



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

TEMORES MANIFIESTOS EN USUARIOS QUE CURSAN PRE-OPERATORIO INMEDIATO

AUTORES:

Br. Domínguez, Rossana
Br. Piñeiro, Sandra
Br. Rodríguez, Claudia
Br. Pereyra, Laura
Br. Blanco, Mónica

TUTORES:

Lic. Enf. Garay, Margarita
Lic. Enf. Capezzuto, Beatriz

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2003

AGRADECIMIENTOS:

Al personal de enfermería de Servicios Quirúrgicos donde se efectuó la investigación.

A las docentes, tutores y demás personas que colaboraron para que esta investigación se pudiera realizar.

A los familiares que brindaron su apoyo.

ÍNDICE:

Introducción	Pág. 1
Planteamiento del problema y Objetivos	Pág. 3
Fundamentación	Pág. 4
Marco Teórico	Pág. 6
Diseño metodológico	Pág. 12
Presentación de resultados	Pág. 17
Análisis e interpretación de los datos	Pág. 38
Conclusiones y sugerencias	Pág. 41
Bibliografía	Pág. 43
Anexos	Pág. 45

INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde a la investigación realizada por estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, en el marco final del trabajo de grado. La misma se llevó a cabo en los Servicios Quirúrgicos A, B y F del Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela", en el período comprendido entre el 30 de junio y el 16 de julio del 2003.

La finalidad de esta investigación es acercarnos a un conocimiento objetivo de los temores que puedan manifestar los usuarios quirúrgicos hospitalizados en esta Institución.

Partimos de la base que " las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican ciertos riesgos". " Los enfermos deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y la cirugía, la ansiedad es un síntoma frecuente en los pacientes quirúrgicos, es la señal que indica que existe un esfuerzo de adaptación y de control de los temores y fantasías generados por la operación y la anestesia".

La selección de esta área de estudio se originó en nuestro pasaje por las diferentes experiencias prácticas a lo largo de la carrera en las cuales se observó un déficit de información acerca del proceso quirúrgico, por lo que creemos necesario e imprescindible la intervención oportuna y conjunta del equipo de salud para brindar una atención integral al usuario. Desde el punto ético es esencial informar por respeto al principio de autonomía para que puedan tener un papel activo en la toma de decisiones hacia su persona con la finalidad de sentirse preparados para elegir.

Por lo anteriormente mencionado el problema planteado fue ¿cuales son los temores que se manifiestan con mayor frecuencia en el preoperatorio inmediato?. A razón de lo cual el objetivo general planteado fue conocer los temores que se manifiestan con mayor frecuencia en el preoperatorio inmediato y para llegar al cumplimiento de éste se propuso caracterizar la población de usuarios coordinados para ser intervenidos quirúrgicamente, conocer la

información que posee el usuario sobre el proceso quirúrgico e identificar los temores que manifiestan los usuarios frente al proceso quirúrgico.

El estudio fue descriptivo y transversal, se llevo a acabo en un lapso de diecisiete días, el método empleado fue la encuesta y el instrumento aplicado fue el formulario semi estructurado.

Se estudió la población objeto a través de la elección de una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 52 usuarios.

El análisis de los datos se realizó utilizando el método descriptivo, presentando tablas de frecuencia absoluta, relativa porcentual, cruzamiento de variables y gráficos.

Con ésta se intenta aportar nuevos conocimientos sobre el tema, que estimulen y sirvan como referencia para la realización de una labor preventiva que solo tendrá sentido en la medida en que participen distintos sectores y disciplinas en forma conjunta, donde la enfermera universitaria conjuntamente con el equipo de salud pueden y deben ser elementos protagónicos y dinamizadores de dicha labor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Área Problema:

Temores en pre-operatorio.

Problema:

¿Cuáles son los temores que se manifiestan con mayor frecuencia en el preoperatorio inmediato?

OBJETIVOS:

General:

- Conocer los temores que se manifiestan con mayor frecuencia en el preoperatorio inmediato.

Específicos:

- Caracterizar la población de usuarios coordinados para ser intervenidos quirúrgicamente.
- Conocer la información que posee el usuario sobre el proceso quirúrgico.
- Identificar los temores que manifiestan los usuarios frente al proceso quirúrgico.

FUNDAMENTACION:

Para la realización de la investigación tomamos como punto de partida que el proceso quirúrgico desencadena reacciones emocionales (temores) y por consecuencia alteraciones somáticas, las cuales al no ser detectadas y tratadas en tiempo y forma pueden influir negativamente en el proceso quirúrgico y en la vida del usuario.

Esto se pudo percibir durante nuestro pasaje por las distintas áreas de atención, donde observando las necesidades, intereses y problemas de los usuarios creímos necesario e imprescindible la intervención oportuna y conjunta del equipo de salud. Al identificar los diferentes temores que pueden estar presentes ocasionando estrés durante el proceso quirúrgico, se puede actuar en forma eficaz y oportuna para mejorar la calidad de atención.

Uno de los aspectos fundamentales de la responsabilidad de la Enfermera Profesional con relación al usuario es el mantenimiento y restablecimiento de su autonomía personal. Esto implica que enfermería debe involucrar al usuario en el proceso de toma de decisiones sobre su salud y procurar que esté informado.

Estudios realizados por diversos autores demuestran que la información reduce el grado de ansiedad y como consecuencia la intensidad del dolor, haciendo que los acontecimientos sean más previsibles lo que ayuda a disminuir la ansiedad vinculada a la incertidumbre y prepara para hacer frente a los acontecimientos que los asustan.

Existen estudios que comprueban que el estrés prolonga la recuperación; porque reduce las defensas del organismo y aumenta la sensibilidad de las personas, estando en estrecha relación con los mecanismos de defensa que se ponen en juego para afrontar la situación.

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico porque obligan al usuario a enfrentar situaciones desconocidas que además implican ciertos riesgos. La ansiedad es un síntoma frecuente en los usuarios quirúrgicos, cierto nivel de ésta es normal y deseable, es la señal que indica que existe un esfuerzo de adaptación y control de los temores y

fantasías generados por la intervención y la anestesia. En cambio grados elevados de ansiedad pueden llegar a entorpecer el normal desarrollo de las situaciones, disminuir la capacidad de atención, de concentración y de retención y, como consecuencia, la colaboración del usuario es menor y puede repercutir negativamente en el postoperatorio.

Creemos que identificando los temores que pueden estar presentes ocasionando estrés durante el proceso quirúrgico, se puede actuar en forma eficaz y oportuna para mejorar la calidad de atención trabajando en forma conjunta con el Equipo de Salud

MARCO TEÓRICO

Partiendo del concepto de hombre, que es el objeto de estudio de nuestra investigación, comenzaremos haciendo referencia a H. San Martín, el cual lo define como "un ser vivo biológico, y sociocultural a la vez, que ha desarrollado socialmente una cantidad de diversidad de comportamientos incomparablemente más amplios y necesarios que cualquier otro animal. Es un animal poseedor de un sistema nervioso muy perfeccionado, ha desarrollado una vida psicológica, cultural, social y compleja, con sus componentes evolutivos e históricos. Es capaz de provocar cambios tanto en su medio como en su equilibrio biológico interno"⁽¹⁾.

De la interacción del hombre con su medio y la comunidad, pueden surgir situaciones desconocidas difíciles de afrontar, en las cuales éste se enfrenta a factores fisiológicos y psicológicos generadores de estrés que pueden variar según las características del ser humano, como ser sexo y edad.

Muchos psicólogos, han manifestado que desde el momento de la concepción, una persona empieza a ser educada como hombre o como mujer y así se moldea la personalidad o identidad. La diferenciación que tienen los hombres y las mujeres, hace cambiante la realidad social y el ser como persona. Esto se debe al proceso sociocultural del sistema social en el cual estamos insertos, y de eso depende cómo vamos a ser construidos: hombre o mujer. Aún en esta época "la mujer está educada para atender a la familia y el hombre para desarrollar un proyecto que le permita ser un individuo de bien, con el propósito de responder a la sociedad, elevar el nivel económico y social de su familia. Pero la mujer, a través de su orientación educativa, debe buscar un sentido a su vida y encontrar situaciones distintas a las enseñadas en el seno familiar"⁽²⁾.

Partiendo de la base que todo ser humano atraviesa a lo largo de su vida por diferentes etapas del ciclo vital, se tendrá en cuenta las definidas por

⁽¹⁾ San Martín, H.1989. Salud Pública y Medicina Preventiva.

⁽²⁾ www.monografia.com. Diferencias entre el hombre y la mujer

Piaget, que las divide en: recién nacido, lactante, preescolar, escolar, adolescente, adulto joven, adulto medio y adulto mayor, y teniendo en cuenta los criterios de inclusión de nuestra investigación, se mencionará a continuación características relevantes de cada etapa, partiendo del adulto joven. La etapa del adulto joven abarca desde los 20 hasta los 40 años, en la que se adquiere mayor estabilidad emocional, mayor autonomía, mayor proyección en cuanto a metas y es donde se debería adquirir una estabilidad a nivel de pareja. El desarrollo del pensamiento alcanza un paso más, el adulto pasa del pensamiento formal según Piaget, al pensamiento post formal que tiene la particularidad de que la persona es más flexible frente a las diversas situaciones a las que enfrenta. En el ámbito de la salud mental, el estrés es uno de los problemas frecuentes debido a la tensión, la presión interna y externa determinada por las exigencias laborales, familiares, sociales y a la dinámica de un mundo en cambios constantes y acelerados. A su vez esto puede provocar disminución de las defensas, lo que lleva a que el adulto joven sea más vulnerable. El adulto medio comprende entre los 40 y 65 años, en esta etapa logra reorientar la atención hacia sí mismo, la tarea principal es la auto comprensión, la autonomía personal, la búsqueda del equilibrio en el desarrollo de las emociones y pensamientos, coherencia entre lo que siente, piensa y hace, y el confrontamiento con los aspectos importantes de su vida. Las posibles crisis que se pueden enfrentar en esta edad tienen relación con el tomar conciencia que la primera parte de la adultez ha concluido, que los hijos crecen y de que la muerte es cada vez más cercana. La etapa de adulto mayor comprende de los 65 años para adelante. El envejecimiento psicológico de una persona es la consecuencia de la acción del tiempo vivido y percibido por él sobre su personalidad. El tiempo de vida de la gente mayor, generalmente jubilada, es cada vez más largo, es por ello que las situaciones psicosociales y la propia personalidad del anciano pueden cambiar desde que entra en la "tercera edad" hasta que alcanza la vejez avanzada, según su estado de salud, autonomía y crisis que pueden afectarle. Uno de los factores comunes que debe enfrentar una persona en la tercera edad, es la necesidad de adaptarse a las pérdidas: de energía, de vigor físico, de amigos y parientes, y en muchos casos, del trabajo y de la relación estrecha con los hijos. Para poder superar exitosamente esta situación es necesario que enfrente los múltiples duelos, que

le generan sentimientos difíciles de dolor y tristeza. Dentro de éste, debe también elaborar el duelo de su propia vida, que va a terminar en algún momento, es decir la persona debe enfrentar su propia muerte⁽³⁾.

Habiendo definido las características del ser humano, haremos referencia a la definición de Elena (1993), citado por Giacomantone, la cual considera que "el estrés es un concepto amplio referido a fenómenos que tiene que ver por un lado con respuestas fisiológicas de los sistemas nervioso, hormonal, cardiovascular, respiratorio y muscular, pero también alude a procesos de comportamientos psicológicos tan variados como la ansiedad, miedo, frustraciones o el agotamiento".

Podemos decir que "todo individuo experimenta varios tipos de estrés a lo largo de su vida, los cuales pueden ser positivos, favoreciendo cambios y crecimiento personal, o negativos, que alteran el equilibrio del individuo disminuyendo su capacidad para enfrentar el factor estresante"⁽⁴⁾. Entendiendo éste como "un fenómeno o acontecimiento que provoca un deterioro y desgaste de los recursos físicos o mentales del individuo"⁽⁵⁾.

Los acontecimientos vitales son uno de los factores estresantes que se pueden presentar en el transcurso de la vida del hombre. Definiendo como "acontecimiento vital a hechos y dificultades que plantean considerables retos y cambios en la vida de la persona y que alteran o amenazan con alterar las actividades normales de los individuos, como, por ejemplo, proceso quirúrgico, enfermedad, muerte del cónyuge, o dificultades sexuales"⁽⁶⁾. Como se mencionó anteriormente, el proceso quirúrgico es un factor estresante, entendiendo como éste "el desarrollo espacio temporal de la experiencia quirúrgica que abarca las fases preoperatorio, intra y postoperatorio y la constelación de vivencias que experimenta el usuario durante dicho proceso"⁽⁷⁾.

⁽³⁾ www.puc.cl/sw_educ/enferm/ciclo.

⁽⁴⁾ Potter, P. Perry. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica. Cáp.4, Pág. 60-77.

⁽⁵⁾ Diccionario de Enfermería. Mosby

⁽⁶⁾ Llor, E.1998. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Cap. 20.

⁽⁷⁾ Capezzuto, B. 1989. Aspectos psicológicos de la intervención quirúrgica.

La fase preoperatoria comprende desde el momento en que se decide practicar una intervención quirúrgica hasta el momento del traslado del usuario al quirófano. Se puede subdividir en dos etapas: mediano, que comprende entre 48 a 72 horas antes de la intervención, e inmediato, que abarca las 24 horas antes del acto quirúrgico. La duración del período preoperatorio condiciona un elevado nivel de ansiedad, que con frecuencia adopta la forma de un estado de angustia con crisis emocionales y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas. Cuanto más urgente sea la necesidad de operar, menos tiempo tiene el paciente para reconocer y controlar sus temores⁽⁸⁾. La fase intraoperatoria comienza con la inducción de la anestesia y culmina cuando el usuario ingresa a la unidad de asistencia postanestésica. La fase de postoperatorio se inicia desde la unidad postanestésica hasta que los efectos de la anestesia hayan cesado y el procedimiento quirúrgico se encuentre cicatrizado por completo.

