

**Experiencias de una mujer con cáncer de páncreas:  
una visión desde enfermería quirúrgica humanizada  
Experiences of a woman with pancreatic cancer:  
a perspective from humanized surgical nursing  
Vivências de uma mulher com câncer de pâncreas:  
um olhar a partir da enfermagem cirúrgica humanizada**

**Loaiza-Guzmán, José Luis**  0000-0002-3901-3779

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis,  
Programa de Doctorado en Ciencias en Enfermería. Los Mochis, Sinaloa, México.  
Estudiante de Doctorado. Maestro en Enfermería.  
[loaizaguzmanjoseluis@gmail.com](mailto:loaizaguzmanjoseluis@gmail.com)


**Duarte-Jiménez, Estefanía**  0009-0003-0863-1990

Hospital Regional Dr. Manuel Cárdenas de la Vega. Programa de especialización  
de Enfermería Quirúrgica, Culiacán, Sinaloa, México. Licenciado en Enfermería.  
[djestefania91@gmail.com](mailto:djestefania91@gmail.com)

**\*Buichia-Sombra, Felix Gerardo**  0000-0003-1256-1828

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis. Sinaloa, México.  
Doctorado en Estudios Sociales. \*Autor corresponsal.  
[buichiasombr@uas.edu.mx](mailto:buichiasombr@uas.edu.mx)

**Recibido:** 31 de mayo de 2025. **Aceptado:** 08 de noviembre de 2025.

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional  
Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual   
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## RESUMEN

**Introducción.** El cáncer de páncreas representa un desafío clínico y humano por su alta complejidad y el profundo impacto emocional que genera en pacientes y familias. En este contexto, la enfermería quirúrgica humanizada adquiere un papel central al brindar un cuidado integral que trasciende lo técnico, acompañando el afrontamiento, la dignidad y la adaptación en momentos de gran vulnerabilidad.



**Objetivo.** Comprender la experiencia de vida de una mujer con cáncer de páncreas avanzado sometida a cirugía paliativa, desde la perspectiva de la enfermería quirúrgica humanizada.

**Metodología.** Estudio cualitativo desde una perspectiva fenomenológica de caso único, realizado entre enero y agosto de 2025. La participante fue una mujer de 53 años diagnosticada con cáncer de páncreas. Se efectuó una entrevista en profundidad grabada y transcrita de forma literal, complementada con observación y notas de campo. El rigor metodológico se garantizó mediante credibilidad, triangulación de fuentes (entrevista, observación, registros clínicos), validación de hallazgos con la participante (devolución) y registro reflexivo del investigador. Se respetaron principios éticos de autonomía, confidencialidad y consentimiento informado.

**Resultados.** La enfermería quirúrgica influye en todas las fases del cuidado humano: antes de la cirugía, la educación y acompañamiento fortalecieron el afrontamiento; en quirófano, los gestos simples reafirmaron la dignidad; ante la cirugía paliativa, la enfermera brindó contención emocional; y en el postoperatorio, el cuidado trascendió lo técnico al integrar apoyo empático y espiritual.

**Conclusión.** La experiencia evidencia que la enfermería quirúrgica, más allá de la técnica, desempeña un rol transformador en la adaptación del paciente y su familia mediante un cuidado integral, humano y humanizado.

**Palabras clave:** Neoplasia pancreática; Investigación cualitativa; Enfermería perioperatoria; Adulto; Mujeres (DeCS).

## ABSTRACT

**Introduction.** Pancreatic cancer represents a clinical and human challenge due to its high complexity and the profound emotional impact it generates in patients and families. In this context, humanized surgical nursing plays a central role by providing comprehensive care that transcends technical aspects, supporting coping, dignity, and adaptation in moments of great vulnerability.

**Objective.** To understand the life experience of a woman with advanced pancreatic cancer who underwent palliative surgery, from the perspective of humanized surgical nursing.

**Methodology.** qualitative study from a phenomenological single-case perspective, conducted between January and August 2025. The participant was a 53-year-old woman diagnosed with pancreatic cancer. An in-depth interview was conducted, recorded, and transcribed verbatim, supplemented by observation and field notes. Methodological rigor was ensured through credibility, triangulation of sources (interview, observation, clinical records), validation of findings with the participant (feedback), and reflective recording by the researcher. Ethical principles of autonomy, confidentiality, and informed consent were respected.



**Results.** Surgical nursing influences all phases of human care: before surgery, education and accompaniment strengthened coping; in the operating room, simple gestures reaffirmed dignity; in palliative surgery, the nurse provided emotional support; and in the postoperative period, care transcended the technical by integrating empathetic and spiritual support.

**Conclusion.** The experience demonstrates that surgical nursing, beyond technical practice, plays a transformative role in the patient's and family's adaptation through integral, human, and humanized care.

