

Investigación

REENCUENTROS CON EL DOLOR: AUTOETNOGRAFÍA

REUNITING WITH PAIN: SELF-ETHNOGRAPHY

Yaneth Robles Mejía

Enfermera

Empresa Social Del Estado (ESE), Hospital San Antonio de Soatá. Soatá, Colombia

netis0717@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8761-1570>

Solanye Galindo Huertas

Enfermera

Mg. Salud sexual y reproductiva. Doctora en estudios sociales

Grupo Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud-GRECUS Universidad

Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia

mayra.galindo@uptc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-2769-858X>

Artículo recibido el 7 de octubre de 2021. Aceptado en versión corregida el 26 de noviembre de 2021.

RESUMEN

El recordar circunstancias que condujeron a sufrimiento en la vida es un proceso complejo; se revive situaciones que muchas veces se desean olvidar, pero que son parte importante en la construcción de la subjetividad. Nos pareció pertinente volver a revisar la experiencia de una de las investigadoras, sometida a varias intervenciones quirúrgicas y con dolor crónico. Se hizo uso del método autoetnográfico que, a través de indagar la memoria y la vivencia, busca reconocer los significados de dolor postquirúrgico que aporten al repensar el cuidado de enfermería. Este trabajo visibiliza las memorias de cuidado vividas alrededor del sufrimiento de dolor posquirúrgico, considerado uno de los principales problemas de calidad asistencial.

Palabras clave: Dolor posoperatorio, atención de enfermería, percepción del dolor, manejo del dolor.

ABSTRAC

Remembering circumstances that led to suffering in life is a complex process, reviving situations that often wish to forget but are an important part in the construction of subjectivity. It seemed pertinent to revisit the experience of one of the researchers, who underwent several surgical interventions and with chronic pain. We used the autoethnographic method that, through investigating memory and experience, seeks to

recognize the meanings of postsurgical pain that contribute to rethinking nursing care. This work brings together the memories of care lived around the suffering of post-surgical pain, considered one of the main problems of quality of care.

Key words: Pain postoperative, nursing care, pain perception, pain management

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.32.3.322-340

INTRODUCCIÓN

El dolor es un concepto⁽¹⁾, y así lo sostiene la definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor “...una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido...”. El dolor afecta al ser humano en un sin número de condiciones, deteriorando de manera importante su diario vivir, y afectando también a las personas que le rodean⁽²⁾.

Diferentes autores e investigadores⁽³⁻⁷⁾ han tenido interés en indagar sobre el tema a lo largo de la existencia del ser humano. Morris⁽⁸⁾, en su texto la cultura del dolor, describe esta experiencia de manera muy profunda: “el dolor es tan elemental como el fuego y el hielo. Como el amor pertenece a las experiencias humanas más fundamentales, las que nos hacen ser lo que somos”. Siendo el dolor, una experiencia básica humana, es necesario considerar que su valoración y manejo se complejiza en la medida que la experiencia de dolor es tan diversa y múltiple como humanos existen.

Para los profesionales de enfermería debe ser importante conocer estrategias que le permitan comprender el dolor del otro (a), para brindar el cuidado. La guía de buenas prácticas de valoración y manejo del dolor⁽⁶⁾ hace referencia a que los profesionales de enfermería juegan un

papel importante en la detección, valoración y toma de medidas necesarias para el control del dolor, ya que tienen un mayor contacto con las personas a las que cuidan.

El personal de enfermería, en su gran mayoría, conoce escalas para el manejo de dolor, pero no son utilizadas en la práctica clínica⁽⁹⁻¹¹⁾, y esto se refleja en un déficit de conocimientos básicos, relacionados con el tratamiento del dolor postoperatorio. Aunque las escalas entregan una multiplicidad de alternativas para la valoración del dolor por parte de enfermería, es necesario resaltar cómo la investigación o las narrativas de carácter cualitativo otorgan herramientas —otras— que resultan más sensibles a las realidades, culturas y contextos de los sujetos que cuidamos^(12,13).

Algunas referencias desde la investigación cualitativa⁽⁴⁻¹⁶⁾, que vale la pena mencionar, son aquellos que abordan la experiencia de dolor desde pacientes pediátricos en los que se menciona, por ejemplo, que en el paciente pediátrico es difícil la identificación del dolor porque no se expresa de una forma clara, no identifica el sitio y no puede señalar la intensidad, debido a su expresión verbal reducida que le impide definirlo⁽¹⁷⁾.

Se ha caído en el error de limitarse a administrar medicamentos y esperar que tengan el efecto deseado, sin tomar otras medidas para su manejo o dejando de lado las intervenciones como las que recomienda North American Nursing Diagnosis Association⁽¹⁸⁾; por ejemplo, en el dominio sobre confort se encuentran etiquetas referidas al dolor agudo y al dolor crónico, al tiempo que se recomiendan intervenciones más allá de la medicación relacionadas con la respuesta psicológica, y el control del dolor, e incluso existen evidencias para manejos no farmacológicos ante éste⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Dado lo anterior, nos propusimos recordar y narrar las vivencias de experiencias de dolor postquirúrgico vividas por una mujer, lo que permitió generar un análisis para repensar en el cuidado de enfermería y forjar procesos investigativos para aportar a la comprensión del cuidado profesional, fundamentado en las narrativas y experiencias de las personas a quienes cuidamos como fuente de nuevas y alternativas evidencias^(12,13,22,23).

Al buscar el significado de múltiples experiencias quirúrgicas dolorosas, se pueden revelar las estrategias que los procesos de manejo de dolor han desencadenado. Desde la auto indagación y reflexión como investigadoras y enfermeras, y de devolver la voz al sujeto de cuidado, buscamos legitimar la subjetividad como fuente de análisis y evidencias para prácticas de cuidados competentes, pertinentes y éticamente relevantes. De ahí que la experiencia como sujeto de cuidado, que pertenecen a la historia de vida de una de las investigadoras, fue puesta en consideración como

Reencuentros con el dolor: autoetnografía una herramienta que posibilitó entender el cuidado ante el dolor posquirúrgico como una prioridad de atención.

El trabajo buscó entonces, esclarecer y reflexionar sobre la importancia de la subjetividad para prácticas de cuidado comprensivas en sujetos con dolor posquirúrgico a través de preguntarnos, ¿Cuál es el significado de dolor de una mujer sometida a múltiples intervenciones quirúrgicas?

