mundo por medio de sus sentidos. Por ellos le llegan constantemente mensajes del mundo exterior (colores, formas, sonidos, etc.) y de su propio organismo (sensaciones de movimiento, de equilibrio, de posición, etc.). Ahora bien, el ser humano no percibe esos mensajes de una manera desordenada o inconexa, sino de una manera integrada y coherente; no percibe un mosaico de sensaciones, sino un mundo compuesto de objetos sólidos, estables, permanentes. Podemos subrayar esto distinguiendo entre sensación y percepción (28).

La sensación sería la respuesta autónoma y aislada de cada uno de nuestros sentidos a su estimulación por el medio, respuesta que sería independiente de toda interpretación: así, por ejemplo, la sensación de un sonido, prescindiendo de que sea una voz humana o el murmullo de un arroyo. Sin embargo, es preciso tener presente que estas sensaciones puras, independientes de todo elemento interpretativo, no existen en la realidad, al menos en el individuo ya desarrollado psíquicamente (29).

Lo que existe en la realidad, como fenómeno psíquico completo, es la percepción, que es el resultado de la interpretación de las impresiones sensibles por medio de una serie de estructuras psíquicas que no proceden ya de la estimulación del medio, sino que pertenecen al sujeto. Las sensaciones entran en la percepción, pero se encuentran en ellas inseparablemente unidas a los elementos interpretativos. Para comprender bien esto, es preciso darse cuenta de que nuestros sentidos no son sólo mecanismos registradores de datos sino instrumentos de un ser vivo y consciente gracias a los cuales construye un mundo a la medida de sus necesidades (30).

Lo que para el individuo tiene sentido no son los colores, formas o sonidos por sí mismos sino el color de una fruta comestible, el sonido de una voz amiga, etc. Las unidades de sentido para el individuo no son las sensaciones sino los objetos. Las sensaciones tienen la función de anunciar la presencia de estos objetos, son como señales. Pero, a diferencia de las señales normales, no se captan primero y después se interpretan, sino que son a la vez captadas e interpretadas como señales de objeto. A este acto global de captación e interpretación lo llamamos percepción. El hecho de que percibir se traduzca por captar y no por recibir es un indicador de que la percepción es un fenómeno activo y no pasivo. (31)

Así pues, resulta ingenuo concebir la percepción como un simple registro de datos y estimaciones procedentes del medio, pues así quedarían sin explicar los caracteres de estabilidad y permanencia de los objetos que son esenciales en la percepción y en todo conocimiento humano; ya que al encontrarse en constante cambio las estimaciones que reciben nuestros sentidos, también lo estarían las percepciones correspondientes y esto último no ocurre. Si la percepción fuese un mero registro de datos y estímulos, nuestro mundo sería un flujo continuo y sin unidad de formas, colores, sonidos, etc., y no el mundo sólido y permanente en el que vivimos. (32)

Cabe, pues, afirmar que la percepción es el resultado de la síntesis de los datos que recibo y de la aportación de mi conciencia, preparada histórica y culturalmente, para construir a partir de esos datos el precepto. En general, podemos distinguir en la percepción los siguientes factores: Los datos proporcionados por los sentidos, que constituyen, por así decir, el material que tiene que ser interpretado. En el lenguaje técnico de la filosofía y la psicología, se los denomina datos sensoriales o sensaciones puras, para distinguirlos de la percepción como proceso global que los abarca (32).

Unas disposiciones básicas de nuestra mente, a las que llamaremos elementos configuradores, que hacen que percibamos los datos sensibles según determinadas leyes o pautas, y que contribuyen a dar a los datos sensoriales una primera organización. Unas disposiciones adquiridas o esquemas anticipadores, ligados a la adquisición y uso del lenguaje, que introducen una nueva organización y sentido en nuestras percepciones. Los factores señalados son comunes y necesarios en toda

percepción humana. Junto a ellos intervienen otros factores más variables, no ligados ya con la naturaleza de la especie humana, sino con la cultura y la experiencia de determinados grupos humanos o individuos (33).

Entre estos últimos están, por ejemplo, las resonancias emotivas, que acompañan a la percepción de determinados objetos según el papel que esos objetos han tenido en nuestra vida. No es descabellado decir que no perciben igual una imagen religiosa el ateo militante y el cristiano convencido. Vamos a analizar estos factores de la percepción (34).

Nuestros órganos están constantemente bombardeados por una serie de constantes estímulos, pero no nos percatamos de todos ellos, cosa que por otra parte sería imposible. En cierto modo estamos haciendo una selección de nuestros estímulos y sensaciones, selección en la que intervienen una serie de factores. Uno de los factores fundamentales es la percepción. Estos factores que intervienen y condicionan nuestras percepciones los podemos clasificar en externos e internos (35).

2.4.1 FACTORES INTERNOS.

Entendemos por factores internos de selección a todos los elementos internos. Podemos establecer: Las motivaciones: Nuestras tendencias, intereses y gustos son un factor importante en la selección de estímulos perceptivos. Estamos en cierta manera predispuestos a percibir aquellas cosas que motivan nuestra atención. Las experiencias pasadas: toda nuestra vida pasada ha estado llena de experiencias y vivencias personales. No es de extrañar su gran influencia en el proceso de nuestras percepciones. Las necesidades: personales influyen de manera notable y perceptiva en percepciones si padecemos hambre o sed percibimos inmediatamente todos aquellos estímulos. El ambiente cultural: No cabe duda una de las cosas que más modifican nuestras percepciones es nuestro propio ambiente y el grupo social al que pertenecemos (36).

2.4.2 FACTORES EXTERNOS.

La intensidad y tamaño del estímulo: Cuanto mayor es la intensidad y el tamaño más pronto la percibimos. El contraste: Cada vez que se producen un contraste entre nuestra situación presente y la habitual o una situación nueva, captamos la diferencia: Ejemplo: calor y frío. La repetición: es constante en las cosas. Van grabándose en la memoria. Todos los seres vivos son muy sensibles a la captación del movimiento y el hombre no es una excepción en este caso. Los animales se ponen en guardia en la percepción de cualquier movimiento (37). Hay que distinguir: la existencia del objeto exterior, la combinación de un cierto número de sensaciones, la integración de nuevos estímulos percibidos en experiencias anteriores acumulados en la memoria y la selección de ciertos elementos de nuestras sensaciones y eliminación de otros (38).

La percepción de la profundidad: los seres humanos vivimos en un ambiente tridimensional y en esas circunstancias se desarrolló nuestro sistema perceptual. por esta razón, todo lo que percibimos primeramente lo hacemos de manera tridimensional y solo posteriormente, si esta interpretación no es exacta, recurrimos a otro tipo de interpretación. Visión estereoscópica: los seres humanos poseen vista estereoscópica, es decir vemos con dos ojos que están separados algunos centímetros ofreciéndonos un ángulo diferente en cada ojo. estas dos imágenes un poco distintas se mezclan en el cerebro para darnos una visión más tridimensional. este efecto puede ser usado en el diseño con métodos simples, pero con efectos muy significativos. Perspectiva: las características de la perspectiva son de todos conocidas, entre más lejos se encuentran los objetos más pequeños se ven. a partir de este simple principio es posible fácilmente generar la ilusión de profundidad (39).

2.4.3 LAS SENSACIONES.

Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la

supervivencia y la convivencia social, a través de la capacidad para la producción del pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno (1).

Se observan diferencias en el modo en que las personas de diferentes culturas reaccionan a distintas sensaciones físicas del gusto y del olfato, basándose en sus experiencias anteriores. En gran parte, la manera en que organizamos nuestras sensaciones se basa en lo que hemos aprendido. La investigación reciente sobre percepción, ha mostrado un cambio físico que tiene lugar como respuesta a la experiencia temprana (40).

La relevancia de estos hallazgos para los seres humanos reside en unos descubrimientos recientes sobre el astigmatismo, defecto visual por el cual determinadas personas tienen dificultad en ver líneas de una orientación determinada, o vertical u horizontal. Si el astigmatismo de los niños no se corrige con gafas a una edad temprana, es muy probable que sufran una pérdida permanente de agudeza visual para dimensiones verticales u horizontales. Igualmente, los niños que sufren de estrabismo, que utilizan sólo un ojo, cada vez tendrán peor percepción de la profundidad, si no se les trata antes de los cinco años (41).

Aparentemente el desarrollo del cerebro está programado para ajustarse a ciertas pautas. La sensación es lo que sentimos como respuesta a la información que nos llega a través de los órganos sensoriales. La percepción es la manera como el cerebro organiza estas sensaciones para darles sentido a través de un estímulo. Un estímulo es cualquier forma de energía a la que podemos responder. La psicofísica es el estudio de la relación entre los aspectos físicos de los estímulos y nuestras percepciones psicológicas de ellos (42).

El umbral absoluto es la intensidad mínima necesaria de un estímulo para que pueda ser percibido. Este umbral depende del nivel de fondo de la estimulación. El umbral diferencial es el contraste más pequeño de intensidad para que se pueda

percibir una diferencia entre dos estímulos. Este umbral es variable, ya que depende de la intensidad del estímulo original (43).

La adaptación es la disminución de los niveles de respuesta de los receptores sensoriales frente a una estimulación continuada. Atender es concentrarse en ciertos estímulos, lo que los hace conscientes. Tanto los umbrales como la adaptación y la atención afectan la manera de percibir la información sensorial. Además de los cinco sentidos más conocidos: vista, oído, tacto, gusto y olfato, tenemos otros como el vestibular, el propioceptivo, el cinestésico y el interoceptivo (44).

La visión: El ojo humano ve la energía electromagnética en forma de ondas luminosas. Esta energía nos llega en fotones, las unidades mínimas de luz que pueden ser medidas. La parte más importante y compleja del ojo es la retina, formada por neuronas, células gliales y células fotorreceptoras llamadas bastones y conos. Los bastones y conos son sensibles a la luz y la oscuridad (45).

La visión del color: De acuerdo con la teoría tricromática vemos el color primario, rojo, verde y azul, y todos los demás colores son fruto de las combinaciones de éstos a través de tres mecanismos de color en el ojo, uno para el color rojo, otro para el verde y un tercero para el azul. La teoría de los procesos oponentes explica el fenómeno de la post imagen y Los problemas corrientes de la visión son el glaucoma, la miopía, la presbiopía, el astigmatismo, la ambliopía, las cataratas, la ceguera nocturna y la ceguera de color (45).

La audición: Diferenciamos entre los sonidos basándonos en dos medidas: su intensidad y su tono. La intensidad se mide en decibelios, que describen la altura de las ondas sonoras. El tono depende de la frecuencia de las ondas y se mide en Hertz. Las células ciliares del oído son los receptores auditivos, y las fibras del nervio auditivo transmiten la información auditiva al cerebro. De acuerdo con la teoría del lugar, oímos un cierto sonido dependiendo del lugar determinado de la membrana basilar que se estimula. La teoría de frecuencia afirma que es el ritmo de estimulación de la membrana lo que determina lo que oímos. La teoría de lugar parece explicar la

audición de tonos altos, mientras la teoría de frecuencia parece explicar la de los bajos (32).

El sentido del tacto, en realidad, está compuesto por varios sentidos diferentes, que producen las sensaciones de calor, frío, presión y dolor. Algunas partes del cuerpo son mucho más sensibles al tacto que otras. El dolor desempeña una función importante, avisándonos del peligro; es posible que existan vías específicas del dolor. Ciertas fibras sensoriales responden sólo al dolor, mientras otras parecen señalar el dolor junto con otras sensaciones. El cerebro produce endocrinas, sustancias que reducen o eliminan el dolor. A menudo el miedo, el estrés y el esfuerzo físico inhiben el dolor (46).

Los sentidos químicos: Nuestros receptores gustativos distinguen entre cuatro diferentes sensaciones, dulce, salado, ácido y amargo. Todos los sabores son descritos en términos de combinaciones de estas cualidades. algunas preferencias gustativas son aprendidas, mientras otras parecen ser hereditarias. Lo que la mayor parte de la gente llama «sabor» es una sensación global, que también incluye el sentido del olfato. Los olores entran en el cuerpo como moléculas en el aire, a través de la nariz o a través de la parte posterior de la boca, a los receptores del olfato en la cavidad nasal (3).

El sentido de la propiocepción nos informa del movimiento de las distintas partes de nuestro cuerpo y de su posición en el espacio. El sistema vestibular es el responsable de nuestro sentido de equilibrio. Las leyes de la Gestalt subrayan la importancia de las configuraciones globales. Estas incluyen las reglas de la continuidad, proximidad, semejanza y cierre. Otro concepto de la Gestalt es la relación entre figura y fondo (47).

La predisposición perceptiva es el fenómeno por el cual a menudo vemos, oímos, saboreamos, olemos o tocamos aquello que esperamos en cada caso. La constancia perceptiva es el conocimiento de que los objetos y hechos de nuestro entorno se mantienen iguales a pesar de que puedan parecer diferentes por la variación de las condiciones ambientales. Gracias a que podemos tener en cuenta las variaciones de

los indicadores de tamaño, textura, forma, luminosidad y constancia de color, podemos mantener una visión estable del mundo (48).

Juzgamos la distancia de dos maneras. Los indicadores binoculares dependen de la visión de ambos ojos, trabajando conjuntamente, son más exactos. Están basados en la visión ligeramente diferente del mundo que tiene cada ojo. Los indicadores monoculares incluyen tamaño, paralaje de movimiento, interposición, gradiente de textura, perspectivas lineal y aérea, así como el sombreado (3).

Las ilusiones son percepciones falsas, a menudo causadas por contextos ambiguos, como es el caso de las ilusiones de Ames, Muller-Lyer y Ponzo. Organizamos nuestras sensaciones principalmente según lo que hemos aprendido sobre ellas. Parece haber un período crítico en el desarrollo de la visión. Si ciertas experiencias de visión no tienen lugar en momentos determinados de desarrollo, la visión del sujeto adulto estará alterada. Esto ocurre con la habilidad de ver planos horizontales y verticales (49).

Así como hay factores que intervienen en la percepción también existen factores que afectan la percepción.

2.5 FACTORES QUE AFECTAN LA PERCEPCIÓN.

Los estudios realizados en torno a este tema han demostrado la relevancia que tienen ciertas situaciones experimentadas por el propio individuo para lograr una adecuada percepción de los estímulos. Hoy sabemos que las percepciones son afectadas por. La motivación de la persona, ya que quienes tienen una necesidad específica tienden a satisfacerla y por tanto a dar relevancia a los satisfactores o tratar de descubrirlos en figuras ambiguas, las expectativas que tiene la persona influyen en la capacidad de percibir, así como también los estilos cognoscitivos, ósea la forma en que nos relacionamos con el ambiente y aprendemos de él, otro factor importante son los antecedentes culturales ya que estos juegan un importante papel en las percepciones por que determinan un concepto diferente en cada región (50).

La percepción no es nunca una mera repetición del mundo exterior, no es como si fotografiásemos el mundo valiéndonos de nuestros órganos sensoriales y receptivos. estamos tan acostumbrados a que las cosas nos parezcan tal y como las vemos que ni siquiera pensamos que pudiera ser de otro modo. el acto físico de interpretar, de dar sentido a las sensaciones lo llamamos percepción. pero el proceso de la percepción se diferencia mucho de la sensación (51).

El análisis de la percepción. Si la sensación era un mero proceso receptivo, la percepción es algo más que eso, es el conocimiento de las respuestas sensoriales a los estímulos que las excitan. por la percepción distinguimos y diferenciamos unas cosas de otras, nuestro ser del mundo, nuestra realidad de las otras cosas. la percepción supone una serie de elementos en los que hay que distinguir: la existencia del objeto exterior, la combinación de un cierto número de sensaciones, la integración de nuevos estímulos percibidos en experiencias anteriores acumulados en la memoria y la selección de ciertos elementos de nuestras sensaciones y eliminación de otros (38).

No siempre nuestras percepciones son correctas; lo que es visto de lejos parecía ser un hombre luego resulta ser un arbusto. por lo general los estímulos que percibimos los conectamos entre sí con las ideas e impresiones que habíamos adquirido en nuestras experiencias anteriores (52).

Son factores determinantes de las percepciones incorrectas entre otros los siguientes: Los estímulos camuflados: son aquellos que nos llegan confusos o con poca intensidad o de tal manera que es difícil distinguirlos de otros estímulos. las percepciones confusas: cuando los estímulos son muy débiles y se presentan poco diferenciados; (interferencias en la radio). La brevedad del estímulo. la brevedad impide su correcta detección. Las ilusiones: no son percepciones auténticas, sino falsas. esto también tiene lugar cuando los estímulos presentan unas características especiales o cuando nuestros órganos sensoriales se ven coartados por sus limitaciones. Existen trastornos perceptivos motivados por las deficiencias o lesiones de nuestros órganos receptores, o por anomalías del cerebro; en estos casos nuestras percepciones son deficientes e incorrectas. un caso típico son las

alucinaciones, que inducen al sujeto a comportarse como si tuviera una percepción, cuando en realidad no existe tal percepción (53).

2.6 ELEMENTOS DE LA PERCEPCIÓN.

A) LOS ELEMENTOS CONFIGURADORES. Percibimos objetos, no cúmulos de sensaciones. Y los objetos son siempre algo que tiene una cierta significación en nuestra vida. Los objetos sin significado pasan inadvertidos, a pesar de que envían sus estímulos a nuestro sistema receptor. Esto explica porque la percepción configura los estímulos, confiriéndoles una estructura y significación. nuestra atención es focal: se centra en algo que se destaca del entorno y que es lo que constituye el objeto (38).

La percepción separa el campo perceptual en dos partes: una, en la que se centra nuestra atención, que es dominante y recibe el nombre de figura; y otra, más difusa, que recibe el nombre de fondo. Esta primera organización, que ha sido estudiada por la Gestalt de psicología alemana, nos ilustra sobre el carácter configurador de nuestra percepción, no sólo distinguimos figura o fondo. La percepción humana, para dotar a los estímulos de significado, los agrupa a su vez en estructuras más simples y conocidas. No hay que olvidar nunca que percibimos para orientarnos en el mundo y que nuestra orientación es mayor cuanto más simple es el mundo que tenemos (54).

En toda percepción concurren una serie de eventos y datos dispares que necesitan ser estructurados para poder obtener una información del mundo. Entre estos datos y elementos distinguiremos 3 principales:

- 1) Recepción sensorial: la base de la percepción es la recepción proveniente de los sentidos. Sin sensación es imposible cualquier tipo de percepción. Las sensaciones no nos llegan nunca aisladas, ni siquiera con la misma intensidad y siempre se da un proceso de selección de las mismas.
- 2) Los estímulos o datos físicos (internos y externos) que llegan a nuestros sentidos son innumerables y no sería posible percibirlos todos, pues nuestro cerebro carece de esa capacidad. No tenemos más remedio que seleccionar aquéllos que son más fuertes, más intensos o tienen más interés para nosotros.

A esta selección de estímulos que nos lleva a captar unas realidades e ignorar otras se le llama atención.

- 3) Estructuración simbólica: La percepción va siempre ligada a una representación, a un concepto o a una significación; al escuchar un sonido de un avión, por ejemplo, representamos su configuración por las experiencias vividas anteriormente. Al percibir organizamos los datos que llegan a nuestros sentidos, los estructuramos e interpretamos para que sean significativos para nosotros. Mediante la simbolización cada cosa percibida se asocia a un determinado concepto.

B) ELEMENTOS EMOCIONALES: Es posible que muchos de nuestras percepciones nos dejen indiferentes pero la mayoría de ellas van íntimamente ligadas a procesos emocionales propios que generan emociones agradables o desagradables (52).

Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal. Según Reeve (1994), la emoción tiene tres funciones principales: a) Funciones adaptativas, b) Funciones sociales, c) Funciones motivacionales.

Las funciones adaptativas quizá es una de las funciones más importantes de la emoción sea la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado.

Mientras que las funciones sociales es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal, como son las de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta pro social.

Por último, tenemos las funciones motivacionales en la cual la relación entre motivación y emoción no se limitan al hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. Podemos decir que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y no otras.

2.7 PROCESO DE LA PERCEPCIÓN.

Todos los individuos reciben estímulos mediante las sensaciones, es decir, flujos de información a través de cada uno de sus cinco sentidos; pero no todo lo que se siente es percibido, sino que hay un proceso perceptivo mediante el cual el individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos, con el fin de adaptarlos mejor a sus niveles de comprensión. La percepción es un proceso que se realiza en tres fases: Selección, organización e interpretación (55).

2.7.1 SELECCIÓN.

Los individuos perciben sólo una pequeña porción de los estímulos a los cuales están expuestos.

Cuando la percepción se recibe de acuerdo con nuestros intereses, se denomina percepción selectiva. La percepción selectiva se refiere al hecho de que el sujeto percibe aquellos mensajes a los que está expuesto según sus actitudes, intereses, escala de valores y necesidades. Es decir, se opera un auténtico procesamiento de la información por parte del sujeto, mediante el cual el mensaje despierta en el individuo toda una serie de juicios de valor que se traducen en reacciones de muy distinto signo. Por esta razón, se puede decir que el individuo participa directamente en lo que experimenta. Esta intervención no se limita a una simple adaptación, sino que se acompaña de una selección efectuada entre los estímulos propuestos (27).

2.7.2 ORGANIZACIÓN.

Una vez seleccionados, las personas han recogido una cantidad de estímulos de forma conjunta que, en esencia, son sólo una simple colección de elementos sin sentido. Las personas los clasifican de modo rápido asignándoles un significado que varía según cómo han sido clasificadas, obteniéndose distintos resultados. Por tanto, el paso siguiente a la selección es analizar agrupada mente las características de los diversos estímulos. Pero, se perciben en su globalidad los mensajes o, por el contrario, se van descodificando en cada una de sus partes. El contenido de la percepción no es igual a la suma de las cualidades correspondientes a la imagen proyectada. El organismo produce formas simples. Con lo cual, los mensajes, cuanto más básicos y simples se presenten, mejor serán percibidos y, por tanto, asimilados (27).

2.7.3 INTERPRETACIÓN.

La interpretación es la última fase del proceso perceptual, que trata de dar contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados.

La interpretación depende de la experiencia previa del individuo, así como de sus motivaciones, intereses personales y su interacción con otras personas. Por ello, la forma de interpretar los estímulos puede variar, a medida que se enriquece la experiencia del individuo o varían sus intereses. Así, la formación de los estereotipos, corresponde en gran parte a la interpretación perceptual que el individuo da a los acontecimientos (34).

2.8 ETAPAS DE LA PERCEPCIÓN.

El proceso de percepción se entiende mejor si lo separamos en tres etapas.

LA SENSACION: Es el proceso en el que la estimulación de los receptores sensoriales (estructuras en nuestros ojos, oídos, etcétera) producen impulsos nerviosos que representan las experiencias internas o externas del cuerpo. Por ejemplo, la sensación proporciona los datos básicos del campo visual. Las células

nerviosas del ojo transmiten la información a las células de la corteza cerebral, que extraen las características preliminares de esta entrada de información (37).