Desde la notificación de la intervención hasta el momento del alta, en el usuario se despliegan un sin número de ansiedades, fantasías y temores inherentes a la situación quirúrgica. Definiendo temor como la manifestación verbal del usuario de una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o mal, que incluye consideraciones sobre la enfermedad que lleva a la intervención, preocupaciones por las alteraciones que implica a la vida familiar, social, laboral, postergación de planes importantes, amenaza a la vida misma, pérdida de partes o funciones importantes del cuerpo, peligro de invalidez crónica, dolor postoperatorio; temor a no volver a despertar, temor al error médico, "temor a despertar antes de que termine la intervención, el temor a lo desconocido, el entorno extraño, la pérdida de independencia, la falta de autocontrol y la estancia hospitalaria"⁽⁹⁾.

Al mencionar ansiedad, nos encontramos directamente con que "ansiedad prequirúrgica se asocia de forma directa al estado emocional posquirúrgico y a medidas o variables de recuperación física en el

⁽⁸⁾ Giacomantone, E. 1997. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico.

⁽⁹⁾ Alorda, C. 1999. Rev. Clínica de Enfermería. Vol. 9, Núm. 3, Pág. 109-114.

postoperatorio, como por ejemplo dolor, necesidad de medicación, días de estancia hospitalaria, complicaciones y reajuste físico⁽⁹⁾.

Para lograr una disminución de la ansiedad, es necesario que el usuario reciba información por parte del equipo de salud sobre los acontecimientos que rodean a la intervención, así como los procedimientos y exploraciones que se deben proporcionar, y también "se deben incluir datos sobre las sensaciones que experimentará"⁽⁹⁾.

Es competencia del médico brindar "información completa y veraz sobre cualquier maniobra diagnóstica y terapéutica que se proponga; tiene el deber de comunicar el beneficio y los riesgos que ofrecen tales procedimientos en un lenguaje suficiente y adecuado; en caso de no contar con los medios técnicos apropiados, deberá avisar al paciente informando las alternativas posibles"⁽¹⁰⁾. También deberá informar sobre los siguientes aspectos: el motivo, la urgencia, el alcance, la gravedad, los riesgos, la modalidad, las consecuencias y posibles efectos secundarios de la intervención proyectada y las eventuales alternativas de tratamiento y sus costos.

En ocasiones la enfermera se enfrenta a un dilema ético cuando el usuario no sabe la razón real de la intervención, por lo que se debe dialogar con el médico antes de revelar datos concretos acerca del diagnóstico clínico para evitar la confusión y alertar al médico si éste necesita una aclaración.

"El profesional de enfermería puede proporcionar apoyo psíquico para el paciente y su familia"⁽⁴⁾. "Si el personal de enfermería facilita la información relacionada con la satisfacción de las necesidades básicas se fomentará la participación activa del usuario en su plan de cuidados. Entre esta información se destaca: orientar proporcionando datos del entorno hospitalario (horarios de

⁽⁹⁾ Alorda, C. 1999. Rev. Clínica de Enfermería. Vol. 9, Núm. 3, Pág. 109-114.

⁽¹⁰⁾ SMU. 1999. Código de Ética Médica

⁽⁴⁾ Potter, P. Perry. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica. Cap.4, Pág. 60-77.

visita, comidas y visita médica), el personal de enfermería a cargo, y los procedimientos a los cuales van a ser sometidos⁽¹¹⁾.

La información que recibe el usuario permite que pueda adaptarse a la situación en que se encuentra.

La adaptación es entonces "el proceso de cambio que se produce cuando un individuo responde al estrés. La adaptación es un intento de mantener un funcionamiento óptimo mediante los mecanismos fisiológicos y de afrontamiento"⁽⁴⁾.

A continuación detallaremos aspectos de la adaptación psicológica ya que es de interés para nuestra investigación, definiéndola como un "proceso complejo determinado por la estructura psicológica del usuario e incluye conductas generales, manifestaciones afectivas y motoras y estrategias de intercambio con el ambiente, además de mecanismo de defensa cuya función es reducir o anular el daño anticipado, es decir eliminar la ansiedad y la sensación de peligro. Todos estos elementos pueden alterar el funcionamiento adaptativo al estrés"⁽⁸⁾. Si el usuario no presenta una adaptación adecuada puede "condicionar muchas de las alternativas de la evolución quirúrgica, tanto las referidas a las complicaciones psicológicas y psiquiátricas como a la recuperación orgánica postoperatoria"⁽⁸⁾

Para comprender como se adapta un individuo debemos tener en cuenta distintos componentes de la adaptación como ser: el componente espiritual, ya que las creencias en un ser supremo pueden ser poderosas herramientas para la adaptación al estrés debido a una enfermedad; el componente sociocultural pues todo individuo mantiene relaciones sociales con otros (familia, compañeros de trabajo, semejantes), éstos pueden proporcionar apoyo psicológico⁽⁴⁾.

⁽¹¹⁾ Vila, A. 1997. Rev. Enfermería Clínica. Vol. 7, núm. 3, Pág. 119-125.

⁽⁴⁾ Potter, P. Perry. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica. Cap.4, Pág. 60-77.

⁽⁸⁾ Giacomantone, E. 1997. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico

DISEÑO METODOLOGICO:

El tipo de estudio es un diseño descriptivo y transversal, siendo el muestreo no probabilística por conveniencia.

La población esta integrada por 52 usuarios de ambos sexos que cursan la etapa de preoperatorio inmediato (entre las 24 y 12 hrs. previas al acto quirúrgico), sin déficit intelectual, hospitalizados en los servicios quirúrgicos de dicho nosocomio.

El método que se emplea es la encuesta, y el instrumento de elección para el registro de información es el formulario, aplicado desde el 30 de junio al 16 de julio del 2003 inclusive.

La aplicación de la encuesta se realizó por parte de una estudiante mediante una entrevista personal a cada usuario, previo aceptación a participar en el estudio.

Luego de la recabación, los datos fueron analizados utilizando tablas de frecuencia absoluta, frecuencia relativa porcentual, cruzamiento de variables, medidas de resumen y representaciones graficas. Las variables estudiadas son las siguientes:

- *Variables para la caracterización de la población:* edad (20 a 42, 43 a 65, mayor de 65 años), sexo, nivel de instrucción, procedencia, ocupación, religión, tiempo de internación (1 a 10, 11 a 20, 21 a más días), cirugías anteriores, acompañantes.
- *Variables relacionadas a la información:* ¿le brindaron información acerca de la intervención?, ¿recibió información sobre el postoperatorio?, ¿quién le brindó la información?.
- *Variables relacionadas al estrés:* temor a: la anestesia, el dolor, al despertarse en el medio de la cirugía, al post-operatorio, a la muerte, al error médico y ala perdida funcional de una parte del cuerpo.

Operacionalización de las Variables:

Variables para la caracterización de la población:

Edad: tiempo en años que han transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento actual.

Variable: cuantitativa continua

Indicador: años.

Sexo: clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta características anatómicas y cromosómicas.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: femenino, masculino.

Nivel de Instrucción: es la educación que recibe una persona en una institución destinada para tal finalidad.

Variable: cualitativa ordinal

Indicador: analfabeto, enseñanza primaria incompleta, enseñanza primaria completa, enseñanza secundaria incompleta, enseñanza secundaria completa, enseñanza terciaria incompleta, enseñanza terciaria completa.

Procedencia: lugar donde reside el usuario.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: Montevideo e Interior.

Condición laboral: Tarea que el usuario desarrolla en forma cotidiana ya sea remunerada o no.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador:

Empleado: individuo que realiza una actividad remunerada en el ámbito público o privado.

Desempleado: Individuo que no realiza actividad remunerada.

Pasivo: individuo que recibe una pensión y/o jubilación.

Religión: es un conjunto de creencias, de normas morales y de actos de culto que unen al hombre con un ser supremo.

Variable: cualitativa nominal.

Indicadores: sí, no.

Tiempo de internación: días transcurridos desde el ingreso del usuario al hospital hasta el momento de la encuesta.

Variable: cuantitativa discreta.

Indicador: número de días.

Cirugías anteriores: momentos anteriores en que el usuario ha pasado por un acto quirúrgico.

Variable: cualitativa nominal.

Indicadores: sí, no.

¿Tiene acompañante en algún momento del día?: aquella persona que forma parte de la familia o no y que se encuentra al lado del usuario.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

Variables relacionadas con la información

¿Le brindaron información acerca de la intervención?: es la manifestación del usuario en forma verbal acerca de la información que recibió por parte del equipo de salud con respecto al proceso quirúrgico.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

¿Recibió información sobre el postoperatorio?: es la manifestación del usuario en forma verbal acerca de la información que recibió por parte del equipo de salud con respecto al postoperatorio.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no. Si la respuesta corresponde al indicador "sí", se evaluarán las siguientes variables, por medio de la pregunta "¿sobre que?"

donde se tendrán en cuenta los siguientes ítems: sueros, drenajes, analgesia, dolor, ejercicios respiratorios, alimentación, otros (ítems mencionados por el usuario que no estén citados anteriormente).

¿Quién le brindo la información?: es aquella persona que forma parte del equipo de salud y que brinda información y orientación con respecto al proceso quirúrgico.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: médico, licenciada en enfermería, auxiliar de enfermería.

Variables relacionadas al estrés

¿Siente temor por la intervención?: definiendo temor como la manifestación verbal del usuario de una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o mal relacionado a la intervención.

Variable: cualitativa nominal.

Indicadores: sí, no. Si la respuesta corresponde al indicador "sí", se evaluarán las siguientes variables, por medio de la pregunta "¿cuáles temores?".

Temor a la anestesia: Perturbación angustiosa del ánimo debido a la ausencia de las sensaciones normales, especialmente de la sensibilidad para el dolor que es inducida por una sustancia anestésica al torrente sanguíneo o zona nerviosa.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

Temor al dolor: Perturbación angustiosa del ánimo debido a la sensación desagradable provocada por la estimulación perjudicial de las terminaciones nerviosas sensitivas.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

Temor al despertarse en medio de la cirugía: Perturbación angustiosa del ánimo a despertarse durante la cirugía.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

Temor al post operatorio: Sentimiento de perturbación que la persona siente ante la etapa del post operatorio con respecto a las dificultades que debe enfrentar luego de la cirugía.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

Temor a la muerte: Sensación angustiosa de perder la vida.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

Temor al error médico: Sensación angustiosa que el usuario manifiesta en relación a una equivocación por parte del médico en el momento de la cirugía.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

Temor a la pérdida funcional de una parte del cuerpo: Sensación angustiosa que el usuario manifiesta de perder un órgano o un miembro del cuerpo.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla N° 1

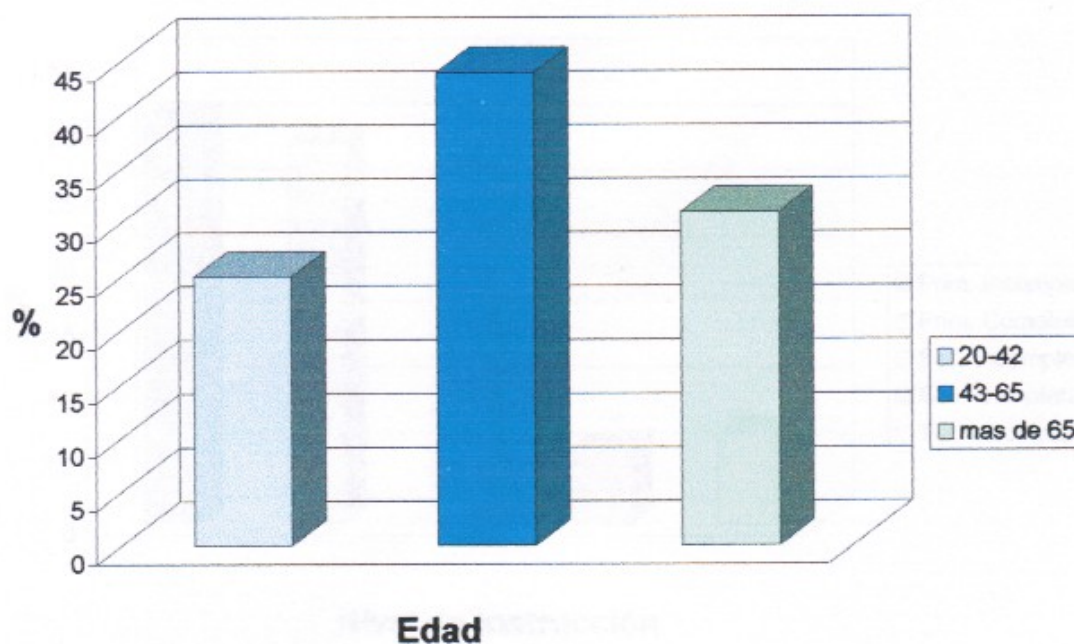
Distribución de la población según edad, Montevideo, junio - julio, 2003.

Edad (años)	FA	FR %
20-42	13	25
43-65	23	44
mas de 65	16	31
Total	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Grafico N°1

Distribución de la población según edad



En la edad de los encuestados predomina el rango comprendido entre 43 a 65 años.