**Keywords:** Pancreatic neoplasm, Qualitative research, Perioperative nursing, Adult, Women (MeSH).

## RESUMO

**Introdução.** O câncer de pâncreas representa um desafio clínico e humano devido à sua alta complexidade e ao profundo impacto emocional que causa nos pacientes e em suas famílias. Nesse contexto, a enfermagem cirúrgica humanizada desempenha um papel central, proporcionando um cuidado integral que transcende os aspectos técnicos, apoiando o enfrentamento, a dignidade e a adaptação em momentos de grande vulnerabilidade.

**Objetivo.** Compreender a experiência de vida de uma mulher com câncer de pâncreas avançado submetida a cirurgia paliativa, sob a perspectiva da enfermagem cirúrgica humanizada.

**Metodologia.** Estudo de caso único qualitativo, sob perspectiva fenomenológica, realizado entre janeiro e agosto de 2025. A participante foi uma mulher de 53 anos diagnosticada com câncer de pâncreas. Foi realizada uma entrevista em profundidade, gravada e transcrita na íntegra, complementada por observação e notas de campo. O rigor metodológico foi assegurado por meio da credibilidade, triangulação das fontes (entrevista, observação, prontuários clínicos), validação dos achados com a participante (feedback) e diário reflexivo da pesquisadora. Os princípios éticos de autonomia, confidencialidade e consentimento livre e esclarecido foram respeitados.

**Resultados.** A enfermagem cirúrgica influencia todas as fases do cuidado humano: antes da cirurgia, a educação e o apoio fortaleceram os mecanismos de enfrentamento; na sala de cirurgia, gestos simples reafirmaram a dignidade; em cirurgias paliativas, a enfermeira ofereceu apoio emocional; e no período pós-operatório, o cuidado transcendeu os aspectos técnicos, integrando apoio empático e espiritual.

**Conclusão.** Esta experiência demonstra que a enfermagem cirúrgica, além das habilidades técnicas, desempenha um papel transformador na adaptação do paciente e de sua família por meio de um cuidado integral, humano e humanizado.

**Palavras-chave:** Neoplasia pancreática, Pesquisa qualitativa, Enfermagem perioperatória, Adulto, Mulher (DeCS).



## Introducción

El cáncer es la segunda causa de carga de enfermedad en las Américas, con más de 4.2 millones de casos nuevos en 2022 y un aumento proyectado del 60% para 2045. Ese mismo año causó 1.4 millones de muertes, casi la mitad en personas menores de 69 años. Un tercio de los casos puede prevenirse evitando factores de riesgo como tabaco, alcohol, dieta inadecuada e inactividad física. La detección temprana y el tratamiento oportuno aumentan significativamente las probabilidades de curación (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

El cáncer de páncreas es una de las enfermedades oncológicas más agresivas y con peor pronóstico, cuya detección tardía suele conducir a intervenciones quirúrgicas paliativas que marcan profundamente la vida del paciente y su entorno. En este contexto, la experiencia subjetiva del proceso de atención quirúrgica adquiere una dimensión compleja que va más allá del cuerpo biológico. La cirugía no solo transforma la anatomía, sino que también impacta la identidad, las emociones y la forma de habitar el mundo (American Cancer Society, 2024; Casado et al., 2022; OPS, 2022).

En otro orden de ideas, la enfermería quirúrgica, el cuidado ha privilegiado históricamente los aspectos técnicos y medicalizados. Sin embargo, comprender al paciente implica reconocerlo no únicamente como un cuerpo que requiere atención médica, sino como una persona situada en un mundo de significados, con historia, emociones, vínculos y espiritualidad (Watson, 2008). Desde esta mirada, la atención se orienta a comprender su vivencia, reconocer su singularidad y acompañar su proceso de forma integral, atendiendo tanto a su dimensión física como a las esferas afectivas, sociales y trascendentes que lo constituyen (Henderson, 1966; Watson, 2008).

Desde esta visión, el proceso quirúrgico trasciende la dimensión técnica para convertirse en una oportunidad de encuentro humano y acompañamiento empático. Beltrán-Salazar (2016) señala que el cuidado humanizado implica una decisión consciente de las enfermeras frente a la posibilidad de brindar un cuidado impersonal, resaltando la importancia del vínculo, la comunicación y la presencia en la práctica clínica. Aquí, cobra importancia la fenomenología, en el ámbito de la investigación cualitativa, permite acercarse de manera profunda y sensible a las experiencias vividas por las personas frente a la salud, la enfermedad y el cuidado. Más que buscar explicaciones o causas, este enfoque intenta comprender cómo los seres humanos viven, sienten y otorgan significado a los acontecimientos que marcan su existencia (Husserl, 1931; Van Manen, 1990). La fenomenología invita al investigador a suspender sus juicios y a situarse en una actitud abierta, empática y reflexiva para comprender el fenómeno tal como se revela en la conciencia del participante (Heidegger, 1962).