LA ORGANIZACIÓN PERCEPTUAL: Se refiere a la etapa en la que se forma una representación interna de un objeto y se crea el precepto de un estímulo externo. La representación es una descripción provisional del ambiente externo de quien percibe. La estimulación se basa en cálculos mentales que integran los conocimientos anteriores con las pruebas presentes aportadas por los sentidos y el estímulo. La percepción comprende la síntesis, integración y combinación de las características sensoriales simples, como colores, líneas etc. La mayoría de las veces estas actividades mentales ocurren rápida y eficazmente y sin que seamos conscientes de ellas (34).

IDENTIFICACION Y RECONOCIMIENTO: Se confiere un significado a los preceptos, los objetos redondos nos hacen pensar en objetos como pelotas, monedas, naranjas, etc. Una persona se identifica como hombre, mujer, amigo o enemigo. En esta etapa, la pregunta acerca del aspecto del objeto se convierte en una pregunta de identificación y en una de reconocimiento; esta etapa concierne a procesos cognoscitivos de orden superior, que implican nuestras teorías, recuerdos, valores, ideas y actitudes hacia el objeto (33).

2.9 PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE ANESTESIA.

Los primeros reportes acerca de la relación anestesiólogo pacientes datan de 1960 y demostraron que las sensaciones de ansiedad acerca de la anestesia se debían en gran parte a la pobre relación que el anestesiólogo lograba establecer con su paciente según los autores Sheffer & Greifenstein el personal de anestesia era percibido como impersonales, figuras distantes, quienes tenían habilidades y eran eficientes, pero no tan reales como otros médicos a medida se formaban estas percepciones se crea incertidumbre sobre la anestesia y su personal (56).

De hecho, un estudio realizado en los años 80 el cual tiene como tema la conciencia sobre el anestesiólogo y el alcance de la anestesiología en pacientes

quirúrgicos y sus asistentes, demuestra lo lamentable que ha sido que las personas no sean conscientes de la necesidad y las contribuciones de la especialidad de Anestesiología para la atención al paciente. Es evidente a partir de las encuestas realizadas en Gran Bretaña, Australia y los EE.UU. que un gran número de pacientes se encuentran bajo la idea errónea sobre el papel del personal de anestesia dentro y fuera de la sala de operaciones no son completamente comprendidas (57).

La práctica de la anestesia ha cambiado de modo espectacular gracias a la aplicación de adelantos recientes de la tecnología biomédica y hace que esta sea una especialidad excitante y de rápida evolución (58).

Por los diferentes cambios en el transcurso de los años es interesante conocer la percepción general de la población frente a la anestesia y a los especialistas que la ejercen, lo cual aporta información útil en la práctica, en la que el reconocer, afrontar y resolver las inquietudes, los miedos y la ansiedad del paciente es primordial. Por lo tanto, la percepción del paciente quirúrgico está definida como el proceso mental mediante el cual obtienen momentos significativos en su interior. Durante la interacción se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo. Es importante saber que la percepción de la experiencia recibe influencia de múltiples factores. (48). Estas percepciones de la población en general están relacionadas con el temor frente a los procedimientos quirúrgicos y anestésicos, que implican pérdida momentánea de la conciencia, de la voluntad y aunque el procedimiento es aceptado y autorizado por el paciente, no por esto deja de generar ansiedad y angustia (59).

El paciente constituye la única razón de ser, eso lo convierte en lo principal para el anestesiólogo y este último está en la obligación de conocer el perfil del mismo, sus características y la forma de buscar la satisfacción del paciente. Las expectativas que el paciente tendrá en relación a su acto anestésico pueden estar influenciadas o determinadas por diferentes factores: Nivel socio-cultural del paciente, nivel educativo, tipo de procedimiento quirúrgico que se le practicará, experiencias quirúrgicas anteriores, grado de relación médico paciente, información y conocimiento brindado sobre su enfermedad quirúrgica, tipo de intervención y los riesgos de la misma (60).

Evidentemente el nivel educativo que el paciente posee es un factor importante para definir los conocimientos que estos tienen sobre anestesia, lo que podría ser explicado por el hecho de que los individuos de mejor nivel intelectual buscan más información y la asimilan con más coherencia. La misma correlación se encontró en una investigación en un país en desarrollo, cuyos sujetos tenían un nivel educativo que variaba desde ninguno hasta el superior completo demostrando que el nivel educativo influye en la capacidad perceptiva que tienen las personas. (61).

Se puede observar que el nivel sociocultural crea en cada individuo representaciones, mediante los sistemas de nociones, orientaciones y actitudes que los conjuntos sociales expresan respecto de una realidad social determinada, donde se sintetizan contenidos ideológicos y culturales determinados históricamente (62).

Por lo expuesto anteriormente se observa que hay un desconocimiento sobre la práctica anestésica, formando parte de los elementos que conforman la problemática de reconocimiento social y profesional de los especialistas en anestesia para describir y analizar las imágenes de los pacientes acerca de dicho proceso lo hemos dividido en seis momentos distintos, que son.

I. Tipo de información sobre la anestesia previa a la intervención quirúrgica. El primer encuentro con el paciente ocurre en los diferentes servicios del hospital, la mayoría de los pacientes conoce al personal que le administrara la anestesia momentos antes de iniciar la intervención quirúrgica y le proporciona información sobre su procedimiento, sin embargo, algunos pacientes no reciben la información necesaria con respecto al proceso anestésico y su función durante la cirugía ni de los posibles riesgos, antes de su traslado al quirófano (63). La información es un factor clave para mejorar la situación física y psicológica del paciente, los conocimientos determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, puesto que permite a las personas tomar decisiones informadas. La falta de conocimiento de los pacientes sobre la anestesia y el papel del anestesista en sus cuidados puede contribuir a esos miedos y ansiedades (30).

II. El trayecto hacia el quirófano. Los pacientes, en general, se encuentran angustiados durante el trayecto al quirófano, evocan a su familia y a Dios, tienen miedo a morir, preocupación porque dejarían abandonada a la familia, a los hijos, principalmente. Es importante señalar que hasta en los momentos más críticos las mujeres se preocupan por los hijos y la familia, enseñadas socialmente a vivir para los demás, aun a costa de su propio bienestar, tienen una actitud que manifiesta su pertenencia a la colectividad, a diferencia de los hombres en donde el rasgo predominante es la individualidad es en este trayectos que perciben de una manera más profunda su vida al exterior del centro hospitalario (64).

III. Estancia en el quirófano y el procedimiento anestésico propiamente dicho Los pacientes refieren imágenes de su vida cotidiana, como su casa, o la presencia de algún ser querido, referidas como visiones oníricas, recuerdan olores característicos y sensaciones corporales aparentemente reales. El estar anestesiado se explica por los hombres como una pérdida de la consciencia, pérdida de la fuerza y de la capacidad de decidir, actuar, pérdida del ser. Las mujeres consideran que estar anestesiadas es la ausencia de sensaciones, no sentir, dormirse para no sentir, dormirse para evitar el sufrimiento, impedir que el cuerpo perciba, sienta. Culturalmente los hombres están enseñados a crear y proveer bienestar, son constructores y dependen de su fuerza moral y física, en cambio si la vida de las mujeres está llena de tareas sensoriales, la anestesia es vista como un obstáculo a la realización de dichas tareas, por lo cual cada persona percibe de una manera diferente cada situación (64).

IV. El despertar. Al despertar aparece el dolor siendo un elemento fundamental el manejo por parte del personal en anestesiología, según las palabras de los profesionales de la anestesia su labor no se limita al área de quirófano, sino que su tarea debe estar también en los momentos anteriores y posteriores a la cirugía, encargarse del dolor posoperatorio. Sin embargo, algunos anesthesiólogos señalan que las instituciones de salud no reconocen los saberes que al respecto tienen estos especialistas, que la misma organización hospitalaria les impide llevar a cabo su labor de manera óptima. Por razones de seguridad, siempre se intenta administrar la dosis de anestesia adecuada al peso de la persona y ajustarla al máximo para que dure solo

lo necesario para la intervención. Por ello, es posible que al despertar se presente dolor (65).

Al despertar la imagen que recuerdan los pacientes es la enfermera o algún miembro del personal médico o paramédico, así como la luz agresiva de las lámparas y se preguntan si es necesaria o cumple alguna función específica la intensidad de la iluminación, en esos momentos en que son particularmente sensibles a los estímulos visuales.

V. Información posterior al procedimiento anestésico. Es frecuentemente que los pacientes no recuerden haber recibido información referente al proceso anestésico, por lo que es necesario proporcionar información del tipo de anestesia recibida, y como se ira dando su recuperación muchos pacientes se siente somnolientos confundidos y tiene muchos escalofríos después de la operación, asimismo, en la mayoría de los casos el anestesiólogo no regresa a hablar con ellos después de la cirugía, por lo que estos pacientes desconocen los cuidados postanestésicos (26).

VI. Representaciones sobre el riesgo anestésico. Los pacientes manifestaron temor a una posible pérdida de la capacidad mental, o daño en la salud a causa de la anestesia, que a su vez provocaría el abandono o descuido de la familia. Los preconceptos y las creencias del paciente previos a la iniciación de un tratamiento o técnica anestésica constituyen uno de los más poderosos predictores de su resultado (66).

Para poder evaluar el paciente durante el proceso anestésico, es necesario considerar tres momentos diferentes.

Preoperatorio: El preoperatorio es el tiempo que transcurre entre que al paciente se la comunica que requiere tratamiento quirúrgico hasta el momento en que esta se inicia. Este puede ser: mediato e inmediato. En este periodo se generan las percepciones sobre el proceso quirúrgico anestésico, es importante en este tiempo el control de las mismas, ya que sus percepciones serán el patrón sobre el cual nuestro enfermo evaluará la atención médica percibida. Es necesario que el personal de

anestesia en esta etapa "piense como el paciente" y "no en el paciente" para lograr de esta manera una mejor comprensión en sus expectativas. Las percepciones más frecuentes generadas en los pacientes son: tener seguridad del equipo quirúrgico, que se le practique la intervención en la fecha y hora señalada, no sentir nada cuándo se le practique la cirugía, control del dolor postoperatorio, no tener complicaciones, que no le transfundan hemoderivados, ausencias de náuseas y vómitos en el postoperatorio (67).

Intraoperatorio: Es el tiempo que transcurre desde que se inicia el acto anestésico hasta que concluye la intervención quirúrgica. Es importante señalar que, durante este periodo existe una relación de poder a favor del anestesiólogo, motivado porque el paciente se encuentra bajo los efectos de la anestesia general y/o sedación, en este caso el anestesiólogo, debe enfrentar situaciones en las que le corresponde tomar decisiones al actuar como guardián de los intereses del paciente teniendo como prioridad su seguridad. Durante este periodo, la percepción por parte del paciente sobre el proceso anestésico es minimizada o no existe por las condiciones antes descritas en que el mismo se encuentra (67).

Postoperatorio: Es considerado el tiempo que transcurre desde que culmina la intervención quirúrgica hasta que el paciente se recupera totalmente de su proceso de invalidez de la intervención. Este se clasifica en: Inmediato: se considera desde que el paciente concluye su intervención quirúrgica hasta las primeras 24 horas. O Mediato: es considerado como el tiempo que transcurre desde las primeras 24 horas de postoperatorio hasta la culminación de su periodo de invalidez. En este periodo las percepciones del paciente estarán dadas por: Recuperación rápida, no sufrir complicaciones, no padecer dolor, no tener náuseas y vómitos (67).

Como las percepciones en relación con el procedimiento quirúrgico y la anestesia pueden diferir de un paciente a otro. Al respecto de los temores que los pacientes presentan hacia el procedimiento anestésico se ha evidenciado la población en general perciben temor frente a los procedimientos quirúrgicos y anestésicos, que implican pérdida momentánea de la conciencia y de la voluntad y, aunque el procedimiento es aceptado y autorizado por el paciente, no por esto deja de generar ansiedad y angustia.

La evaluación preanestésica en la cual se indaga sobre las percepciones y preocupaciones en la práctica anestésica, se evidenció que el más prevalente es el tener náuseas durante el posoperatorio, seguido por el hecho de sentir dolor durante la intervención y el no poder despertar luego de la cirugía siendo de mayor relevancia estos para los pacientes. Sin lugar a dudas, la anestesia es uno de los aspectos más importantes de una cirugía, quizás por esto ha sido siempre una de las mayores preocupaciones de los pacientes a la hora de enfrentar cualquier procedimiento quirúrgico. El desconocimiento que muchos pacientes tienen sobre qué es y cómo actúa realmente la anestesia es lo que provoca que se formen las percepciones que los pacientes tienen respecto a la anestesia y al personal de esta área de la salud en nuestro país (68).

Al parecer, la experiencia previa anestésica no afecta significativamente el conocimiento de los pacientes acerca de la anestesia y de su deseo de información, con excepción de algunos temas en particular. Por lo tanto, no debemos considerar a estos pacientes como mejor informados y debemos tratarlos con la misma cautela y simpatía como los primerizos, informar y apoyar a ellos de acuerdo a sus necesidades (69).

2.9.1 DIFERENTES TIPOS DE PERCEPCIÓN SOBRE ANESTESIA.

En anestesiología, así como en otras áreas de la medicina, existen conceptos que adquirimos durante nuestra formación o en nuestro desarrollo profesional y que aceptamos como verdades absolutas, ya sea porque se adaptan fácilmente a nuestro pensamiento lógico, porque hemos escuchado decir algo repetidamente o simplemente porque así nos enseñaron. El manejo de la anestesia general ha cambiado en los últimos años, de modo que no es lo mismo comparar una anestesia de hace 80 años, que una anestesia en la actualidad. muchas publicaciones sugieren un menor porcentaje de disfunción cognitiva postoperatoria en pacientes de edad avanzada (49).

El Dr. Pedro Silva, anesthesiólogo del Hospital Nisa Sevilla-Aljarafe habla acerca del espectacular avance que la anestesiología ha experimentado en los últimos años

debería haber jugado a favor de su aceptación social, ya que permite realizar intervenciones y que, sin ella, el dolor las convertiría en impracticables. Sin embargo, las falsas creencias, negativas en su mayoría, en torno a la anestesia son muchas: miedo a no despertar, a que “se pase el efecto” o a una mala administración que no acabe con el dolor (70).

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), que lleva 65 años en la labor de impulsar el avance de esta práctica. Trata de esclarecer los mitos sobre la anestesia y su uso en cirugía, el sentir nervios o temor a la hora de enfrentarse a un procedimiento anestésico quirúrgico es totalmente normal, estas preocupaciones están fundamentadas sobre creencias populares que nada tienen que ver con la realidad o con las evidencias científicas relacionadas con el tema. El percibir situaciones basadas en mitos en anestesia es normal un ejemplo de ello es si me aplican anestesia epidural voy a quedar parálítico o no volveré a caminar bien. Las diferentes técnicas anestésicas hoy en día son muy seguras; sin embargo, existe una posibilidad muy remota de tocar un nervio con la aguja. Si esto llega a ocurrir es posible, con la queja del paciente, retirar el instrumento antes de inyectar el anestésico (28).

De igual manera los pacientes perciben que se pueden volver adictos a los opioides. Sin embargo, en la realidad, es que los opioides son drogas que se emplean de manera frecuente, para aliviar el dolor, en efecto podría desarrollarse una adicción si se recibe una cantidad significativa de anestésicos seguidos, la probabilidad de crear adicción es cero en una sola aplicación de anestesia. Por consiguiente, el percibir que cuando se despierte de la anestesia puedo revelar algunos secretos dependerá del despertar de cada individuo en la realidad, se han presentado casos donde las personas lloran, gritan, les da temblor, náuseas o vómito, pese a que se les administra previamente medicamentos analgésicos para ayudarlos a tener un mejor retorno al estado de conciencia. Sin embargo, esto tiene su razón de ser, pues el barbitúrico (fármaco que actúa como sedante del sistema nervioso central y produce desde sedación suave hasta anestesia total) pentotal sódico se usó por mucho tiempo como suero de la verdad. Aunque existe tal fármaco, en la dosis utilizada para procedimientos quirúrgicos no tiene esa implicación (28).

Así como también se percibe que los medicamentos anestésicos van a dañar el cerebro o que no se despertara jamás, basándose en estudios realizados actualmente han encontrado que la anestesia general si puede producir muerte de las neuronas, pero esto solo es posible en edades muy inmaduras y en pacientes mayores. Por otra parte, la probabilidad de que un paciente muera durante una cirugía debido a la anestesia es muy poca. La tasa de mortalidad en el mundo es de 1 en 200.000 procedimientos con anestesia general. Los riesgos son cada vez más bajos. Si bien es cierto en la actualidad el paciente solicita que se le suministre poca anestesia, no sea que se le pase la mano. Esto debido a la poca información sobre este campo, la anestesia no es poquita ni mucha sino la que necesita el paciente. Por lo regular, los medicamentos se administran por kilo de peso, algunos por peso total y otros por peso ideal. Así, si un paciente pesa 200 kilos, la anestesia le será suministrada según su peso ideal que pueden ser, por ejemplo, 70 kilos.

Así también surge la percepción sobre el personal de anestesia que solo aparecen al inicio y al final de la operación. La realidad: la presencia de estos especialistas es transcendental en casi cualquier práctica médica, ya que tienen la responsabilidad de estabilizar los sistemas vitales y corporales de los pacientes (especialmente el cardiovascular y el respiratorio). Durante la cirugía el anestesiólogo no va a tomar café, pues debe estar monitoreando cada una de las respuestas de los órganos del paciente y su condición en el transcurso del procedimiento.

Sobre estas percepciones, José Ricardo Navarro, presidente de la S.C.A.R.E., anota que “los avances en la distribución eficiente de la anestesia y en la seguridad para el paciente son crecientes y le permiten a la medicina efectuar intervenciones que hasta hace algunos años eran impensables. Hoy, pese a las difíciles condiciones de salud que pueda presentar una persona, se puede anestesiar a pacientes con enfermedades graves, como diabetes, hipertensión, lesiones del hígado, entre otras”. Agregó que la anestesiología pasó de ser una de las especialidades de mayor riesgo a una de las más seguras gracias a la tecnología, los avances de los fármacos y a la capacitación que reciben estos profesionales (28).

La relación anestesiólogo paciente debe estar guiada por principios de universalidad, equidad e integración. En la perspectiva de la humanización, el paciente debe ser visto en su totalidad, y se hace necesario el cambio del foco de la atención de la enfermedad, para su atención integral al paciente, considerando la singularidad de su dimensión como sujeto. Es importante humanizar las relaciones entre los pacientes y los profesionales de salud como un dispositivo para proporcionar cambios en las prácticas de salud, que necesita tener como objetivo, responder a las necesidades de los pacientes, como también involucrarlos efectivamente en su proceso de cuidar (71).

En el cuidado anestésico, el principal beneficio realizado por el anestesiólogo constituye, la oportunidad de aclarar dudas del paciente en lo que se refiere al procedimiento y a sus temores con relación a la anestesia, suscitando así un proceso comunicativo y terapéutico. Caprara y col, enfatizan que los modelos comunicativos están relacionados con el espacio terapéutico, y con los aspectos del paciente, como síntoma, expectativa, miedos, ansiedades y estrés. Así, a cada consulta pre anestésica, se puede establecer una nueva relación entre el paciente y el anestesiólogo (15).

La acogida por parte de los anestesiólogos a los pacientes, favorece la construcción de una relación de confianza y compromiso de los usuarios con los equipos y los servicios, contribuyendo para la promoción de la cultura de solidaridad. El derecho de información de los pacientes es básico y debe ser dado por el anestesiólogo en la visita pre anestésica, debe comunicarse con el paciente, demostrar seguridad y confianza, teniendo en cuenta que el paciente tiene derecho a informaciones claras, sencillas y comprensivas, adaptadas a su condición sociocultural (71).

La mejor forma de educar al paciente para abordar sus preocupaciones es necesario saber que preocupa a los pacientes sobre su experiencia anestésica y quirúrgica. Se han revisado varios estudios para conocer esta información. Una preocupación importante constante es el no poder despertarse de la anestesia. Los

pacientes más jóvenes y las mujeres tienden a expresar más ansiedad sobre su anestesia (68).

Los pacientes están a menudo preocupados por no hablar con el anestesiólogo que le administrará la anestesia. Se le debe tranquilizar en el sentido de que toda la información obtenida se transferirá al equipo y de que tendrá la oportunidad de hablar con los profesionales que la atenderán realmente el día de la intervención quirúrgica si surgen más preguntas.

Los estudios realizados acerca de la percepción de la relación anestesiólogo paciente, indagaron acerca de los métodos de anestesia conocidos y preferidos por los pacientes para su próxima operación, la importancia de cada uno de los médicos especialistas en una sala de cirugía, la preparación académica reconocida por los pacientes a los médicos anestesiólogos y sus actividades. El método anestésico más conocido y preferido por los pacientes es la anestesia general y fue el método más frecuente en cuanto a antecedentes se refiere (62).

La mayoría de los pacientes temen a la anestesia y no a la cirugía. El temor o miedo cuando llegan a la sala de quirófano es por la anestesia y no por el tipo de procedimiento al que van a ser sometidos. Para algunos es el miedo a lo desconocido, para otros es el temor a ser dormidos y perder el control sobre sí mismo, miedo a dejar de ser ellos mismos; para otros puede ser el miedo a tener dolor, para otros puede ser el miedo a estar despiertos durante la cirugía (72).

3. DISEÑO METODOLÓGICO.

3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

3.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes ASA I Y II.

Pacientes entre la edad de 18 a 60 años.

Pacientes que residen en la zona urbana o rural.

Pacientes que estén dispuestos a participar en la investigación.

Pacientes de ambos sexos.

3.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes con capacidad de audición disminuida.

Pacientes con deficiencias mentales.

En esta investigación se incluyeron 15 pacientes con experiencia y 15 pacientes sin experiencia los cuales cumplieron con los criterios antes mencionados.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Para la presente investigación se utilizó la fenomenología de Martín Heidegger caracteriza por responder como las personas dan sentido a su experiencia vivida en un contexto o frente a un fenómeno en particular. La finalidad es describir el significado de esa experiencia vivida frente a los fenómenos de interés y hacer visibles los rasgos de esa experiencia, se interesa en las características comunes de la experiencia vivida a partir de la comprensión y como el significado es creado a través de contenidos de percepción. De igual manera cabe destacar que fue de carácter **mixto**, el cual se distingue por recolectar, analizar y vincular datos cualitativos y cuantitativos en un mismo estudio.

3.3 TÉCNICAS APLICADAS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA INFORMACIÓN.

Para la elaboración de este trabajo se utilizaron diversas técnicas, que fomenta la investigación entre las cuales se encuentran: Documentales Bibliográfica y de Campo constituidas por la entrevista. Todos estos instrumentos se aplicaron en un momento en particular, con la finalidad de obtener la información necesaria para la investigación.

3.4 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

En el instrumento de medición se utilizó la guía de entrevista, ya que el investigador llevo una guía con los puntos de tema a cubrir, así como también el orden, las cuales se basaron en preguntas abiertas aportando una mayor accesibilidad al tema de estudio.

3.5 SELECCIÓN DE ESCENARIO.

La investigación se llevo a cabo en el servicio de cirugía en el en el Hospital Nacional General “Dr. Héctor Antonio Hernández Flores”, San Francisco Gotera, Morazán.