Tabla N° 2

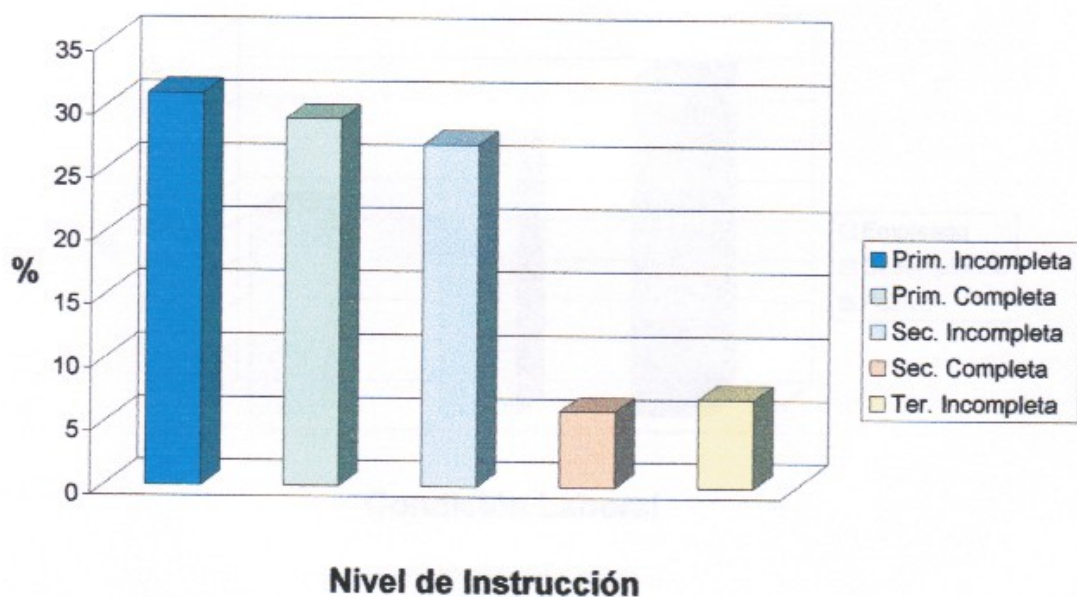
Distribución de la población según nivel de instrucción, Montevideo, junio-julio, 2003.

Nivel de Instr.	FA	FR%
Prim. Incompleta	16	31
Prim. Completa	15	29
Sec. Incompleta	14	27
Sec. Completa	3	6
Ter. Incompleta	4	7
Total	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Grafico N° 2

Distribución de la población según nivel de instrucción



El 31% de la población encuestada presenta primaria incompleta.

Tabla N° 3

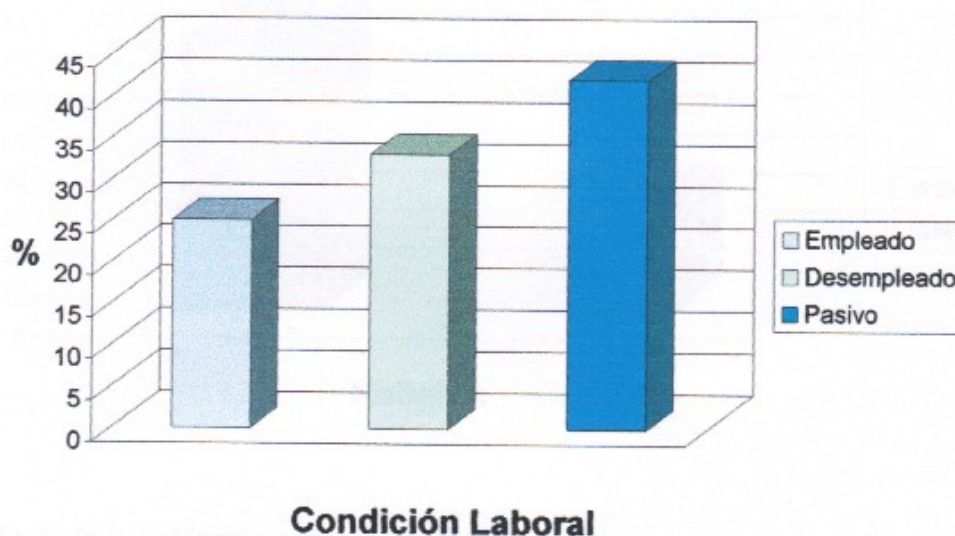
Distribución de la población según condición laboral, Montevideo junio - julio, 2003.

Cond. Laboral	FA	FR%
Empleado	13	25
Desempleado	17	33
Pasivo	22	42
Total	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Grafico N° 3

Distribución de la población según condición laboral



El 42 % de la población encuestada es pasiva.

Tabla N° 4

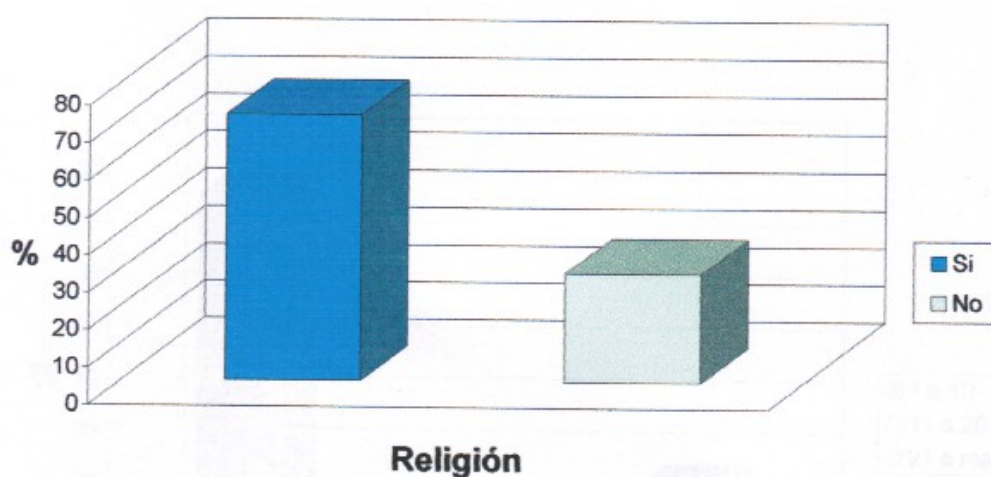
Distribución de la población según religión, Montevideo, junio-julio 2003.

Religión	FA	FR%
Si	37	71
No	15	29
Total	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Grafico N° 4

Distribución de la población según religión



El 71 % de la población encuestada manifiesta poseer creencias religiosas.

INSTITUTO NAL. ENFERMERIA
BIBLIOTECA
HOSPITAL DE CLINICAS
AV ITALIA S/N 3er PISO
MONTEVIDEO - URUGUAY

Tabla N° 5

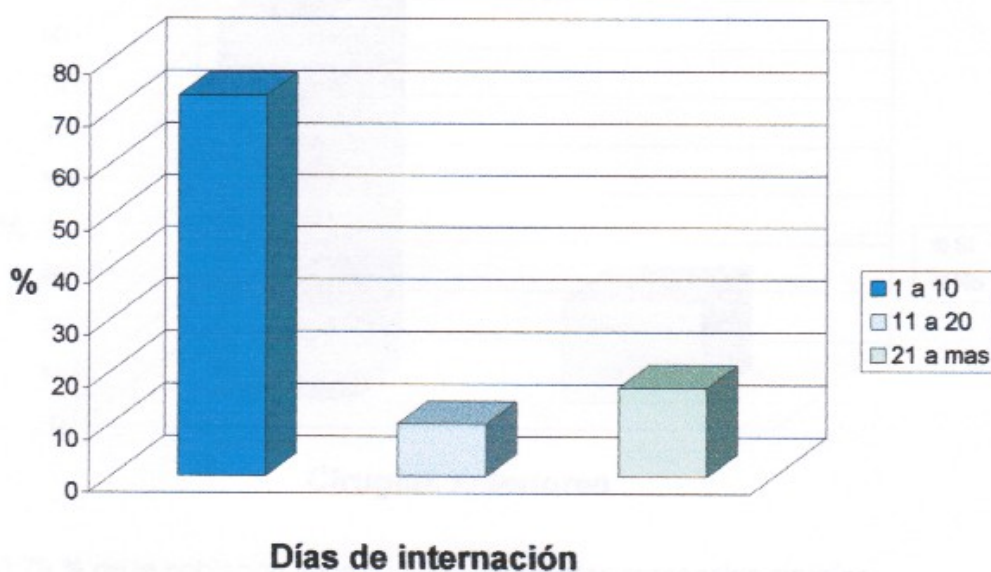
Distribución de la población según días de internación previos al acto quirúrgico, Montevideo, junio-julio 2003.

Días de Intern.	FA	FR%
1 a 10	38	73
11 a 20	5	10
21 a mas	9	17
Total	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N° 5

Distribución de la población según días de internación previos al acto quirúrgico.



El 73 % de la población permanece internada de 1 a 10 días.

Tabla N° 6

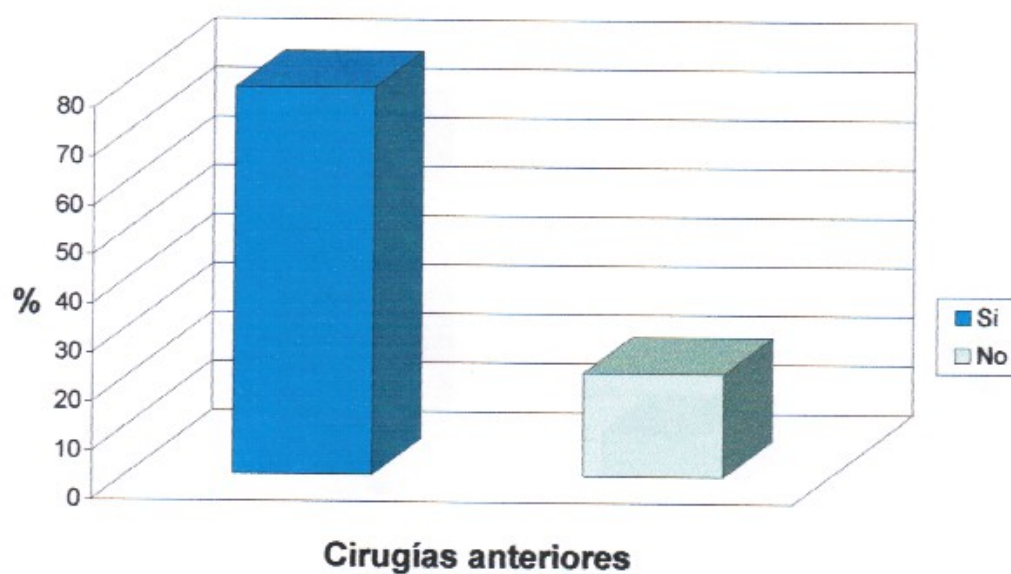
Distribución de la población según cirugías anteriores, Montevideo, junio - julio 2003.

Cirug. Anteriores	FA	FR%
Si	41	79
No	11	21
Total	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Grafico N° 6

Distribución de la población según cirugías anteriores



El 79 % de la población tiene como antecedentes personales cirugías previas.

Tabla N° 7

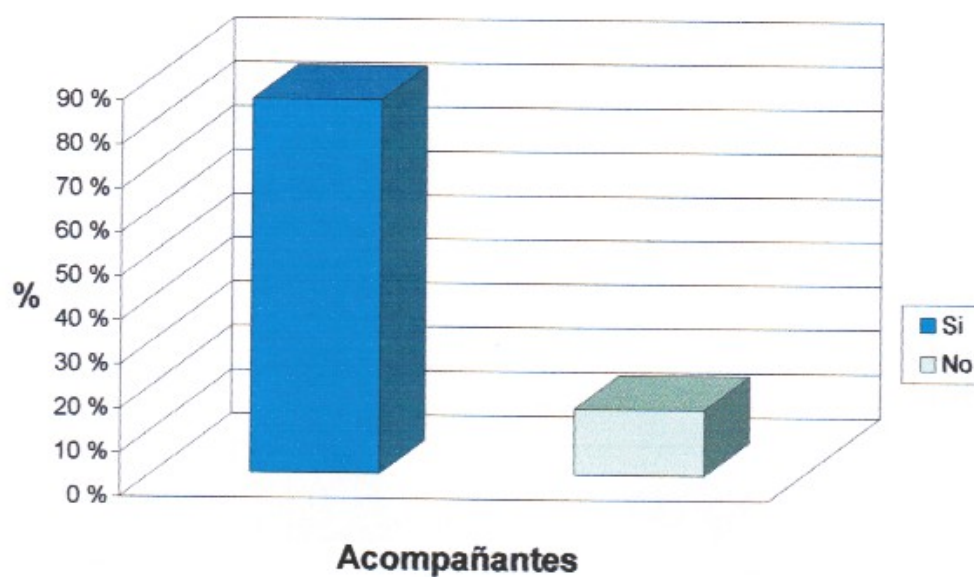
Distribución de la población según la presencia de acompañantes, Montevideo junio - julio 2003.

Acompañantes	FA	FR %
Si	44	85
No	8	15
Total	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Grafico N° 7

Distribución de la población según la presencia de acompañantes



El 85 % de la población encuestada presenta acompañante en algún momento del día.

Tabla N° 8

Distribución de la población según información brindada sobre la intervención, Montevideo, junio - julio 2003

Inf. sobre interv.	FA	FR %
Si	49	95
No	3	5
Total	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N° 8

Distribución de la población según información brindada sobre la intervención.