METODOLOGÍA

Desde el paradigma cualitativo se busca “dar significado a la forma en que el mundo es entendido subjetivamente a través de las historias, y cómo las narraciones constituyen el soporte vital de la identidad de las personas al proporcionar un contexto que da coherencia a sus vidas y les permite explicar tanto su identidad como la de otros”⁽²⁴⁾. Considerando que como profesionales nos compete describir el significado de la experiencia vivida frente al dolor posquirúrgico como parte de una exploración de la interacción entre el yo personal y lo social, para señalar la relación que se fomenta entre las maneras en que se significa la salud-enfermedad y el padecer y las maneras en las que se significa y ejerce el cuidado a partir de estas experiencias.

Para la exploración de los significados del cuidado y el dolor posquirúrgico se hizo uso de la autoetnografía, ya que a través de esta se puede reconocer el entorno y el contexto de las vivencias y los significados que se confiere a las experiencias, en este caso particular, al dolor posquirúrgico en la

vivencia de una de las investigadoras; “con este método la corpo - subjetividad que narra, esto es, el autor o la investigadora, se encuentra envuelta en el discurso que realiza, forma parte de la trama, como parte del tejido narrativo, o sea, texto vivo y con rostro”⁽²⁵⁾. Dado lo anterior, las principales fuentes de información autoetnográfica es la biografía del/los investigadores⁽²⁶⁻²⁸⁾.

Para esta investigación se usó la autoetnografía tipo narrativa personal⁽²⁸⁾, para recurrir a los recuerdos de experiencias relacionadas con el dolor postquirúrgico a través de *epifanías* – “descritas como momentos que se recuerdan como de impacto significativo en la trayectoria de vida [...] después de los cuales la vida ya no pareció ser igual”⁽²⁸⁾, se pretende dar a conocer los significados del dolor y del cuidado, y cómo estas pueden aportar a repensar el quehacer de enfermería.

La investigación se realizó haciendo uso de: entrevistas a familiares que acompañaron a la participante en las intervenciones quirúrgicas; también se usó la narración de hechos relevantes descritos en un diario personal llevado por la participante durante seis meses, y finalmente, se recurrió a fotografías familiares que permitieron la “activación de la memoria”⁽²⁹⁾.

Diario personal: En la investigación cualitativa los documentos personales como técnica de recogida de datos son de carácter primario, dado su riqueza subjetiva, y su potencialidad para comprender los pensamientos y formas de vida de los grupos que integran una comunidad⁽³⁰⁻³²⁾. Para la elaboración del diario personal se recolectaron memorias escritas que emer-

gieron en diferentes momentos del proceso de investigación. En él se describieron los sucesos tal cual fueron recordados, dotando cada narración de sentido a través de la memoria, incluso, de eventos que permanecían en aparente olvido.

Fotografías: Durante el proceso etnográfico se puede recurrir a elementos que activen la memoria como fotografías⁽²⁹⁾. En este caso las fotografías fueron usadas y entendidas como modos de archivar las imágenes que cuentan historias, “más que a la foto como acontecimiento factual, inscrito en un género, bajo reglas y modos de ser y de exponerse, éste atiende a los modos de construirse y de comunicarse con el otro a quién va dirigido el álbum o a quiénes se presupone puede verlos”⁽³⁰⁾.

De ahí que recurrir a fotografías familiares, que registraron momentos específicos de los procesos de hospitalización y recuperación de las intervenciones quirúrgicas, fue un elemento para hacer un viaje al pasado y activar recuerdos que, por el pasar de los años, han quedado en el olvido, y que reconfigura las experiencias a través de una mirada retrospectiva, recuperando historias desde la perspectiva del protagonista y de la fotógrafa. Las fotografías se analizaron tanto desde los aspectos del lugar, como de las personas y memorias que habían quedado en el olvido.

Entrevistas: Se realizaron dos entrevistas a familiares cercanos, hermana y mamá, dado que ellas fueron cuidadoras principales durante los procesos quirúrgicos. Sus relatos fueron también activadores de la memoria, permitiendo que emergieran recuerdos y situaciones que ya no se tenían presentes por parte de la

participante. En la entrevista se le preguntó sobre qué recordaban de los procesos quirúrgicos, el antes y el después inmediato, y cuál era su actuación en dichos procesos.

Siguiendo a Ellis⁽²⁸⁾ “Cuando un investigador escribe una autoetnografía, lo que busca es producir una descripción densa, estética y evocadora de la experiencia personal e interpersonal. Esto se logra, en primer lugar, al discernir patrones de la experiencia cultural que surgen de las notas de campo, las entrevistas y/o los artefactos”. Por esta razón, el primer ejercicio analítico de esta investigación consistió en identificar patrones que agruparan las temáticas que emergieron durante la lectura y relectura de los datos. Los patrones describen la experiencia, significado y sentido del dolor y el cuidado durante los eventos posquirúrgicos.

Para el análisis, se realizó la lectura de los datos por las investigadoras por separado, con el fin de realizar la triangulación de los resultados, al tiempo que se permitía ampliar los ejercicios de memoria por parte de la participante, para fortalecer y favorecer la emergencia del relato. El relato autoetnográfico no responde a ninguna linealidad, ni a ninguna organización jerárquica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El relato se sustenta en los datos recolectados durante el trabajo de campo y en algunos referentes conceptuales que sirven para entender y comprender las vivencias del dolor posquirúrgico en el vivenciar humano. La descripción utiliza como estrategia narrativa, diálogos directos e

Reencuentros con el dolor: autoetnografía indirectos⁽³⁴⁾. Durante la narración los textos de entrevistas aparecerán entre comillas acompañada de la letra (E) y los extractos del diario personal se identifican con las letras (DP). A continuación, se presenta el relato autoetnográfico al que titulamos Reencuentros con el dolor.

Reencuentros con el dolor

A veces los seres humanos olvidamos la importancia de significar lo que sentimos y vivimos, sólo después de muchos años, cuando de pronto nos preguntamos por nuestras vidas, por lo maravilloso, lo efímero, lo permanente, y especialmente por lo doloroso, nos encontramos frente a frente con nosotros mismos, dispuestos a hablar del pasado, a entender el presente y por qué no, a desafiar un posible futuro. Relatar desde un juego de mirar y ser mirado es el desafío, quizás hacer entrar, ficticiamente, en los recuerdos a la figura blanca cuidadora (enfermera), para contestar las preguntas, acompañar las soledades y cuidar a la pequeña, que solía ser en el pasado.

Tenía 8 años, era una fría mañana de diciembre y despertaba en una cama de hospital, para enfrentarme por primera vez a una de las experiencias que generan más ansiedad en la condición humana, un proceso quirúrgico.

Apenas si entendía que hacía en ese espacio nuevo para mí, tenía mucha ansiedad y por mi cabeza daban vueltas miles de expectativas, “estaba muy entusiasmada porque me operarían, y ya caminaría bien” (DP), y aprendía de cada cosa que sucedía a mi alrededor. Pronto comprendería que ese sería mi primer encuentro con el dolor, y a partir de ese día tendrían significado mis experiencias

dolorosas y aprendería a resistirlas; empiezo a responderme ante el ¿Qué debo hacer?