El hospital cuenta con los servicios de: servicio de medicina, servicio de cirugía, servicio de ortopedia, servicio de neonatología, servicio de pediatría, servicio de gineco obstetricia, servicio de emergencia, los cuales cuentan con hospitalización, servicio de centro quirúrgico, además se cuenta con el servicio de consultorios externos, laboratorio, rayos x, farmacia.

El servicio de cirugía está a disposición de toda la población en donde se realizan las intervenciones quirúrgicas a los pacientes, el cual está a disposición las 24 horas para cualquier intervención de emergencia, pero mayormente las cirugías son programadas para el turno diurno.

3.6 PAPEL DEL INVESTIGADOR.

El papel investigador se basa en la guía de entrevista, este deberá de focalizarse en la búsqueda de datos verdaderos de tal manera que no pueda influenciar sobre el participante y el ambiente, debido a que su actuación o experiencias asociadas con el problema de estudio pueden dañar la veracidad de la investigación. por lo tanto, deberá de guiarse por sus objetivos generando así nuevas experiencias que generen cambios y que le permita emprender la investigación en beneficio de la medicina.

3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

En el presente trabajo el equipo investigador se responsabilizo de no hacer pública la identidad del participante de tal forma que no recibirá ningún tipo de daño a su integridad, no divulgando aquellos datos personales que conciernen a los pacientes los cuales serán manejados con estricta confidencialidad y se utilizarán estrictamente para fines académicos.

Se le explico al participante la importancia de dicha investigación, así como sus ventajas y desventajas, solicitando la colaboración para responder las interrogantes necesarias, respetando el derecho del sujeto de investigación, haciendo prevalecer sus intereses personales, sobre los intereses de la investigación. El participante tendrá la libertad para expresarse durante toda la entrevista, igualmente de abandonarla en el momento que él considere adecuado. Además, se solicitará la aprobación del consentimiento informado con la respectiva lectura y todo lo que dicho documento significa, logrando de esta manera la tranquilidad de los pacientes.

3.8 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIÓN | INDICADORES | CATEGORÍAS |
|-------------------------------|--|---|---|---|
| Percepción sobre la anestesia | Es un conjunto de conocimientos adquiridos a partir de imágenes formadas que comunican los sentidos, los cuales se transfiere de un procedimiento o técnica anestésica la cual debe de enfrentar el paciente | Elementos configuradores Elementos emocionales | Recepción sensorial Los estímulos o datos físicos Estructuración simbólica Funciones adaptativas Funciones sociales Funciones motivacionales | Para no sentir dolor. Se pasaron de anestesia, muerte, complicaciones Se considera buena e importante, peligro. Vivencia y comentarios de otros. Hacer lo correcto y estén capacitados. Experiencias, comentarios de los demás. Confiado y preocupado. Todo sobre anestesia Preocupaciones o miedo, sin miedo ni preocupación. Dormirlo, dolor, miedo. |

5. PRESENTACION DE RESULTADOS.

Del proceso de interpretación y análisis de la información dados por los participantes, se obtuvieron categorías, donde se describen las percepciones de los pacientes adultos que serán intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Nacional General Dr. Héctor Antonio Hernández Flores San Francisco Gotera Morazán. Los participantes incluidos son los que no tienen educación formal, los de educación básica, educación media y superior, así como también pacientes de ambos sexos respectivamente. muchos de ellos procedentes de la zona urbana o rural y según sus propias palabras, mensajes, significados sobre las percepciones que tienen sobre anestesia, antes del procedimiento quirúrgico se ha podido organizar los discursos en las siguientes categorías.

- Dormirlo dolor y miedo.
- Confiado y preocupado.
- Se considera buena e importante, peligro.
- Vivencias y comentarios de otros.
- Para no sentir dolor.
- Hacer lo correcto y que estén capacitados.
- Todo sobre anestesia.
- Se pasaron de anestesia, muerte, y complicaciones.
- Experiencia, comentarios de los demás.
- Preocupación o miedo, sin preocupación ni miedo.

EL PENSAR DEL PACIENTE SOBRE ANESTESIA

CATEGORÍA: DORMIRLO, DOLOR Y MIEDO.

Dormirlo.

La anestesia hace más que dormir a los pacientes, por lo cual el profesor asociado e investigador de la Universidad de Queensland (UQ), en Australia, Bruno van Swinderen, explica que su equipo ha anulado la comprensión previa de lo que los anestésicos le hacen al cerebro, descubriendo que los medicamentos hacen mucho más que inducir el

sueño. Debido a que alteran los mecanismos presinápticos lo que probablemente afecta la comunicación entre las neuronas en todo el cerebro de una manera sistémica que difiere simplemente de estar dormido. Sin embargo, se sabe que por investigaciones previas que los anestésicos generales actúan de alguna manera sobre los sistemas del sueño en el cerebro, por lo que es común que los anestesistas refieran a los pacientes que es como quedarse dormido con el objetivo no inquietarlos. (73)

Pacientes con experiencia.

Que la anestesia se pone para que lo operen y si uno esta malo de la presión no se lo pueden poner porque se puede morir también, pero para eso están los aparatos para que le tomen la presión. La anestesia es buena para dormirlo a uno. (Pct. 1)

Que es un medicamento que utiliza el médico para dormirlo para que le puedan hacer la operación a uno y así no sentir en el momento que lo están operando. (Pct. 3)

Es algo para dormirlo a uno y ya dormido uno no siente lo que le hacen. (Pct. 4)

Pues lo duermen a uno para no sentir el dolor, es algo bueno para la operación. (Pct. 10)

Bueno que lo duermen a uno porque ya tuve una cesaría tuve un niño la cesaría fue bastante complicada porque nadie se quería hacer responsable (Pct. 11)

Mire que yo de eso no se mayor cosa, pero yo sé que es para dormir el cuerpo y que hay de dos tipos para dormirlo ya sea parcial o dormir del todo porque a mí ya me han puesto de las dos. (Pct. 13)

Pacientes sin experiencia.

Creo que es para cuando le van a hacer la operación para que uno se duerma. (Pct. 5)

Solo sé que le duermen el cuerpo a uno, para operarlo, y así uno no siente cuando lo van abriendo. (Pct. 10)

Dolor.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), define dolor como: La experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial de un tejido; que incluye una serie de conductas visible y/o audibles que pueden ser modificadas por el aprendizaje (74).

Por consiguiente, el dolor es un síntoma que produce una señal de aviso de algún proceso patológico más grave que producirá en el paciente una necesidad de búsqueda inmediata de tratamiento. (75) El dolor consistiría en la consecuencia externa y manifiesta de un trastorno que en la mayoría de los casos sería silencioso si no tuviera dicho componente. Esta característica conferiría al dolor un valor claramente adaptativo, de forma que, si el organismo no tuviera ningún mecanismo de aviso de este tipo que le informara que se está produciendo un proceso patológico, podrían producirse graves alteraciones e incluso la destrucción de éste. Sin embargo, es necesario agregar que el dolor, no solo es físico, éste es acompañado de una serie de manifestaciones y emociones subjetivas que producen incomodidad, carga negativa interior, preocupación, miedo, temor, etc. Por lo que Básicamente, la anestesia es el uso de medicamento para evitar la sensación de dolor u otra sensación durante una cirugía u otros procedimientos que podrían ser dolorosos. (76)

Pacientes con experiencia.

Como ya me han operado de una esterilización y estaba más joven yo solo sentí mareo, y es buena para no sentir dolor y estar tranquila durante la cirugía. (Pct. 2)

Pues que sirve para que no sienta dolor, porque yo no me dejaría que me operaran sin nada. (Pct. 6)

Pues son medicamentos que se utilizan para evitarle el dolor a las personas dentro de una cirugía (Pct. 7)

Sirve para que no sienta dolor, ponen medicamentos para dormirlo a uno antes de operarlo. (Pct. 8)

Hoy que ya tengo una experiencia pienso que es lo que le ponen a uno para que no sienta dolor (Pct. 9)

Que es un medicamento que le ayuda a uno para no sentir el dolor al momento que le están haciendo la operación. (Pct. 14)

Yo lo que pienso es que la anestesia sirve para quitar el dolor por que ya me han puesto y no he sentido nada de dolor solo que el despertar es feo porque ahí si duele (Pct. 15)

Pacientes sin experiencia.

Que es buena para quitar el dolor y que le ayuda a soportar la operación, también que es muy peligrosa porque puede matar a la gente si se pasan de anestesia. (Pct. 1)

Es que yo no sé nada de eso, como nunca me la han puesto, pero me imagino que es para que la persona se duerma y para no sentir el dolor de la operación. (Pct. 2)

Es que yo no le puedo decir nada porque como ni una vez me han puesto, pero creo que es para que me operen para que se duerma uno y no sentir el dolor y que lo duermen todo. (Pct. 3)

Que es algo que a uno le ponen para que le quite el dolor mientras le hacen la operación. (Pct. 4)

Es como algo que adormece el cuerpo, que es algo que usan para las operaciones. (Pct. 6)

Es algo que quita el dolor, que ayuda para que lo operen a uno, para que se sienta bien en la operación. (Pct. 7)

Lo que pienso sobre anestesia es que le ayuda en una parte a uno, para quitar el dolor eso es lo que yo sé de anestesia. (Pct. 8)

Pues yo pienso que sirve para evitar el dolor, cuando le tiene que hacer alguna operación a uno. (Pct. 9)

Es que nunca me han puesto anestesia, pero tengo entendido que la anestesia es para dormirle una parte a uno para que no sienta tanto el dolor. (Pct. 11)

Que es algo bueno para no sentir el dolor cuando lo están operando. (Pct. 12)

Yo pienso que la anestesia es para quitar el dolor por que es útil para realizarme la cirugía para que no sienta. (Pct. 13)

Que es algo que se lo aplican a uno para ayudar lo para que le realicen la sutura y la operación y no sienta dolor. (Pct. 14)

Miedo.

El personal de salud que actúa para calmar al paciente, al decir "no tengas miedo", es un mensaje de seguridad y tranquilidad, que ayuda no solo al paciente que vivencia este momento difícil, sino para el equipo de salud que puede hacer su trabajo con más serenidad, de tal manera que la operación sea satisfactoria; pero si la persona que "sabe" no tiene la tendencia, además, de "salir de sí mismo" para entrar en el mundo del otro, compartir, comprender, acompañar, no existe ningún saber en absoluto. (77)

De acuerdo a lo manifestado por Tordera. Entre los síntomas más frecuentes ante la cirugía aparecen los miedos y temores, referidos a la muerte, a la anestesia, al dolor, al diagnóstico y al futuro, además aparece ansiedad, angustias, estados de negación y preocupaciones, estas últimas las más frecuentes están dirigidas a consecuencias individuales, familiares, económicas, laborales situacionales. (77)

Pacientes con experiencia.

La anestesia es de tenerle cuidado, a mí me da miedo porque es algo bien delicado uno puede morir si no la administran bien. (Pct. 5)

Me da miedo, porque cuando me realizaron la cesarí yo perdí la respiración y como que perdí la memoria. (Pct. 12)

Pacientes sin experiencia.

A mí el hablar de anestesia me produce miedo porque nunca me han puesto y no sé qué me pueda pasar. (Pct. 15)

QUE REACCIÓN CAUSA EL HABLAR SOBRE ANESTESIA

CATEGORÍA: CONFIADO Y PREOCUPADO.

Confiado.

Esta categoría se forma a partir de las percepciones de los participantes, respecto a tomar la decisión de ser operados, debido al dolor y al riesgo en su salud, lo que termina en una necesidad, para sentirse bien y no tener impedimentos para trabajar, aun cuando se puede ver en algunos discursos que, si bien la operación no era una emergencia, la decisión es tomada para evitar mayores riesgos en su salud. Esta forma de velar por su tranquilidad y su salud hizo que los pacientes de forma libre y consciente tomaran la decisión de operarse, como se puede ver en los discursos.

La decisión para la intervención quirúrgica puede ser difícil en el momento, por los riesgos que significa, pues una cirugía puede complicar la salud del paciente, pero llegado el momento el paciente toma la decisión, ya que a su vez significará tranquilidad y bienestar futuro. (78)

Pacientes con experiencia.

Yo sé que solo Dios esta con uno en ese momento así que confió en él. (Pct. 6)

Yo me sentí normal porque a uno tratan de tranquilizarlo y yo les dije a mi no me digan yo ya sé que es y si uno tiene que morir se va a morir. (Pct. 13)

Me sentí confiado porque sé que todo saldrá bien como la vez anterior (Pct. 15)

Pacientes sin experiencia.

No sentí nada como nunca me han puesto no me sentí mal, porque ya me ha puesto en las muelas, pero esto es diferente y yo pongo todo en las manos de Dios porque esto me duele bastante. (Pct. 3)

Mire que yo tranquilo porque si eso es el remedio para que uno se mejore y salga del problema que uno tiene, pues bien. (Pct. 4)

Solo pensé en cómo podría ser, tenían curiosidad y dudas, pero nada más, ni miedo ni nada. (Pct. 6)

Bueno yo me sentí bien, porque cuando él me dijo que tenía esto, me dio dos opciones una operarme y otra usar medicamentos, así yo le pregunte cual sería más efectiva mejor y me dijo que la operación así que yo le dije que me la hiciera. Y desde ese momento yo me he puesto positivo y confié en Dios que todo me va salir bien.

Porque Dios primero y después ustedes. (Pct. 8)

Él no me dijo, pero pienso que es algo normal, todos los procesos me imagino que llevan anestesia. (Pct. 9)

Preocupación.

La preocupación es otro sentimiento que aparece en los pacientes intervenidos quirúrgicamente, la preocupación por la familia, por los seres queridos en especial por los hijos nace con más fuerza, ya que las personas adultas tienen mucha responsabilidad con los seres queridos.

Se puede observar que las y los participantes tienen presente la preocupación por dejar solos a sus hijos, además del temor a la operación. Esta preocupación por los hijos,

es debido al legado ancestral de los padres el cual siempre han sido, y será la protección de la familia y de los demás, es en estas circunstancias que se hace más evidente, ante la separación temporal de la familia.

La información que el personal de salud brinda, no siempre es de conocimiento a los pacientes, sino que en algunos casos también produce preocupaciones que no son tomados en cuenta en nuestra realidad quizá están siendo descuidados.

Pacientes con experiencia.

Yo no sentí nada en el momento, pero cuando me fui me puse a pensar muchas cosas que a saber si me pasaba algo quien va hacer las cosas de la casa y si me sentí afligida. (Pct. 1)

Bueno yo dije está bien como a mí ya me han puesto no sentí nada, la primera vez que me pusieron si me puse nerviosa porque como no sabía cómo era ni cómo se sentía si me puse preocupada. (Pct. 2)

Yo me sentí mal que hasta a llorar me puse porque me preocupa morirme, y que esto que tengo me duele mucho. (Pct. 3)

Preocupada porque como no sé cómo me la van a poner si va hacer igual a las veces anteriores o diferente. (Pct. 4)

Me sentí preocupada porque uno tiene familia y también que no quisiera que nada malo me pasara. (Pct. 5)

Una serie de emociones principalmente preocupada, justo cuando el doctor me dijo eso empecé a llorar, le decía a mi mama que no quería que me operaran, pero después entendí que era necesario. (Pct. 7)

Sentí preocupación, pues ya una vez viví esto y lo que sentí fue muy desagradable. (Pct. 8)

Me dio miedo al principio pues el hecho de que me operaran y más de algo tan delicado y a la vez fue difícil porque sabía que ya no iba poder tener hijos si me operaban. (Pct. 9)

Pues la decisión la tomé yo, le dije que si porque es necesario. Pues me dio miedo, porque pensé que solo el pedacito me iba a dormir, pero después me dijeron que no, que iba a ser general. (Pct. 10)

Pues un poquito preocupada porque ya vi otros casos haya por lugar donde vivo; y pues preocupada porque podría despertar luego o despertar durante la cirugía. (Pct. 11)

Pues Afligida sí, pero como sé que también es importante y necesario realizarme esto lo tengo que hacer, pero si por la experiencia que tuve anterior si me da miedo. (Pct. 12)

La anestesia es lo que más me preocupa, pero uno se somete a esto por una vida mejor. (Pct. 14)

Pacientes sin experiencia.

Yo no me sentí mal, como esto es un bienestar para uno, pero, sin embargo, viera que la gente lo preocupa, es que supuestamente esto para mí era la muerte, porque yo sentí que se me bajo la moral de un solo, eso es lo que yo sentí. (Pct. 1)

Me sentí nerviosa porque a mí nunca me han dormido y me puse a pensar en mi niño pequeño que si me llevo a morir mi niño se me va a quedar solo porque soy madre soltera. (Pct. 2)

Yo me sentí bien preocupada y dije bueno a ver si no me muero porque nunca me han operado a ver si la anestesia no me mata. (Pct. 5)

No me dijo que me iban a poner anestesia, pero me imagine que, si me iban a poner, y pues cuando me dijo yo me sentí bien preocupada. (Pct. 7)

Es que a uno lo que le preocupa es lo que le dice la gente, porque me han dicho que lo duermen a uno y q esa inyección duele. (Pct. 10)

Me puse nerviosa como con miedo porque yo le dije que no me quería operar, pero él me dijo que tenía que hacerlo. Es que a mí me da miedo me siento preocupado porque padezco de los nervios, pero lo que él me dijo es que eso iba hacer rápido. (Pct. 11)

Ya cuando le dicen a uno que lo van a dormir uno se pone preocupado porque uno no desea morirse, pero es Dios el que decide. (Pct. 12)

Me sentí preocupada como que me cayó un balde de agua fría. (Pct. 13)

Pues me puse preocupa do porque no sé lo que me van hacer. (Pct. 14)

Bueno pues a mí me causa preocupación por que no sé lo que van hacer o como saldré de esta operación. (Pct. 15)

COMO CONSIDERAN LA ANESTESIA LOS PACIENTES

CATEGORÍA: SE CONSIDERA BUENA E IMPORTANTE, SE CONSIDERA PELIGROSA.

Se considera buena e importante.

La anestesia se sitúa entre uno de los descubrimientos que revolucionaron la práctica médica y se ha convertido en una figura vital dentro del quirófano por lo cual se considera que es buena e importante ya que es un procedimiento indispensable para que se resuelvan múltiples situaciones que requiere el paciente para que no sufra ninguna molestia durante su procedimiento quirúrgico. (79)

Pacientes con experiencia.

Bueno yo dije está bien como a mí ya me han puesto no sentí nada, la primera vez que me pusieron si me puse nerviosa porque como no sabía cómo era ni como se sentía si me puse preocupada. (Pct. 2)

Que es buena para curarse porque es un medicamento que ayuda a que le hagan la operación a uno porque lo duerme y le quita el dolor porque sin eso no resistiría uno la operación. (Pct. 3)

Que es una ayuda para uno porque no siente dolor al momento de la cirugía. (Pct. 4)

Que es buena porque le ayuda a uno a que le puedan hacer la cirugía y que uno no sienta dolor. (Pct. 5)

Pues opino que es algo importante que se necesita para poder operarme, sin eso yo no podría hacérmelo, si aun con que medio me toquen me duele ya no digamos con eso, así que yo opino que la anestesia es buena, es para bien de uno. (Pct. 6)

El uso de la anestesia es muy bueno pues evita el dolor a la hora de operar. (Pct. 7)

Es muy importante y necesario porque eso es lo que ayuda hacer bien la operación, porque de lo contrario la persona no resistiría. (Pct. 8)

Que es muy importante conocer el tipo de anestesia que más le beneficia a uno, como bien se sabe esta sirve para tener una mejor operación y definitivamente sin la aplicación de ella difícilmente se puede realizar una cirugía. (Pct. 9)

Es buena porque así lo duermen a uno para no sentir dolor, y así poderlo operar a uno. (Pct. 10)

Para mí es importante por qué talvez si no existiera eso no se podrían realizar las cirugías porque por ejemplo yo me corté el brazo trabajando en el campo y me cosieron sin anestesia y ya viví esa mala experiencia. (Pct. 11)

Para mi significa un medicamento delicado que me va a dormir por qué bueno pienso que es delicado porque no puedo despertar; o no lo puedo resistir. (Pct. 12)

Para mi significa algo bueno porque con eso lo operan a uno y con eso no se siente dolor por que uno se despierta como que nada le han hecho. (Pct. 13)

Una ayuda para poder aguantar la operación. (Pct. 14)

Para mi significa algo bueno porque sin anestesia no se pue de operar por el dolor que sentiría solo de imaginarme como sería que me operaran a carne viva no sería nada fácil (Pct. 15)

Pacientes sin experiencia.

Para mi significa que es una ayuda para uno mismo porque imagínese que le hicieran eso a carne viva es una cosa y ya con anestesia es otra ya no se siente lo mismo, yo sin anestesia gritara. (Pct. 1)

Yo ni se porque ni la conozco, pero me imagino que es una medicina para quitar el dolor y dormirse. (Pct. 3)

Que es algo para que uno se duerma para que le hagan la operación, porque cuando uno ya se despierta ya ha pasado el efecto y la operación. (Pct. 4)

Que es algo que se ocupa mucho para operarlo a uno, porque si no es por eso, uno se puede morir, pero por el dolor, además es para dormirlo a uno. (Pct. 6)

No me dijo que me iban a poner anestesia, pero me imagine que, si me iban a poner, y pues cuando me dijo yo me sentí bien preocupada. (Pct. 7)

Que es bueno para dormir una parte del cuerpo a uno, para no sentir dolor en la cirugía. (Pct. 8)

Porque si no lo duermen a uno no puede tolerar el dolor que le causan a la persona durante la operación. (Pct. 9)

Es que a uno lo que le preocupa es lo que le dice la gente, porque me han dicho que lo duermen a uno y q esa inyección duele. (Pct. 10)

Que es como algo bueno para ayudarme a que me curen y que puedan operar. (Pct. 12)

Bueno para mi significa algo importante en mi operación porque sin anestesia no me dejaría operar. (Pct. 14)

Se considera peligrosa.

Los pacientes consideran peligroso el uso de anestesia por el temor de los efectos secundarios, pero en realidad son mínimas las complicaciones ocurridas exclusivamente por su administración, sobre todo en pacientes sanos. En la mayoría de los casos se derivan de enfermedades crónicas que el paciente ya padecía, tales como afecciones cardíacas, renales, hepáticas y pulmonares en una etapa avanzada, o del acto quirúrgico en sí, como sangrado, otro tipo de lesión o fallo de órganos vitales. Toda operación quirúrgica obliga al cuerpo del paciente a afrontar una serie de retos, más o menos traumáticos, cuyas consecuencias son imprevisibles. (80)

Pacientes con experiencia.

Bueno yo digo que peligro porque al pasarse mucho de anestesia se puede morir uno o quedar todo arruinado. (Pct. 1)

Pacientes sin experiencia.

Siento que corro peligro al operarme porque me pueden pasar de anestesia y puedo Morir, porque si se pasan o la ponen mal uno se o quedar arruinado y ya arruinado uno no sirve para nada mas yo que solo yo y mi niño ojalá todo me salga bien. (Pct. 2)

Que es peligroso porque puede causarle la muerte. (Pct. 5)

Yo no me quiero operar porque que tal me muero y dejo a mi familia sola. (Pct. 11)

Pues yo he considerado siempre que es peligrosa porque es algo delicado por que los humanos podemos cometer errores. (Pct. 13)

Pues yo la considero peligrosa porque no se si puedo salir viva del quirófano. (Pct. 15)

FACTORES QUE INFLUYE EN LOS PACIENTES PARA OBTENER UNA OPINIÓN.