Desde este enfoque, se busca comprender de manera profunda la vivencia de una mujer diagnosticada con cáncer de páncreas avanzado, sometida a una cirugía paliativa. A través de su relato,



se exploran las dimensiones emocionales, físicas y espirituales que acompañan su tránsito por la enfermedad, reconociendo que cada experiencia humana guarda significados únicos que solo pueden entenderse desde la voz y la mirada de quien los vive.

En esta línea, el estudio de caso a través de la narrativa, se convierte en un medio que da voz a Celsa, una mujer diagnosticada con cáncer de páncreas, hospitalizada, para comprender los significados que la enfermedad, el dolor y la esperanza adquieren en el transcurso de su proceso quirúrgico y posibilita comprender su mundo vivido, revelando los sentimientos, temores y esperanzas que atraviesan su experiencia (Van Manen, 1990). A través de esta mirada, la fenomenología brinda a la enfermería la oportunidad de resignificar el cuidado, situándolo como un acto profundamente humano que se expresa en la presencia, la escucha y la compasión. Así, cuidar deja de ser solo una práctica técnica para convertirse en un encuentro entre dos personas: una que necesita ser comprendida y otra que decide acompañar con empatía y respeto (Noreña et al., 2012), sin centrarse únicamente en procedimientos técnicos, preparación preoperatoria y vigilancia posquirúrgica, con un enfoque biomédico predominante (Beltrán-Salazar, 2016). Desde esta perspectiva, el estudio reconoce que el ser humano no puede comprenderse únicamente desde lo biológico o técnico, sino como un todo en el que confluyen historia, emociones, relaciones y espiritualidad (Husserl, 1931; Heidegger, 1962).

En estudios previos se muestra que los pacientes que cursaron cirugías complejas, experimentaron cambios profundos en su identidad corporal, en su percepción de control y en sus vínculos cotidianos, lo que genera un padecimiento que impacta en su vida y la de su contexto social (Holdsworth *et al.*, 2024; Rodríguez-Prat y Escribano, 2019). De igual forma, estudios fenomenológicos han mostrado que comprender la experiencia vivida de los pacientes favorece la construcción de significados y posibilita brindar un cuidado verdaderamente humano (Dahal *et al.*, 2023). Sería interesante mostrar una mirada diferente de la enfermería quirúrgica, capaces de equilibrar la competencia técnica con la sensibilidad humana, y de reconocer que cada gesto, palabra o silencio tiene un impacto en la vivencia del otro. De este modo, la narrativa de este estudio de caso contribuye al fortalecimiento de un modelo de cuidado integral, ético y humanizado, especialmente en contextos de enfermedad avanzada y atención paliativa.

Por lo anterior, el objetivo del estudio fue comprender la experiencia de vida de una mujer con cáncer de páncreas avanzado sometida a cirugía paliativa, desde la perspectiva de la enfermería quirúrgica humanizada.

## Metodología

Diseño naturalista y fenomenológico, adecuado para explorar significados personales y sociales en un contexto de enfermedad avanzada (Minayo, 2010), orientado a comprender en profundidad la



experiencia vivida de una mujer diagnosticada con cáncer de páncreas avanzado para explorar el significado de su experiencia (Husserl, 1931; Van Manen, 1990).

Esta aproximación fenomenológica resulta especialmente pertinente en el campo de la enfermería, dado que permite comprender cómo las personas enfrentan la enfermedad, el sufrimiento y el cuidado, revela dimensiones emocionales, espirituales y relacionales que frecuentemente permanecen invisibles en los abordajes clínicos tradicionales (Noreña *et al.*, 2012).

Esta perspectiva posibilita resignificar el acto de cuidar y construir conocimiento desde la sensibilidad, el respeto y la reflexión ética, para fortalecer el cuidado humanizado y centrado en la persona.

### Descripción del caso

Celsa es una mujer de 53 años, originaria de una comunidad rural de Sinaloa (México), esposa, madre y abuela, diagnosticada con cáncer de páncreas avanzado con capacidad de comunicación verbal y disposición a compartir su experiencia. Su entorno familiar y espiritual influyó en su afrontamiento del proceso quirúrgico. Fue intervenida quirúrgicamente mediante una gastro-yeyuno anastomosis paliativa tras descartarse el procedimiento curativo de Whipple.

### Recolección de datos

Se realizó una entrevista semiestructurada en un entorno hospitalario tranquilo, con duración aproximada de 60 minutos. La entrevista fue grabada con autorización y luego transcrita textualmente. Las preguntas abiertas guiaron la conversación hacia su experiencia de vida antes y durante la enfermedad que permitieron profundizar en las dimensiones emocionales, sociales y espirituales de su vivencia. Entre ellas se incluyeron preguntas detonadoras como: ¿Cómo ha cambiado su vida desde que recibió el diagnóstico?; y ¿Qué significa para usted el acompañamiento de enfermería durante el proceso quirúrgico?