El miedo y la ansiedad son sensaciones inherentes al ser humano, que se expresan cuando una persona será sometida a cirugía, ya que no deja de ser una agresión llena de incomodidades y posibles complicaciones generando temor a la persona y su familia⁽³⁵⁻³⁶⁾. Más aun cuando se es niño(a) y nos encontramos hospitalizados se experimentan sentimientos de soledad, abandono, miedo por no entender con claridad lo que les sucede y ansiedad por no poder solucionar la situación⁽³⁷⁾.

Esa sería una de mis primeras epifanías, a los ocho años me cambiaría la vida y apenas si lo entendía. Llegó la enfermera –imagino que ella es *la persona que me cuidará*–, es una mujer joven, con cara de cansancio, y sin dirigirme muchas palabras, me ayuda a levantarme de la cama. Me lleva al baño para bañarme; me coloca una bata verde larga –me llega hasta los tobillos–. Regreso a mi cama y me pregunto ¿a qué hora será todo?

Unos minutos más tarde regresó la enfermera y me da un medicamento...

– “Está muy feo” –, le digo,

– Trate de dormir, ya en un rato vendrán por usted – (DP).

Trato de dormir, pero la curiosidad y la ansiedad de lo que pasaría no me lo permite, ese tiempo fue eterno contemplando mi alrededor. Pasados unos minutos la observé de nuevo empujando una silla de ruedas con una manta y una libreta sobre ella, se aproxima a la cama y me pide que me levante y me dice: –ya llamaron de sala de cirugía y me pidieron que la llevara–.

El tiempo no es el mismo en el hospital, los niños y niñas no comprenden qué esperan, para ellos(as) la expectativa es distinta^(38,39) y pocas veces hemos contribuido a que esto cambie; sin embargo, la educación en salud, la explicación de los procedimientos y el uso de técnicas de relajación son alternativas en el control de la ansiedad³⁶⁻⁴², que deberían tenerse en cuenta para ejercer un cuidado de enfermería acorde a las necesidades de cuidado.

En ese momento, pienso en las salas de cirugía como un lugar mágico por conocer, me entusiasma saber que ya voy a caminar bien, que lo imaginado puede ser real, no me importa lo que pueda pasar, simplemente dejo que suceda. –Desde muy temprano mi mamá y hermana se apresuran a llegar para darme un abrazo de despedida antes de la cirugía; al ingresar en la habitación, yo ya no estaba, le preguntan a una enfermera quien les informa que hacía unos instantes había sido llevada al procedimiento– (E).

Me ubico en la silla de ruedas y me conducen a través de una rampla camino a salas de cirugía, solo imaginaba lo maravilloso de la experiencia, siempre atenta a lo que sucedía a mi alrededor, los médicos y enfermeras iban de un lado a otro, el personal del aseo ya estaba haciendo su labor y se empezaban a ver personas llegar. En el edificio de cirugía, al fondo, se divisa una puerta que se abre para recibirme, una mujer con vestido verde de cabeza a los pies me espera, y al verla digo:

– ¡Esa mujer se ve muy graciosa!,

La enfermera me deja con ella quien me lleva al quirófano.

Me acomodan en la mesa quirúrgica para iniciar, observo todo detenidamente. El lugar es frío con sus paredes cubiertas con baldosas verdes y una lámpara gigante con un brazo que cuelga del techo; pregunto por cada cosa y las personas me responden con amabilidad. Primero me canalizaron, no tengo miedo y no siento dolor, luego me colocan los electrodos en el pecho y una mujer me muestra en una pantalla cómo se ve mi corazón y me dice que cada sonido es un latido y eso me causa mucha curiosidad.

– Mientras tanto mi mamá y hermana me esperan, con angustia, con tristeza y con la esperanza de que todo saliera bien y de verme de nuevo, aguardan en silencio y soledad. Sería este otro momento en el que el profesional de enfermería reconoce su quehacer. Los sentimientos que emergen frente al proceso quirúrgico son múltiples, la tristeza y la esperanza se unen en un magma de comportamientos, mientras el sujeto de cuidado está adentro, bajo el cuidado y vigilancia del personal de salud, afuera otros(as) sujetos de cuidado esperan pacientes la palabra o la información necesaria para saber cómo va todo, quizás desconfiando o con incertidumbre sobre cómo está su familiar, sobre la anestesia, el dolor, la medicación entre otras^(36,41-44). Mi mamá lloraba y mi hermana le decía: “mamá todo va a salir bien” (E); ellas se apoyaban fuera de las salas de cirugía mutuamente, mi hermana recuerda: “Mi mamá la verdad lloraba mucho afuera, preocupada y yo la consolaba, orábamos a Dios y [hace una pausa] pues mi mamá sí [hace una pausa] sufrió mucho, la verdad muy sensible en esas cirugías” (E).

Reencuentros con el dolor: autoetnografía

– En el quirófano después de ser canalizada y aplicados los medicamentos empiezo a entrar en un sueño profundo, luego despierto de nuevo en mi cama, en la habitación de hospitalización. Siento mi pierna fría y me duele—, siento cerca la inminencia de llorar. Al rato llega mi mamá, quien se aproxima apresuradamente a darme un beso en la frente; levanta suavemente la cobija para revisar que me habían hecho. Además, acude a la enfermera:

- ¿qué puede hacer para que no le duela?
- Voy a llamar al médico para ver que le administran para el dolor (E).
- Las emociones cambian, de la incertidumbre, mi mamá pasa a la impotencia – “Me duele tanto verle así y no poder hacer nada” – (E). Ella, quien en adelante será la cuidadora principal y la enfermera, tendrían múltiples funciones en el control del dolor y mi cuidado, de ahí la importancia de una educación que permita acompañar este proceso de recuperación en casa⁽⁴⁵⁾.

Al día siguiente, al despertar ya todo estaba mejor y como era diciembre unas personas fueron a la habitación donde estaban varias niñas y les llevaron obsequios, le dieron una muñeca y un vaso con chocolates, eso por un rato me hizo olvidar la molestia que sentía por la cirugía, y ya en la tarde me llevaron a la casa de mi hermana, allí compartiría con familiares. Desde esa cirugía había una parte que siempre me gustó, las visitas, y que todos se preocuparan por mí, que me hicieran compañía, que me dieran obsequios, en definitiva, me “visitaban también mucho, amigas, familiares y [le] gustaban las visitas” (E).

Así parecía terminar mi epifanía, mis primeros aprendizajes frente al dolor, que están más en la memoria de «dolor» de mis cuidadoras principales que, en la mía, pues apenas recuerdo el frío como la sensación más descriptiva del dolor posquirúrgico.