CATEGORÍA: VIVENCIAS Y LOS COMENTARIOS DE OTROS.

Vivencias.

Las vivencias son el conocimiento de algo que se adquiere al haberlo realizado, vivido, sentido o sufrido una o más veces. Las cirugías siguen representando hoy en día un indudable evento estresante, que marca la vida de una persona, sea niño/niña, adolescente o adulto, pues constituyen una fuente de estrés psicológico que posiciona al paciente ante una situación muchas veces desconocida, alrededor de la cual se generan altos montos de angustia y ansiedades. De las cuales, la mayoría de las veces, tienen que ver con la muerte, la anestesia, el dolor, la separación con la familia y la hospitalización.

Una vivencia hace referencia a las experiencias individuales de cada sujeto, las que de alguna manera entran a formar parte de su historia, además de suponer la posibilidad de adquirir con ellas conocimientos y también habilidades. (81)

Pacientes con experiencia.

Que como a mí ya me han puesto anestesia ya sé que se siente y como es por eso no creo en todo lo que me dice la gente a un que a mí me han puesto anestesia solo de la espalda. (Pct. 1)

Lo que ya he vivido porque hoy aun que me digan cosas algunas las creo y otras no porque ya he pasado por ahí yo, aunque a veces me ponen en duda si lo que dicen es cierto. (Pct. 2)

Mi experiencia como ya me han operado, pero no deja uno de creer lo que los demás porque si lo dicen es porque lo vivieron y eso me pone más nerviosa. (Pct. 3)

Lo que yo he vivido, lo que yo he sentido, porque ya lo he vivido por 3 veces así que ya se cómo es. (Pct. 4)

Lo que uno ha pasado cuando le hacen la cirugía, porque son cosas que uno las siente y las entiende porque uno las ha vivido. (Pct. 5)

Pues tengo esa opinión por lo que yo ya he vivido, porque en la operación anterior no sentí nada, por eso le digo que es algo bueno para uno. Esa vez que le cuento primero me sentaron y me dieron una almohada para que la abrazara después me metió una aguja en la espalda al ratito ya sentía las piernas calientes de ahí no las sentía. (Pct. 6)

Lo que he escuchado y sobre todo lo que yo he vivido por eso digo que ayuda en dolores extremadamente fuertes, realmente quien descubrió el uso de la anestesia fue muy inteligente y algo bueno porque sería terrible operarse sintiendo todo. (Pct. 7)

Primeramente, en mi experiencia y también por lo que he escuchado en otras ocasiones que no usan anestesia y esa gente le duele tremendamente por ejemplo a veces en películas sale que les hacen la abertura y le sacan la bala sin anestesia y esa gente muerde hasta los trapos. (Pct. 8)

pregunte a varias personas también, pero todos tienen versiones diferentes por eso creo más en lo que yo experimente. (Pct. 9)

La experiencia que ya he tenido, lo que he escuchado y a veces me gusta leer cosas sobre la salud. (Pct. 10)

Pues mi opinión es que es buena que haya anestesia, no más que uno siempre piensa en los riesgos por que la despertada es bastante dolorosa no es fácil. (Pct. 11)

La experiencia que tuve ha influido mucho, así como también cuando estaba estudiando un técnico en enfermería más o menos nos daban información. (Pct. 12)

Lo que yo he vivido en mi propia experiencia con las diferentes operaciones que he tenido de las hernias. (Pct. 13)

Mis experiencias anteriores han influido por que hoy si sé que no es como se lo dicen a uno como la gente siempre comenta, pero en mi caso nada de lo que me dijeron fue cierto a mí me decían que no me operara porque me podía quedar ahí y mire si yo me ponía hacerles caso quizás ni estuviera aquí. (Pct. 15)

Pacientes sin experiencia.

Porque bueno yo ya la he utilizado cuando me saque los dientes y yo siento que ayuda bastante porque así a carne viva no se aguanta. (Pct. 1)

Los comentarios de otros.

El espectacular avance que la anestesiología ha experimentado en los últimos años debería haber jugado a favor de su aceptación social, en cuanto permite realizar intervenciones que sanan y que, sin ella, el dolor las convertiría en impracticables. Sin embargo, las falsas creencias negativas en su mayoría, entorno a la anestesia son muchas, miedo a no despertar, a que se pase el efecto o a una mala administración que no acabe con el dolor. Escuchar las experiencias e historias de conocidos en intervenciones con anestesia suele preocupar a quien va a pasar por una situación parecida.

Mucho ha cambiado las cosas desde entonces y hoy la tecnología ha puesto en manos del personal de anestesia equipos dotados de múltiples alarmas que advierten de la más mínima variación en el control del corazón y la respiración del paciente, permitiendo reaccionar mucho antes de que se produzcan situaciones peligrosas.

Pacientes con experiencia

Lo que ha influido en mí son los comentarios de otras personas lo que la gente opina acerca de la anestesia que es muy delicada. (Pct. 14)

Pacientes sin experiencia.

Un poco lo que he escuchado porque la gente lo deja algo preocupado con todo lo que le dicen a uno. (Pct. 2)

Nada es lo que yo pienso nada mas según lo que he escuchado, porque tampoco creo todo, pero ya hoy que me hagan esto voy a saber más Si todo lo que la gente dice es cierto o mentiras. (Pct. 3)

Los comentarios de los demás amigos que tengo y pues que si uno lo someten a esto es porque uno va a aguantar. (Pct. 4)

Lo que yo oigo que me dice la gente eso quizás es lo que me ha hecho que este bien preocupada. (Pct. 5)

Lo que pienso y según lo que escucho, pero yo voy a esperar para poder dar una opinión porque ahorita casi no le entiendo. (Pct. 6)

En los comentarios de otras personas de lo que comentan. (Pct. 7)

Lo que yo he escuchado, lo que la gente me ha dicho también, como es necesario siempre evitar el dolor. (Pct. 8)

Lo que he escuchado ósea lo que la gente me ha contado que les ha pasado o han visto y por las cosas que yo pienso por lógica que van a pasar también. (Pct. 9)

Mire que hay varias cosas primero por lo que he escuchado y otra por lo que yo pienso, hay cosas que por lógica uno ya sabe que va a pasar o sabe que le puede suceder. (Pct. 10)

Pues todo lo que uno oye porque la gente dice muchas cosas, pero como uno no sabe si son ciertas. (Pct. 11)

Los que me han contado los demás porque como yo nunca he pasado por algo así hasta después voy a poder decir yo si la gente dice la verdad. (Pct. 12)

Lo que en mi ha influido son los comentarios de otras personas. (Pct. 13)

Lo que en mi ha influido son los comentarios de mis familiares y amigos. (Pct. 14)

*Bueno lo que yo he escuchado porque la gente siempre comenta, pero al final no sé
qué me pueda pasar. (Pct. 15)*

CONSIDERACIONES IMPORTANTES SOBRE EL USO DE ANESTESIA.

TEGORÍA: PARA NO SENTIR DOLOR

La anestesia es un medicamento que bloquea la conciencia del dolor. Se utiliza durante determinados procedimientos médicos. El tipo de anestesia dependerá del procedimiento y de su estado general de salud. El dolor que persiste mucho tiempo después de la cirugía se llama el dolor posoperatorio persistente (DPP), y no es poco común. El daño tisular y la lesión nerviosa pueden cambiar las vías de dolor y la sensibilidad al dolor por lo cual el dolor persiste durante meses. El paciente también puede sentir el dolor más intensamente o con un estímulo que normalmente no se percibe como dolor. (82)

Pacientes con experiencia.

Para que no me duela cuando me estén rajando. (Pct. 1)

Para no sentir dolor cuando el doctor me esté abriendo porque cuando uno se hace una pequeña herida cuanto duele ya con la operación no aguantaría. (Pct. 2)

Para no sentir dolor cuando me operen porque si no sería muy doloroso y no me dejaría operar. (Pct. 3)

Es bien importante porque sin ella uno no aguantaría operarse ya que la anestesia le ayuda a no sentir dolor. (Pct. 4)

Si es bien importante, sin ponerle anestesia no aguantaría uno esas grandes cirugías, toda operación necesita que se le quite el dolor para poder curarlo. (Pct. 5)

Pues es importante porque con eso no voy a sentir dolor, y también pues sin dormirme no me dejaría hacer eso además como le decía es para bien de uno de todos modos se tiene que hacer eso, y si lo hacen con esa ayuda que no duela pues está bien, solo que después de la operación también deberían ponerle algo a uno porque si duele. (Pct. 6)

Considero algo muy importante el uso de ella pues es indispensable para no sentir dolor, creo que nadie aceptaría operarse sin ponerse anestesia, porque sentiría dolor, al menos, no, una persona en su sano juicio. (Pct. 7)

Si para que no me duela, para que resista, porque de lo contrario sería tremendo eso. (Pct. 8)

Definitivamente sí, es una de las partes importantes para hacer una cirugía, al menos yo prefiero morirme a operarme sin anestesia porque sentiría dolor. (Pct. 9)

Sí, porque así va ser menos el dolor. (Pct. 10)

Pues yo siento que es importante porque no sentiría dolor (Pct. 11)

La considero importante porque no voy a sentir mucho dolor. (Pct. 12)

Para no sentir dolor, porque me han hecho las dos operaciones y no he sentido nada de dolor, y porque no hay otra solución para que le hagan la operación. (Pct. 13)

Porque me ayudan a que no sienta cuando me estén operando. (Pct. 14)

Yo la considero importante en mi cirugía para que no pueda sentir dolor (Pct. 15)

Paciente sin experiencia.

Porque la anestesia me ayuda para que yo me pueda adormecer el cuerpo y también una parte para no poder ver lo que me están haciendo porque viendo uno se asusta y ya anestesiado uno está como muerto. (Pct. 1)

Pues solo para no sentir dolor durante la operación porque si no me pusieran anestesia yo no me dejaría porque eso ha de ser muy doloroso. (Pct. 2)

Es importante para que me puedan curar sin sentir nada, es que estos dolores que me dan son fuertes y yo ya no quiero sentirlos. (Pct. 3)

Es importante porque con ese producto que le ponen a uno ayuda para no sentir cuando me hagan la operación así que ayuda a que le puedan hacer la operación. (Pct. 4)

Porque si a uno lo duermen no siente, entonces está tranquilo durante la operación. (Pct. 5)

Si es importante porque pienso que no se siente, con eso se evita el dolor, porque yo he visto como ha dado a luz mi mujer en la casa a los cipotes y esa mujer casi se muere de ese dolor, yo pensaría que algo así se debe sentir solo que en el caso de ella no se les puede poner nada digo yo. (Pct. 6)

Claro que la considero importante pues así no me va doler la operación, además yo pienso que despierto no le pueden hacer algo a uno, yo sé que eso es algo delicado por eso también es importante como se la ponen a uno. (Pct. 7)

Claro, es bien importante para que uno no sienta dolor más después cuando lo dejan a uno con esa abertura. (Pct. 8)

Claro que sí, considero que es algo fundamental para poder operar y así no sentir dolor. (Pct. 9)

Es importante porque de lo contrario no me podrían operar, después de Dios son ustedes. (Pct. 10)

Para lo que le digo para no sentir tanto dolor aun que me han dicho que después que le pasa el efecto a uno es cuando se siente más dolor. (Pct. 11)

Porque ayuda a mantenerlo sin dolor y dormido al momento que le hacen la operación a uno. (Pct. 12)

Yo considero que la anestesia es importante porque no sentiré dolor Porque sin anestesia yo creo que me muero más rápido del dolor porque si es una cirugía abierta si a beses yo me pellizco y me duele ya no digamos una cirugía abierta. (Pct. 13)

Porque sin anestesia me dolería mucho porque esto es con un aruñón uno como le duele ya no digamos con una operación porque me imagino que me van acortar algo por dentro no podría soportar sin anestesia así que considero que es para no sentir dolor. (Pct. 14)

Porque no tengo que sentir dolor a la hora que me hagan la operación. (Pct. 15)

QUE ESPERAN LOS PACIENTES DEL PERSONAL DE ANESTESIA.

CATEGORÍA: HACER LO CORRECTO Y QUE ESTÉN CAPACITADOS.

Hacer lo correcto.

El brindar una atención de calidad en salud es algo deseado tanto para los que dirigen los centros asistenciales como para la autoridad que se preocupa que esto se cumpla. El derecho a un trato digno en la atención de salud parece ser obvio para quienes lo entregan. Es por esto que el personal de anestesia rige sus acciones bajo la ética médica siendo obligado a la constante puesta al día de sus conocimientos y responsabilidad con el paciente para poder decidir la mejor alternativa que pondrá buenos resultados respetando la autonomía del paciente. (83)

Pacientes con experiencia

Yo resignada que todo salga bien, y que me pongan bien la anestesia para yo durar y que sea la mano del señor que los guie. (Pct. 1)

Lo que yo espero es que me hagan un buen trabajo y que sepan hacer bien las cosas. Que usen lo que saben para no dejarme morir. (Pct. 2)

Que me traten bien y que me explique lo que me van a hacer, porque a veces solo son ordenes las que le dan a uno. (Pct. 4)

Que le den un buen trato a uno y que usen sus conocimientos con la ayuda de Dios para que todo me salga bien. (Pct. 5)

Que hagan bien las cosas, ya que después de Dios son ustedes. Sin ustedes no podrían operarme tampoco, aunque bueno algo también me puede poner el doctor. (Pct. 6)

Que desempeñen muy bien su trabajo como profesionales, pues son licenciados y doctores en los cuales se puede confiar en sus conocimientos, así que espero que los pongan muy bien en práctica, que cuiden de mí y que me den las mejores atenciones. (Pct. 7)

Que hagan bien las cosas, que no me vaya a pinchar en otro lado y me deja coja o que me pase de dosis porque ahí sí sería un problema grave. (Pct. 8)

Pues que hagan bien las cosas, que sepan bien que es lo que hacen. (Pct. 10)

Que me traten apropiadamente y que me expliquen al momento que me vayan a dormir. (Pct. 13)

Pacientes sin experiencia.

Pues yo espero salir con bien y que Dios los guie porque él es el único y después ustedes. Y que hagan bien su trabajo y que me tengan paciencia y que me traten bien. (Pct. 1)

Que me trate bien porque hay unos que son bien enojados y lo tratan mal a uno y que me tenga paciencia porque como yo nunca he estado en un quirófano tal vez me ponga nerviosa. (Pct. 2)

Que le den un buen trato a uno y que sea un personal preparado para aplicar la dosis adecuada que uno necesita y yo siento que es alguien que Dios ha puesto para hacer ese trabajo. (Pct. 4)

Que me traten bien y que me hagan un buen trabajo para poder sobrevivir porque a uno los mismos nervios lo traicionan. (Pct. 5)

Que me den la mejor atención, que hagan su trabajo lo mejor posible, yo sé que son personas que estudian y creo que van hacer las cosas bien. (Pct. 6)

Que hagan bien su trabajo, ellos son profesionales, no es primera vez que lo van hacer, yo quiero que se centren bien en lo que van hacer. (Pct. 8)

Que hagan bien las cosas, que no vayan a distraerse, que sepan bien lo que me vayan a poner. (Pct. 9)

Que hagan bien las cosas, que sepan actuar bien, después de Dios siguen ustedes así que yo espero y confié en Dios que todo salga bien. (Pct. 10)

Que me traten bien al momento de ponerme la anestesia ya que me pondré en las manos de ustedes porque ustedes saben lo mejor. (Pct. 11)

Espero que hagan lo correcto y que tomen las mejores decisiones para los que me van hacer. (Pct. 14)

Espero que hagan lo correcto y que sepan lo que me van hacer. (Pct. 15)

Que estén capacitados.

Es importante mencionar que los pacientes también requieren una atención de calidad y esta se puede lograr mediante la utilización de los conocimientos obtenidos durante toda su formación es por ello que cualquier actividad en anestesiología debe obligarnos a pretender resultados excelentes, utilizando de la mejor manera posible los recursos disponibles y que éstos sean de calidad. Por aspectos de ética, es inaceptable que en

el ejercicio médico de la anestesiología tengamos resultados que no sea de calidad, especialmente durante cada acto anestésicos. (84)

Pacientes con experiencia.

Que sean especialistas que sepan que van hacer con una persona que es hipertensa, que me traten bien y me ayuden a tranquilizarme. (Pct. 3)

Que no se vayan a equivocar ni a inventar cosas de experimentos conmigo, sé que en este hospital hay estudiantes así que yo prefiero que me atienda alguien con experiencia. (Pct. 9)

Pues que estén capacitados verdad me gustaría que se me informara sobre como serían las reacciones que voy a sentir porque en mi experiencia anterior nadie me informo nadie me explico en qué consistía. (Pct. 11)

Yo espero que salga todo con éxito porque me imagino que ya cada quien tiene su profesión y toda profesional tiene que hacer todos los procedimientos lo mejor posible. (Pct. 12)

Que estén capacitados para hacer este trabajo ya que es algo bien delicado. (Pct. 14)

Yo espero que estén capacitados para darme la anestesia eso es lo que yo esperaría y sé que lo están porque yo confié en ustedes (Pct. 15)

Pacientes sin experiencia.

me gustaría que me explique si como es que me van a poner la anestesia si me van a dormir toda o solo la mitad, yo lo que quiero es que le hagan bien las cosa a uno y que no me vayan a dejar nada a dentro porque una señora le dejaron cosas adentro y de eso se murió. (Pct. 3)

Bueno que yo pienso que debe estar seguro de lo que está haciendo. Uno se somete a eso buscando una mejora y se somete pensando que van hacer algo bueno no que lo vayan a dejar más arruinado a uno. (Pct. 7)

Que tengan buenos conocimientos para poner la anestesia, que no sean aprendices porque uno puede quedar fregado y no se siente seguro uno. (Pct. 12)

Yo esperarí que estuvieran bien capacitados para que todo salga bien y que dios los ilumine. (Pct. 13)

LO QUE LOS PACIENTES QUIEREN SABER ACERCA DE SU ANESTESIA.

CATEGORÍA: TODO SOBRE ANESTESIA.

Los pacientes recibieron información por parte del personal de salud, sobre la enfermedad, pronóstico, riesgos, complicaciones y la solución que vendría a ser la elección de la técnica anestésica requerida para la intervención quirúrgica. De esta forma, la relación información decisión, surge en el paciente antes de ser intervenido quirúrgicamente, recibe información adecuada, precisa del personal de salud, apoyado con los exámenes auxiliares. Esta decisión puede ser en situaciones de emergencia, al instante o puede tomar su tiempo, es decir, una intervención quirúrgica programada. (85)

Es necesario tener en cuenta que la información será completa, y con apoyo emocional, detallando el proceso que conlleva la anestesia, sin manipular e influenciar en la decisión, que permita al paciente a tomar una decisión correcta y disminuir los niveles de ansiedad y temor. Una mejor preparación psicológica del paciente consiste en facilitar la información y apoyo psicológico.

Pacientes con experiencia

Que me digan cuanto va a durar y que me puede pasar para así yo ya estar sabedora y no descontrolarme porque también yo soy nerviosa, las veces anteriores que me han puesto anestesia me he dormido toda. (Pct. 1)

Los riesgos que puede haber si se pone mal uno, que voy a sentir y que me explique cómo me dormirán para ya estar sabedora. (Pct. 2)

Que me digan los riesgos que pueden pasar por el hecho que soy hipertensa y las reacciones que puedo tener. (Pct. 3)

El porque me van a poner la anestesia igual que las veces de la cesaría, y que si eso de verdad me puede dejar mal. (Pct. 4)

Uno quisiera saber todo sobre la anestesia, pero hay cosas que aun que se las explican uno no las entiende. (Pct. 5)

Pues yo quisiera saber todo lo que me van hacer, que voy a sentir, o que me puede pasar. (Pct. 6)

Me gustaría que me dijeran todo, porque para mí fue muy desagradable, cuando me desperté me dolía la garganta, quería vomitar, me sentía bien mareada y desconcertada. (Pct. 7)

Pues todo lo que me van hacer, lo que voy a sentir, porque la vez anterior me sentía más nerviosa porque no sabía nada. (Pct. 8)

A mí me gusta saber todo, porque así no me sorprendo cuando me pasan las cosas, ir a lo desconocido realmente a mí me causa más ansiedad. (Pct. 9)

Si me gustaría saber todo, pues así me siento más tranquila, como le decía antes me preocupaba como me iban a dormir, pero después que me dijeron me sentí mejor. (Pct. 10)

A mí me gustaría que me informaran de cómo me van a dormir y que reacciones puedo tener y cuánto va a durar. (Pct. 11)

Me gustaría saber si solo el pedacito me van adormir, cuanto tiempo me va a durar la cirugía, cuanto tiempo voy a sentirme dormida, si me puede causar algún daño. (Pct. 12)

12)

Que me digan que le puede pasar a uno, las reacciones que puedo tener porque no a todos nos dan las reacciones iguales por lo que me gustaría que me expliquen todo lo que me puede pasar. (Pct. 13)

Quiera que me informaran de todo lo que me van a hacer para así tener una idea (Pct. 14)

Me gustaría saber todo sobre lo que me van hacer y que sean directos porque así yo no desconozco nada y pues así estar prepara dos para lo peor (Pct. 15)

Pacientes sin experiencia.

Bueno como a mí nunca me han explicado eso yo quisiera conocer todo lo que me van a hacer paso a paso para así no estar ignorante en el momento que me pongan la anestesia y eso me ayudaría a estar más tranquila ya sabiendo. (Pct. 1)

Que me explique cómo va hacer, cuanto tiempo voy a estar hay dormida, los que me puede pasar cuando me pongan la anestesia, y que me diga que voy a sentir. (Pct. 2)

A mí me gustaría que me expliquen todo sobre lo que me van a realizar porque me gustaría estar informado de todo. (Pct. 3)

Que cual va hacer el efecto que voy a tener porque no todos somos iguales al momento de reaccionar y de cómo me la van a poner. (Pct. 4)

Todo de la anestesia, como me van a dormir si toda o solo un pedazo que voy a sentir y que me puede pasar. (Pct. 5)

Me gustaría saber todo, porque es la primera vez que me hacen una operación, y es importante saber lo que uno va sentir, a mí me pone mal saber que me van a inyectar y las agujas, así que sería bueno que me dijeran en que momentos van a empezar o cosas así. (Pct. 6)

Me gustaría saber de qué manera me van a dormir, lo que voy a sentir, como voy a reaccionar porque un amigo me dijo que uno se pone loco si le ponen poquito o algo que no es para lo que uno tiene. (Pct. 7)

Mire yo le voy a decir algo, yo no siento síntomas de esta enfermedad, por eso no estoy nervioso, pero claro siempre es importante saber todo y más sobre la anestesia. Sería bueno que le dijeran a uno lo que es bueno y lo que no. (Pct. 8)

Sería bueno que le dijeran todo a uno, para así también colaborar en lo que se puede. (Pct. 9)

Yo quisiera que me avisaran todo, que me digan cuando me van a pinchar, que voy a sentir o si me tengo que sentar o no, uno va a eso sin conocer nada, por eso es bueno que le digan a uno por si me da nervios o algo, aunque sea cerrar los ojos. (Pct. 10)

Que me digan cuanto voy a estar dormida, como es eso de la anestesia porque yo no entiendo no se si yo voy a sentir eso de la operación. (Pct. 11)

A mi todo sobre la anestesia que me van a poner me gustaría saber porque así uno ya está un poco sabedor de lo que puede sentir o pasarle. (Pct. 12)

Me gustaría conocer todo como es el proceso que me van a realizar. (Pct. 13)

Quisiera que me explicaran todo sobre cómo me van a dormir porque he escuchado que dicen que hay mascaría y otra que solo duermen la mitad. (Pct. 14)

quisiera que me explicaran todo el procedimiento que me van a realizar. (Pct. 15)

COMENTARIOS SOBRE LA ANESTESIA.