### Plan de análisis de datos

Se utilizó el análisis temático para identificar, organizar y describir patrones significativos (categorías) dentro de los datos narrativos. Las etapas del análisis incluyeron: Lectura comprensiva y repetida de las transcripciones, codificación de unidades de significado, agrupación en categorías emergentes e interpretación reflexiva fundamentada en teorías de enfermería.

Este procedimiento se basó en el enfoque propuesto por Braun y Clarke (2006) para otorgar rigor al análisis temático, y se apoyó en la teoría del cuidado humanizado de Watson (2008), que orienta la práctica enfermera hacia la dimensión ética, espiritual y transpersonal del cuidado.



### Consideraciones éticas

El estudio se realizó bajo los principios de la Declaración de Helsinki, respetando la confidencialidad, la dignidad de la participante y su derecho a retirarse en cualquier momento. Asimismo, se cumplió con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). El consentimiento de la participante fue obtenido de manera verbal y escrita, en concordancia con los principios éticos de la investigación cualitativa, los cuales promueven el respeto a la autonomía, la confidencialidad, la beneficencia y la no maleficencia, garantizando la protección de la dignidad, credibilidad, transferibilidad y los derechos de las personas involucradas (Noreña *et al.*, 2012; Emanuel *et al.*, 2000 Lincoln y Guba, 1985).

### Resultados

Celsa, una mujer de 53 años originaria de una comunidad rural de Sinaloa, recibió la noticia de que padecía cáncer de páncreas. Las actividades que antes daban ritmo a su día cambiaron drásticamente, el cuidado de sus nietos, las labores domésticas y su rutina como ama de casa, fueron quedando atrás, reemplazadas por series de estudios, consultas médicas y la preparación para una cirugía mayor como el procedimiento de Whipple.

En su relato, Celsa comparte una historia de esfuerzo familiar y gran fortaleza interior. Al conocer su enfermedad, vivió sentimientos de miedo, incertidumbre y una dolorosa aceptación. En ese proceso, la enfermera adquirió un papel esencial: se convirtió en su principal apoyo emocional, especialmente cuando la intervención prevista pasó de ser curativa a paliativa.

Los cuidados brindados desde una perspectiva humanizada, la presencia constante, el contacto físico respetuoso, la contención emocional y la comunicación clara fueron determinantes para que Celsa pudiera reinterpretar su vivencia y encontrarle sentido a su proceso de enfermedad.

### Antes del quirófano: el peso del diagnóstico

El ingreso al hospital fue con miedo. Las noches previas a cirugía, Celsa apenas dormía, y sus palabras eran pocas. Sin embargo, su mirada mostraba: preocupación por su familia, por el dolor, por la incertidumbre. El diagnóstico de cáncer representa un punto crítico en el proceso de atención, donde el paciente enfrenta una crisis existencial que afecta su bienestar emocional y físico (Leininger, 1991). La preparación prequirúrgica debe contemplar el apoyo psicológico y la educación para fortalecer la capacidad de afrontamiento, un componente clave en el modelo del cuidado centrado en el paciente (McCance y McCormack, 2017).



No entendía bien lo que me decían, solo sabía que iban a operarme para quitarme el cáncer.  
Yo pensé: esto me salva...

Sentía miedo, pero al mismo tiempo una esperanza... como si todavía hubiera algo por qué luchar.

### El quirófano: La fragilidad del ser

Celsa entró al quirófano y su expresión era de resignación, pero también de dignidad. Mientras el equipo quirúrgico preparaba el campo operatorio, ella observaba el techo, fría y vulnerable. En ese espacio donde los cuerpos se vuelven objeto de procedimientos, la presencia de la enfermera quirúrgica fue clave. Con una sábana caliente, contacto firme pero humano, le recordaba que no era solo una paciente, sino una persona con historia, temores y esperanzas.

Cuando me pusieron la anestesia cerré los ojos y me encomendé a Dios.

Estaba acostada en esa mesa y pensé: ya no controlo nada.

Una enfermera se acercó, me tomó la mano y ese gesto me dio calma.

La presencia de la enfermera quirúrgica representa mucho más que una función técnica dentro del quirófano: es una presencia que da sentido y calidez a un entorno dominado por la tecnología. En palabras de Jean Watson (2008), el cuidado de enfermería trasciende los procedimientos para atender la vulnerabilidad, la dignidad y la integridad del ser humano. En ese espacio donde convergen la ciencia y la fragilidad, la enfermera se convierte en un puente entre la técnica y la humanidad, estableciendo una relación interpersonal que disminuye el miedo, la soledad y la ansiedad del paciente.

Desde la teoría del cuidado transpersonal, Watson resalta que la presencia auténtica, el tacto consciente y la empatía son formas profundas de acompañamiento que sostienen emocional y espiritualmente al paciente en los momentos más críticos de su experiencia quirúrgica.

### Durante la cirugía: lo inesperado

La cirugía no salió como se planeaba. El equipo médico encontró que el tumor había invadido estructuras críticas. La opción curativa quedó descartada. Se realizó una cirugía paliativa: una gastro-yeyuno anastomosis para evitar la obstrucción intestinal.