Un nuevo encuentro con el dolor

– Pasados unos años regreso una vez más, pero ahora de 11 años. Con el pasar de los años eran más los olvidos, que los recuerdos de los aprendizajes obtenidos en la experiencia anterior. El olvido como ejercicio terapéutico ante el dolor físico personal, rompe todas las lógicas de la memoria en los dolores más de carácter estructural e histórico poblacionales (guerras, genocidios, etc.). Es decir, mientras que recuperar y reconstruir la memoria parece ser funcional en los procesos estructurales, el olvido tiende a ser una especie de cápsula para la recuperación y sanación, aunque más de carácter placebo, mientras la experiencia vuelve a aparecer. Pues parece responder a la terapia de exposición⁽⁴⁶⁾ que se traduce como “el mismo estímulo no produce la misma respuesta si se vuelve a aplicar. A veces la reexposición genera una respuesta más viva (sensibilización), y otras lo contrario, indiferencia (habitación)”⁽⁴⁷⁾.

Mi mamá y hermana prepararon todo lo necesario para el día de la hospitalización, recorrimos un largo camino para llegar al hospital, y ya en el lugar, nos dirigimos a admisiones para que mi mamá firmara documentos, después, una enfermera nos acompañó a la que sería mi cama para esa cirugía, era una habitación para mi sola, ya con una cama grande y no para niños. Pasadas las horas mi mamá y

hermana se fueron, en ellas se notaba la tristeza por dejarme de nuevo en ese lugar. Yo me quedé muy tranquila, ya conocía el lugar y todo el proceso.

El día siguiente la enfermera me despertó muy temprano para prepararme y llevarme a cirugía; después del baño me pusieron otra vez la bata verde larga, pero ya no llegaba a mis tobillos. De nuevo a la cama, la enfermera regresa para darme un medicamento,

– ¡De nuevo, ese jarabe feo!

El ritual parece repetirse sin mayor variación, la cama, el baño, la medicación, esta última destinada a reducir la ansiedad, ahora entiendo pudo haberse acompañado de explicar el proceso o del hacerme compañía^(42,48). Puede ser que a temprana edad los estímulos que conducen o recuerdan los procesos que pueden llevar al dolor son más cercanos a la sensibilización que a la habituación, sin embargo, si es de resaltar que la familiaridad con el rito, con los espacios y los colores que ahora recuerdo, me dotan de cierta tranquilidad.

Unos minutos más tarde llega de nuevo la enfermera para llevarme a salas de cirugía, adormecida me levanta y me sienta en la silla. La enfermera me cubre con una manta y me lleva al lugar; en la puerta la señora vestida con su traje verde de pies a cabeza. Todo estaba igual, nada había cambiado, las puertas, las ventanas, las paredes con baldosas verdes, esto me da cierta tranquilidad, ya sabía todo lo que sucedería. Asisto tranquila y con la esperanza que esta vez caminaré bien cuando esto termine. Después de canalizada y de tener la máscara de oxígeno duermo para despertar de nuevo en la habitación en la tarde, ya en

compañía de mi mamá y hermana y con la curiosidad de tocar y sentir lo que me habían puesto en las piernas, un yeso desde mis costillas hasta los tobillos que me impedía moverme. Otra vez la sensación

– Me duele mucho, tengo mucho frío y mis piernas me pesan –. Es lo único que puedo decir dentro de mi incomodidad y molestia.

En esta ocasión mi hermana levanta la manta y busca fotografiarme. La incomodidad que siento ante este acto no se hace explícita dada la falta de energía, la imposibilidad de decisión y la falta de poder para decir ¡basta! La urgencia de mi hermana de mantener la memoria del momento se contrapone a mi necesidad de olvidarla, por esto, le advierto a mi hermana después de esta cirugía “que no tomara fotos en la hospitalización, pues esos procesos de dolor y sufrimiento no son para fotografiar, las fotos deben dejar impresos momentos felices para recordar” (DP).

La imagen de dolor no solo es un activador de la memoria, sino un elemento que refleja la vulnerabilidad a la que nos sometemos. Este recuerdo es sin lugar a duda una alerta ante lo violenta que puede ser la invasión de lo privado, una fotografía como esta, que ahora son cotidianas para los profesionales de salud, puede ser detonantes de sensaciones de vulnerabilidad adicionales a todo el fenómeno del dolor que padecen los sujetos de cuidado⁽⁴⁹⁾.

A la mañana siguiente el dolor había disminuido junto a la sensación de frío. Además, la inminencia de la llegada de mi mamá, mi hermana y mi sobrina para llevarme a casa, me hacían sentir mucho mejor, su compañía me hacía sentir segura,

Reencuentros con el dolor: autoetnografía

y tal vez, por algunos momentos olvidar lo incómoda que me sentía en esa posición, que me hicieran todo, que me bañaran en cama, que me dieran de comer, que me asistieran en todas mis actividades y no poder hacer mucho⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. Mi familia se preocupaba por buscar alternativas que me hicieran sentir mejor, me obsequiaron cuentos para leer, me regalaron muñecas con muchos vestidos, y veía la tele en compañía de mi familia y conversaba con las personas que a menudo me visitaban, pero habían momentos que me sentía triste por no poder jugar como siempre, correr, saltar y moverme con libertad, eso me entristecía, pero esperaba que pronto me quitaran el yeso que limitaba mi libertad para regresar a mis juegos, a mi vida de niña.

Evidentemente, uno de los principales paliativos ante el dolor es la fe y la esperanza en que todo terminará, en volver a casa al lado de quienes se confía. Las visitas a los sujetos que permanecen hospitalizados son, no solo un derecho, sino que desempeñan un papel importante en el alivio del dolor, pues su presencia reduce algunos elementos que potencian la magnitud del dolor como el miedo, la tristeza, el aislamiento, la impotencia^(1,6,35).

Tercer, cuarto... sexto encuentro, el dolor omnipresente

Para mi siguiente cirugía yo aún mantenía la fe de que lo imaginado podía llegar a ser realidad: caminar bien. Que “con esa cirugía y por lo complejo de la misma, ya caminará bien, como siempre había soñado, de cierta manera, aún mantenía vivos los sueños de niña, aunque ahora era más consiente de todo lo que implican

dichos procesos” (DP). Ese martes de noviembre algunas cosas cambiaron, ya no esperé a la enfermera, sino que desperté temprano me bañé y me puse la bata de cirugía, me senté a esperar que me llevaran a salas. El mismo medicamento de los procesos anteriores –había olvidado lo horrible que era– estaba tranquila, incluso no recuerdo haber estado nerviosa en mis cirugías anteriores.