CATEGORIA:SE PASARON DE ANESTESIA, MUERTE, Y COMPLICACIONES

Se pasaron de anestesia.

La anestesia general en sus orígenes era una técnica peligrosa por cuanto la administración de los medicamentos anestésicos se hacía de una forma empírica; se buscaba la inconciencia del paciente a toda costa. Esta manera de proceder ocasiono múltiples accidentes con resultados fatales y creo un sentimiento generalizado de temor hacia la anestesia que ha llegado hasta nuestros días.

Uno no responde al dolor cuando llega a las manos del cirujano. Está inconsciente, amnésico, muscularmente relajado y tiene una tensión arterial, una frecuencia cardíaca, temperatura y una respiración estable. Es gracias a una combinación de fármacos inhalatorios e intravenosos que el personal de anestesia va dosificando durante la intervención. Dosis que se calculan mediante el peso del paciente; así como también se vigilan los signos vitales con la incorporación de aparatos de control y soporte vital cada vez más sofisticados, así como de medicamentos cada vez más seguros, y de esta manera se puede decir que las creencias que aún perduran en la memoria colectiva de nuestra sociedad está actualmente injustificada. (86)

Pacientes con experiencia.

Que si lo pasan de anestesia uno corre peligro, una muchacha de ahí donde vivo le hicieron cesaría y le pusieron la anestesia y ella ya no volvió porque se murió no la soporto según dicen fue que le pusieron mucha. (Pct. 3)

He escuchado que a una muchacha que la operaron se pasaron de anestesia, que le pusieron solo en los pies, pero después no pudo caminar De ahí una vecina me conto que un señor se murió porque se dejó poner anestesia, que salió bien de la operación, pero al rato se murió. (Pct. 6)

Pues lo que dicen que a veces se pasan de anestesia y que se puede quedar uno de un solo y ya no despertar. (Pct. 10)

Una vecina que es de mí misma edad ella dice que no se opera porque si la pasan de anestesia se muere y que ella siente que todavía tiene que vivir. (Pct. 13)

Pacientes sin experiencia.

Un amigo me dijo que uno despierta mal pero que es por la anestesia a veces y la preocupación que a uno le da también y otros me han dicho que uno no despierta porque mucho le ponen a uno, ellos le dan miedo a uno, pero yo confié en Dios. También dicen que cuando lo anestesian le dan una pastilla y de ahí cuando acuerdan es que lo inyectan y que ellos ya no saben ni que es lo que les están haciendo, pero me imagino que los doctores tienen que evaluarlo y no ponerle demasiada a uno. (Pct. 3)

Lo que la gente dice es que con eso de la anestesia es de tener cuidado porque se puede pasar y ya no puede despertar uno a mí me gustaría que me explicara si es cierto o no porque es una de las cosas que me ha preocupado por lo que la gente dice. (Pct.11)

No que un amigo me conto que quizás lo pasaron de anestesia porque costo que despertara y que hay cosas de las que él no se acuerda. (Pct. 14)

Lo que yo he escuchado es que se pasan de anestesia y la gente no la soporta. (Pct. 15)

Muerte.

Es por esto que los pacientes en estas circunstancias refieren diferentes sentimientos relacionados a la vida y a la muerte, una dualidad que se presenta en momentos difíciles, donde la persona siente, ese gran impulso de seguir viviendo, por un lado están presente sus hijos, su familia, los amigos, sus metas, etc. por lo que se niega a toda posibilidad que pueda poner en riesgo su vida, por otro lado está la idea de la muerte, como una sensación natural en circunstancias como esta, y lo expresan a través de los sentimientos y emociones al darse cuenta que no tiene otra alternativa para seguir bien de salud, y por tanto deben aceptar ser sometidos a todo lo que conlleva una operación para recuperar

su salud y el riesgo de morir. Así, en los discursos los pacientes refieren vivir sensaciones y emociones diversas. El miedo a la muerte es un asunto cultural y, por lo tanto, aprendido socialmente. La intensidad del miedo varía con el sistema cultural, la creencia religiosa y el momento histórico. El miedo a la muerte es un sentimiento universal que debe revestir una multitud de formas, algunas de las cuales están con seguridad fuera del alcance del lenguaje humano. (87)

Pacientes con experiencia.

Que se han muerto por la anestesia y que si uno está mal del corazón hasta ahí se queda, unos me dicen que se siente bien que yo no me aflija que eso no es tan peligroso pero que por mi enfermedad si me puedo morir que mejor no me opere porque después talvez ni dure nada. A mí me han puesto anestesia dos veces y el doctor estaba afligido porque no volvía, pero yo le dije que eso era culpa de el por ponerme mucha. (Pct. 1)

Cuanto me van a poner, pero yo les digo que el que me la ponga tiene que saber porque si no me puedo morir. (Pct. 2)

Es que la gente solo dice que uno se puede morir cuando le ponen la anestesia y a mí no me deja de dar miedo a pesar que ya me la han puesto y que también con mis experiencias yo he sentido que esa inyección que le ponen a uno en la espalda lo deja algo mal a uno. (Pct. 4)

Que quedan muy enojados como nerviosos que les da náuseas y se siente que ven la muerte ya. (Pct. 8)

Que la anestesia lo puede matar a uno porque es un medicamento muy delicado. (Pct. 14)

Pues mire antes que me operaran a mí me decían no te operes, porque te podés morir en esa operación la anestesia es muy peligrosa, así como estas vos, pero yo les

dije que si de algo teníamos que morir pero que yo me iba a operar siempre y mire aquí estoy (Pct. 15)

Pacientes sin experiencia.

A mi mama le hicieron una endoscopia y le dijeron que como la iban a dormir hay la iban a desgarrar y que no iba a poder hablar y comer, y a mí me han dicho que como tengo hipertensión cuando me pongan la anestesia me voy a morir que mejor no me opere, hasta me dicen que se pasan de anestesia y que uno se muere, hay me están metiendo miedo porque dicen que a una señora le pusieron mucha anestesia y de eso le dio un infarto y se murió. (Pct. 1)

Es que la gente lo pone nervioso a uno porque le dicen que cuando le ponen la anestesia algunos ya se quedan dormidos para siempre, que otros no la soportan y se mueren. (Pct. 5)

Complicaciones.

La anestesia es en general muy segura. Las complicaciones son raras y están más relacionadas con el estado físico del paciente y con la dificultad del procedimiento quirúrgico, que con la anestesia en sí misma. Antes de la intervención el personal de anestesia evaluará en una consulta preanestésica los posibles riesgos que presenta cada paciente debido a sus características, para tenerlos en cuenta a la hora de la intervención y minimizarlos. (89)

Pacientes con experiencia.

La gente lo único que siempre me dice es que uno después de la cirugía queda vomitando y con dolor en la garganta, a mí a si me paso con mi primera cirugía me dio vomito. (Pct. 5)

Que el despertar es muy incómodo, que ha habido personas que sean despertado en la cirugía y tiene conciencia del tubo que tiene en la boca También que he

escuchado que cuando lo duermen solo la mitad del cuerpo, le ponen un medicamento en la espalda, pero si lo hacen en un lugar que no es correcto lo dejan invalido. (Pct. 7)

Como le comentaba al principio le pregunté a varias personas, unas me decían que ellos se sintieron mal después de la operación, que les dio vómito, si sintieron las piernas dormidas como solo era la mitad del cuerpo y eso les dio ansiedad pero que a las horas ya las sentía otra vez y eso se les pasaba, y también otra amiga me dijo que después de que le hicieron la cesárea ella ha quedado con un gran dolor de espalda justo cuando hay cambio de luna. (Pct. 9)

Un caso de una jovencita de unos 15 años le agarro bien feo, que no se si sería por la anestesia pero que se levantaba y que se dejaba caer devuelta no se podía sostener. (Pct. 11)

Que después de la anestesia sienten ganas de vomitar y si a mí me paso en la cesaría sentía muchas ganas de vomitar. Pero en general he escuchado experiencias en que todo ha salido bien con respecto a la anestesia. (Pct. 12)

Pacientes sin experiencia.

Un sobrino me conto que solo le dijeron que se iba a sentir mareado y que después se durmió porque no se acuerda de más pero que él se despertó bien. Aun que una vecina mía me preocupo un poco porque me dijo que a ella le pusieron una inyección en la espalda y que de esa inyección ha quedado mal porque antes hacia el oficio de la casa y no sentía dolor, pero hoy no aguanta la espalda al andar mucho caminando. (Pct. 2)

Que cuando se levantan están desorientados y con ganas de vomitar y que uno debe de tener cuidado y que cuando uno no se la pueden poner le dicen mire lo sentimos, pero usted ya no resiste a la anestesia. (Pct. 4)

Lo que le decía que mi compadre me conto que uno se pone loco y es que si uno se despierta y está abierto debe ser difícil, también dicen que dejan invalido a la gente, pero a saber si es cierto eso. (Pct. 6)

No he escuchado mayor cosa, pero a mi hermana y a mi mama la operaron y a ellas les dio ganas de vomitar, pero de ahí nada más. (Pct. 7)

Unos amigos me han dicho que les ha costado despertar y que han quedado con ganas de vomitar. (Pct. 8)

Que a una señora la operaron de una hernia y le pusieron de una anestesia solo en los pies y después ya no pudo caminar. (Pct. 9)

Pues solo me han dicho que la cesárea no duele, pero lo que sí es la anestesia que eso duele y le dan vomito a uno. (Pct. 10)

Que cuando le ponen el tipo de anestesia que es solo la mitad que uno después puede dejar de caminar, y que cuando les ponen la anestesia sienten ellos que se ponen locos. (Pct. 12)

Una señora me comento que cuando le operaron el hijo quedo como fuera de sentido cuando despertó de la anestesia y que se complicó todo. (Pct. 13)

CREENCIAS SOBRE ANESTESIA.

CATEGORIA: EXPERIENCIA, COMENTARIOS DE LOS DEMÁS.

Experiencia.

La experiencia es el hecho de haber presenciado, sentido o conocido algo, es la forma de conocimiento que se produce a partir de vivencias u observaciones. El ser humano tiene la capacidad de adquirir conocimientos a partir de la experiencia. Estos conocimientos están vinculados al proceder (saber cómo hacer algo) y a lo empírico.

Pacientes con experiencia.

*En las experiencias que he tenido, porque la gente a veces le aumenta más que
miedoso lo ponen a uno. (Pct. 1)*

*En lo que yo he vivido porque yo confié en el señor y que él es el que tiene la última
palabra para que todo salga bien y que no sea como la gente dice que uno queda mal.
(Pct. 3)*

En mis experiencias, porque así nadie me puede dar mentiras. (Pct. 4)

*En mis experiencias, uno que ya ha pasado por operaciones ya sabe cómo son las
cosas más o menos y lo que le puede pasar. (Pct. 5)*

*Pues en mi experiencia usted, porque yo ya he vivido lo que se siente, así yo le puedo
contar a la gente también lo que a mí me paso. (Pct. 6)*

*En mi experiencia, yo ya he comentado con algunos amigos y familia lo que a mí me ha
pasado, yo baso mi opinión y comentarios en mi experiencia. (Pct. 7)*

*En mi experiencia, pues mi la mía fue tranquila, me desperté como si fuera un sueño
normal. (Pct. 8)*

*En mi experiencia claro, todos somos diferentes y tenemos reacciones distintas así que
uno puede opinar hasta que lo vive claro siempre es bueno tener algún conocimiento.
(Pct. 9)*

En lo que ya viví, porque como dicen, lo que uno vive es lo que vale. (Pct. 10)

*En realidad, talvez en lo que yo vivo porque la gente no cuenta como pasan las cosas
unas le quitan otras le ponen siempre es así; sin embargo, lo que yo viví de eso sí
puedo dar fe, de cómo me sentí y realmente como paso. (Pct. 11)*

*Yo digo en mi experiencia creería porque ya la viví y lo que me diga otra persona puede
ser cierto o no. (Pct. 12)*

En lo que uno ha vivido porque otro le puede estar dando mentira, pero uno que ya vivió la experiencia en carne propia ya sabe a lo que va. (Pct. 13)

Yo creo más en mi experiencia porque la gente en algunas ocasiones le dice las cosas a uno solo para meterle miedo (Pct. 15)

Pacientes sin experiencia.

Yo creo en lo que ustedes van a hacer no a lo que la gente dice porque la gente siempre lo pone en miedo a uno y eso lo hace que uno se ponga mal, hay que creer en lo que uno va a vivir, porque hay si la voy a poder contar yo no que me la cuenten porque hasta no ver no creer. (Pct. 1)

Como a mí nunca me han puesto anestesia yo creo en lo que yo voy a vivir y tengo fe en Dios que todo va a salir bien porque a veces la gente a uno le da miedo no es nada tal vez lo que han pasado para lo que le dicen a uno. (Pct. 2)

Yo creo en mí y en Dios, en la gente no porque le dan miedo a uno y que hay que hacerse las cosas porque es uno el que siente el dolor. Porque hay le dicen a uno hay lo matan y yo les digo que de una pastilla se muere uno cuando ya tiene el día. (Pct. 3)

En lo que me va a suceder a mi es lo que yo voy a creer, pero lo que dice la gente solo mi Dios sabrá si es cierto. (Pct. 5)

Mire que, en mi experiencia, ahorita no la tengo, pero después sí, y uno tiene que hablar lo que ha visto y vivido no otras mentiras. (Pct. 6)

En mi experiencia, porque antes de hablar uno tiene que estar seguro de las cosas no dejarse llevar por las cosas que la gente dice. (Pct. 7)

En lo que voy a vivir porque mucha gente le dice cosas a uno, pero no hay que creerlo solo lo que dicen los médicos. (Pct. 8)

Pues en la experiencia que voy a tener, solo así puedo dar una explicación o algo parecido. (Pct. 9)

Pues como no he vivido eso aún no le puedo decir bien, pero en todo caso sería en mi experiencia. (Pct. 10)

En lo que yo vaya a vivir, aunque yo ya le dije que yo no me quiero operar, pero si es para que me cure pues lo tengo que hacer. (Pct. 11)

Yo voy a creer en lo que yo voy a vivir porque la gente le agrega al asunto. (Pct. 12)

Es que yo les voy a decir algo porque es que no es que crea no deje de creer, pero es que hay coincidencias que pasan porque si yo despierto de la anestesia y tengo otros problemas pue de ser que me complique y yo voy a tender a culparlo, aunque no sea culpa de uste des entonces yo dejo el veneficio de la duda y esperarí a corroborar por mí misma. (Pct. 13)

Yo creo más en mi experiencia por que como puede ser cierto lo que me cuenta o no. (Pct. 14)

Comentarios de los demás.

Cuando nos adentramos a una situación que no es conocida llegamos al margen de aquello que nos acompaña para pensar situaciones y decidir sobre ellas, que depende de nosotros en función de lo que percibimos, reflexionamos y sentimos, existe un elemento externo que marcará en muchas ocasiones los pasos que damos: la sociedad. En el momento en que contactamos con dos o tres personas, se forma un sistema de relaciones que atrapa la fuerza de atracción hacia sentirse parte de algo. Por tanto, aquello que nos recoge y nos acoge y de lo que formamos parte, tiene varios poderes, entre ellos, el de acompañar nuestras decisiones y la forma en que percibimos todo nuestro entorno. Podemos tomar decisiones impulsados por las opiniones del resto, aunque sepamos positivamente que nosotros no elegiríamos ese camino. (90)

Pacientes con experiencia.

Yo creo en ambas cosas en lo que dicen y en lo vivido, pero hay que poner todas las cosas en manos de Dios, porque no hay que dejar de creer también lo que dice la gente porque si lo dicen es porque paso. (Pct. 2)

En los comentarios de los demás porque uno tiene que estar abierto a escuchar lo que los demás piensan porque así uno más o menos sabe lo que le puede pasar. (Pct. 14)

Pacientes sin experiencia.

Yo creo en lo que dicen porque si ellos lo cuentan es porque ellos lo han vivido, porque eso es como un consejo que le dan a uno. (Pct. 4)

En los comentarios porque si lo dicen es por algo ha de ser cierto, pero en ocasiones uno se tiene que arriesgar. (Pct. 15)

LA APLICACIÓN DE ANESTESIA QUE PUEDE PROVOCAR EN LOS PACIENTES.

CATEGORIA: PREOCUPACIÓN O MIEDO, SIN PREOCUPACIÓN NI MIEDO.

Preocupación o miedo.

Como se observa, el miedo, el temor, tristeza son sentimientos que producen perturbación angustiosa del ánimo ante un peligro real o imaginario, presente o futuro que experimenta el paciente. Estos pueden presentarse según las experiencias similares vividas o no anteriormente; y poder superarlas de acuerdo al sistema socio-cultural y espiritual.

De igual modo, el temor a los procedimientos tiene efectos, negativos, hace que el paciente sienta necesidad de su familia, incluso llegando a manifestarse con temblores, nerviosismo, los cuales serían un signo fácil de identificar por el profesional de anestesia permitiéndole actuar, así mismo la tristeza que siente el paciente repercute en su estado emocional y posiblemente en la recuperación de su salud.

Pacientes con experiencia.

Si, pero yo no me quiero preocupar por eso no pienso en nada para que me operen.

Porque la vez pasada me preocupe mucho y no me querían poner la anestesia ni operarme. (Pct. 1)

La primera vez si tenía miedo porque no sabía, pero hoy ya se cómo es así que no siento nada voy a venir a hacerme eso encomendada a Dios. (Pct. 2)

Me preocupa, pero cuando me agarra el dolor yo ya quisiera que me operaran. (Pct. 3)

Quizás las dos cosas porque a pesar que uno ya ha vivido estas situaciones no deja de preocuparle el hecho de que me puede pasar. (Pct. 4)

Solo saber que lo van a abrir le provoca a uno preocupación imagínese agregarle que lo van a dormir se siente miedoso uno, pero hay que tener fe en Dios siempre. (Pct. 5)

Si me preocupa por lo que me dicen que me puedo morir, y pues la verdad yo no quiero eso, si me muero que sea algo natural no quedarme acostado sin recordar o sentir nada. (Pct. 6)

Si me da miedo pues uno nunca sabe lo que puede pasar ahí adentro. (Pct. 7)

Si me preocupa, porque una operación nunca está libre de peligros. (Pct. 8)

Pues si preocupada porque la primera vez que me durmieron sentí que pasé bastante tiempo dormida. (Pct. 10)

Tal vez un poco de miedo poco por los comentarios que he escuchado. (Pct. 11)

Si me provoca miedo por la experiencia que viví, pero en este caso si me duermen menos estaría más tranquila. (Pct. 12)

Me preocupa hasta cuando me recuerdo que me van a operar en las noches no puedo dormir, pero ojalá todo me salga bien. (Pct. 14)

Pacientes sin experiencia.

Preocupación más que todo por el niño y como hay personas que le dicen a uno que no va a despertar. (Pct. 2)

Las dos cosas quizás porque yo me pongo a pensar esto que me van a hacer a mí no es tan grande, pero uno se puede morir de cualquier cosa y como me van a dormir toda no me vaya a poner más de lo que me puede poner para no morirme. (Pct. 3)

Yo preocupada es que me siento porque he escuchado varias veces que dicen le pusieron anestesia no la soporto y se murió. (Pct. 5)

Pues me da miedo ver como pueda salir, pero la verdad soy de esas mujeres que trato de agarrar las cosas más relajaditas, pero igual no me deja de dar miedo. (Pct. 7)

Nunca deja uno de preocuparse, pues hay cosas que solo están en manos de Dios. (Pct. 9)

A mí lo que me preocupa es cuando me duerman que eso mucho duelen, y eso lo estresa a uno, porque es incómodo. (Pct. 10)

Si me da miedo y me preocupa porque como yo nunca me he operado no sé qué vaya a sentir o que me vaya a pasar y más que yo soy bien nerviosa primeramente todo salga bien. (Pct. 11)

Me da algo de miedo porque es algo que uno nunca ha experimentado. (Pct. 12)

Si me preocupa que me apliquen anestesia. (Pct. 13)

Realmente si yo siento miedo que me apliquen anestesia. (Pct. 15)

Sin preocupación ni miedo.

La confianza es un sentimiento que aparece frente a una situación donde se tiene la seguridad de que uno va a salir bien, en este caso el paciente tiene la certeza de lo que necesita será dado por el personal de salud. La conversación es el dialogo que existe entre dos personas o más donde cada uno expresa sus diferentes opiniones, sentimientos temores entre otros es decir es un momento donde hay interacción comunicativa entre dos personas o más. Esta conversación provee confianza, acercamiento y hasta busca la oportunidad de elegir al cirujano que les va a operar lo hacen o al menos intentan averiguar o de alguna manera buscan saber de él con la finalidad de sentir confianza, tal como lo confirman en sus discursos.

Pacientes con experiencia

No, claro confiando que sea como mi experiencia anterior, aunque según me dijo el doctor será otro tipo de anestesia. (Pct. 9)

No me siento preocupado ni tengo miedo como yo ya he pasado por eso ya sé que es lo que se vive hay así que estoy tranquilo. (Pct. 13)

No me provoca miedo yo confié en usted y sé que todo saldrá bien (Pct. 15)

Pacientes sin experiencia.

Yo vengo convencida que todo me saldrá bien y si no pues ni modo. (Pct. 1)

No yo me siento tranquila, con la ayuda de mi Dios todo me saldrá bien. (Pct. 4)

Pues mire que no, pero si me muero eso es hay que aceptar la voluntad de Dios, y si sigo viviendo seguimos jugando. (Pct. 6)

Sinceramente yo no me siento preocupado, hay mucha gente que le dice a uno que mi hermano o papa ha quedado mal o cosas así, pero yo confié en Dios que todo va salir bien. (Pct. 8)

No me preocupa yo me siento tranquilo (Pct. 14)

Tabla 1. Rango de edades de los pacientes.

| Rango de edad | Pacientes con experiencia | | Pacientes sin experiencia | |
|---------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| (18-27 años] | 1 | 6.7% | 1 | 6.7% |
| (27-36 años] | 4 | 26.7% | 4 | 26.7% |
| (36-45 años] | 4 | 26.7% | 3 | 20.0% |
| (45-54 años] | 2 | 13.3% | 6 | 40% |
| (54-63 años] | 4 | 26.7% | 1 | 6.7% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Interpretación. En el cuadro anterior se presenta la distribución de los pacientes con experiencia y sin experiencia. Para el primer grupo en relación a su edad se obtuvieron con mayor frecuencia los rangos de 27 a 35 años con un porcentaje de 26.7%; así como también en el rango de 36 a 44 años con un porcentaje de 26.7% de igual manera el rango de 54 a 60 años con un porcentaje de 26.7%. Para el segundo grupo en relación a su edad se obtuvo con mayor frecuencia el rango de 45-53 años con un porcentaje del 40%.