Celsa no lo supo de inmediato. Fue despertando entre dolor y confusión. Cuando entendió que no le habían quitado el cáncer, sino solo “le ayudaron a estar mejor”, se quebró emocionalmente.





El consuelo no vino de las palabras, sino de la enfermera que le explicó, que se sentó a su lado mientras lloraba.

En el ámbito quirúrgico, la enfermería se enfrenta constantemente al reto de adaptar el cuidado cuando las circunstancias cambian y el plan previsto se modifica. En esos momentos de incertidumbre, la enfermera no solo ajusta procedimientos, sino que brinda apoyo emocional, contención y acompañamiento constante, ayudando al paciente a resignificar su experiencia y recuperar un sentido de control y confianza.

De acuerdo con Benner (1984), el desarrollo de la experticia clínica permite a las enfermeras reconocer e interpretar las necesidades emocionales en situaciones críticas, actuando con sensibilidad y juicio moral. Esta capacidad de respuesta empática fortalece el vínculo terapéutico y convierte el cuidado en una experiencia profundamente humana, donde la técnica y la compasión se integran para aliviar el sufrimiento.

Estaba muy fría. Miraba el techo, veía las luces y pensaba: aquí se acabó todo.

Desperté y lo primero que me dijeron fue que no se pudo... Lloré mucho. Pero otra vez, ahí estaba la enfermera. Se sentó conmigo, me dejó llorar.

### Después del quirófano: el cuerpo herido, el alma también

En los días posteriores, Celsa no solo enfrentó el dolor físico, también vivía el duelo de haber perdido la esperanza. La dependencia para bañarse, alimentarse, controlar el dolor, la enfrentaron a otra dimensión de su ser: la fragilidad. Fue en ese momento donde el cuidado quirúrgico se transformó en algo más que técnico y monitoreo.

Al principio me enojé, pero luego entendí que lo más importante era que me ayudaron a no tener tanto dolor.

Yo, que era una persona fuerte, que siempre estuve para todos, ahora no podía ni moverme.

El acompañamiento postquirúrgico trasciende la atención física; también implica reconocer y aliviar el sufrimiento emocional y psicológico del paciente, aspecto esencial en la teoría del cuidado humanizado (Duffy y Hoskins, 2003). En consonancia, Henderson (1966) plantea que la recuperación no se limita al restablecimiento del cuerpo, sino que requiere una presencia empática y un respeto profundo por la autonomía y dignidad del ser cuidado, donde la enfermera se convierte en su principal defensora.



### El despertar: un nuevo significado del cuidado

Este instante significó el comienzo de una relación terapéutica profunda entre la paciente y el equipo de enfermería quirúrgica, que brindó acompañamiento tanto en la recuperación física como en el proceso emocional.

El relato evidencia un cuidado que trasciende lo técnico, manifestándose como una presencia que transforma; un cuidado en el que la enfermera no se limita a sanar el cuerpo, sino que ofrece consuelo y sostén al alma.

El despertar del paciente tras la cirugía marca un momento crucial para establecer el cuidado transpersonal, donde la enfermera se convierte en un agente que ofrece no solo técnicas, sino presencia y conexión humana (Watson, 2008). Este vínculo terapéutico facilita la recuperación emocional y física, reafirmando la importancia de la comunicación y el apoyo constante.

Cuando desperté, supe que algo no salió como esperábamos. La enfermera estaba ahí, me tomó la mano... no me dijo mucho, pero sentí que me cuidaban de verdad.

### La familia: sostén y angustia compartida

La familia se ha convertido en un sostén esencial durante el proceso; en especial su esposo y su hija mayor, quienes han permanecido cercanos en todo momento. Sin embargo, también resulta visible el desgaste físico y emocional que el acompañamiento produce en ellos. La paciente manifiesta mayor preocupación por el bienestar de sus seres queridos que por el propio, revelando la reciprocidad afectiva que caracteriza el vínculo familiar.

Ante esta dinámica, el equipo de enfermería ha ampliado su horizonte de cuidado más allá del cuerpo hospitalizado, brindando contención emocional, educación y espacios de escucha a los familiares. Este acompañamiento reconoce que el bienestar del paciente está íntimamente ligado al equilibrio y la fortaleza de quienes lo rodean.

Desde esta perspectiva, la enfermería comprende a la familia como parte esencial del proceso de cuidado. Su participación favorece la orientación, el apoyo emocional y la enseñanza de estrategias para afrontar la carga física y emocional que implica ser cuidador (Rolland, 1987). El modelo de sistemas familiares en enfermería impulsa esta visión integral, fomentando la colaboración y la inclusión de la familia en el plan terapéutico, lo que fortalece la red de apoyo y promueve una recuperación más humana y compartida.



Mi hija no descansa, no duerme; está aquí día y noche... a veces la veo llorar escondida.  
Ahora dependo para bañarme, para moverme, para comer. Yo, que siempre fui fuerte... ahora necesito ayuda hasta para lo más sencillo.