Algunos personajes habían desaparecido o se habían convertido en secundarios en el rito de preparación. Habituada al ritual, incluso sustituí algunos personajes para hacerme cargo yo misma, así la experiencia tiene un nuevo significado. Si bien la esperanza de mejorar no se desvanece, la habituación es más latente, debido a la imbricación entre las memorias y olvidos, así cada momento puede ser representado por una imagen que no corresponde a la realidad⁽⁴⁷⁾, se pueden dibujar escenarios que probablemente nunca existieron o que dotamos de características que no tienen, lo que llena a cada experiencia de una tranquilidad que surge de una inocencia recuperada a fuerza de ejercicios de olvido.

– Al rato me quedé dormida. Minutos (creo), más tarde llegó un enfermero a recogerme. El recorrido a salas de cirugía lo hice un poco adormecida por el medicamento, me sentía como en un sueño; el lugar estaba igual, como si no hubiese transcurrido el tiempo. Por un rato estuve en una camilla, luego llegó un médico y una enfermera para canalizarme, no recordaba el dolor de estos procedimientos, pero los toleraba como si supiera plenamente de que se trataba. Respondía a las preguntas y estaba muy tranquila, y tal como las otras veces, me dormí. Tres días

después desperté en una habitación, adormecida y sin dolor, –¿ya pasó todo?–. Sin respuesta me quedo de nuevo dormida para despertar horas más tarde.

No sentía dolor gracias a un catéter en mi espalda; pero tenía el temor al dolor de ser canalizada de nuevo, a moverme, pues mi cuerpo estaba sensible y podía percibir cada sensación molesta. ¡Ya no quiero que me duela más, ya no quiero sentir más dolor! –pensaba–. Es indudable que el aprendizaje del dolor no es solo el que implica las intervenciones quirúrgicas, sino también los dolores alrededor de este momento; no hay un lugar exacto del cuerpo, sino que hay un espacio-tiempo de dolor, duelen los procedimientos o duele ‘a la hora de moverse’, dolores que se padecen desde el mismo instante de sentir su latente aparición.

Pasados varios días en la clínica, empiezo a ser más consciente de lo que siento y de que debo hacer para manejar la situación, específicamente limito mis movimientos para no sentir dolor. Así con este aprendizaje, regreso a mi casa. Después de unos días mi mamá y hermana se dedican a cuidarme y a procurarme el mejor espacio, pero con los días el dolor persiste, y solo puedo acudir a los analgésicos ordenados para aliviar mi dolor. Por mis heridas múltiples me es difícil acomodarme para aliviarlo, dado esto inicio a buscar por sí misma otras alternativas, me doy cuenta de que, al generarme dolor en otras partes de mi cuerpo a través de pellizquitos, se disminuye el fuerte dolor de mis piernas y que la ayuda de mi familia con medios físicos me hace sentir mucho mejor y a disminuirlo, ahora pienso en lo útil que

puede resultar esto en la práctica de enfermería.

Analizando las tres experiencias de cirugía se evidencia cómo las últimas dos dejan por fuera el escenario de salas de espera en las que aguarda la familia. Es posible admitir que a medida que el tiempo pasa, también para los familiares existe una habitualidad al rito quirúrgico: la espera, la incertidumbre, el posoperatorio y los cuidados en casa. Sin embargo, es claro que la educación en relación con el dolor, para el sujeto y su familia, es aún incipiente^(36,41,43), especialmente en lo relacionado al manejo en casa; sin embargo, cuando en una familia hay una persona con enfermedad crónica o es sometida a múltiples intervenciones quirúrgicas, uno o una de sus integrantes se convierte en el cuidador principal, de esta forma aprenden, empíricamente, qué hacer; los familiares son artesanos del cuidado⁽⁵⁰⁾, quienes con paciencia, creatividad, confianza y amor establecen formas de acoger, ayudar y proteger a sus familiares más vulnerables⁽⁵¹⁾. La artesanía de cuidar se traduce en acciones como las que mi hermana narra: “mi mamá le daba sus medicamentos a tiempo y le hacía masajes, le [hace una pausa] la volteaba para un lado, para el otro, la bañaba, la arreglaba, o sea (...) era una madre incondicional en sus cirugías, siempre estuvo pendiente...” (E).

– Esta vez es en mayo, ya sabía lo que me esperaba, pero tengo un poco de temor por lo que pueda sentir, sé que en algún momento me dolerá. Aunque ahora no guardo la inocencia de la niñez, no niego que la fe de ‘caminar bien’, sigue presente. Pienso ahora si esto me ha fortalecido, me ha llenado de una esperanza realista⁽⁵⁰⁾ o de

Reencuentros con el dolor: autoetnografía

una actitud resiliente. Después de un rato, llega el enfermero que la última vez me había acompañado a salas de cirugía, lo saludo con una sonrisa, pues me genera la familiaridad de reconocerlo, a la sonrisa él responde igual, aunque no creo que por la misma razón. Al llegar a las salas me deja en una camilla y al poco tiempo llega el anesthesiólogo y una enfermera que me conducen al quirófano. Allí me administran la anestesia lo cual me ocasiona mucho dolor en la espalda, me ponen una máscara de oxígeno y después de un rato duermo profundamente. Al despertar me encuentro en su cama rodeada de mi mamá, hermana, sobrina, una enfermera y un médico que me cambian los vendajes; todos me observan con emoción y alegría, supongo que todo salió bien. Siento mis piernas adormecidas, pero no tengo dolor, ese era mi temor más grande antes de la cirugía. Al día siguiente, regreso a casa con la satisfacción de que en esta ocasión el sufrimiento fue menor. Cada nueva experiencia es más notable la habitualidad al proceso, ahora sorprenden aquellos aspectos más relacionados con el placer que con el sufrimiento, estos episodios son los que resultan extraños, poco habituales y hasta curiosos en el espacio hospitalario.

Pasados un poco más de dos años me encuentro otra vez en la habitación esperando ser llevada a salas de cirugía. Tengo mucho miedo, mis manos, como nunca, me están temblando, suspiro y me acomodo en la cama para esperar a ser llevada al quirófano. Unos minutos más tarde llega una enfermera para llevarme, la auxiliar que me recibe me acomoda en la camilla, reconozco el proceso, pero esta vez tiemblo, no sé si por la ansiedad o el

frío del lugar; me canalizan –Eso duele mucho–, ahora siempre temo al ser canalizada y la sensación se hace más perceptible. Me colocan la máscara de oxígeno y a los pocos segundos quedé dormida. Despierto en la unidad de cuidado intermedio, con un terrible dolor en la rodilla izquierda, le digo a mi mamá: –me duele mucho mami–, no puedo contener mi llanto.