El 95 % de la población encuestada manifiesta haber recibido información sobre la intervención

Tabla N° 9

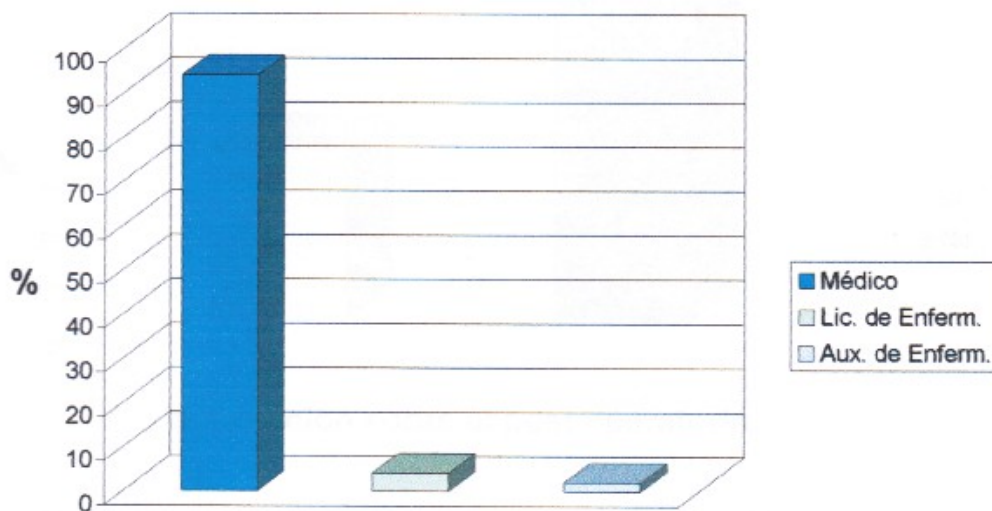
Distribución de la población según la fuente de información referida a la intervención, Montevideo, junio - julio 2003.

Fuente de Inf.	FA	FR%
Médico	49	94
Lic. de Enferm.	2	4
Aux. de Enferm.	1	2
Total	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N° 9

Distribución de la población según la fuente de información referida a la intervención.



Fuente de información

El 94 % de la población manifestó haber recibido información sobre la intervención por parte del médico.

Tabla N° 10

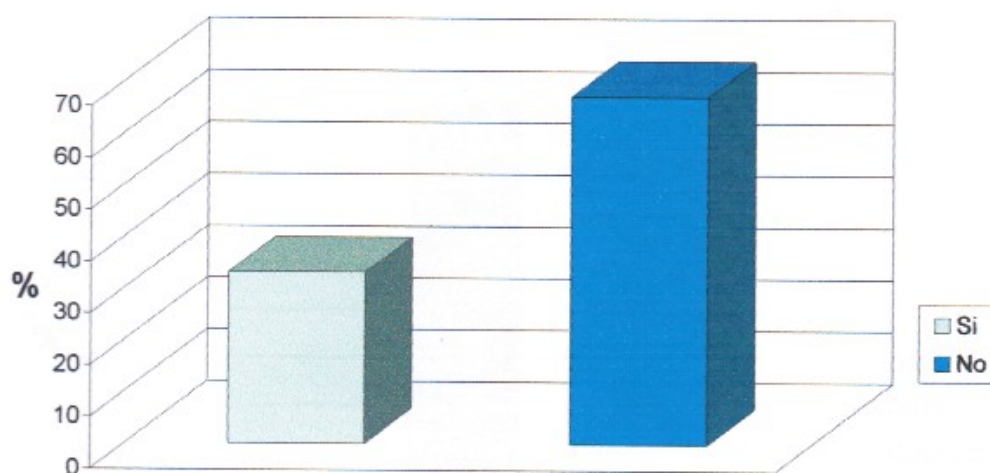
Distribución de la población según la información brindada sobre el post operatorio, Montevideo, junio - julio 2003.

Inf. sobre post op	FA	FR %
Si	17	33
No	35	67
Total	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N° 10

Distribución de la población según la información brindada sobre el post operatorio.



Información sobre el post operatorio.

Se destaca que el 67 % de la población manifestó no tener información sobre el post operatorio.

Tabla N° 11

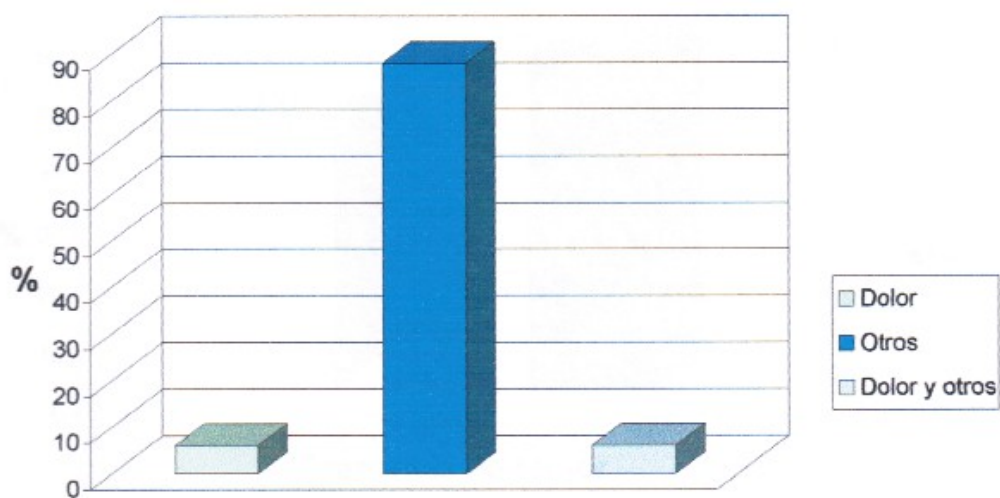
Distribución de la población según información en cuanto aspectos del post operatorio, Montevideo, junio - julio 2003.

Inf. sobre post op	FA	FR%
Dolor	1	6
Otros	15	88
Dolor y otros	1	6
Total	17	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N° 11

Distribución de la población según información en cuanto aspectos del post operatorio.



Información de aspectos del post operatorio

El 88 % de la población encuestada recibió información sobre otros aspectos del post operatorio.

Tabla N° 12

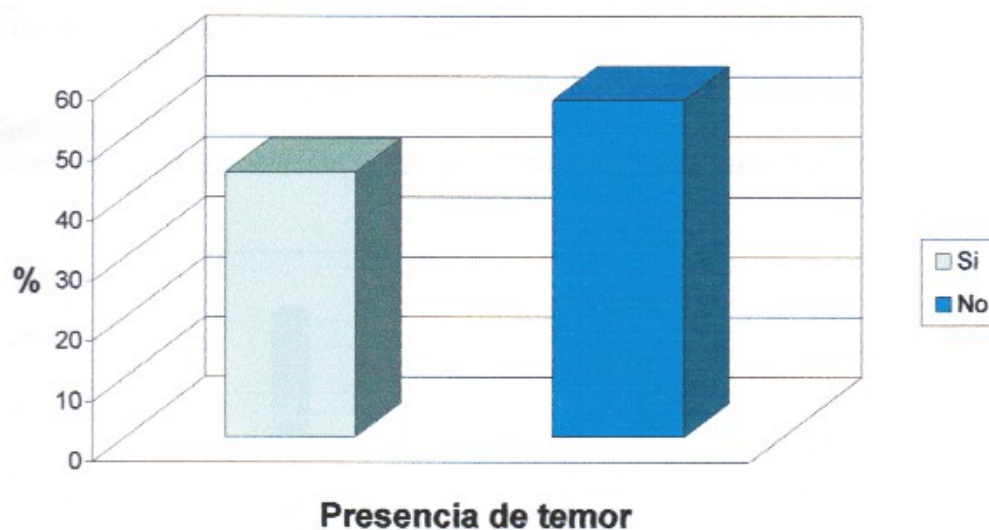
Distribución de la población según la manifestación de la presencia de temor, Montevideo, junio - julio 2003.

Presencia de Temor	FA	FR %
Si	23	44
No	29	56
Total	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N° 12

Distribución de la población según la manifestación de la presencia de temor



El 56% de la población manifiesta no presentar temor ante la intervención.

Tabla N° 13

Distribución de la población según el tipo de temor que manifiestan
Montevideo, junio - julio 2003

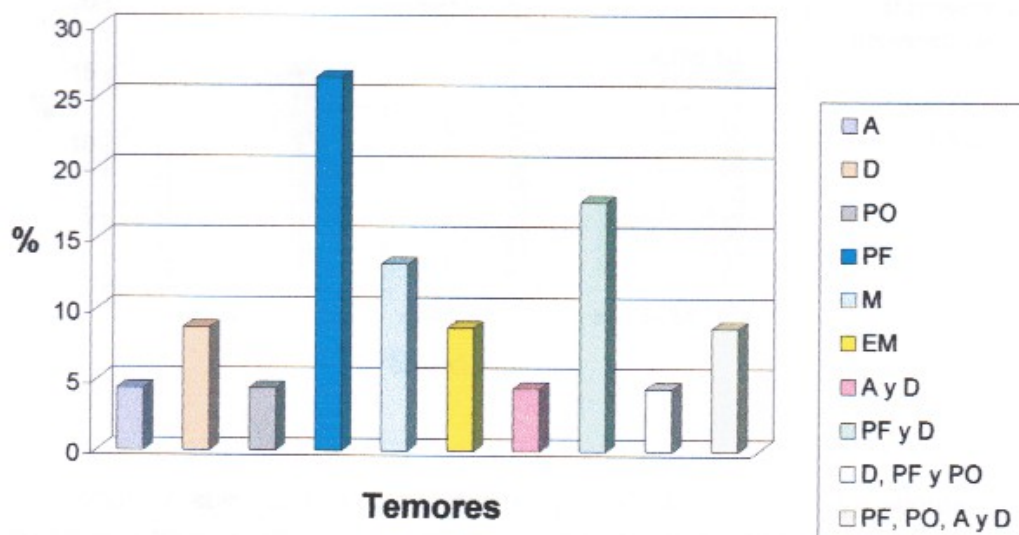
Temores	FA	FR%
A	1	4
D	2	9
PO	1	4
PF	6	26
M	3	13
EM	2	9
A y D	1	4
PF y D	4	18
D, PF y PO	1	4
PF, PO, A y D	2	9
Total	23	101

A- Anestesia
D- Dolor
PF- Pérdida Funcional
EM- Error Médico
PO- Post operatorio
M- Muerte

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N° 13

Distribución de la población según el tipo de temor que presentan



El 26 % de la población encuestada manifestó presentar temor a la pérdida funcional de una parte del cuerpo.

Tabla N° 14

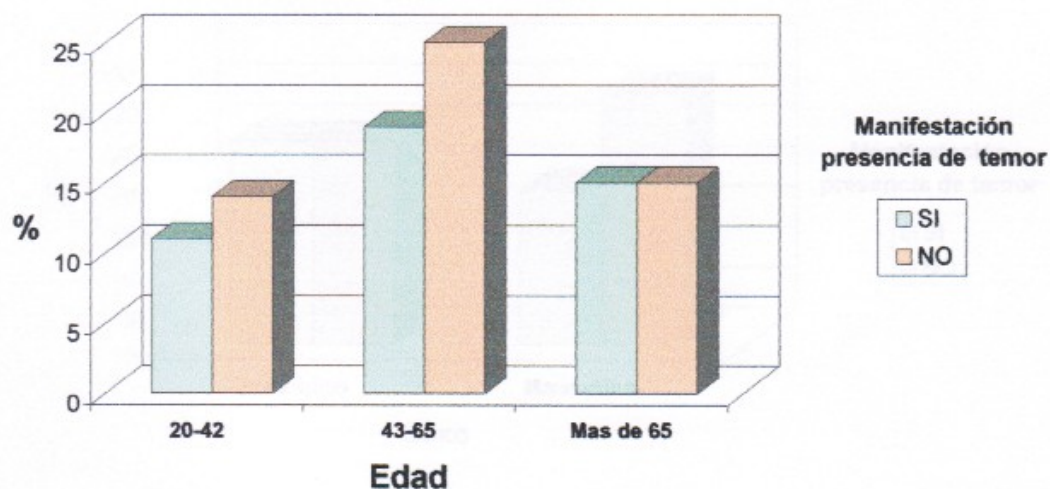
Distribución de la población según edad y manifestación de presencia de temor, Montevideo, junio -julio, 2003.

Edad (años)	Manifestación de Presencia de Temor					
	SI		NO		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
20-42	6	11	7	14	13	25
43-65	10	19	13	25	23	44
Mas de 65	8	15	8	15	16	31
Total	24	45	28	54	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Grafico N° 14

Distribución de la población según edad y manifestación de presencia de temor



En el rango de edad comprendido entre 43 a 65 años se ubican los mayores porcentajes relacionado a la manifestación de presencia y no presencia de temor.

Tabla N° 15

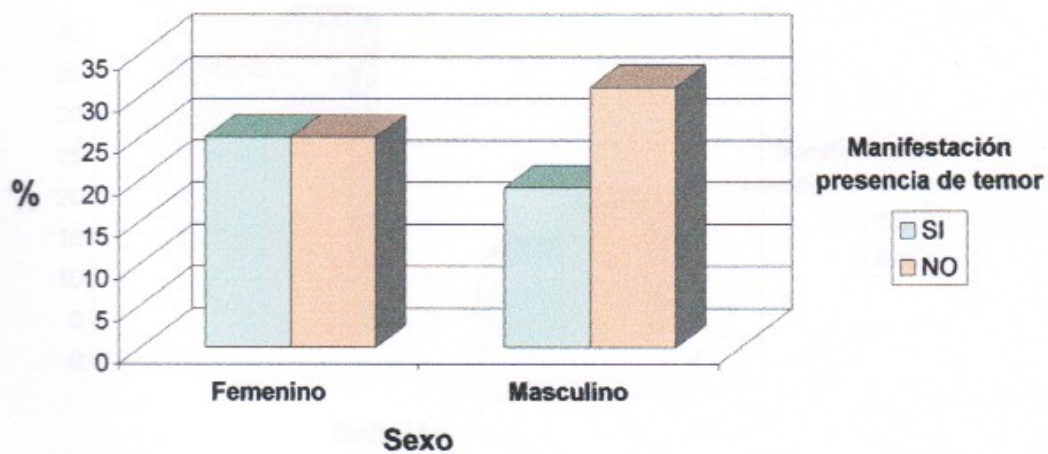
Distribución de la población según sexo y manifestación de presencia de temor, Montevideo, junio - julio, 2003.