### La enfermería quirúrgica: más allá de la técnica

Para ella, el cuidado no significó únicamente la curación del cuerpo, sino también la presencia, la contención y el respeto por su dignidad en un momento de profunda vulnerabilidad. La enfermería quirúrgica, entendida como una síntesis entre ciencia, arte y ética, trasciende el acto técnico para otorgar sentido humano a la experiencia del paciente (Watson, 2008).

Desde la teoría del cuidado humanizado, se concibe que la enfermera cultiva la empatía, el respeto y la presencia auténtica como pilares del cuidado, generando un ambiente donde el paciente puede sentirse comprendido y acompañado. En esta misma línea, Leininger (1991) destaca que la sensibilidad cultural y el reconocimiento de la persona en su totalidad son esenciales para preservar la confianza y la dignidad, especialmente en situaciones de alta vulnerabilidad.

Nunca me dejaron sola... me hablaban con respeto, me explicaban lo que me hacían.  
Me cubren, me orientan, me hacen sentir como persona, no solo como paciente.

### Discusión

El objetivo de este estudio fue comprender la experiencia de vida de una mujer con cáncer de páncreas avanzado sometida a cirugía paliativa, desde la perspectiva de la enfermería quirúrgica humanizada. La fenomenología y la base del cuidado humanizado, permitieron explorar en profundidad el significado que Celsa le atribuyó a su proceso de salud y enfermedad, revelando las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales implicadas. Los resultados mostraron que, la fenomenología facilitó una comprensión integral del cuidado, evidenciando cómo la atención quirúrgica trasciende el procedimiento técnico para convertirse en un acto de acompañamiento, consuelo y presencia terapéutica que humaniza la experiencia del paciente.

El relato de Celsa reflejó que el ingreso hospitalario, la preparación preoperatoria, la experiencia intraoperatoria y el postoperatorio no solo constituyen fases clínicas, sino momentos críticos donde la vulnerabilidad, el miedo y la incertidumbre se entrelazan con la identidad y los vínculos familiares. En este sentido, el estudio confirma que la enfermería quirúrgica humanizada desempeña un papel transformador al ofrecer apoyo emocional, garantizar la dignidad del paciente y favorecer la resignificación de la experiencia (Beltrán-Salazar, 2016; Dahal *et al.*, 2023).



El ingreso al hospital es un momento de alta carga emocional. El temor a lo desconocido y la expectativa de una cirugía mayor como el procedimiento de Whipple generan un estado de ansiedad que no siempre se verbaliza, pero se expresa en el cuerpo y el lenguaje no verbal (López-Graciano *et al.*, 2021). La mirada, el silencio y la resignación observados en Celsa fueron manifestaciones comunes ante la incertidumbre quirúrgica. La enfermería, al reconocer estos signos, actúa no solo como ejecutora de cuidados, sino como presencia terapéutica, capaz de sostener al otro desde la empatía, la escucha y la comprensión de su sufrimiento (Watson, 2008; Paterson y Zderad, 1976).

Durante la estancia quirúrgica, el paciente se encuentra en una posición de máxima vulnerabilidad. Aranda y Street (2001) refieren que el quirófano representa un espacio donde el cuerpo del paciente es medicalizado, pero donde la subjetividad puede ser olvidada si no se sostiene una mirada empática y humanizante. La actitud del personal de enfermería al ofrecer una manta, un gesto de apoyo o una explicación clara, configura actos de cuidado que dan sentido y seguridad al paciente (Souza Maciel-Ferreira, Andrade-Almeida y Coutinho de Freitas, 2025).

La suspensión de una cirugía curativa y la transición hacia una intervención paliativa suele vivirse como una pérdida profunda: no solo se desvanece la expectativa de curación, sino también una parte de la esperanza. En ese momento, la enfermera quirúrgica se convierte en un sostén esencial, ofreciendo contención emocional y acompañamiento desde la presencia y la escucha. Su papel permite que el paciente elabore el duelo por la pérdida de su salud en un entorno seguro, libre de juicios y con respeto por su ritmo y sus emociones. El acompañamiento emocional en etapas críticas de la atención quirúrgica mejora la percepción del cuidado recibido y favorece la adaptación frente al cambio.

La recuperación posquirúrgica representa un proceso de reconstrucción integral. No solo se trata de sanar heridas físicas, sino también de reconfigurar la identidad, la autonomía y la confianza en el propio cuerpo. La dependencia temporal, el dolor y la aceptación de un nuevo estado de salud suelen despertar sentimientos de frustración o vulnerabilidad. En este contexto, la actitud del personal de enfermería adquiere un valor terapéutico: el respeto al pudor, la comunicación empática y la continuidad del cuidado refuerzan la autoestima del paciente y mitigan la sensación de aislamiento (Meléndez-Méndez, 2015).