Mi madre, quien por primera vez me podía acompañar en esa unidad, cuenta: “Terminó la cirugía y me dejaron entrar a los cuidados intermedios. Cuando despertó [...] la despertó el dolor, pero tremendo, tremendo, y le habían aplicado droga y nada le hacía” (E).

Se acercó el ortopedista y me observa, llama a la anesthesióloga y le pide que me administre algo más fuerte para el dolor, pasados unos minutos llega con el medicamento y se dirige a mi mamá, – “Me dijo que ya no le podían aplicar más nada, que era lo último ya para el dolor” – (E).

El dolor de ese día fue el peor que hasta el momento había sentido; ya no quiero más cirugías, no quiero enfrentarme de nuevo a lo que no puedo controlar. Pese a lo esperado que puede resultar ser un dolor posquirúrgico, su inminencia está cargada de miedo y ansiedad que lo hace más latente, quizás por esto es imposible que realmente se presente la habitualidad, al contrario, aunque pocas veces se manifiesta, la sensibilización ante el dolor siempre estará presente, en mayor o menor medida, quizás solo se revele en los momentos menos esperados cuando, en compañía del dolor, se presenta la frustración o las pérdidas de fe. Tal como lo expresa Soler et al.⁽¹⁾ “el dolor

posoperatorio constituye una curiosa paradoja. Por un lado, sus características clínicas le convierten en óptimo para tratarlo adecuadamente: es agudo, previsible, tiene duración limitada, no cumple función biológica alguna, aparece en enfermos bajo estricto control clínico [...] Sin embargo, esta misma facilidad de tratamiento se vuelve en su contra, ya que su limitada duración despreocupa a los profesionales sanitarios y, con frecuencia, hace menos exigentes a los propios pacientes”

– Un año después me enfrento a otra experiencia de las que había dicho no querer volver a repetir. Ahora el dolor me acompaña todo el tiempo, vive en mi recuerdo todo el tiempo, tan real.

Una vez cumplido el ritual me lleva a salas de cirugía –el auxiliar de las últimas veces–, la entrada por ahora no ha cambiado, pero me causa curiosidad y un poco de tranquilidad que las paredes de la sala de cuidado intermedio ahora estén decoradas con imágenes de ositos en un fondo azul cielo que genera un ambiente distinto, más amigable, por lo menos con los niños y niñas que operaban allí. Una vez en la sala me informan que me van a poner un catéter en la espalda para que despierte sin dolor, – ¡No, no quiero eso duele mucho! – me apresuro a contestar. La anesthesióloga me explica que las técnicas han cambiado y que solo sería una punción como la picadura de una abeja; con mucho miedo accedo al procedimiento. Mis manos empezaron a sudar y a temblar, el temor no se apartaba de mí.

Después de realizado el procedimiento me di cuenta de que era verdad, esta vez solo fue un pinchazo. Al final me quedé dormida, al despertar no sentía

dolor, abrí mis ojos y mi mamá estaba a mi lado en la unidad de cuidado intermedio, me quedé dormida de nuevo para despertar en la habitación donde había una bomba de infusión anestésica que controlaba mi dolor. Esta sensación duró casi tres días. Al retirarme la bomba de infusión y al empezar el movimiento, el dolor se presenta y de manera muy fuerte en las rodillas. Mi mamá, que me acompañó en toda la hospitalización, avisó

– Señorita es que le duelen mucho sus rodillas–

– Ya no tiene por qué dolerle, ya le administramos el analgésico, responde una enfermera.

Mi madre me acompaña llorando, ella por la frustración y yo, además del dolor, me sentía igualmente frustrada – Qué sabe ella de lo que yo estoy sintiendo, por qué no me cree que me duele, que ya no soporto este dolor –. Mi madre recuerda “Esa noche se le despertó el dolor, ¡virgen santísima!, eso gritaba, lloraba ¡virgen!, hasta que les tocó a medianoche llamar al médico para que le aplicaran droga para el dolor, porque era mucho llorar, y ya le habían dado la salida, ya le tenían la orden de salida y les tocó suspenderla, no le pudieron dar salida” (E).

Sucede que, en la práctica de cuidado, no solo aparece la paradoja que advierte Soler⁽¹⁾, sino que también las manifestaciones de dolor son falseadas por los profesionales de la salud, al considerar que el analgésico es un milagro infalible, y si hay dolor, es quizás por una paciente quejoso, este es un llamado al profesional, a no habituarse a las respuestas rápidas y favorecer el reconocimiento del otro(a) como primordial en el ejercicio de cuidar.

Reencuentros con el dolor: autoetnografía

– Pasé toda la noche en vela, sin siquiera pronunciar una palabra, mis movimientos eran imperceptibles y no quería que me hablaran. Mi mamá estuvo a mi lado toda la noche y a la mañana siguiente llegó mi hermana y buscó al médico para encontrar una solución, él fue a verme y yo no permití que ni me tocara, él ordenó administrar un analgésico más fuerte. En ese momento sentí que por fin alguien comprendía mi dolor. Al día siguiente ya me sentía mucho mejor, el dolor había disminuido notablemente, y esperaba muy ansiosa regresar a casa.

Esta fue una de mis últimas experiencias, segura de que tendré que pasar por nuevas, hoy me atrevo a auto mirarme y descubrir que cada una de mis vivencias me ayudan a comprender, por esto yo, que hasta hace algún tiempo solo pretendía olvidar, hoy acudo a la memoria para traer al presente los aprendizajes los significados de padecer y de cuidar frente a un dolor posquirúrgico.

CONCLUSIONES

Nuestras vivencias como sujetos individuales frente a circunstancias o epifanías como la enfermedad, el dolor o la muerte, nos permiten encontrar significados para comprender(nos) mejor como enfermeras que caminos podemos recorrer en la reconfiguración de nuestra práctica. Desafortunadamente durante el relato la enfermera o enfermero se hicieron visibles apenas por escasos momentos, en ninguno de ellos haciendo evidente un ejercicio de cuidado integral, sino por el contrario, cumpliendo con procedimientos que pudieron ser enriquecidos tan solo con una palabra.

Cuando se viven diversos encuentros con el dolor, las experiencias adquieren significados distintos, el encontrarse con él desde tempranas edades empieza a generar un miedo latente a su presencia, el tiempo puede pasar, y el olvido de algunos aspectos se puede dar, pero la sensibilización se acrecienta y su manifestación, aunque variada, es un cúmulo de emociones, sensaciones, memorias, imaginarios, pérdidas de fe, más que un signo posquirúrgico, en los que el profesional de enfermería puede actuar desde la educación en salud y el acompañamiento empático.