Sexo	Presencia de Temor					
	SI		NO		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Femenino	13	25	13	25	26	50
Masculino	10	19	16	31	26	50
Total	23	44	29	56	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N° 15

Distribución de la población según sexo y manifestación de presencia de temor



El sexo masculino en un 31% manifestó no sentir temor.

Tabla N° 16

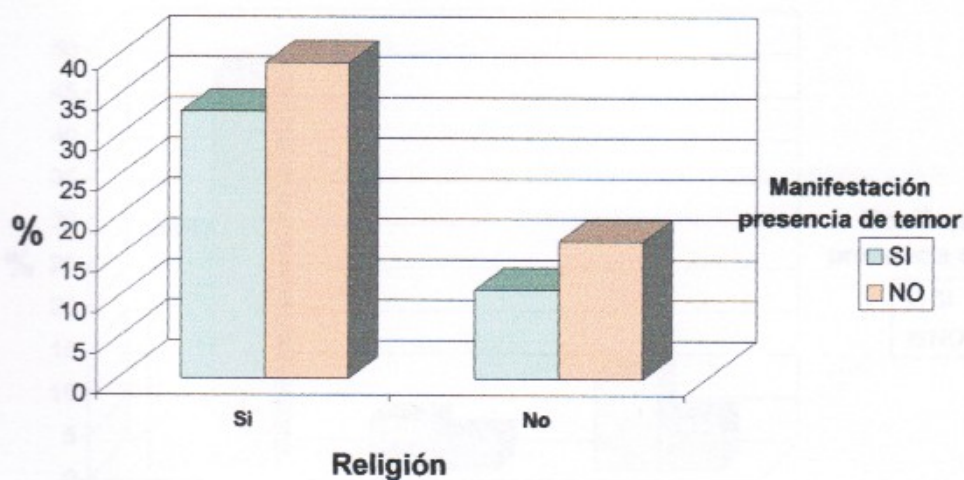
Distribución de la población según religión y manifestación de presencia de temor, Montevideo, junio - julio, 2003.

Religión	Presencia de Temor					
	SI		NO		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Si	17	33	20	39	37	72
No	6	11	9	17	15	28
Total	23	44	29	56	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N° 16

Distribución de la población según religión y manifestación de presencia de temor.



El 39% de la población posee creencia religiosa y manifiesta no presentar temor.

Tabla N° 17

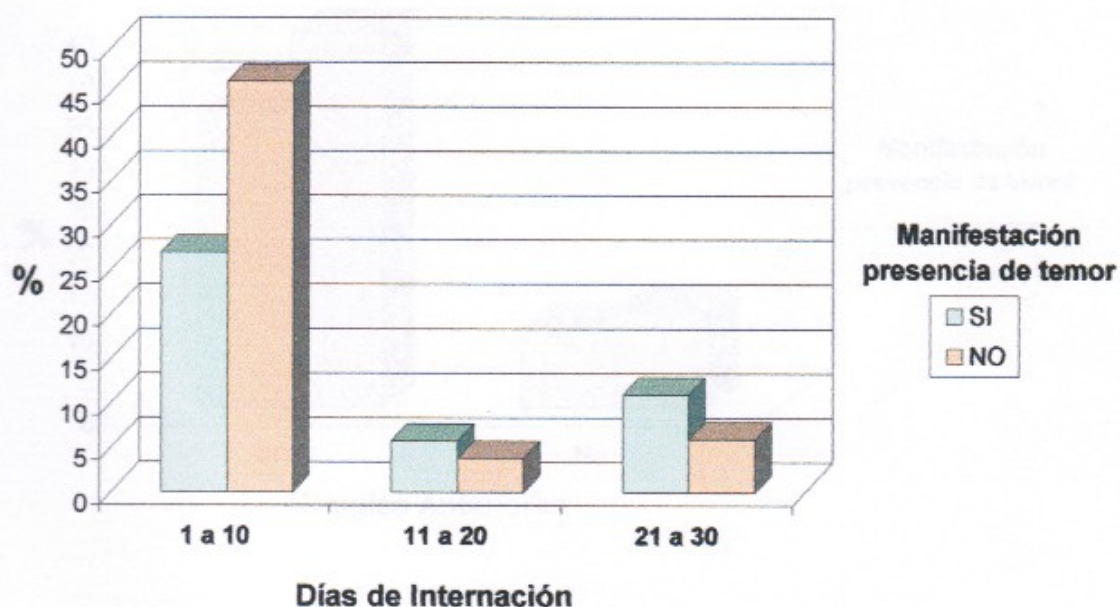
Distribución de la población según días de internación y manifestación de presencia de temor, Montevideo, junio - julio, 2003.

Días Inter.	Presencia de Temor					
	SI		NO		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
1 a 10	14	27	24	46	38	73
11 a 20	3	6	2	4	5	10
21 a 30	6	11	3	6	9	17
Total	23	44	29	56	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N° 17

Distribución de la población según días de internación y manifestación de



El 46% de la población se encuentra internada entre 1 a 10 días y manifiesta no presentar temor.

Tabla N° 18

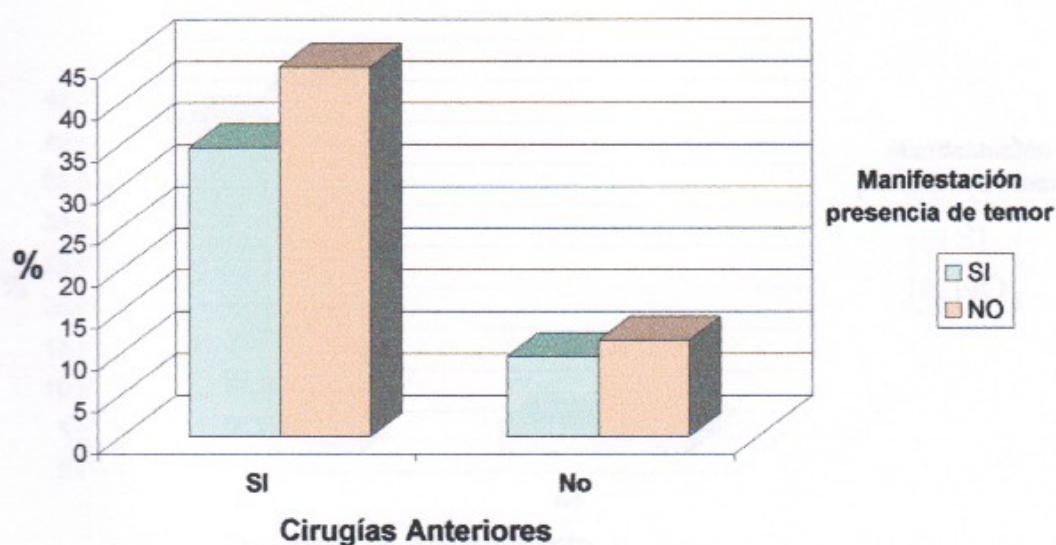
Distribución de la población según cirugías anteriores y manifestación de presencia de temor, Montevideo, Junio -julio, 2003.

Cirug. Anter.	Presencia de Temor					
	SI		NO		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
SI	18	35	23	44	41	79
No	5	10	6	12	11	21
Total	23	44	29	56	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N° 18

Distribución de la población según cirugías anteriores y manifestación de presencia de temor.



Un 44% de la población presenta cirugías anteriores y manifiesta no presentar temor.

Tabla N° 19

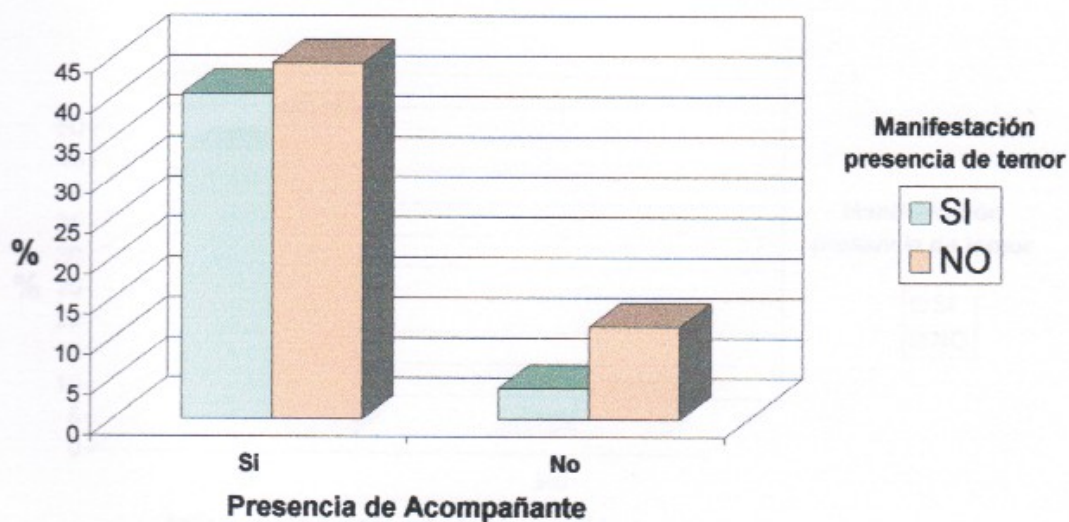
Distribución de la población según presencia de acompañantes y manifestación de presencia de temor, Montevideo, junio - julio, 2003.

Acomp.	Presencia de Temor					
	SI		NO		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Si	21	40	23	44	44	85
No	2	4	6	12	8	15
Total	23	44	29	56	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N° 19

Distribución de la población según presencia de acompañantes y manifestación de presencia de temor.



Un 44% de la población presenta acompañante y manifiesta no presentar temor.

Tabla N° 20

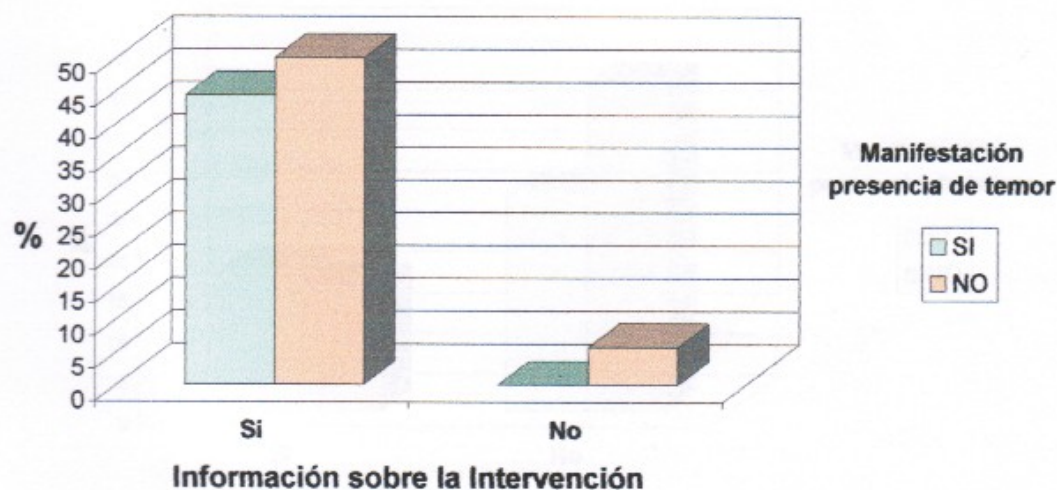
Distribución de la población según información sobre la intervención y manifestación de presencia de temor, Montevideo, junio -julio, 2003.

Inf. Inter..	Presencia de Temor					
	SI		NO		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Si	23	44	26	50	49	94
No	0	0	3	6	3	6
Total	23	44	29	56	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N° 20

Distribución de la población según información sobre la intervención y manifestación de presencia de temor.



Un 50% de la población posee información sobre la intervención y manifiesta no presentar temor.

Tabla N° 21

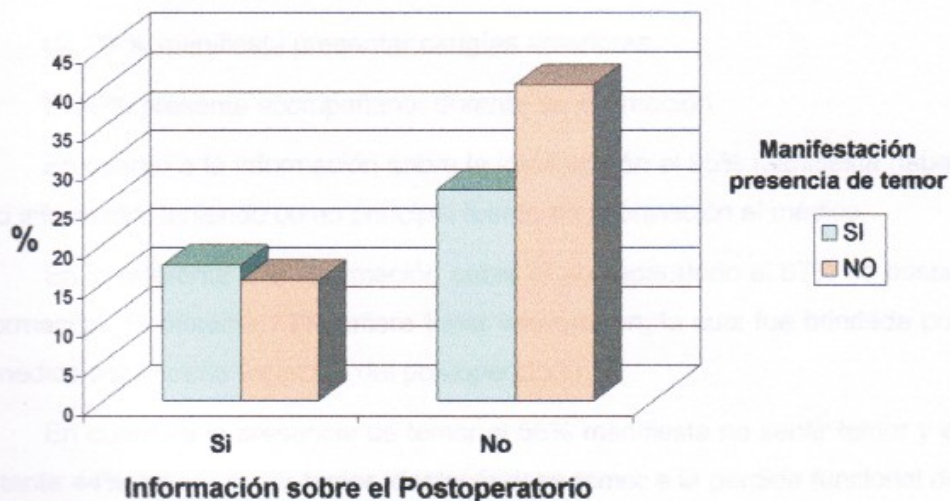
Distribución de la población según información sobre el post operatorio y manifestación de presencia de temor, Montevideo, junio -julio, 2003.