El testimonio de Celsa resalta que el cuidado recibido fue profundamente terapéutico por su calidez y cercanía. Esta vivencia coincide con los hallazgos de Arias-Rojas, Carreño-Moreno y Arredondo-Holguín (2025), quienes señalan que la percepción de calidad en el cuidado está estrechamente vinculada a la actitud empática y respetuosa de las enfermeras. El cuidado no se define solo por la destreza técnica, sino por la manera humana, sensible y consciente en que se ejecuta.



El impacto del proceso quirúrgico trasciende al paciente y alcanza también a su familia. Los cuidadores familiares, como la hija de Celsa, suelen experimentar cansancio, ansiedad y temor. La enfermera quirúrgica, desde su compromiso ético, tuvo la responsabilidad de brindar orientación, apoyo emocional y reconocimiento al sufrimiento de quienes acompañan a Celsa, dado que, la familia constituye un pilar de soporte físico y afectivo que requiere también ser cuidado y comprendido (Miranda Do Vale *et al.*, 2021).

En síntesis, la experiencia de Celsa reveló que el cuidado quirúrgico debe ser entendido como un acto integral, donde la técnica se une a la compasión y la ética. Humanizar la atención significa mirar más allá del diagnóstico y reconocer al ser humano que vive la enfermedad, acompañando tanto al paciente como a su familia en uno de los momentos más vulnerables de su existencia.

### Implicaciones prácticas y formativas

Los hallazgos sugieren que los programas de formación en enfermería quirúrgica deben incorporar el componente humanístico como eje curricular, fortalecer habilidades de comunicación, empatía y reflexión ética. La práctica clínica debe priorizar la presencia terapéutica y la contención emocional del paciente y su familia, especialmente en contextos de enfermedad avanzada (Meléndez-Méndez, 2015; Watson, 2008).

El caso de Celsa puede utilizarse como recurso pedagógico para promover la reflexión crítica sobre el cuidado transpersonal y la humanización del entorno quirúrgico, e integrar la teoría a la praxis mediante estrategias de simulación, tutoría y acompañamiento reflexivo (Leininger, 1991).

### Conclusión

La vivencia de Celsa permite comprender que el verdadero sentido del cuidado surge cuando la enfermería reconoce a la persona más allá del diagnóstico. Cuidar no solo implica aplicar procedimientos, sino acompañar con sensibilidad, escuchar con atención y ofrecer presencia en los momentos de mayor vulnerabilidad. En este encuentro humano, el acto de cuidar se transforma en un espacio de comprensión y esperanza.

Desde una mirada fenomenológica, la enfermería quirúrgica trasciende la técnica y se convierte en mediadora entre el dolor y la dignidad. Cada etapa del proceso: antes, durante y después de la cirugía, ofrece la oportunidad de humanizar la atención: en el preoperatorio, las palabras amables y la claridad reducen la ansiedad; en el intraoperatorio, el respeto por el cuerpo preserva la intimidad del paciente; y en el postoperatorio, la empatía y la presencia reafirman la confianza y favorecen la



recuperación integral.

El ejercicio profesional requiere equilibrio entre la destreza técnica y la sensibilidad humana. Ser enfermero quirúrgico implica asumir un compromiso ético con la vida y con el sufrimiento del otro, comprendiendo que cada intervención toca no solo un cuerpo, sino también una historia y una identidad.

Celsa vivió una transición entre lo que fue su cotidianidad y la realidad que impone la enfermedad. En esa experiencia, la enfermería se convierte en sostén y acompañamiento, una presencia silenciosa pero profunda que otorga sentido al proceso de cuidado. Desde esta perspectiva, cuidar no significa únicamente hacer, sino estar: estar con el otro, reconocer su fragilidad y responder con respeto, compasión y empatía.

Cuando la práctica quirúrgica se orienta desde esta visión humanizada, el acto técnico se transforma en una experiencia significativa. Humanizar no implica renunciar a la ciencia, sino integrarla con la comprensión profunda del ser humano. El reto de la enfermería actual es equilibrar conocimiento y sensibilidad, para que incluso en el ambiente tecnificado del quirófano, el cuidado siga siendo una expresión auténtica de humanidad.

### Consideraciones éticas

**Protección de personas.** No se realizó ningún tipo de experimento o intervención que pudiera dañar a Celsa.

**Confidencialidad.** No se proporcionan datos que puedan identificar a Celsa.

**Conflicto de intereses.** Los autores declaran no tener conflicto alguno de intereses.

**Financiamiento.** Este trabajo no recibió ningún tipo de financiación.

### Referencias

- American Cancer Society. (2024). *Factores de riesgo para el cáncer de páncreas*. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pancreas/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>