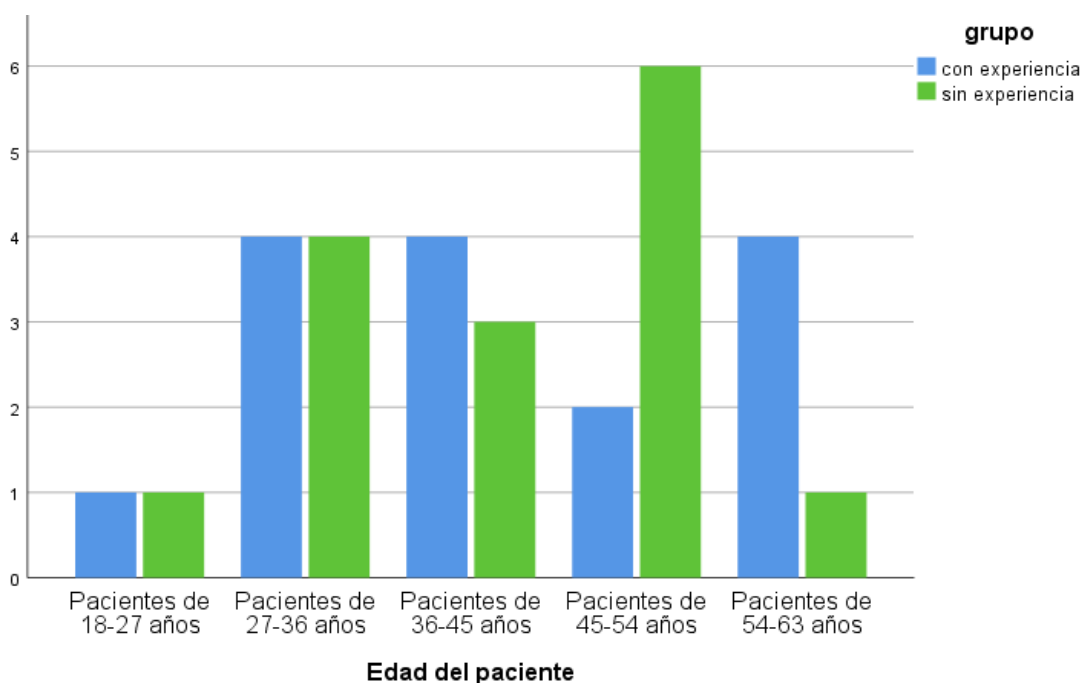


Tabla 2. Grado académico de los pacientes.

| Grado académico | Pacientes con experiencia | | Pacientes sin experiencia | |
|----------------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Sin educación formal | 2 | 13.3% | 1 | 6.7% |
| Educación básica | 5 | 33.3% | 9 | 60% |
| Educación media | 5 | 33.3% | 4 | 26.7% |
| Educación superior | 3 | 20% | 1 | 6.7% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Interpretación. En el cuadro anterior se presenta la distribución de los pacientes con experiencia y sin experiencia en relación a su grado académico, observando que en los pacientes con experiencia el grado académico que más predomina fue educación básica con un porcentaje de 33.3% y educación media con un porcentaje de 33.3% en comparación de los pacientes sin experiencia donde el dato predominante fue los pacientes con educación básica con un porcentaje de 60%.

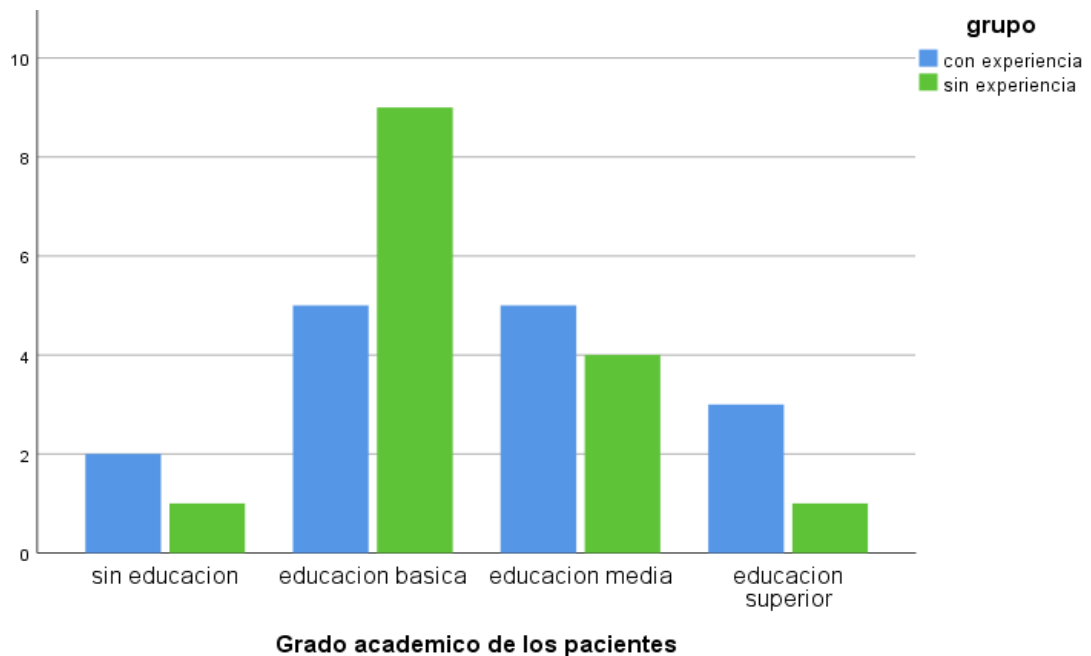


Tabla 3. Sexo de los pacientes.

| Sexo | Pacientes con experiencia | | Pacientes sin experiencia | |
|--------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Mujer | 12 | 80% | 10 | 66.7% |
| Hombre | 3 | 20% | 5 | 33.3% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Interpretación En el cuadro anterior se presenta la distribución de los pacientes con experiencia y sin experiencia, en relación al sexo mostrando como datos relevantes que las mujeres representan el mayor número de la muestra en ambos grupos en los pacientes con experiencia con un porcentaje de 80%; y en los pacientes sin experiencia con un porcentaje de 66.7%.

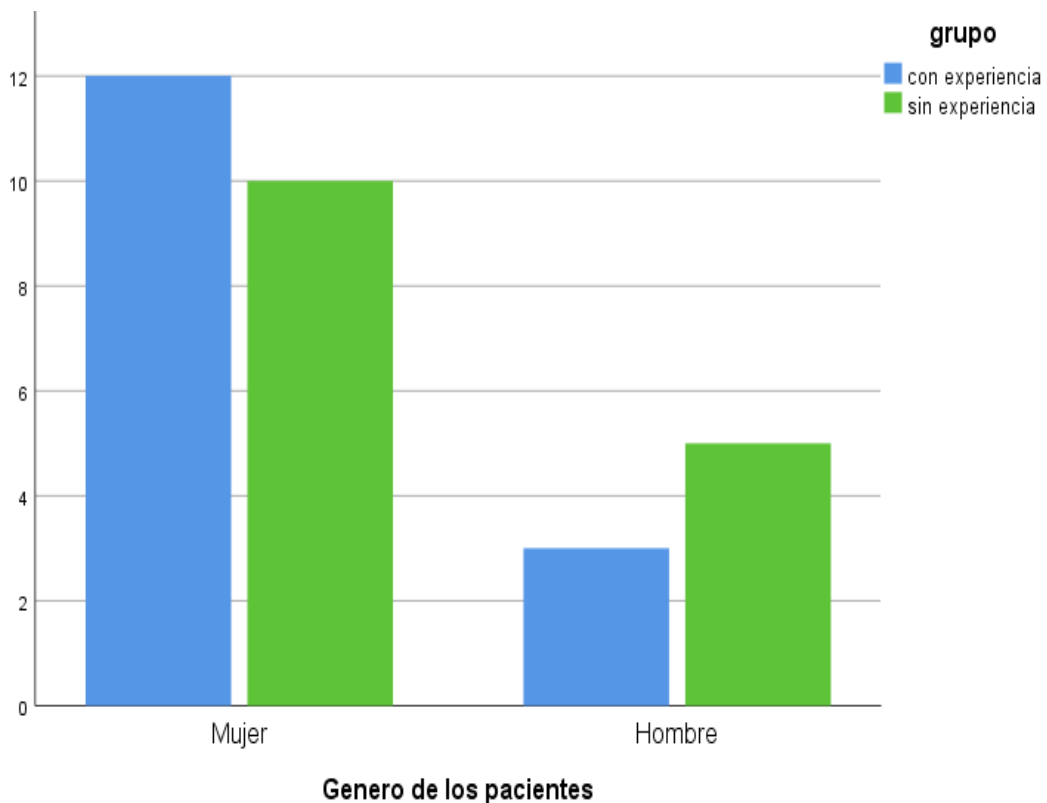


Tabla 4. Lo que los pacientes piensan sobre anestesia.

| Categoría | Pacientes con experiencia | | Pacientes sin experiencia | |
|-----------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Dormirlo | 6 | 40% | 2 | 13.3% |
| Dolor | 7 | 46.7% | 12 | 80% |
| Miedo | 2 | 13.3% | 1 | 6.7% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Interpretación En el cuadro anterior se presenta la distribución de los pacientes con experiencia y sin experiencia en relación a lo que los pacientes piensan sobre anestesia en el cual el grupo de pacientes con experiencia se refirió más al dolor que a las otras sub categorías con un porcentaje de 46.7%; de igual manera los pacientes sin experiencia se refirieron más a dolor con un 80%, siendo esta sub categoría más relevante para ambos grupos.

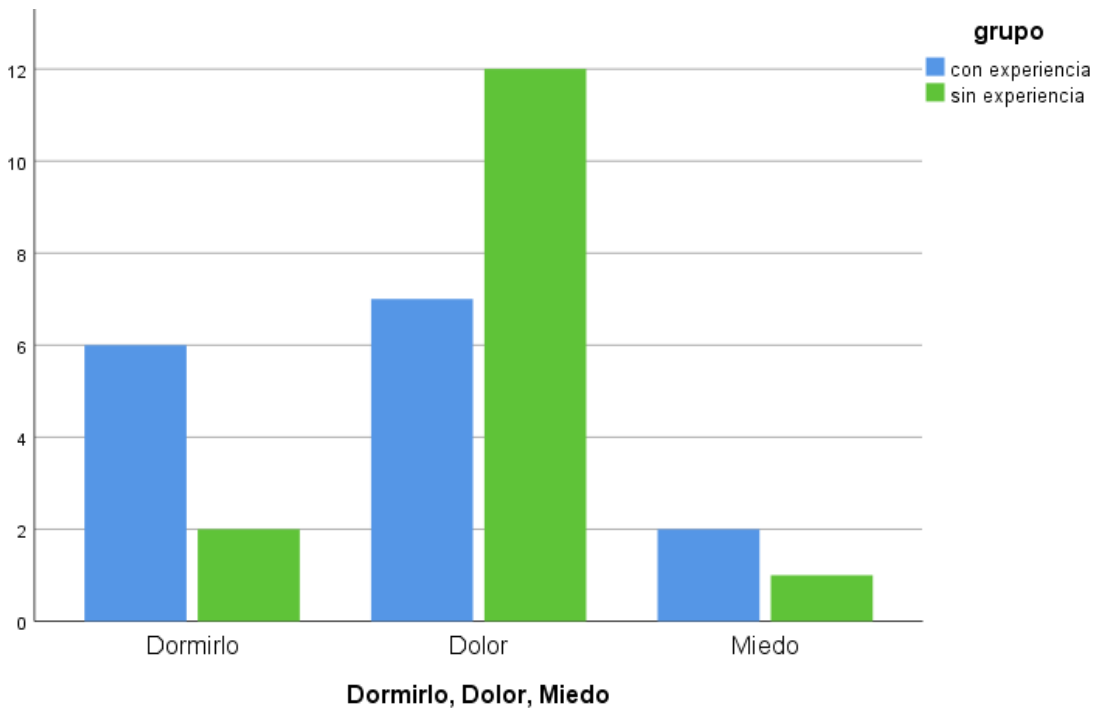


Tabla 5. Que reacción le causa a los pacientes el hablar sobre anestesia.

| Categoría | Pacientes con experiencia | | Pacientes sin experiencia | |
|------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Confiado | 3 | 20% | 5 | 33.3% |
| Preocupado | 12 | 80% | 10 | 66.7% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Interpretación En el cuadro anterior se presenta la distribución de los pacientes con experiencia y sin experiencia en relación a lo que les causa el hablar de su anestesia mostrando como datos relevantes para el grupo de pacientes con experiencia el sentirse preocupados con un porcentaje del 80%; de igual manera lo fue para el grupo de sin experiencia con un porcentaje de 66.7%

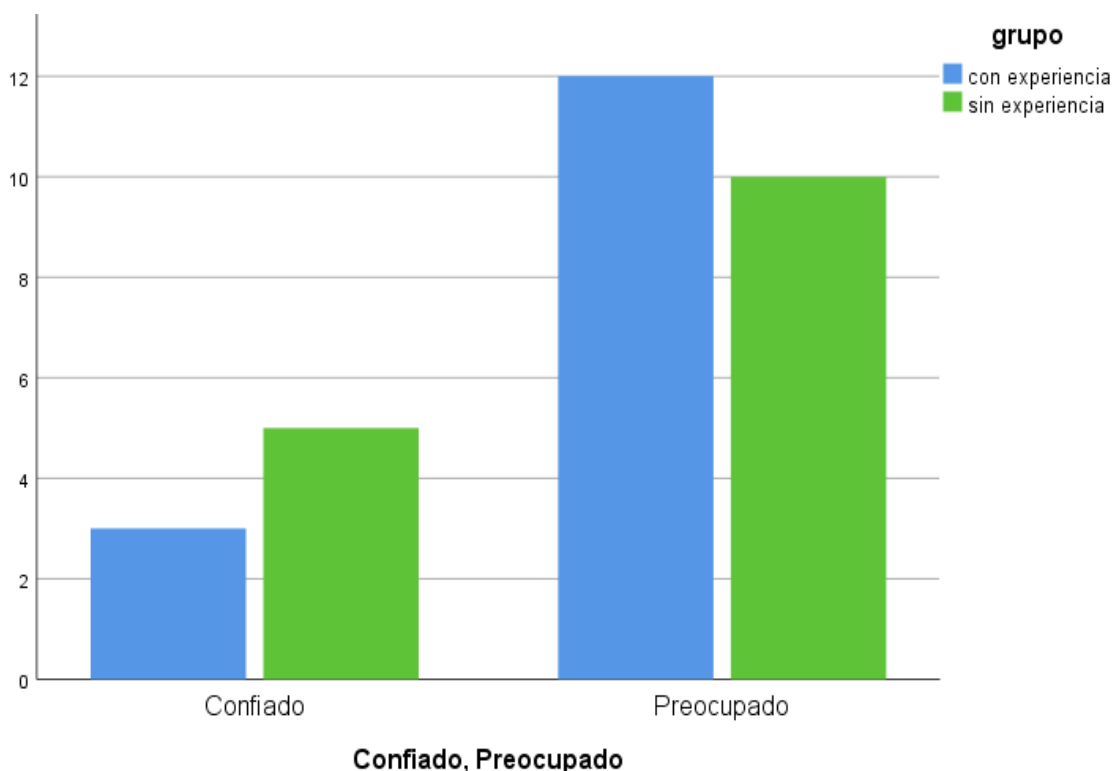


Tabla 6. Como consideran la anestesia los pacientes.

| Categoría | Pacientes con experiencia | | Pacientes sin experiencia | |
|--------------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Buena e importante | 14 | 93.3% | 10 | 66.7% |
| Peligrosa | 1 | 6.7% | 5 | 33.3% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Interpretación En el cuadro anterior se presenta la distribución de los pacientes con experiencia y sin experiencia en relación a como consideran la anestesia. En los pacientes con experiencia, un pequeño porcentaje refieren sentir que corre peligro durante un procedimiento anestésico lo cual equivale a un 6.7%. Sin embargo, los pacientes sin experiencia consideran peligrosa la anestesia mostrando un porcentaje mayor del 33.3% de la muestra.

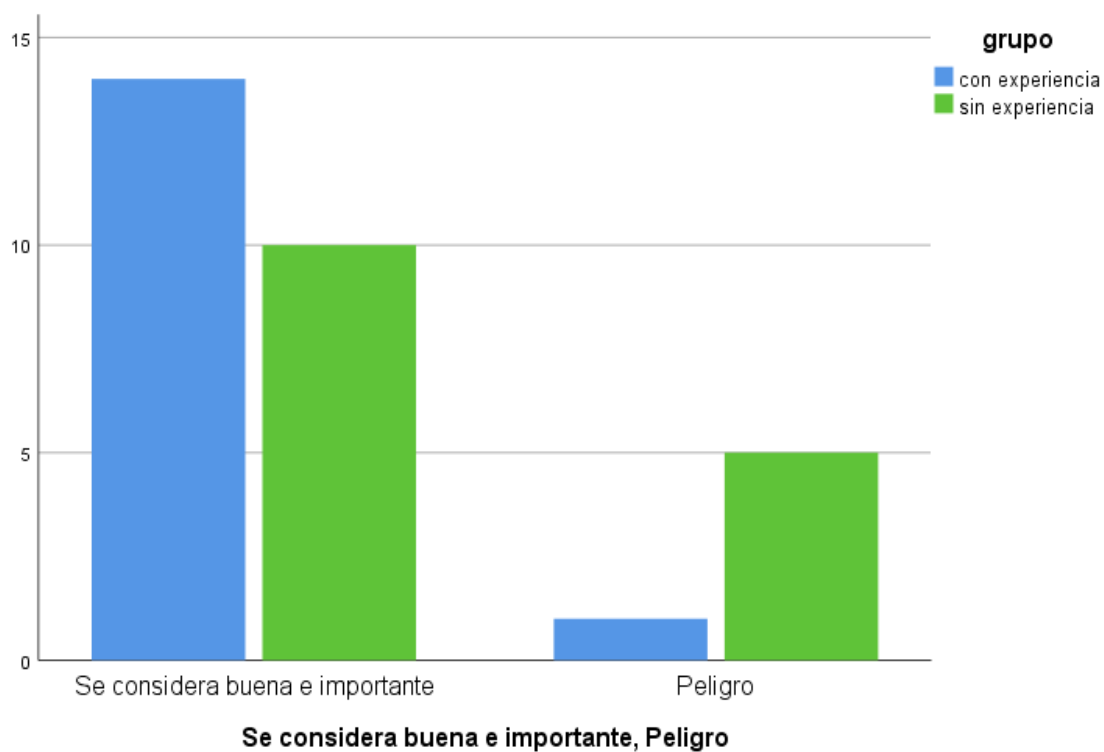


Tabla 7. Factores que influye en los pacientes para obtener una opinión.

| Categoría | Pacientes con experiencia | | Pacientes sin experiencia | |
|----------------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Vivencia | 14 | 93.3% | 1 | 6.7% |
| Comentarios de otros | 1 | 6.7% | 14 | 93.3% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Interpretación En el cuadro anterior se presenta la distribución de los pacientes con experiencia y sin experiencia en relación a los factores que influyen para obtener una opinión sobre la anestesia el grupo de pacientes con experiencia lo que se reflejó en un 93.3% fue las vivencias obtenidas sin embargo para el grupo sin experiencia ellos refirieron que influye más los comentarios de otras personas con un porcentaje de 93.3%.

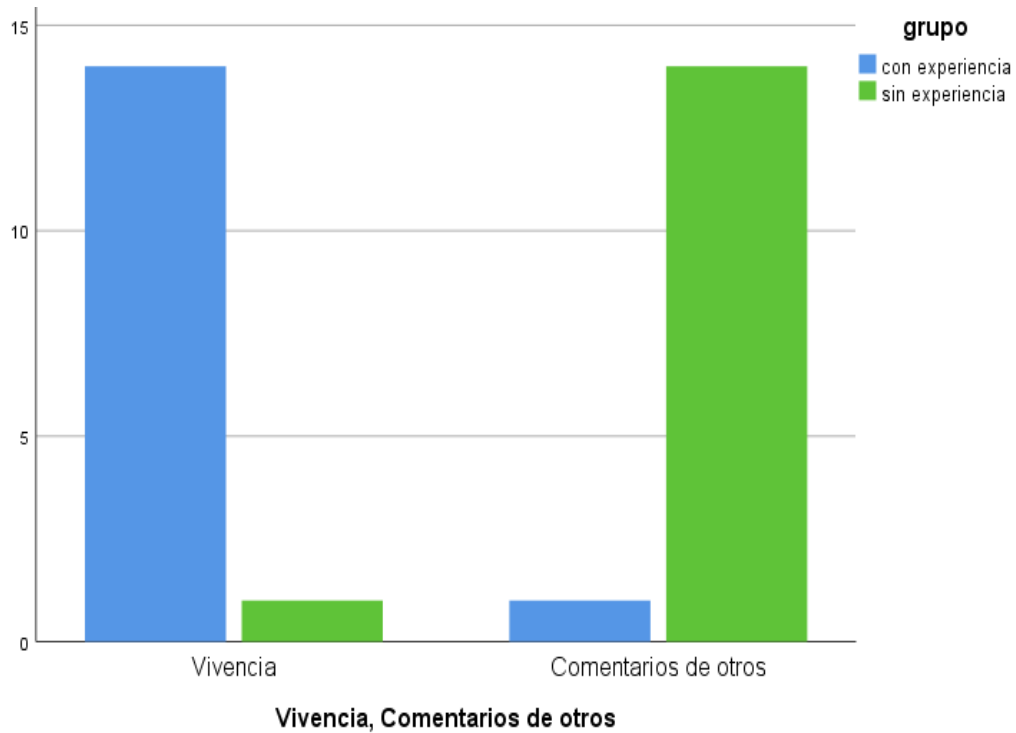


Tabla 8. Consideraciones importantes sobre el uso de anestesia.

| Categoría | Pacientes con experiencia | | Pacientes sin experiencia | |
|----------------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Para no sentir dolor | 15 | 100% | 15 | 100% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Interpretación En el cuadro anterior se presenta la distribución de los pacientes con experiencia y sin experiencia en relación a por que consideran importante el uso de la anestesia en su cirugía ambos grupos refirieron en un 100% que la anestesia es importante para no sentir dolor.