Inf. Post.	Presencia de Temor					
	SI		NO		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Si	9	17	8	15	17	33
No	14	27	21	40	35	67
Total	23	44	29	56	52	100

Fuente: Encuesta realizada a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N° 21

Distribución de la población según información sobre el post operatorio y manifestación de presencia de temor.



Un 40% de la población no posee información y manifiesta no presentar temor.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS:

A continuación se detallará los resultados obtenidos más relevantes de la población en estudio integrada por 52 usuarios.

En lo referente al sexo, se distribuye en forma igualitaria, 50% femenino y el restante 50% masculino.

La media de edad se sitúa en 70 años, en un rango que abarca de 20 a 82 años.

El nivel de instrucción que predomina es primaria incompleta en un 31%.

En cuanto a la condición laboral el mayor porcentaje corresponde a la población pasiva con un 42%.

El 50% procede de la capital del país y el restante 50% del interior.

El 71 % posee creencias religiosas.

Según los días de internación el 73% permanece internado entre 1 a 10 días, encontrándose la media en 9 días.

Un 79 % manifiesta presentar cirugías anteriores.

El 85% presenta acompañante durante su internación.

En cuanto a la información sobre la intervención el 95% manifiesta haber sido informado, teniendo como principal fuente de información al médico.

En lo referente a la información sobre el postoperatorio el 67% no posee información. El restante 33% refiere tener información, la cual fue brindada por el médico sobre otros aspectos del postoperatorio.

En cuanto a la presencia de temor el 56% manifiesta no sentir temor y el restante 44% refiere sentir temor, destacándose temor a la pérdida funcional de una parte del cuerpo y al dolor.

A continuación se comenzará a describir los resultados obtenidos de la tablas bivariadas.

En la tabla N°14 donde se relaciona edad y presencia de temor el resultado concuerda con la bibliografía consultada, la cual hace referencia que en muchos usuarios toda intervención quirúrgica produce temor e implica

riesgo⁽¹⁰⁾. En nuestra población de estudio los resultados obtenidos no tuvieron una marcada diferencia entre la presencia y no presencia de temor según la edad, esto puede deberse por un lado a que el usuario niegue el temor ante la situación a la cual se enfrenta y por otro a la etapa etaria por la cual atraviesa, donde se ponen en juego diferentes expectativas y proyectos de vida.

En lo referente al sexo y presencia de temor resalta un predominio del sexo masculino que refiere no sentir temor a la intervención, esto se puede deber a la tendencias, de percibir distintas situaciones como amenazadoras, y en la manera de manifestar determinadas reacciones. "Muchos psicólogos, han manifestado que desde el momento de la concepción, una persona empieza a ser educada como hombre o como mujer; es decir, se moldea la personalidad o identidad. Tenemos la concepción de fragilidad para lo femenino y la fortaleza para lo masculino^{(2)*}.

En la tabla N°16 se presentan las variables religión y presencia de temor la cual indica que el 39% de la población encuestada posee creencias religiosas y no presenta temor. Esto coincide con la bibliografía consultada, la cual refiere que poseer una creencia religiosa puede ser una poderosa herramienta para una adaptación adecuada frente al factor estresante, en este caso la intervención, ayudando a reducir el temor.

En la tabla N°17 se puede decir que a menor días de internación, menor es la presencia de temor y viceversa, dándose un 46% de la población encuestada que manifiesta no sentir temor presentando una estadía hospitalaria de 1 a 10 días de internación. Según los datos obtenidos en esta tabla se puede manifestar que la estadía hospitalaria influye en la presencia de temor, cuanto más prolongado es el período de internación mas se ponen en juego distintos factores externos (económicos, suspensión de la intervención, postergación de la reinserción al medio, alteración del ritmo de vida familiar, etcétera) que pueden influir en la estabilidad emocional del usuario.

En la tabla N°18 un 44% de la población encuestada presenta como antecedentes cirugías anteriores y manifiesta no sentir temor, este resultado

⁽¹⁰⁾ Potter, P. Perry. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica. Cap.36, Pág. 1086 – 1134.

⁽²⁾ www.monografia.com. Diferencias entre el hombre y la mujer.

estaría relacionado a la existencia de antecedentes de una optima adaptación emocional a cirugías anteriores⁽⁸⁾. En contrapartida hay un 35% que presenta antecedentes de cirugías anteriores y si manifiesta sentir temor lo cual se puede asociar a experiencias anteriores negativas o fantasías y temores que se originan en la historia familiar del usuario, quien al operarse puede temer que se repitan los problemas que han experimentado sus parientes o amigos durante las distintas intervenciones.

El cruce de variable acompañante y presencia de temor, muestra que la presencia de acompañante no incide en forma directa en la manifestación de no sentir temor. Puesto que el acompañante puede brindar apoyo con su presencia, pero también enfrentarse a los mismos factores de estrés que el propio usuario⁽¹²⁾.

En lo que respecta al cruce de variables información brindada sobre la intervención y presencia de temor se destaca que un 50% de la población encuestada manifiesta tener información y no presentar temor. Esto coincide con la revisión bibliográfica la cual refiere que la información brindada en el preoperatorio proporciona seguridad ayudando a disminuir la ansiedad y los temores y/o prevenir que el grado de estos sobrepasen los límites saludables. De esta manera el usuario estaría en condiciones de afrontar favorablemente la intervención quirúrgica.

Con respecto a la información brindada sobre el postoperatorio y la presencia de temor, la tabla marca un predominio de un 40% de la población encuestada que manifiesta no poseer información y no presentar temor, esto puede deberse a que dicha población al encontrarse en una etapa de preoperatorio inmediato sus temores están dirigidos al suceso más próximo que es la intervención o que al no poseer información desconoce los riesgos al cual se puede enfrentar y así no presentar temor.

Para finalizar cabe destacar que los resultados obtenidos son sugerentes al problema planteado en la investigación.

⁽⁸⁾ Giacomantone, E. 1997. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico.

⁽¹²⁾ Potter, P. Perry. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica. Cap.36, Pág. 1086-1134.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Esta investigación constituye un acercamiento que permite identificar uno de los factores psicológicos de estrés, el temor que se presenta en los usuarios que cursan el período preoperatorio.

Los resultados obtenidos muestran que el temor está presente, aunque no se manifiesta en gran porcentaje en la población encuestada. Los diferentes temores manifestados fueron temor a la pérdida funcional de una parte del cuerpo, temor al dolor, temor al post operatorio, temor a la anestesia, temor a la muerte, temor al error médico.

Luego del análisis del estudio podemos decir que la población encuestada manifestó poseer información sobre la cirugía, la cual fue brindada por el médico ya que es de su competencia profesional, no así del post operatorio. Esta situación refleja una escasa participación en el proceso quirúrgico en lo que refiere a la información brindada por parte del personal de enfermería profesional, entendiendo que es responsabilidad de enfermería la preparación del usuario ante el acto quirúrgico, para tener una adecuada evolución durante el proceso quirúrgico.

En la bibliografía consultada se plantea que informar a los usuarios es esencial con respecto al principio de autonomía para lograr una participación activa en la toma de decisiones relacionadas a su persona incrementando la motivación del usuario de cara a su recuperación. Se ha demostrado que la información reduce el grado de ansiedad y como consecuencia la intensidad del dolor, haciendo que los acontecimientos sean más previsibles, adquiriendo medios de autocontrol y de control del medio, lo que ayuda a disminuir la ansiedad vinculada a la incertidumbre y prepara para hacer frente a los acontecimientos que los asustan. Si se realizara un trabajo en conjunto, como equipo interdisciplinario aumentaría la comunicación y existiría mejor información, la visita conjunta con el médico es un pilar fundamental.

Por lo anteriormente expuesto podemos decir que logramos cumplir los objetivos específicos tratando de dar una respuesta al objetivo general.

Como futuras profesionales consideramos de gran importancia la participación de la Enfermera Profesional en lo que se refiere a la educación pre operatoria, para prevenir complicaciones a consecuencia del estrés quirúrgico.

El grupo investigador propone profundizar en futuro sobre el tema, planteando la posibilidad de incluir un programa de información estructurada como parte de las intervenciones de enfermería. Debemos tener en cuenta que la enfermera proporciona a menudo información al usuario, pero no de una manera estructurada ni con criterios unificados y no siempre dedica el tiempo suficiente para informarle de manera apropiada y adaptada a sus necesidades. Es importante que la información preoperatoria que proporciona el personal de enfermería esté estructurada y que incluya los puntos que los usuarios han manifestado que les provoca mayor temor.

Los programas de información estructurada deben servir como guía e ir modificándolos según las necesidades individuales de cada usuario. El personal de enfermería antes de iniciar el programa de información pre operatoria, debería realizar una valoración integral abarcando aspectos físicos y emocionales del usuario, para determinar el estado físico, las percepciones, emociones, conductas y sistemas de apoyo que pueden ayudar o interferir en la capacidad del usuario para afrontar la etapa postoperatoria, detectando factores de riesgo y derivando, si es necesario, al equipo multidisciplinario.

La inclusión de un programa de información estructurada como parte de las intervenciones de enfermería puede llegar a disminuir los temores de los usuarios evitando la repetición y contradicción de información aumentando la calidad de prestación de cuidados facilitando la comunicación entre éste y el equipo multidisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA:

Artículos de revistas::

- ALORDA, C.; 1999. Eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Revista Clínica de Enfermería. Vol. 9, Núm. 3, Pág.: 109- 114.
- SOBRINO, M.; HERNÁNDEZ, M. 1993. Investigación acerca de la opinión de una comunidad rural a la información diagnóstica desfavorable. Rev. Enfermería Clínica, Vol. 3, Núm.5, Pág. 20- 26.
- VILÁ, A. 1997. Aspectos éticos y profesionales de la información y la comunicación en los cuidados de enfermería. Enfermería Clínica, Vol.7, Núm. 3, Pág. 119-125.

Libros:

- GIACOMANTONE, E. 1997. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. Ed Paidós.
- MCGREEVY, V. 1996. El Paciente Quirúrgico. Cap. 36 Pág. 1086-1134. Estrés, Adaptación y Afrontamiento. Cap. 4 Pág. 60-77. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica. Potter, P.; Perry, A. Madrid, Mosby/Doyma Libros.
- LLOR, E; ABAD, M. 1998. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Cap. 20. Macgraw Hill. Madrid.
- PINEDA, E.; DE ALVARADO, E.; DE CANALES, F. 1994. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. 2ª Ed. Washington, OPS.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. 1995. Investigación científica. En ciencias de la salud. 5ª Ed. México. Mc Graw- Hill Interamericana.
- SAN MARTÍN, H. 1989. Salud Pública y Medicina Preventiva. 2ª Ed. Masson, Cap 1, 3.
- SMU. 1999. Código de ética médica. Ed. SMU.

Otros trabajos publicados:

- CAPEZZUTO, B. 1989. Aspectos psicológicos de la intervención quirúrgica. Montevideo. Facultad de Medicina.
- VIDAL. Salud y Enfermedad. Enciclopedia de Psiquiatría. Carpeta de Salud Mental.

Diccionarios:

- DICCIONARIO MOSBY. 2001. Ed Masson.

Material informático

- Diferencias entre el hombre y la mujer. Programa jóvenes hacia la investigación en ciencias sociales y humanidades. www.monografia.com.
- Autocuidado en el Ciclo Vital. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. www.puc.cl/sw_educ/enferm/ciclo

• **ANEXOS:**

Anexo N°1	Protocolo de Investigación
Anexo N°2	Carta de autorización

ANEXO Nº1

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

***PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:
TEMORES MANIFIESTOS EN
USUARIOS QUE CURSAN
PRE-OPERATORIO INMEDIATO.***

DOCENTES TUTORES:

Prof. Ag. Lic. MARGARITA GARAY

Prof. Adj. Psic. BEATRIZ CAPEZUTTO

MONTEVIDEO, JUNIO DE 2003

INDICE:

Introducción	Pág. 1
Fundamentación	Pág. 2
Marco teórico	Pág. 3
Protocolo de investigación	Pág. 9
Bibliografía	Pág. 25

INTRODUCCIÓN

El presente protocolo de investigación será realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, en el marco del trabajo final de grado.

Esta investigación será llevada a cabo en los servicios quirúrgicos de un Hospital, en la cual se aplicará una encuesta semiestructurada a los usuarios coordinados para cirugía, a los efectos de identificar los temores que se manifiestan durante el proceso quirúrgico.

La información que se obtendrá de la investigación a realizar nos acercará a un conocimiento objetivo acerca del temor, uno de los factores psicológicos de estrés que puede estar presente en el usuario quirúrgico, esto puede constituir un acercamiento preliminar que podrá servir de base para futuras investigaciones.

FUNDAMENTACION:

Para la realización de la investigación tomamos como punto de partida que el proceso quirúrgico desencadena reacciones emocionales (temores) y por consecuencia alteraciones somáticas, las cuales al no ser detectadas y tratadas en tiempo y forma pueden influir negativamente en el proceso quirúrgico y en la vida del usuario.

Esto se pudo percibir durante nuestro pasaje por las distintas áreas de atención, donde observando las necesidades, intereses y problemas de los usuarios creímos necesario e imprescindible la intervención oportuna y conjunta del equipo de salud. Al identificar los diferentes temores que pueden estar presentes ocasionando estrés durante el proceso quirúrgico, se puede actuar en forma eficaz y oportuna para mejorar la calidad de atención.