- Aranda, S. K. y Street, A. (2002). Being authentic and being a chameleon: Nurse–patient interaction revisited. *Nursing Inquiry*, 6(2), 75–82. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.1999.00019.x>
- Arias-Rojas, M., Carreño-Moreno, S. y Arredondo Holguín, E. (2025). Advance care planning in people with advanced cancer: a phenomenological study. *Revista Cuidarte*, 16(3), e4455. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.4455>
- Beltrán-Salazar, O. A. (2016). Impersonal care or humanized care: A decision made by nurses? Hourglass Model. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(3), 444–455. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/325698>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Bertaux, D. (2010). *Los relatos de vida: Perspectiva etnosociológica*. Ediciones Bellaterra.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Casado, D., Tocino, R. V., Fonseca, E., Cigarral, B., Barrios, B., Escalera, E., Claros, J., Figuero, L., Olivares, A., López, Á., Terán, E. y Cruz, J. J. (2021). Cáncer de páncreas. *Medicine*, 13(24), 1345–1352. <https://www.medicineonline.es/es-cancer-pancreas-articulo-S0304541221000044>
- Dahal, P. y Kongsuwan, W. (2022). Aesthetics in Nursing Practice for Cancer Patients as Experienced by Nurses in Nepal: A Hermeneutic Phenomenological Study. *Cancer Nursing*, 45(5), 354–362. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001023>
- De Sourza Minayo, M. C. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3), 251–261.
- Duffy, J. R. y Hoskins, L. M. (2003). The Quality-Caring Model: Blending Dual Paradigms. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 77–88. [https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/2003/01000/the\\_quality\\_caring\\_model\\_\\_\\_blending\\_dual\\_paradigms.10.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/2003/01000/the_quality_caring_model___blending_dual_paradigms.10.aspx)
- Emanuel, E. J., Wendler, D. y Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA*, 283(20), 2701–2711. <https://doi.org/10.1001/jama.283.20.2701>
- Heidegger, M. (2003 [1927]). *Ser y tiempo* (Trad. de José Gaos). Fondo de Cultura Económica.
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing*. Macmillan.
- Holdsworth, L. M., Siden, R., Lessios, A. S., Verano, M., Rickerson, E., Fahy, B., Johnston, F. M., Waterman, B. y Aslakson, R. (2024). Patient Experiences of Specialty Palliative Care in the Perioperative Period for Cancer Surgery. *Journal of pain and symptom management*, 68(3), 292–298.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.06.008>
- Husserl, E. (2013[1931]). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. [Nueva edición y refundición integral de la trad. de José Gaos por Antonio Ziri6n Quijano]. Fondo de Cultura Económica.



- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Lincoln, Y. S. y Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- López-Graciano, S. A., Sillas-González, D. E., Álvarez-Jiménez, V. D. y Rivas-Ubaldo, O. S. (2021). Nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía. *Medicina Interna de México*, 37(3), 324–334. <https://doi.org/10.24245/mim.v37i3.3732>
- McCormack, B. y McCance, T. (2017). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Wiley-Blackwell.
- Meléndez-Méndez, C. (2015). Percepción del paciente quirúrgico acerca de la seguridad en el ámbito hospitalario. *Revista Cuidarte*, 6. <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/165>
- Meneses-La-Riva, M. E., Fernández-Bedoya, V. H., Suyó-Vega, J. A., Ocupa-Cabrera, H. G. y Paredes-Díaz, S. E. (2025). Humanized care in nursing practice: A phenomenological study of professional experiences in a public hospital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(8), 1223, 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph22081223>
- Miranda do Vale, J. M., De Santana, M. E., de Azevedo Lima, V. L., Tavares Parente, A., Megumi Sonobe, H. y Pastana Ferreira, I. (2021). Burden of family caregivers of cancer patients in palliative care. *Cogitare Enfermagem*, 28, e92970. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.92970>
- Morse, J. M. y Field, P. A. (1995). *Qualitative research methods for health professionals* (2.ª ed.). SAGE.
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G. y Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263–274. <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.3.5>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). El cáncer en las Américas: Panorama y proyecciones. <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
- Paterson, J. G. y Zderad, L. T. (1976). *Humanistic nursing*. John Wiley & Sons.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014). *Diario Oficial de la Federación* [DOF]. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Reis, T. (2013). *Qualitative research in the health sciences*. Springer.
- Rodríguez-Prat, A. y Escribano, X. (2019). A Philosophical View on the Experience of Dignity and Autonomy through the Phenomenology of Illness. *The Journal of medicine and philosophy*, 44(3), 279–298. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhz001>
- Rolland, J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Family Process*, 26(2), 203–221. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00203.x>
- Souza Maciel-Ferreira, J. E., Andrade Almeida, F. E. y Coutinho de Freitas, R. B. C. (2025). Aspectos prácticos para la acogida humanizada en el centro quirúrgico y la sala de recuperación pos-





tanestésica: cuidando más allá de la técnica. *Cultura de los Cuidados*, 29(71), 1–6. <https://doi.org/10.14198/cuid.29352>

Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. State University of New York Press.

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Ed. Rev.). University Press of Colorado.

Watson, J. (2009). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences* (2.ª ed.). Springer.