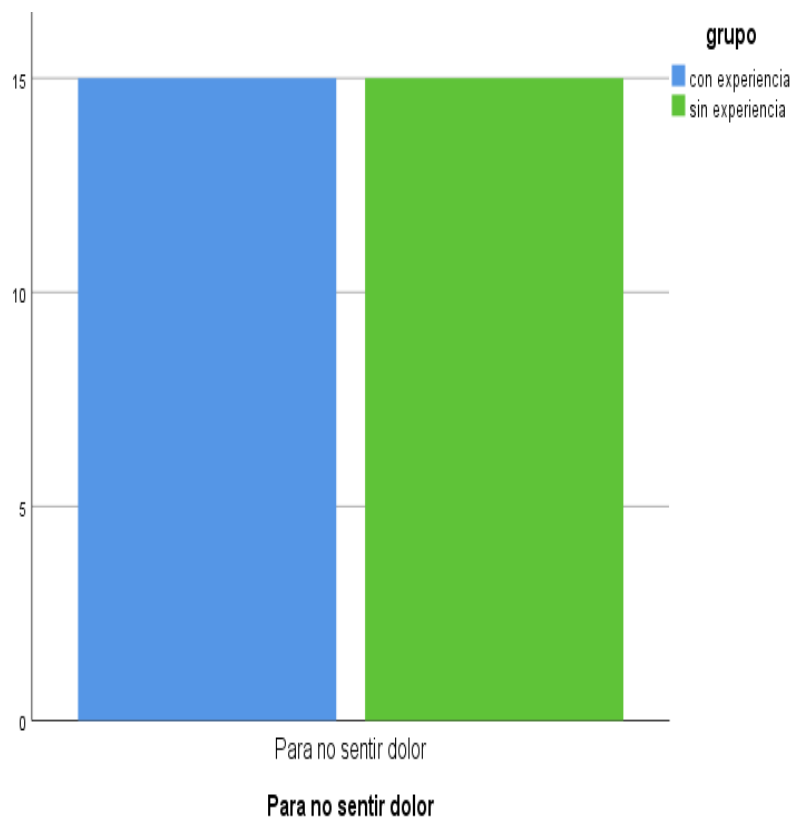


Tabla 9. Que esperan los pacientes del personal de anestesia.

| Categoría | Pacientes con experiencia | | Pacientes sin experiencia | |
|-----------------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Hacer lo correcto | 9 | 60% | 11 | 73.3% |
| Que estén capacitados | 6 | 40% | 4 | 26.7% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Interpretación En el cuadro anterior se presenta la distribución de los pacientes con experiencia y sin experiencia en relación a lo que los pacientes esperan del personal de anestesia, ambos grupos concluyen en que lo que esperan que el personal haga lo correcto durante la cirugía el primer grupo pacientes con experiencia un porcentaje del 60% y el segundo grupo sin experiencia con un porcentaje del 73.3%

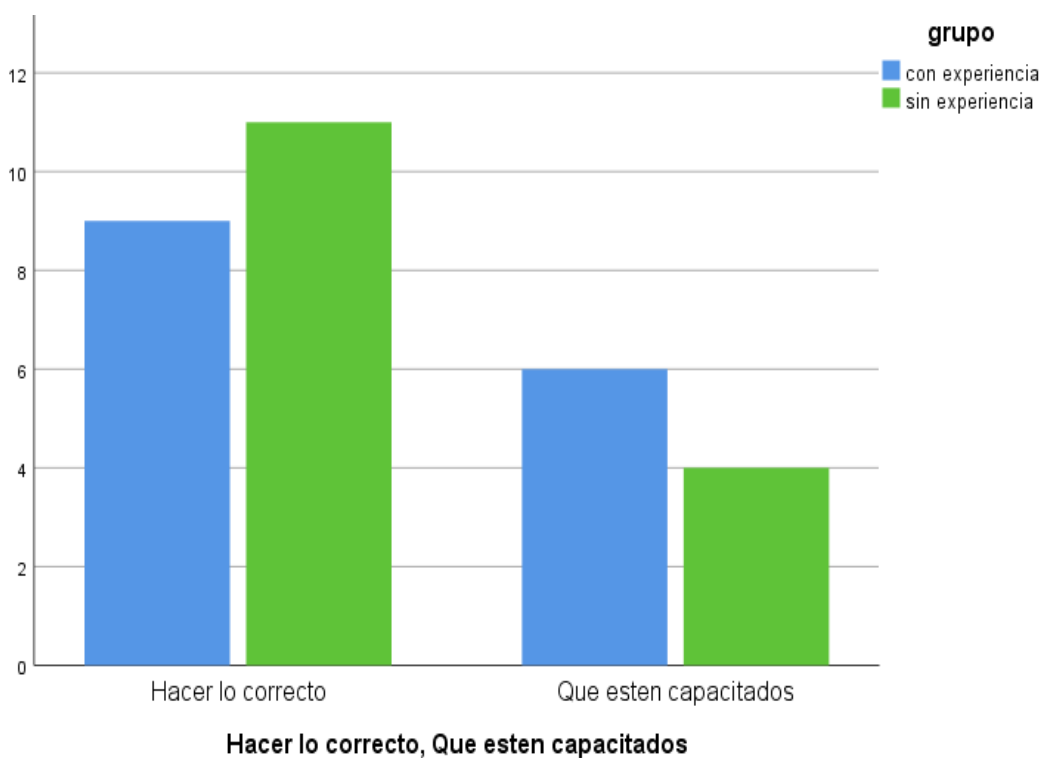


Tabla 10. Lo que los pacientes quieren saber acerca de su anestesia.

| Categoría | Pacientes con experiencia | | Pacientes sin experiencia | |
|----------------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Todo sobre anestesia | 15 | 100% | 15 | 100% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Interpretación En el cuadro anterior se presenta la distribución de los pacientes con experiencia y sin experiencia en relación a lo que los pacientes quieren saber sobre la anestesia ambos grupos concluyen a que quieren conocer todo sobre cómo se les aplicara la anestesia mostrando un 100% en ambos grupos.

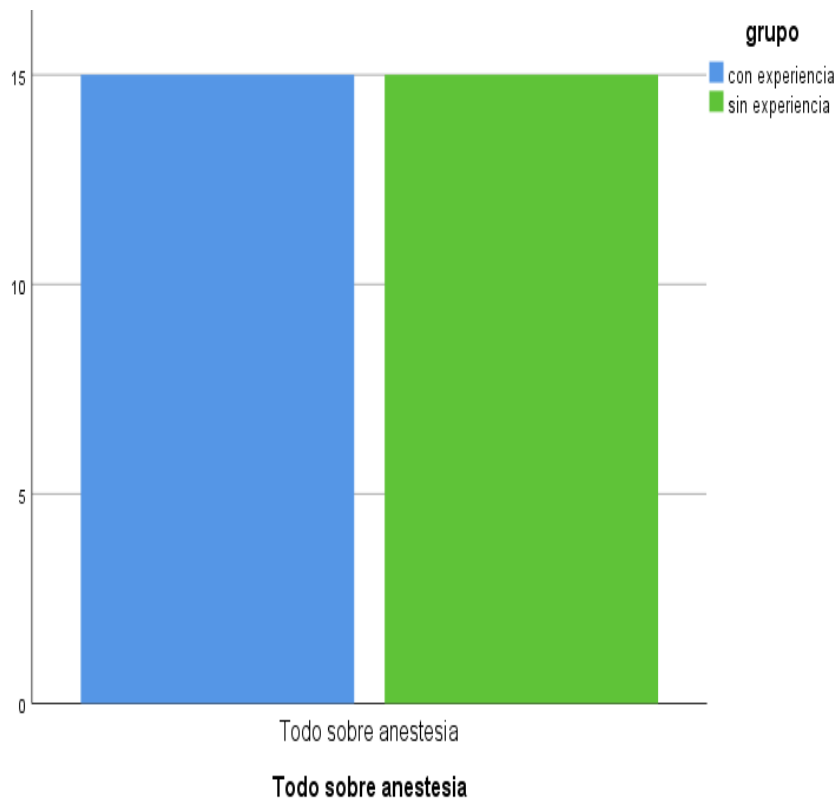


Tabla 11. Los comentarios que tienen los pacientes sobre la anestesia.

| Categoría | Pacientes con experiencia | | Pacientes sin experiencia | |
|-------------------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Se pasaron de anestesia | 4 | 26.7% | 4 | 26.7% |
| Muerte | 6 | 40% | 2 | 13.3% |
| Complicaciones | 5 | 33.3% | 9 | 60% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Interpretación. En el cuadro anterior se presenta la distribución de los pacientes con experiencia y sin experiencia en relación a los comentarios que los pacientes escucharon sobre anestesia mostrando que los pacientes con experiencia el comentario más frecuente fue muerte, mostrando un porcentaje del 40% de la población; y para los pacientes sin experiencia el comentario de muerte solo fue un 13.3%; sin embargo, para este último grupo el comentario más frecuente fue complicaciones con un 60%

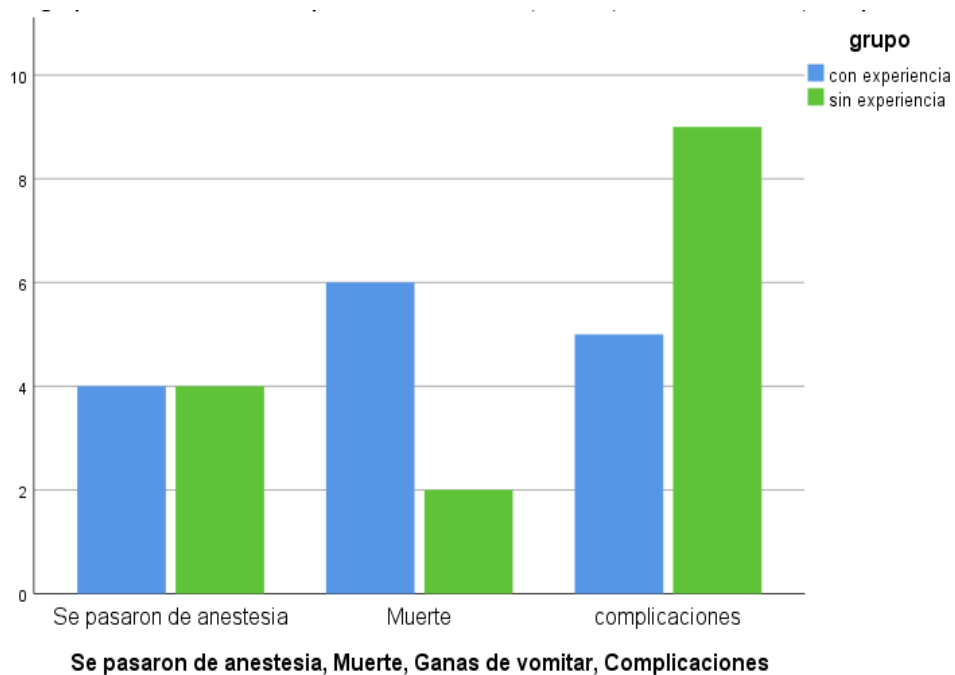


Tabla 12. En lo que creen más los pacientes sobre la anestesia.

| Categoría | Pacientes con experiencia | | Pacientes sin experiencia | |
|--------------------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Experiencia | 13 | 86.7% | 13 | 86.7% |
| Comentarios de los demás | 2 | 13.3% | 2 | 13.3% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Interpretación En el cuadro anterior se presenta la distribución de los pacientes con experiencia y sin experiencia en relación en que creen más si en su experiencia o en los comentarios de los demás, ambos grupos mostraron un porcentaje igual ya que ellos creen más en su experiencia con un porcentaje del 86.7% para ambos grupos.

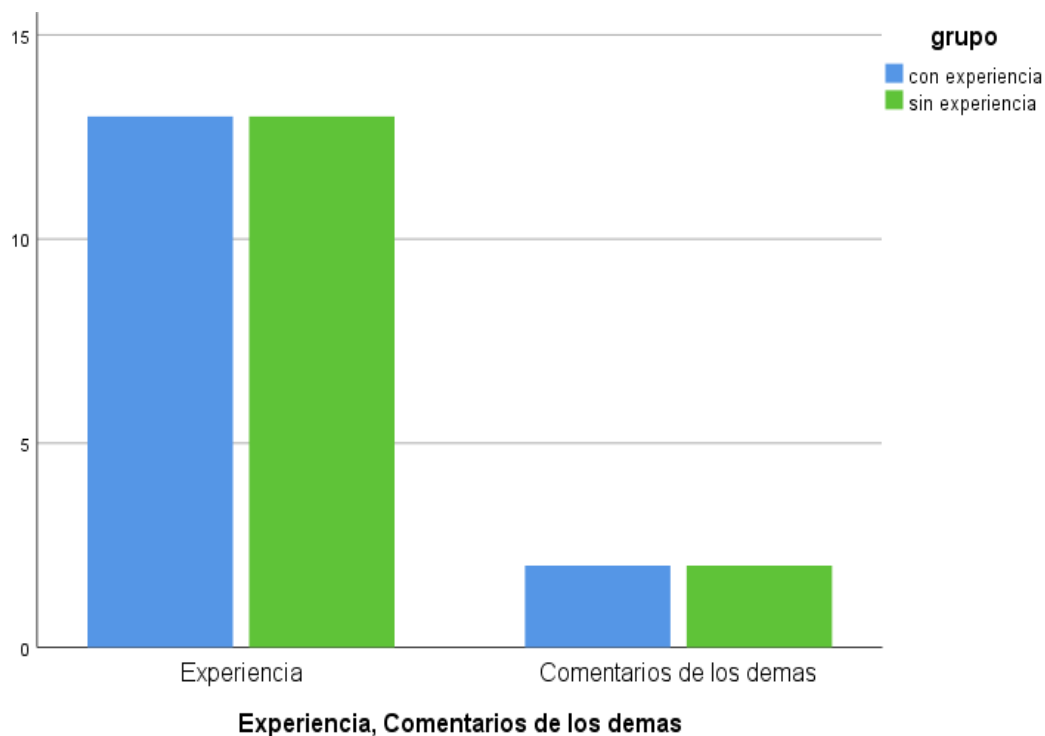
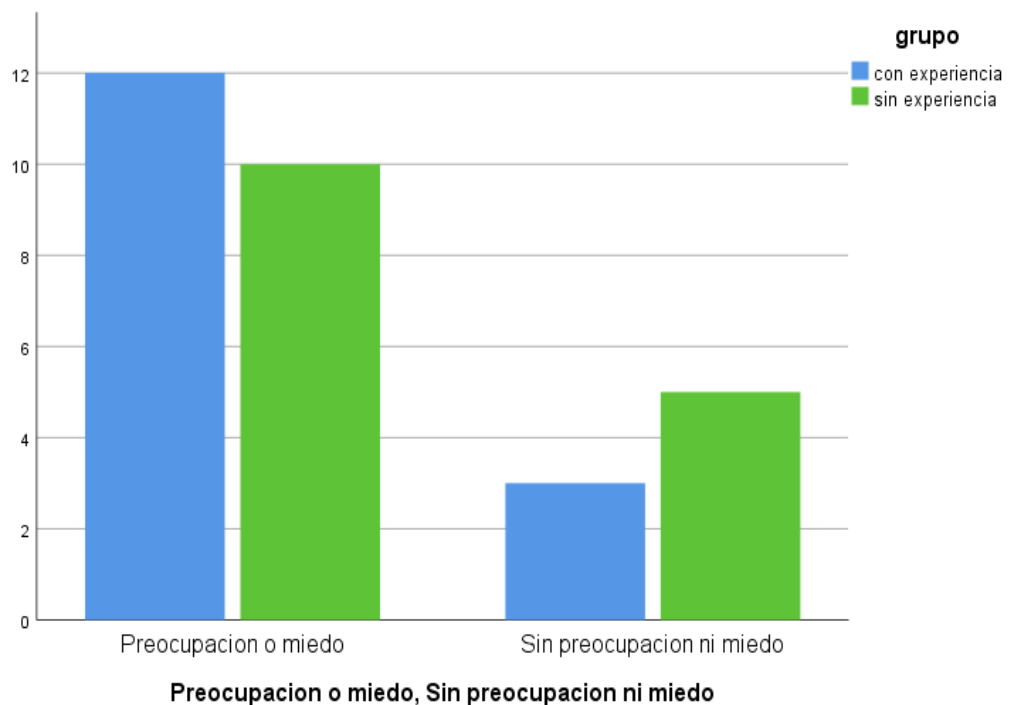


Tabla 13. La aplicación de anestesia que puede provocar en los pacientes.

| Categoría | Pacientes con experiencia | | Pacientes sin experiencia | |
|--------------------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Sin preocupación o miedo | 3 | 20% | 5 | 33.3% |
| Con preocupación o miedo | 12 | 80% | 10 | 66.7% |
| Total | 15 | 100% | 15 | 100% |

Interpretación. En el cuadro anterior se presenta la distribución de los pacientes con experiencia y sin experiencia en relación a si los pacientes sienten o no preocupación o miedo al momento que les apliquen anestesia lo cual mostro para ambos grupos el sentir miedo o preocupación para el primer grupo se obtuvo un porcentaje del 80% y el segundo grupo mostro un 66.7%.



6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1 CONCLUSIONES.

La percepción es parte del ciclo del ser humano que ha llegado a su desarrollo y madurez, alcanzando la capacidad intelectual, la estabilidad emocional y psicológica. De esta forma podemos asumir que las percepciones estarán determinadas por los elementos configuradores y emocionales presentes en cada discurso de los pacientes investigados. Por esto cuando se presenta alguna enfermedad o riesgo en su salud, los pacientes se encuentran con diferentes emociones, unos refieren estar confiados y otros preocupados con una crisis de miedo o temor, esto puede invadir su estado de ánimo y tranquilidad, y afectar aún más el proceso de la enfermedad.

En los pacientes el proceso de una intervención quirúrgica y todo lo que esto conlleva, afecta su situación, son muchas las preguntas y respuestas que él mismo puede tener. Muchas veces solo percibe experiencias que resultan ser más negativas que positivas, como se ha podido plasmar en sus mensajes.

Se ha mencionado que la percepción puede ser diferente en el ser humano de acuerdo a la situación que se encuentre, en este caso los pacientes de pronto se encuentran circunstancialmente dependiente de otras personas como es del equipo de salud. Esto le permite vivenciar momentos difíciles, esperando ser ayudado, cuidado y atendido por personas que comprendan que necesita ser cuidado como persona integral y holística. De acuerdo al estudio, las percepciones sobre anestesia se ven involucrados los sentimientos y emociones, que van desde la preocupación, miedo, temor, tristeza, nerviosismo hasta la necesidad de compañía familiar.

En estas circunstancias los pacientes no tienen otra alternativa que pasar por un proceso anestésico para ser operados y la decisión para ser intervenidos la tomaron debido al dolor, incomodidad y al riesgo en su salud, lo que terminó siendo buena e importante y a la vez una necesidad para sentirse bien y no tener impedimentos para realizar sus actividades cotidianas. Es preciso que, durante la etapa quirúrgica, la confianza que genera el personal de salud en los pacientes deba darse a través de la

conversación de forma clara y precisa, con expresiones de afecto, amabilidad, tranquilidad, y lograr conseguir una mejor estadía hospitalaria demostrando que están capacitados.

De igual modo los efectos de la anestesia que los participantes describen como experiencias son desconocidas y extrañas, que ocasionan miedo, presentimiento negativo, y que debe ser aliviado por el personal de salud. Como en toda situación que coloca a la persona en una disyuntiva entre la salud, la enfermedad, la vida y la muerte.

Por tanto, se indica que la percepción de los pacientes será diferente, ya que en la categoría de las influencias de opinión sobre anestesia los pacientes con experiencia refirieron creer más en sus propias vivencias que en los comentarios de otras personas; y esto es porque para ellos la experiencia de una intervención quirúrgica no es algo desconocido; y no así para los pacientes sin experiencia ya que ellos refirieron que si influye las opiniones de otras personas.

6.2 RECOMENDACIONES.

A la Universidad Nacional de El Salvador Facultad Multidisciplinaria Oriental, promover y difundir trabajos de investigación cualitativa para ampliar los conocimientos de los futuros profesionales de salud, y de esta manera los cuidados que se brinden tomen en cuenta las percepciones de los pacientes, procurando que la atención sea integral, dirigido a las personas y no solo a la enfermedad y los síntomas que presentan.

Es conveniente para el fortalecimiento del proceso pedagógico e investigativo de la carrera Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia, impulsar trabajos de investigación de tipo cualitativo y cuantitativo, con el fin de ver más de cerca esta realidad y poder intervenir oportunamente.

Al Ministerio de Salud de El Salvador, promover los medios para dar a conocer la importancia a la población sobre anestesia, para que puedan dar el lugar que se merece en el ámbito de la medicina y deje de ser una área desconocida y poco valorada.

A los docentes de la Universidad Nacional de El Salvador Facultad Multidisciplinaria Oriental, promover en los estudiantes el cuidado de los pacientes intervenido quirúrgicamente tomando en cuenta las percepciones, que este tiene, ya que en los pacientes existen varios aspectos importantes en los que el personal de anestesia puede intervenir y así lograr una mejor satisfacción en ellos.

Al Hospital Nacional General Dr. Héctor Antonio Hernández Flores San Francisco Gotera Morazán, se sugiere realizar algunas modificaciones en sus ambientes y en el personal, para promover un entorno más tranquilo y cómodo, logrando satisfacer la necesidad de confort y descanso.

Se evidencia que en la percepción de los pacientes que serán intervenido quirúrgicamente existe la necesidad de ser informado, atendido y escuchado, por lo cual recomendamos al profesional en anestesia promover en ellos el hábito de escuchar, conversar, informar, sobre el procedimiento, la enfermedad, el proceso de anestesia, los efectos de esta y de toda la intervención quirúrgica.

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN CICLO I Y II AÑO 2019.

| MESES | Feb./2019 | | | | Mar./2019 | | | | Abr./2019 | | | | May./2019 | | | | Jun./2019 | | | | Jul./2019 | | | | Ago./2019 | | | |
|--|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|---------------------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|---------------------|---|---|---|-----------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Reuniones generales con la Coordinación del Proceso de Graduación | x | x | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | x | x | x | x | X | x | X | x |
| 2. Elección del Tema | x | x | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Inscripción del Proceso de Graduación | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Aprobación del Tema y Nombramiento de Docente Asesor | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Elaboración de Protocolo de Investigación | | | | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Entrega Final de Protocolo de Investigación. | | | | | | | | | 14 de Abril de 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Ejecución de la Investigación | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | x | x | X | | | | | | | | | | |
| 8. Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | x | x | | | | | | |
| 9. Redacción del Informe Final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | x | x | x | x | | | | |
| 10. Entrega del Informe Final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 28 de Julio de 2019 | | | | | | | |
| 11. Exposición de Resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | x |

BIBLIOGRAFIA

1. Vargas M, Maria L. sobre el concepto de percepcion. alteridades. 2018 julio; IV(8).
2. Carrillo Primerano R. diposit.ub.edu. [Online].; 2015 [cited 2019 febrero 22]. Available from: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/66229/1/RC_P_TESIS.pdf.
3. Cañoto R, Yolanda. Sensacion y Percepcion. In Contreras R, editor. Una Introduccion a la Psicologia. Caracas: TEXTO.CA; 2015. p. 85.
4. Torrez G, Abel C. calidad de la atencion en el servicio de anestesiologia. medigraphic. 2017 junio; xv(2).
5. Machasilla Tuza WN, Martinez Ordoñez LF. percepciones de los pacientes sin experiencia previa. Tesis En Posgrado De Anestesiologia. Quito: universidad Central del Ecuador , Departamento de medicina ; 2014.
6. Birbicer H YG. Pacientes que solicitaron a la clinica de anestesia, percepciones y conocimientos sobre la anestesia en Turkiye. revista saudita de anestesia. 2013 abril; VII(2).
7. Sebastianes RFC. Estudio preoperatorio. segunda ed. España: ARAN; 2001.
8. Leite f, Muniz da Silva L, Hernandez S. Percepciones de los pacientes sobre anestesia y anesthesiólogos antes y después de los procedimientos quirúrgicos. scielo. 2011 abril; CXXIX(4).
9. Mena de la Rosa M, Mata Rodriguez E. valoracion pre anestésica importancia en el paciente quirurgico. medigraphic. 2014 enero; III(6).