Uno de los aspectos fundamentales de la responsabilidad de la Enfermera Profesional con relación al usuario es el mantenimiento y restablecimiento de su autonomía personal. Esto implica que enfermería debe involucrar al usuario en el proceso de toma de decisiones sobre su salud y procurar que esté informado.

Estudios realizados por diversos autores demuestran que la información reduce el grado de ansiedad y como consecuencia la intensidad del dolor, haciendo que los acontecimientos sean más previsibles lo que ayuda a disminuir la ansiedad vinculada a la incertidumbre y prepara para hacer frente a los acontecimientos que los asustan.

Existen estudios que comprueban que el estrés prolonga la recuperación; porque reduce las defensas del organismo y aumenta la sensibilidad de las personas, estando en estrecha relación con los mecanismos de defensa que se ponen en juego para afrontar la situación.

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico porque obligan al usuario a enfrentar situaciones desconocidas que además implican ciertos riesgos. La ansiedad es un síntoma frecuente en los usuarios quirúrgicos, cierto nivel de ésta es normal y deseable, es la señal que indica que existe un esfuerzo de adaptación y control de los temores y

MARCO TEORICO:

Partiendo del concepto de hombre, que es el objeto de estudio de nuestra investigación, comenzaremos haciendo referencia a H. San Martín, el cual lo define como "un ser vivo biológico, y sociocultural a la vez, que ha desarrollado socialmente una cantidad de diversidad de comportamientos incomparablemente más amplios y necesarios que cualquier otro animal. Es un animal poseedor de un sistema nervioso muy perfeccionado, ha desarrollado una vida psicológica, cultural, social y compleja, con sus componentes evolutivos e históricos. Es capaz de provocar cambios tanto en su medio como en su equilibrio biológico interno"⁽¹⁾.

De la interacción del hombre con su medio y la comunidad, pueden surgir situaciones desconocidas difíciles de afrontar, en las cuales éste se enfrenta a factores fisiológicos y psicológicos generadores de estrés que pueden variar según las características del ser humano, como ser sexo y edad.

Muchos psicólogos, han manifestado que desde el momento de la concepción, una persona empieza a ser educada como hombre o como mujer y así se moldea la personalidad o identidad. La diferenciación que tienen los hombres y las mujeres, hace cambiante la realidad social y el ser como persona. Esto se debe al proceso sociocultural del sistema social en el cual estamos insertos, y de eso depende cómo vamos a ser construidos: hombre o mujer. Aún en esta época "la mujer está educada para atender a la familia y el hombre para desarrollar un proyecto que le permita ser un individuo de bien, con el propósito de responder a la sociedad, elevar el nivel económico y social de su familia. Pero la mujer, a través de su orientación educativa, debe buscar un sentido a su vida y encontrar situaciones distintas a las enseñadas en el seno familiar"⁽²⁾.

⁽¹⁾ San Martín, H. 1989. Salud Pública y Medicina Preventiva.

⁽²⁾ www.monografia.com. Diferencias entre el hombre y la mujer

Partiendo de la base que todo ser humano atraviesa a lo largo de su vida por diferentes etapas del ciclo vital, se tendrá en cuenta las definidas por Piaget, que las divide en: recién nacido, lactante, preescolar, escolar, adolescente, adulto joven, adulto medio y adulto mayor; y teniendo en cuenta los criterios de inclusión de nuestra investigación, se mencionará a continuación características relevantes de cada etapa, partiendo del adulto joven. La etapa del adulto joven abarca desde los 20 hasta los 40 años, en la que se adquiere mayor estabilidad emocional, mayor autonomía, mayor proyección en cuanto a metas y es donde se debería adquirir una estabilidad a nivel de pareja. El desarrollo del pensamiento alcanza un paso más, el adulto pasa del pensamiento formal según Piaget, al pensamiento post formal que tiene la particularidad de que la persona es más flexible frente a las diversas situaciones a las que enfrenta. En el ámbito de la salud mental, el estrés es uno de los problemas frecuentes debido a la tensión, la presión interna y externa determinada por las exigencias laborales, familiares, sociales y a la dinámica de un mundo en cambios constantes y acelerados. A su vez esto puede provocar disminución de las defensas, lo que lleva a que el adulto joven sea más vulnerable. El adulto medio comprende entre los 40 y 65 años, en esta etapa logra reorientar la atención hacia sí mismo, la tarea principal es la auto comprensión, la autonomía personal, la búsqueda del equilibrio en el desarrollo de las emociones y pensamientos, coherencia entre lo que siente, piensa y hace, y el confrontamiento con los aspectos importantes de su vida. Las posibles crisis que se pueden enfrentar en esta edad tienen relación con el tomar conciencia que la primera parte de la adultez ha concluido, que los hijos crecen y de que la muerte es cada vez más cercana. La etapa de adulto mayor comprende de los 65 años para adelante. El envejecimiento psicológico de una persona es la consecuencia de la acción del tiempo vivido y percibido por él sobre su personalidad. El tiempo de vida de la gente mayor, generalmente jubilada, es cada vez más largo, es por ello que las situaciones psicosociales y la propia personalidad del anciano pueden cambiar desde que entra en la "tercera edad" hasta que alcanza la vejez avanzada, según su estado de salud, autonomía y crisis que pueden afectarle. Uno de los factores comunes que debe enfrentar una persona en la tercera edad, es la necesidad de adaptarse a las pérdidas: de energía, de vigor físico, de amigos y parientes, y en muchos

casos, del trabajo y de la relación estrecha con los hijos. Para poder superar exitosamente esta situación es necesario que enfrente los múltiples duelos, que le generan sentimientos difíciles de dolor y tristeza. Dentro de éste, debe también elaborar el duelo de su propia vida, que va a terminar en algún momento, es decir la persona debe enfrentar su propia muerte⁽³⁾.

Habiendo definido las características del ser humano, haremos referencia a la definición de Elena (1993), citado por Giacomantone, la cual considera que "el estrés es un concepto amplio referido a fenómenos que tiene que ver por un lado con respuestas fisiológicas de los sistemas nervioso, hormonal, cardiovascular, respiratorio y muscular, pero también alude a procesos de comportamientos psicológicos tan variados como la ansiedad, miedo, frustraciones o el agotamiento".

Podemos decir que "todo individuo experimenta varios tipos de estrés a lo largo de su vida, los cuales pueden ser positivos, favoreciendo cambios y crecimiento personal, o negativos, que alteran el equilibrio del individuo disminuyendo su capacidad para enfrentar el factor estresante"⁽⁴⁾. Entendiendo éste como "un fenómeno o acontecimiento que provoca un deterioro y desgaste de los recursos físicos o mentales del individuo"⁽⁵⁾.

Los acontecimientos vitales son uno de los factores estresantes que se pueden presentar en el transcurso de la vida del hombre. Definiendo como "acontecimiento vital a hechos y dificultades que plantean considerables retos y cambios en la vida de la persona y que alteran o amenazan con alterar las actividades normales de los individuos, como, por ejemplo, proceso quirúrgico, enfermedad, muerte del cónyuge, o dificultades sexuales"⁽⁶⁾. Como se mencionó anteriormente, el proceso quirúrgico es un factor estresante, entendiendo como éste "el desarrollo espacio temporal de la experiencia

⁽³⁾ www.puc.cl/sw_educ/enferm/ciclo.

⁽⁴⁾ Potter, P. Perry. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica. Cap.4, Pág. 60-77.

⁽⁵⁾ Diccionario de Enfermería. Mosby, 2001, Ed. Masson.

⁽⁶⁾ Llor, E. 1998. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Cap. 20.

quirúrgica que abarca las fases preoperatorio, intra y postoperatorio y la constelación de vivencias que experimenta el usuario durante dicho proceso⁽⁷⁾.

La fase preoperatoria comprende desde el momento en que se decide practicar una intervención quirúrgica hasta el momento del traslado del usuario al quirófano. Se puede subdividir en dos etapas: mediato, que comprende entre 48 a 72 horas antes de la intervención, e inmediato, que abarca las 24 horas antes del acto quirúrgico. La duración del período preoperatorio condiciona un elevado nivel de ansiedad, que con frecuencia adopta la forma de un estado de angustia con crisis emocionales y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas. Cuanto más urgente sea la necesidad de operar, menos tiempo tiene el usuario para reconocer y controlar sus temores⁽⁸⁾. La fase intraoperatoria comienza con la inducción de la anestesia y culmina cuando el usuario ingresa a la unidad de asistencia postanestésica. La fase postoperatoria se inicia desde la unidad postanestésica hasta que los efectos de la anestesia hayan cesado y el procedimiento quirúrgico se encuentre cicatrizado por completo.

Desde la notificación de la intervención hasta el momento del alta, en el usuario se despliegan un sin número de ansiedades, fantasías y temores inherentes a la situación quirúrgica. Definiendo temor como la manifestación verbal del usuario de una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o mal, que incluye consideraciones sobre la enfermedad que lleva a la intervención, preocupaciones por las alteraciones que implica a la vida familiar, social, laboral, postergación de planes importantes, amenaza a la vida misma, pérdida de partes o funciones importantes del cuerpo, peligro de invalidez crónica, dolor postoperatorio; temor a no volver a despertar, temor al error médico, "temor a despertar antes de que termine la intervención, el temor a lo desconocido, el entorno extraño, la pérdida de independencia, la falta de autocontrol y la estancia hospitalaria"⁽⁹⁾.

⁽⁷⁾ Capezzuto, B. 1989. Aspectos psicológicos de la intervención quirúrgica.

⁽⁸⁾ Giacomantone, E. 1997. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico.

⁽⁹⁾ Alorda, C. 1999. Rev. Clínica de Enfermería. Vol. 9, Núm. 3, Pág. 109-114.

Al mencionar ansiedad, nos encontramos directamente con que "ansiedad prequirúrgica se asocia de forma directa al estado emocional posquirúrgico y a medidas o variables de recuperación física en el postoperatorio, como por ejemplo dolor, necesidad de medicación, días de estancia hospitalaria, complicaciones y reajuste físico"⁽⁹⁾.

Para lograr una disminución de la ansiedad, es necesario que el usuario reciba información por parte del equipo de salud sobre los acontecimientos que rodean a la intervención, así como los procedimientos y exploraciones que se deben proporcionar, y también "se deben incluir datos sobre las sensaciones que experimentará"⁽⁹⁾.

Es competencia del médico brindar "información completa y veraz sobre cualquier maniobra diagnóstica y terapéutica que se proponga; tiene el deber de comunicar el beneficio y los riesgos que ofrecen tales procedimientos en un lenguaje suficiente y adecuado; en caso de no contar con los medios técnicos apropiados, deberá avisar al paciente informando las alternativas posibles"⁽¹⁰⁾. También deberá informar sobre los siguientes aspectos: el motivo, la urgencia, el alcance, la gravedad, los riesgos, la modalidad, las consecuencias y posibles efectos secundarios de la intervención proyectada y las eventuales alternativas de tratamiento y sus costos.

En ocasiones la enfermera se enfrenta a un dilema ético cuando el usuario no sabe la razón real de la intervención, por lo que se debe dialogar con el médico antes de revelar datos concretos acerca del diagnóstico clínico para evitar la confusión y alertar al médico si éste necesita una aclaración.

"El profesional de enfermería puede proporcionar apoyo psíquico para el paciente y su familia"⁽⁴⁾. "Si el personal de enfermería facilita la información relacionada con la satisfacción de las necesidades básicas se fomentará la participación activa del usuario en su plan de cuidados. Entre esta información se destaca: orientar proporcionando datos del entorno hospitalario (horarios de

⁽⁹⁾ Alorda, C. 1999. Rev. Clínica de Enfermería. Vol. 9, Núm. 3, Pág. 109-114.

⁽¹⁰⁾ SMU. 1999. Código de Ética Médica.

⁽⁴⁾ Potter, P. Perry. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica. Cáp.4, Pág. 60-77.

visita, comidas y visita médica), el personal de enfermería a cargo, y los procedimientos a los cuales van a ser sometidos⁽¹¹⁾.

La información que recibe el usuario permite que pueda adaptarse a la situación en que se encuentra.

La adaptación es entonces "el proceso de cambio que se produce cuando un individuo responde al estrés. La adaptación es un intento de mantener un funcionamiento óptimo mediante los mecanismos fisiológicos y de afrontamiento"⁽⁴⁾.

A continuación detallaremos aspectos de la adaptación psicológica ya que es de interés para nuestra investigación, definiéndola como un "proceso complejo determinado por la estructura psicológica del usuario e incluye conductas generales, manifestaciones afectivas y motoras y estrategias de intercambio con el ambiente, además de mecanismo de defensa cuya función es reducir o anular el daño anticipado, es decir eliminar la ansiedad y la sensación de peligro. Todos estos elementos pueden alterar el funcionamiento adaptativo al estrés"⁽⁶⁾. Si el usuario no presenta una adaptación adecuada puede "condicionar muchas de las alternativas de la evolución quirúrgica, tanto las referidas a las complicaciones psicológicas y psiquiátricas como a la recuperación orgánica postoperatoria"⁽⁸⁾.

Para comprender como se adapta un individuo debemos tener en cuenta distintos componentes de la adaptación como ser: el componente espiritual, ya que las creencias en un ser supremo pueden ser poderosas herramientas para la adaptación al estrés debido a una enfermedad; el componente sociocultural, pues todo individuo mantiene relaciones sociales con otros (familia, compañeros de trabajo, semejantes), éstos pueden proporcionar apoyo psicológico⁽⁴⁾.

⁽¹¹⁾ Vía, A. 1997. Rev. Enfermería Clínica. Vol. 7, núm. 3, Pág. 119-125.