Las experiencias se convierten en herramientas significativas para dar cuidado comprensivo al dolor, no significa que los profesionales deban pasar por estos mismos dolores, pero sí, que se hagan uso de las evidencias cualitativas que las narrativas arrojan sobre el vivir humano frente al dolor. Pues, la escritura de las experiencias del dolor es un ejercicio terapéutico, que, en sí mismo, resulta ser una alternativa de la que el profesional puede hacer uso para el cuidado de los sujetos con múltiples experiencias de dolor.

La autoetnografía como método aporta la posibilidad de reconocer la experiencia, la reflexividad y la subjetividad en la elaboración de un documento cualitativo de investigación, pues los acercamientos de carácter singular y cualitativo a los significados del dolor nos permitirán saber-hacer cuidados pertinentes y competentes al espacio-tiempo dolor que trae consigo una intervención quirúrgica.

Las dos autoras declaran la participación por igual en la elaboración del documento,

especialmente en la conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción – borrador original, revisión y edición. Yaneth Robles estuvo más comprometida en la recolección de los datos, dado el método y Solanye Galindo en la supervisión, revisión y validación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Battán Horenstein A. Fenomenología del dolor. ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política [Internet] 2019. N.º 60, enero-junio:69-74. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.3989/isegoria.2019.060.04>
2. Pérez Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2020 Ago; 27(4): 232-233. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>.
3. Abella-Palacios P, Arias-Amézquita F, Barsella AR, et al. Control inadecuado del dolor agudo postoperatorio: prevalencia, prevención y consecuencias. Revisión de la situación en Latinoamérica. Rev Mex Anest. [Internet]. 2021;44(3):190-199. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/99666>
4. Zuazua Rico D, Maestro González A, Mosteiro Díaz MP, Fernández Garrido J. About knowledge of intensive care unit nurses regarding pain. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2021 abr;44(1):129-130. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0918>.

5. Cáceres-Matos, Rocío et al. Consecuencias del dolor crónico en la infancia y la adolescencia. *Gaceta Sanitaria* [Internet]2019. v.33, n.3:272-282. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.007>.
6. Cuyul Vásquez I., Araya-Quintanilla F. Influencia de los factores psicosociales en la experiencia de dolor musculoesquelético: una revisión de la literatura. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2019 Feb; 26(1): 44-51. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3679/2018>.
7. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Guía de buenas prácticas clínicas. Valoración y manejo del dolor. International affairs and best practice guidelines. [Internet]. 2013; tercera edición: 1-109. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf
8. Morris David. La cultura del dolor. Tercera edición. Chile: Editorial Andrés Bello; 1996.
9. Taínta M, Arteché Y, Martín I, Salas V, Goñi R. Conocimientos y actitudes de las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos acerca del dolor de los pacientes. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2020 Ago; 43(2): 177-187. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0872>.
10. Fernández Galinski DL, F Gordo DEAA, López Galera S, Pulido C, Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [internet]. 2017 ene-Feb; 14 (1): 3 – 6. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n1/original1.pdf>
11. Zuazua Rico D, Maestro González A, Mosteiro Díaz MP, Fernández Garrido J. About knowledge of intensive care unit nurses regarding pain. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2021 Abr;44(1): 129-130. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0918>.
12. Siles-González, J. La humanización del cuidado a través de las narrativas y la poesía como producto de la investigación aplicada. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* [Internet] 2018, 22(52). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.01>
13. Buitrago Malaver L.A., Arias López B.E. Los aportes del enfoque biográfico narrativo para la generación de conocimiento en Enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2018. Jun;27(1-2):62-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000100013&lng=es.
14. Gómez Torres D, Maldonado Gonzáles V, Reyes Robles B, Muciño Carrera AL. Voces de las enfermeras al percibir el dolor del paciente infantil quemado. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 Abr-Jun; 23(2): 233-40. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/es_0104-0707-tce-23-02-00233.pdf
15. Alvarado Guzmán, M.S; Amaya Aguilar, J. A. Escala de valoración del dolor para pacientes pediátricos: una revisión sistematizada. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2018; 26(Suplemento): 15. Disponible

- en:
<http://ciberindex.com/c/rmec/e26s08>
 [acceso: 16/11/2021]
16. Parra Giordano Denisse, Cuadro Maturana Valentina, Nies Moraga Romina, Pávez Castro Constanza, Romero Torres Martina, Seoane Cabezas Consuelo. Percepción de las Enfermeras frente al manejo del dolor en niños en un Servicio Oncológico Hospitalario en Chile. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2020 Dic; 9(2): 85-99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v9i2.2094>.
 17. Córdova Jaquez AG, Ortiz Rivas MK, Salazar Enciso HM, García Avendaño DJ. Manejo del dolor por el personal de enfermería en paciente pediátrico postquirúrgico de apendicectomía. *Revista CUIDARTE* [Internet]. 2012; 3 (1): 287-292. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/23/28>
 18. NANDA International. Defining the knowledge of nursing. [Internet]. Mountain. Copyright; 2012 [actualizado 2017]. Disponible en: <http://www.nanda.org/>.
 19. Ariza KJB, Neva MEG. Preferencias en distracción de niños con cáncer. *NTQR* [Internet]. 6 de Jul de 2020;3:26-42. Disponible en: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/89>
 20. Tarrillo M. Revisión crítica: eficacia de los métodos no farmacológicos para disminuir el dolor ocasionado por venopunción en el paciente pediátrico de emergencia [Especialidad- Internet]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/3309>
 21. Quezada Cerna, A. S. Efectividad de las intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor en niños y adolescentes con cáncer. Revisión documental. [Pregrado-Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/16594>
 22. Juárez LM, Rodríguez Martín B, Conde Caballero D. Cuidados basados en narrativas: redefiniendo la jerarquía de la evidencia. *Index Enferm* [Internet]. 2013 Jun; 22 (1-2): 55-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100012&lng=es.
 23. Olivé Ferrer, M.C, Cangiani Fabbro, M. R. La narrativa como clave para la investigación enfermera y los cuidados profesionales. *Revista Científica de Enfermería* [Internet] 2012 Nov; N.º 5: 1-20. Disponible en: http://recien.scele.org/documentos/num_5_nov_2012/miscelanea_narrativa_clave_investigac_enfermera.pdf
 24. Pujadas Muños JJ. El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. 1era Edición. Madrid. Centro de investigaciones sociológicas. 1992.
 25. Calderón Rodelo Y. La autoetnografía como inflexión y performance para la producción de saberes liminales, rebeldes y nómadas. *Calle14: revista de investigación en el campo del arte* [Internet] 2021, vol. 16, núm. 29. Disponible en:

- <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=279065120001>
26. Gil Mateu E. Autoetnografía de un error médico. Una mirada desde adentro. *Index Enferm* [Internet]. 2020 Jun; 29(1-2): 60-64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100014&lng=es.
 27. Guerrero Muñoz J. El valor de la autoetnografía como fuente para la investigación social: del método a la narrativa. *AZARBE* [Internet]. 2014 1 de septiembre;(3). Disponible en: <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/198691>
 28. Ellis C, Adams TE, Bochner AP. Autoetnografía: un panorama. *Astrolabio* [Internet]. 2015 30 de junio;(14):249-73. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/11626>
 29. Torres A. La recuperación colectiva de la historia y memoria como práctica educativa popular. *Decisio*. [Internet]. 2016; Enero – Agosto: 16-22. Disponible en: <https://cdn.designa.mx/CREFAL/revistas-decisio/decisio-43-44-articulo-2.pdf>
 30. Rossini C. Entre la escritura y lo inenarrable de la crisis. *Question/Cuestión* [Internet] 2021 Nro.69, Vol.3, agosto. Disponible en: <https://doi.org/10.24215/16696581e562>
 31. de la Cruz Santiago, E., y Acevedo Zapata, L. A. El diario personal: herramienta de promoción de la escritura y el autoconocimiento. *Shimmering Words: Research and Pedagogy E-Journal*. [Internet] 2021; 10(1), 58-76. Disponible en: <http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/shimmering/article/view/2103>
 32. Segú Odriozola M; González Goya E; Etxeberria Erauskin B. Estudiantes universitarios y COVID: un estudio fenomenológico a partir de los diarios personales escritos durante el confinamiento. En: Puebla-Martinez B; Vinader-Segura R. *Ecosistema de una pandemia. Covid 19, la transformación mundial*. 1ª edición, Madrid: Dykinson S.L.; 2021. 1122-1144
 33. Silva A. *Álbum de familia. La imagen de nosotros mismos*. Colombia, Universidad de Medellín: Sello editorial; 2012.
 34. Douglas K; Carless D. *History of Autoethnographic Inquiry*. En: Holman Jones S; Adams T; Ellis C. *Handbook of Autoethnography* [Internet]. England: Routledge; 2013. 84-106 Disponible en: <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9781315427812.ch2>
 35. Fernández Lobato R. C., Soria Aledo V., Jover Navalón J.M., Calvo Vecino J.M. Encuesta nacional sobre los temores del paciente ante una intervención de cirugía general. *Cir Esp* [internet]. 2015; 93 (10): 643-50. Disponible en: DOI: 10.1016/j.ciresp.2014.09.009
 36. Villaizan Enríquez C. S. Tendencias sobre la incertidumbre y ansiedad de los padres frente al proceso operatorio en pacientes pediátricos. [Especialidad-Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/9027>

37. Almanza Rodríguez G. Cuidado de enfermería en el entorno quirúrgico: análisis de una situación. *Revista salud y sociedad UPTC* [Internet]. 2020; vol 5 N°1: 44-51. Disponible en: https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/article/view/11193
38. Narváez Zambrano A.O. Afrontamiento de temores y niveles de ansiedad en niños prequirúrgicos de 7 a 12 años de edad en el Servicio de Pediatría del Hospital Carlos Andrade Marín. [Pregrado- Internet]. Quito: Universidad Central de Ecuador. 2014. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7638>
39. Maroto García, J.J. Psicoprofilaxis quirúrgica. Evaluación de un programa fundamentado en la magia. [Pregrado-Internet]. Valencia. Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”. 2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12466/1272>
40. Ramírez Zamora, L. M., Echeto Cerrato, M. A., & Sánchez Hernández, E. Efectos de una metáfora hipnótica para disminuir la ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos mexicanos. *PSIENCIA*. [Internet] 2018, 10. Disponible en: doi: 10.5872/psiencia/10.1.21
41. Torres Rocha E.S. Factores de estrés hospitalario y su relación con el nivel de ansiedad en los padres de los pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del hospital Carlos Andrade Marín [Preparado-Internet] Quito: Universidad Central de Ecuador. *Psicología Clínica*. 2015. Disponible en:
- <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7136>.
42. Méndez López Ángeles. La entrevista prequirúrgica, un beneficio para el paciente. *Rev Esp Comun Salud* [Internet]. 29 de junio de 2020 [citado 17 de noviembre de 2021];11(1):86-1. Disponible en: <https://163.117.159.81/index.php/RECS/article/view/4803>
43. Carrillo GM, Laguna M de la L, Gómez OJ, Chaparro Díaz L, Carreño SP. Efecto de una intervención educativa para cuidadores familiares de personas con cáncer en cirugía. *Enf. Global* [Internet]. 1 de enero de 2021;20(1):395-419. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/419811>
44. Rivera Gonzales RE. “Significado cultural sobre el cuidado de enfermería que atribuyen los familiares cuidadores de pacientes que ingresan a la unidad de observación del servicio de emergencia del Hospital III ESSalud Chimbote. 2014”. [Tesis de Maestría-Internet] Chimbote, Universidad Nacional del Santa. 2016. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2875>
45. Guadalupe Elena Chachapoyas Martínez. Educación que brinda la enfermera al alta hospitalaria a padres de niños posoperados de cirugía abdominal en un hospital local Chiclayo, 2018. [Pregrado- Internet]. Chiclayo. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/2412>

46. Cuyul-Vásquez I, Contreras Fuentes M, Ordóñez Vega R, Neira Stegmaier P, Maragaño Campistó N, Rodríguez Alvarado A. Recomendaciones clínicas para la rehabilitación de personas con fibromialgia. Una revisión narrativa. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2021 Ago; 28(4): 194-210. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2021.3932/2021>.
47. Goicoechea A. La memoria del dolor. Arturo Goicoechea know pain, no pain. [Blog]. 2012. Disponible en: <https://arturogoicoechea.com/>
48. Ruiz-Villa JO, Rincón-Valenzuela DA. Prácticas de ansiólisis preoperatoria en pacientes pediátricos: prevalencia, limitantes y otros factores relacionados. *Rev Mex Anest*. 2020;43(1):34-40. Disponible en: [doi:10.35366/CMA201F](https://doi.org/10.35366/CMA201F).
49. Acosta-Quiroz J, Iglesias-Osores S. Ética en fotografía médica ¿incumplimiento o desconocimiento? *Rev.exp.med.* [Internet]. 2019 24 de octubre;5(3):148-9. Disponible en: <http://www.rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/369>
50. De la cuesta Benjumea C. Cuidado artesanal la invención ante la adversidad. Universidad de Antioquia: Colombia. 2004
51. Salazar Maya AM, Cardozo García Y, Escobar Ciro CL. Carga de cuidado de los cuidadores familiares y nivel de dependencia de su familiar. *Investig Enferm Imagen Desarr.* [Internet] 2020;22. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.cccf>