10. Diaz Rodriguez AJ, Rivas Bonilla JY. ri.ues.edu.sv. [Online].; 2017 [cited 2019 febrero 6. Available from: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/17048/>.
11. Oviedo GL. La definicion del concepto de percepcion en psicologia. Revista de estudios sociales. 2004 Agosto;(18).
12. Ospina C. Procesos Basicos Cognocitivos. [Online].; 2017 [cited 2019 marzo7. Available from: <https://carlosospinaunad.blogspot.com/2017/04/la-percepcion.html?m=1>.
13. Garcia Viedma MR. Scribd. [Online].; 2016-2017 [cited 2019 Marzo 16. Available from: <https://es.scribd.com/document/362775929/Tema-1-Introduccion-Al-Estudio-de-La-Percepcion-y-Marco-Conceptual>.
14. Kelly WA. Psicologia de la percepcion. septima ed. Gonzalvo Mainar G, editor. Madrid: Morata,S.A; 1982.
15. Aurias Castilla CA. Dialnet. [Online]. san buena ventura : iberoamericana; 2004 [cited 2019 marzo 2. Available from: file:///C:/Users/Mely/Downloads/DialnetEnfoquesTeoricosSobreLaPercepcionQueTienenLasPerso-4907017.pdf.
16. Ortiz Granja D. El constructivismo como teoria y metodo de enseñanza. Tesis Maestria. Ecuador: Universidad Politecnica Salesiana, Departamento de filosofia; 2015. Report No.: 1390-3861.
17. Araya V, Alfaro M, Andonegui M. Constructivismo: Origenes y perspectivas. Laurus revista de educacion. 2007 Agosto; XIII(24).
18. Flores Ochoa R. Hacia una pedagogia del conocimiento. Primera ed. Bogota: McGraw-Hill; 1994.

19. Piaget J. A donde va la educacion. Primera ed. Ariel , editor. Barcelona: Teide; 1979.
20. Agudelo Bedoya ME, Piedad EA. Constructivismo y construccionismo social. Dialnet. 2012 Noviembre; I(17).
21. Perls F. wordpress. [Online].; 2018 [cited 2019 junio 4. Available from: <https://perlaleal1.wordpress.com/2018/04/30/fritz-perls/>.
22. Reyes L. calameo. [Online].; 2016 [cited 2019 junio 4. Available from: <https://es.calameo.com/read/0048492639e6ebaef0fd7>.
23. Casanova Aznar AJ. Academia.edu. [Online].; 1991 [cited 2019 junio 4. Availablefrom:https://www.academia.edu/1103580/Alternativas_te%C3%B3ricas_en_percepci%C3%B3n_Ra%C3%ADces_or%C3%ADgenes_y_actualidad.
24. Alvarez L. psicologia. [Online].; 2015 [cited 2019 abril 23. Available from: <https://aprendiendodepsico.wordpress.com/2015/09/22/los-procesos-cognitivos-percepcion/>.
25. Papalia DE, Wendkos Olds S, Felman RD. Psicologia del desarrollo. Undecima ed. Zapata Terrazas MT, editor. Mexico: McGraw Hill; 2009.
26. American College of obstretician end gynecologists. La preparacion para una Cirugia. primera ed. Washington: Clearing center; 2011.
27. Dip M. Academia. [Online].; 2010 [cited 2019 Abril 17. Available from: https://www.academia.edu/5303101/Proceso_Cognitivos_Basicos_Percepcion.
28. Corporacion Colombiana. Colombia.com. [Online].; 2014 [cited 2019 Marzo 18.

29. Myers Dg. psicología. septima ed. Alcocer A, editor. buenos aires: Medica Panamericana ; 2004.
30. Ortiz J, Wang S, Tolpin DA. Informacion preoperatoria al paciente. ELSEVIER. 2015 junio; I(65).
31. Diaz Pedroche M. percepcion, imaginacion y memoria. Bachillerato. chile:, Filosofia; 2010.
32. Merino JM, Muñoz LR. Dialnet. [Online].; 2013 [cited 2019 Marzo 19. Availablefrom:file:///C:/Users/Mely/Downloads/DialnetLaPercepcionAcustica-4458407.pdf.
33. Gerrig RJ, Zimbardo PG. Psicologia y vida. Decimoseptima ed. Mexico: PRENTICE HALL MEXICO; 2005.
34. Díaz Pedroche M. wordpress. [Online].; 2010 [cited 2019 Marzo 20. Availablefrom:https://montsepedroche.files.wordpress.com/2010/02/percepcion_imaginacion_memoria.pdf.
35. Liriano Macias GdR. Analisis de la Influencia de la Percepcion de Codigos Visuales. tesis diseño grafico. Ecuador: Universidad Catolica del Ecuador , Departamento de Ciencias Admministrativas y Contables; 2016. Report No.: ISSN.
36. Antonio F. pragmática y gramática comunicativa. utopía y praxis latinoamericana. 2000 Octubre; V(9).
37. Cavalli MC, Quinteros Avellaneda LG. Introduccion a la gestion no adversarial de conflictos. Primera ed. Lapor M, editor. Madrid: Reus,S.A; 2010.

38. Blázquez A. Sensacion, Percepcion y Atencion. Tesis de Maestria. España: Universidad de Alicante, Departamento de Psicologia; 2007. Report No.: ISBN.
39. Hernandez Castro F. Teoria de la percepcion. decima ed. Costarica: Editorial tecnologica de Costarica; 2016.
40. Spinell B, R H, Phelps W, J M. La experiencia visual como determinante de las características de respuesta de los campos receptivos corticales en gatos. Investigación experimental del cerebro. 1972 Enero; II(3).
41. Banks M, Aslin R, Letson R. Periodo sensible para el desarrollo de la vision binocular. ResearchGate. 1975 Noviembre: p. 675-677.
42. Papalia D, Wendkos S. Psicologia de bachillerato. primera ed. C.V MGHS D, editor. Mexico: Mc Graw Hill; 2009.
43. Universidad de alicante. Psicologia basica. [Online].; 2009 [cited 2019 Marzo22]. Available from: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12917/3/Tema%203.%20Sensaci%C3%B3n%20y%20Percepci%C3%B3n.pdf>.
44. Bedolla Pereda D. bitstream. [Online].; 1966 [cited 2019 Marzo 23]. Available from: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/6826/11CAPITULO6_1.pdf?sequence=11&isAllowed=y.
45. Marini S, Blesio G, Godino ME. bitstream. [Online].; 2015 [cited 2019 Marzo21]. Available from: <https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/4905/710115%20FISICA%20Modelo%20at%C3%B3mico%20de%20absorci%C3%B3n%20y%20emis%C3%B3n%20de%20fotones.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

46. Rosello CG. Relacion entre procesos mentales y sentido hàptico: emociones y recuerdos mediante el analisis empirico de texturas. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad autonoma de Barcelona, Departamento de psicologia basica, evolutiva y de la educacion; 2012. Report No.: ISBN.
47. Wertheimer M, kohler W, Koffka K. El Movimiento de La Gestalt. In Webber w, editor. historia y sistema de la psicologia. Mexico: Pearson Educacion ; 1999. p. 392.
48. Arcos LLamoja K, Torres Cubas G. Repositorio.upsh.edu.pe. [Online].; 2017[cited2019marzo5.Availablefrom:http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/782/Percepcion_ArcosLlamoja_Karina.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
49. Anwer H, Swelem S, Moustafa A. Pubmed.gov. [Online].; 2006 [cited 2019 Marzo16.Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17263267>.
50. Zepeda Herrera F. Introduccion a la psicologia. segunda ed. Figueroa LG, editor. Mexico: Pearson Educacion ; 2003.
51. Azogue X. Issuu. [Online].; 2018 [cited 2019 mazo 6. Available from: https://issuu.com/xaviazogue/docs/xavier_azogue.docx.
52. del carmen IR. almez.pntic.mec.es. [Online].; 2017 [cited 2017 febrero 5. Availablefrom:<http://almez.pntic.mec.es/~erug0000/orientacion/psicologia/Documentos/Sensacion%20y%20Percepcion.pdf>.
53. Martinez MA. monografias.com. [Online].; 2016 [cited 2019 marzo 5. Available from: <https://m.monografias.com/trabajos18/la-percepcion/la-percepcion.shtml>.

54. Monlau PF. Elementos de psicología. Desima ed. Salamanca HyC, editor. Madrid: libreria encuadernacion; 1871.
55. Gonzales Barredo JV. SCRIBD. [Online].; 2011 [cited 2019 Abril 17. Available from: <https://es.scribd.com/document/330508492/Jose-Vidal>.
56. Sheffer M, Greifenstein F. Anesthesiology. [Online].; 1960 [cited 2019 marzo23. Available from: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2031758>.
57. Manoj KM, Ashok Kumar S, Asha T, Medha M. Conciencia sobre el anestesiolego y el alcance de la anestesiologia en pacientes quirurgicos y sus asistentes. Revista Internacional de Investigación en Ciencias Médicas. 2016 febrero; IV(2).
58. Morgan Edwar G, Mikail MS. Anestesiologia clinica. Tercera ed. de la Vega Sanches ML, editor. Mexico Df: El manual moderno; 2003.
59. Cobos CP, Chavez P. Percepciones y conceptos acerca de la practica anestésica: una mirada desde la perspectiva del paciente. revista colombiana de anestesiologia. 2008 Diciembre; I(36).
60. Mazariegos Caballeros MdP. Características psicobiosociales que influyen en la percepción del paciente y expectativas de los pacientes hacia la anestesia y el anestesiolego. Tesis de maestria en anestesiologia. Guatemala: Universidas de San Carlos de Guatemala, Departamento de ciencias basicas; 2015.
61. Palo Nuñez GP. Factores asociados a la percepción de la relacion anestesiolego paciente. Tesis de Maestria en Medicina con mencion en anestesiologia. Lima : Universidad de san Martin de Porres , Departamento de Medicina ; 2016. Report No.: isbn.

62. Shevde K, Panagopoulos G. pubmed. [Online].; 1991 [cited 2017 marzo 16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1854034>.
63. Barragan Solis A, Ramires de la Roche O. Las representaciones del procedimiento anestésico. Revista Medica del Hospital nacional de mexico. 2001 Abril; LXIV(2).
64. Lagarde M. Las madresposas. En: Los cautiverios de las mujeres madresposas, monjas, putas, presas y locas. Novena ed. mexico: UNAM; 1997.
65. Marin F. SabertveVivir. [Online].; 2018 [cited 2019 marzo 21. Available from: <https://www.sabervivirtv.com/consultas/medicina-general/que-percibe-despertar-tras-cirugia-con-anestesia-general> 295.
66. Montoya M, Euridice S, Mendez J, Estrada J, Demercado L. Percepciones y actitudes ante el dolor posquirurgico de pacientes familiares, enfermeras y medicos. Tecnicas Avanzadas de Investigacion en Servicios de Salud. 2003 Junio; IV(12).
67. González Pérez E, Fernández M, Jiménez Serrano D. Calidad en los servicios médicos en anestesiología: algunas consideraciones actuales. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2011 Enero; x(1).
68. Caballero MDPM. Características psicobiosociales que influyen en la percepcion y expectativas de los pacientes hacia la anestesia y los anestesiogolos. Tesis Doctoral. Guatemala: Universidad de San Carlos Guatemala, Facultad de ciencias medicas ; 2015. Report No.: /mdvs.
69. Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A, Arnaoutoglou E, Papadopoulos G. pubmed. [Online].; 2012 [cited 2019 Marzo 24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22864564>.

70. Silva p. Nisa informa. [Online].; 2008 [cited 2019 Febrero 16. Available from: <https://www.nisainforma.es/los-falsos-mitos-de-la-anestesia/>.
71. Acosta Martinez J, Sanches Carrillo F. Rol del anestesio logo punto de vista de los pacientes. ELSEVIER. 2016 Abril; XLIV(2).
72. Garcia Zerpa C. Anestesiologia: una especialidad desconocida. Academia de ciencias e ingenieria de lanzarote. 2007 Diciembre; v(4).
73. Europa press. infosalus. [Online].; 2015 [cited 2019 julio 23. Available from: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-anestesia-general-hace-mas-dormir-pacientes-20180111083433.html>.
74. Poggi Machuca L, Ibarra Chirinos O. Manejo del dolor agudo pos quirúrgico. Scielo. 2007 Febrero; II(24).
75. Choliz Montañes M. Dolor como experiecnia multidimensional. tesis de psicología. Barcelona: Universidad de valencia, pscologia basica ; 1994. Report No.: issn.
76. Jones JA. teens Health. [Online].; 2016 [cited 2019 julio 23. Available from: <https://kidshealth.org/es/teens/anesthesia-basics-esp.html>.
77. Tordera Alba JM. El sentido de cuidar: relato de una experiencia hospitalaria. Cultura de los cuidados. 2003 Enero; II(13).
78. Stein E. La ciencia de la cruz. [Online].; 2011 [cited 2019 Julio 14. Availablefrom:<http://www.citesavila.org/web/docftp/Decisi%C3%B3n%20humana%20en%20Edith>.
79. tec salud. hospital san jose. [Online].; 2005 [cited 205 julio 23. Available from: <http://hsj.com.mx/noticias-hsj/%C2%BFpor-que-es-importante-la-anestesia.aspx>.

80. Ordoñez DPCMyDPAM. Principales complicaciones posoperatorias con el uso de la anestesia general. scielo. 2017 octubre; XXI(10).
81. Hernández L. "VIVENCIAS ANSIOSAS/ANGUSTIOSAS ASOCIADAS AL PROCESO QUIRURGICO. Tesis para licenciatura. Santiago: UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO , Departamento de psicología; 2010.
82. cancer.net. [Online].; 2018 [cited 2019 julio 24. Available from: <https://www.cancer.net/es/desplazarseporatenci%C3%B3ndelc%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-elc%C3%A1ncer/cirug%C3%ADa/anestesia>.
83. j. P. ¿QUÉ ES "TRATO DIGNO" PARA LOS PACIENTES. tesis. España: universidad de España, Departamento de Estudios y Desarrollo; 2013.
84. Villa Gomez W. slideshare. [Online].; 2016 [cited 2019 julio 23. Available from: <https://es.slideshare.net/WilfredoVillaGmez/la-seguridad-y-calidad-en-anestesiologia>.
85. Roig L. Preparación Psicológica del paciente quirúrgico. CienciasPsicosociales Aplicadas. 1995 Marzo.
86. Hearst Magazines International. Quo. [Online].; 2019 [cited 2019 julio 23. Available from: <https://www.quo.es/salud/g39566/riesgos-de-la-anestesia/>.
87. Gómez Sancho M. El hombre y el médico ante la muerte. In Gómez Sancho M. El hombre y el médico ante la muerte. España: Aran ; 2013. p. 79-87.
88. Mille Loera JE. Manejo actual de las náuseas y vómito postoperatorio. Revista Mexicana de anestesiología. 2011 junio; XXXIV(1).

89. Soriano E. MBA. [Online].; 2017 [cited 2019 julio 24. Available from: <http://www.mba.eu/blog/efectos-secundarios-anestesia/>.
90. Sanchez Cuevas G. la mente es maravillosa. [Online].; 2017 [cited 2019 julio 24. Available from: <https://lamenteesmaravillosa.com/la-influencia-de-los-demas-decidimos-libremente/>.

ANEXO



ANEXO 1
GUIA DE ENTREVISTA
UNIVERSIDAD DEL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
LICENCIATURA EN ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA

EDAD: _____

Fecha: _____

Sexo: F M

Grado Académico _____

La presente entrevista consta de 10 preguntas para conocer la percepción de los pacientes sobre anestesia en el Hospital Nacional General “Dr. Héctor Antonio Hernández Flores”, San Francisco Gotera, Morazán, la cual tendrá un tiempo de duración de 15 minutos por entrevistado. Por lo que es de vital importancia sus respuestas para la recolección de los datos, de ante mano agradecemos su tiempo y colaboración.

Es importante comunicarle que sus respuestas serán confidenciales y anónimas, todas las interrogantes serán agregadas en la tesis profesional pero nunca se comunicarán como datos individuales.

Indicaciones: Responder a las siguientes interrogantes con la mayor sinceridad posible.

- 1- ¿Qué piensa usted sobre anestesia?
- 2- ¿Qué sintió cuando su doctor le dijo que la operarían? ¿Y cuándo le dijeron que lo dormiría como se sintió?
- 3- ¿Qué significa para usted la anestesia? ¿Por qué?
- 4- ¿Qué ha influido en usted para tener esa opinión?
- 5- ¿Por qué considera importante la utilización de la anestesia en su operación?
- 6- ¿Qué espera usted del personal de anestesia?

- 7- ¿Qué le gustaría conocer sobre como lo van a dormir?
- 8- ¿Qué comentarios a escuchado entre sus amigos familiares o vecinos acerca de algunas experiencias anestésicas que han tenido?
- 9- ¿En qué cree más en su experiencia o en los comentarios de los demás? ¿Por qué?
- 10- ¿Le provoca miedo o preocupación el hecho que le apliquen anestesia?

ANEXO 2

GLOSARIO.

Anestesia:

Privación total o parcial de la sensibilidad en general especialmente de la sensibilidad táctil por alteraciones mosbocosas o provocadas artificialmente.

Anestesiólogo:

Médico que tiene una formación especial para administrar medicamentos u otras sustancias para prevenir o aliviar el dolor durante una cirugía u otros procedimientos.

Ansiedad:

Tiene su origen en el término latino anxietas. Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación.

Angustia:

Se trata de un estado efectivo que implica un cierto malestar psicológico, acompañado por cambios en el organismo.

Alucinación:

Se trata de la acción de quedar alucinado o llegar alucinarse, es decir, quedar confundido o desvariar.

Comprensión:

Está relacionado con el verbo comprender, que se refiere a entender, justificar o contener algo.

Cognitivo:

Estudia procesos mentales como la percepción, la memoria o el lenguaje; los medios de comunicación cumplen una función comunicativa cuando las personas recurren a ellos para satisfacer necesidades de carácter instrumental, afectivo, cognitivo, social o de cualquier otra clase.

Codificación:

Se llama codificación a la transformación de la formulación de un mensaje a través de las reglas o normas de un código o lenguaje predeterminado.

Conocimiento:

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).

Cirujano:

Médico que extirpa o repara una parte del cuerpo del paciente mediante cirugía.

Empirismo:

Doctrina psicológica y epistemológica que, frente al racionalismo, afirma que cualquier tipo de conocimiento procede únicamente de la experiencia, ya sea experiencia interna (reflexión) o externa (sensación), y que esta es su única base.

Experiencias:

Es la forma de conocimiento que se produce a partir de estas vivencias u observaciones. Otros usos del término refieren a la práctica prolongada que proporciona la habilidad para hacer algo, al acontecimiento vivido por una persona y al conocimiento general adquirido por las situaciones vividas

Fisiología:

Parte de la biología que estudia los órganos de los seres vivos y su funcionamiento.

Holística:

Se basa en la concepción del ser humano como un todo y no solo la suma de sus partes.

Implícito:

Es algo que está incluido en otra cosa sin que esta lo exprese o lo manifieste de manera directa.

Inaugurales:

Se llama inauguración o ceremonia de apertura al acto con que se solemniza la conclusión de un edificio importante como un templo, hospital, escuela, etc. cuando por haberse quitado los andamios y demás estorbos se halla ya corriente para el uso al cual se destina.

Lucidez:

Claridad y rapidez mental para exponer o comprender algo.

Mortalidad:

Término que se refiere al estado de ser mortal (destinado a morir). En el campo de la medicina, es un término que también se usa para definir la tasa de mortalidad o el número de defunciones en cierto grupo de personas en determinado período.

Pacientes:

Es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud.

Psicología:

Ciencia que estudia los procesos mentales, las sensaciones, las percepciones y el comportamiento del ser humano, en relación con el medio ambiente físico y social que lo rodea.

Preconcebido:

Que ha sido pensado o analizado de antemano. Dicho del pensamiento, proyecto, idea o proyecto establecido previamente.

Psiquismo:

Conjunto de funciones y procesos psicológicos (percepción, pensamiento, memoria, emoción, motivación, etc.) que constituyen la actividad «mental» de una persona. Este término se emplea como sinónimo de mente para evitar las connotaciones metafísicas que suelen acompañar a este último.

Provisional:

Es un adjetivo que refiere a aquello que se realiza o se posee de manera temporal.

Psicoanalítico:

Es un método creado por el médico y neurólogo austríaco Sigmund Freud (1856–1939) que tiene como objetivo la investigación y el tratamiento de las enfermedades mentales. Se basa en el análisis de los conflictos inconscientes que se originan.

Sensaciones:

Sensación se le llama a la impresión que produce una cosa por medio de los sentidos, es decir, es la respuesta inmediata que dan los órganos sensoriales ante la recepción de un estímulo.

Tridimensional:

Si tiene tres dimensiones. Es decir, cada uno de sus puntos puede ser localizado especificando tres números dentro de un cierto rango. Por ejemplo, anchura, altura y profundidad.

Visión estereoscópica:

Es aquella que integra dos imágenes que, por medio del cerebro, el ser humano es capaz de integrar en una sola, y crear una imagen tridimensional. Se produce cuando cada uno de los ojos acomoda el cristalino para enfocar correctamente un objeto, así ambos ejes ópticos convergen sobre el objeto que se mira. Para este proceso se utiliza la visión binocular y la estereoscopía.

Visita preanestésica:

Proceso clínico que precede a la administración de anestesia antes de un procedimiento quirúrgico. Recabar información acerca de la historia clínica y solicitar pruebas de laboratorio necesarias para la intervención quirúrgica.



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

ANEXO: 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Consentimiento informado para participantes de la investigación.

El propósito del consentimiento informado es que los participantes de esta investigación tengan una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su función en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por: Martínez Solano, Jennifer Estefany, Parada Argueta Roció del Carmen, Villalta cárcamo, Miguel Ángel. Egresados de la carrera Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia, en la Universidad De El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental.

Si usted accede a participar en dicho estudio, en el cual se le pedirá responder preguntas en una entrevista, esta información se registrará de modo anónimo.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas. Si tiene alguna duda sobre cualquier criterio de la investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto cuando lo desee, sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. De ante mano agradecemos su participación.

He leído la información, o me han leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de ello y han sido respondidas satisfactoriamente. Consiento voluntariamente y entiendo que tengo el derecho de retirarme, sin que esto afecte el estudio de investigación actual o mi atención médica.

Firma _____ Fecha de participación _____