⁽⁴⁾ Potter, P. Perry. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica. Cáp.4, Pág. 60-77.

⁽⁶⁾ Giacomantone, E. 1997. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:

Área Problema:

Temores en pre-operatorio.

Problema:

¿Cuáles son los temores que se manifiestan con mayor frecuencia en el preoperatorio inmediato?

Objetivos:

General:

- Conocer los temores que se manifiestan con mayor frecuencia en el preoperatorio inmediato.

Específicos:

- Caracterizar la población de usuarios coordinados para ser intervenidos quirúrgicamente.
- Conocer la información que posee el usuario sobre el proceso quirúrgico.
- Identificar los temores que manifiestan los usuarios frente al proceso quirúrgico.

Meta:

Conocer los temores que se manifiestan en el pre-operatorio inmediato.

Diseño Metodológico:

Tipo de Estudio:

Es un diseño descriptivo y transversal.

- Es descriptivo porque permite describir qué y cómo se comportan los factores, fenómenos, variables o hechos que son observados.
- Es transversal porque el fenómeno se estudia en un momento determinado, realizando un corte en el tiempo.

Área de Estudio:

La investigación se desarrollará en los servicios quirúrgicos de un Hospital de la zona urbana de Montevideo.

Universo:

El universo es el conjunto de individuos y objetos de los que se desea conocer algo en una investigación.

El universo en esta investigación son los usuarios que cursan el período preoperatorio hospitalizados en los Servicios Quirúrgicos que atienden patologías polivalentes.

Muestra:

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, porque se caracteriza en que el investigador selecciona la muestra siguiendo algunos criterios de inclusión y exclusión. La muestra es un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación.

La muestra serán usuarios de ambos sexos que cursan la etapa de preoperatorio inmediato (entre las 24 y 12 hrs. previas al acto quirúrgico), sin déficit intelectual, que acepten contestar la encuesta semiestructurada anónima, en los meses de junio y julio de 2003.

Métodos e Instrumentos:

El método que se empleará es la encuesta, y el instrumento de elección para el registro de información es el formulario que responderá a los objetivos específicos de la investigación.

Procedimiento:

Posterior a la aprobación del Protocolo se elevará una carta a la Dirección de la Institución, con el fin de realizar el planteo de nuestra propuesta de investigación.

Posteriormente se llevará a cabo la recolección de datos para lo que se convendrá la fecha con la Jefatura del Departamento de Enfermería, y se asistirá a la Institución a aplicar la encuesta a los usuarios de la muestra. Los encuestadores asistirán a la Institución usando uniforme e identificación, se presentarán a cada uno de los usuarios en el momento de la entrevista explicando el objetivo de la misma y la importancia de su colaboración.

Finalizada la recolección de datos se trabajará en la tabulación y análisis de los mismos, y posteriormente se realizará la elaboración del informe final.

Recursos Humanos:

Cinco estudiantes de la Carrera de Licenciatura en Enfermería del Instituto Nacional de Enfermería, generación 98, autores de la investigación.

Recursos Materiales:

Insumos de papelería (lapiceras, lápices, gomas, hojas, fotocopias, carpetas, encuadernaciones).

Computadora e insumos (hojas, tinta)

Transporte

Recursos Financieros:

Serán aportados por los cinco estudiantes responsables de la investigación.

Costo de la investigación:

▪ Cartucho de tinta negro x 3	\$ 450
▪ Cartucho de tinta color	\$ 250
▪ Búsqueda bibliográfica en Internet	\$ 100
▪ Hojas tamaño A4 x 1.000	\$ 250
▪ Carpetas	\$ 40
▪ Fotocopias	\$ 400
▪ Encuadernaciones	\$ 80
▪ Traslados (por semana)	\$ 450

Plan de Tabulación y Análisis:

Luego de recolectar los datos serán analizados utilizando tablas univariadas y bivariadas con variables cualitativas nominales, ordinales y cuantitativas continuas. Las variables serán presentadas en tablas de distribución de frecuencia y gráficas, como se sugiere para este tipo de estudio en la bibliografía consultada.

Variables:

Variable es una entidad abstracta que adquiere distintos valores, se refiere a una cualidad, propiedad o características personales o cosas de estudio, varía de un sujeto a otro o en momentos diferentes.

Las variables a ser estudiadas en este trabajo de investigación son las siguientes

▪ *Variables para la caracterización de la población:* edad, sexo, nivel de instrucción, procedencia, ocupación, religión, tiempo de internación, cirugías anteriores, acompañantes.

- *Variables relacionadas a la información:* ¿le brindaron información acerca de la intervención?, ¿recibió información sobre el postoperatorio?, ¿quién le brindó la información?

- *Variables relacionadas al estrés:* temor a: la anestesia, el dolor, al despertarse en el medio de la cirugía, al post-operatorio, a la muerte, al error médico y a la pérdida funcional de una parte del cuerpo.

Las variables pueden ser cualitativas o cuantitativas. Las cualitativas son aquellas que se refieren a propiedades de los objetos en estudio, sean animados o inanimados. Las cuantitativas son aquellas cuya magnitud puede ser medida en términos numéricos.

Existen cuatro clases de escala de medición de variables.

- *Nominal:* consiste en clasificar los objetos de estudio según las categorías de una variable.

- *Ordinal:* se utiliza para clasificar los objetos, hechos o fenómenos en forma jerárquica, según el grado que posee una característica determinada.

- *De intervalo:* son aquellas en las cuales las distancias numéricas iguales representan distancias iguales, con respecto a la propiedad que se está midiendo.

- *De razón o proporción:* contiene las características de una escala de intervalo con la ventaja de poseer el cero absoluto.

Operacionalización de las Variables:

Variables para la caracterización de la población:

Edad: tiempo en años que han transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento actual.

Variable: cuantitativa continua

Indicador: años.

Sexo: clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta características anatómicas y cromosómicas.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: femenino, masculino.

Nivel de Instrucción: es la educación que recibe una persona en una institución destinada para tal finalidad.

Variable: cualitativa ordinal

Indicador: analfabeto, enseñanza primaria incompleta, enseñanza primaria completa, enseñanza secundaria incompleta, enseñanza secundaria completa, enseñanza terciaria incompleta, enseñanza terciaria completa.

Procedencia: lugar donde reside el usuario.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: Montevideo e Interior.

Condición laboral: Tarea que el usuario desarrolla en forma cotidiana ya sea remunerada o no.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador:

Empleado: individuo que realiza una actividad remunerada en el ámbito público o privado.

Desempleado: Individuo que no realiza actividad remunerada.

Pasivo: individuo que recibe una pensión y/o jubilación.

Religión: es un conjunto de creencias, de normas morales y de actos de culto que unen al hombre con un ser supremo.

Variable: cualitativa nominal.

Indicadores: sí, no.

Tiempo de internación: días transcurridos desde el ingreso del usuario al hospital hasta el momento de la encuesta.

Variable: cuantitativa discreta.

Indicador: número de días.

Cirugías anteriores: momentos anteriores en que el usuario ha pasado por un acto quirúrgico.

Variable: cualitativa nominal.

Indicadores: sí, no.

¿Tiene acompañante en algún momento del día?: aquella persona que forma parte de la familia o no y que se encuentra al lado del usuario.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

Variables relacionadas con la información

¿Le brindaron información acerca de la intervención?: es la manifestación del usuario en forma verbal acerca de la información que recibió por parte del equipo de salud con respecto al proceso quirúrgico.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

¿Recibió información sobre el postoperatorio?: es la manifestación del usuario en forma verbal acerca de la información que recibió por parte del equipo de salud con respecto al postoperatorio.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no. Si la respuesta corresponde al indicador "sí", se evaluarán las siguientes variables, por medio de la pregunta "¿sobre que?" donde se tendrán en cuenta los siguientes ítems: sueros, drenajes, analgesia, dolor, ejercicios respiratorios, alimentación, otros (ítems mencionados por el usuario que no estén citados anteriormente).

¿Quién le brindo la información?: es aquella persona que forma parte del equipo de salud y que brinda información y orientación con respecto al proceso quirúrgico.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: médico, licenciada en enfermería, auxiliar de enfermería.

Variables relacionadas al estrés

¿Siente temor por la intervención?: definiendo temor como la manifestación verbal del usuario de una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o mal relacionado a la intervención.

Variable: cualitativa nominal.

Indicadores: sí, no. Si la respuesta corresponde al indicador "sí", se evaluarán las siguientes variables, por medio de la pregunta "¿cuáles temores?".

Temor a la anestesia: Perturbación angustiosa del ánimo debido a la ausencia de las sensaciones normales, especialmente de la sensibilidad para el dolor que es inducida por una sustancia anestésica al torrente sanguíneo o zona nerviosa.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

Temor al dolor: Perturbación angustiosa del ánimo debido a la sensación desagradable provocada por la estimulación perjudicial de las terminaciones nerviosas sensitivas.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

Temor al despertarse en medio de la cirugía: Perturbación angustiosa del ánimo a despertarse durante la cirugía.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

Temor al post operatorio: Sentimiento de perturbación que la persona siente ante la etapa del post operatorio con respecto a las dificultades que debe enfrentar luego de la cirugía.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

Temor a la muerte: Sensación angustiosa de perder la vida.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

Temor al error médico: Sensación angustiosa que el usuario manifiesta en relación a una equivocación por parte del médico en el momento de la cirugía.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

Temor a la pérdida funcional de una parte del cuerpo: Sensación angustiosa que el usuario manifiesta de perder un órgano o un miembro del cuerpo.

Variable: cualitativa nominal.

Indicador: sí, no.

INSTRUCTIVO DE LA ENCUESTA

La siguiente entrevista será realizada por una estudiante del Instituto Nacional de Enfermería la cual se presentará al entrevistado, le informará sobre el objetivo del trabajo, el carácter anónimo de la entrevista y la utilidad de su colaboración.

El encuestador realizará las preguntas al usuario y deberá marcar con una cruz los espacios subrayados destinados para tal fin.

Se destaca que en las preguntas número 11a y 12a no se mencionará al usuario los ítems allí existentes, el encuestador marcará lo mencionado por el usuario que sea de interés para el encuestador.

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

FORMULARIO PARA USUARIOS QUE CURSAN PRE OPERATORIO

Clínica Quirúrgica:

Fecha

Piso:

Sala:

Nº:

1) Edad:

2) Sexo: Femenino ☐

Masculino ☐

3) Nivel de Instrucción: Analfabeto ☐

Ens. Primaria Incompleta ☐ Completa ☐

Ens. Secundaria Incompleta ☐ Completa ☐

Ens. Terciaria Incompleta ☐ Completa ☐

4) Condición laboral: Empleado ☐

Desempleado ☐

Pasivo ☐

5) Procedencia: Interior ☐

Capital ☐

6) Religión: Sí ☐

 No ☐

7) Tiempo de Internación: ☐

8) Cirugías anteriores: Sí ☐

 No ☐

9) ¿Tiene acompañante en algún momento del día? Sí ☐

 No ☐

10) ¿Le brindaron información acerca de la intervención? Sí ☐

 No ☐

10) a) ¿Quién le brindó la información? Personal Médico ☐

 Licenciada en Enfermería ☐

 Auxiliar de Enfermería ☐

11) ¿Recibió información sobre el post operatorio? Sí ☐

 No ☐

Al error médico: Sí ☐ No ☐

A la pérdida funcional de una parte del cuerpo: Sí ☐ No ☐

Otros: _____

Identificación del Encuestador:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2002												2003									
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct
Revisión Bibliográfica																						
Elaboración de Protocolo																						
Recolección de la Información																						
Organización y Tabulación de datos																						
Análisis e interpretación de datos																						
Redacción del Informe																						
Impresión del Informe																						
Divulgación de los resultados																						

BIBLIOGRAFÍA:

- ALORDA, C.; 1999. Eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Revista Clínica de Enfermería. Vol. 9, Núm. 3, Pág.: 109- 114.
- CAPEZZUTO, B. 1989. Aspectos psicológicos de la intervención quirúrgica. Montevideo. Facultad de Medicina.
- DICCIONARIO MOSBY, 2001. Ed Masson.
- GIACOMANTONE, E. 1997. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. Ed. Paidós.
- INTERNET, www.monografia.com. Diferencias entre el hombre y la mujer. Programa jóvenes hacia la investigación en ciencias sociales y humanidades.
- INTERNET; www.puc.cl/sw_educ/enferm/ciclo. Autocuidado en el Ciclo Vital. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- McGREEVY, V. 1996. El Paciente Quirúrgico. Cap. 36 Pág. 1086-1134. Estrés, Adaptación y Afrontamiento. Cap. 4 Pág. 60-77. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica. Potter, P.; Perry, A. Madrid, Mosby/Doyma Libros.
- LLOR, E; ABAD, M. 1998. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Cap. 20. McGraw Hill. Madrid.
- PINEDA, E.; DE ALVARADO, E.; DE CANALES, F. 1994. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. 2ª Ed. Washington, OPS.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. 1995. Investigación científica. En ciencias de la salud. 5ª Ed. México. Mc Graw- Hill Interamericana.
- SAN MARTÍN, H. 1989. Salud Pública y Medicina Preventiva. 2ª Ed. Masson, Cap 1, 3.
- SMU. 1999. Código de ética médica. Ed. SMU.

- SOBRINO, M.; HERNÁNDEZ, M. 1993. Investigación acerca de la opinión de una comunidad rural a la información diagnóstica desfavorable. Rev. Enfermería Clínica, Vol. 3, Núm.5, Pág. 20- 26.
- VIDAL. Salud y Enfermedad. Enciclopedia de Psiquiatría. Carpeta de Salud Mental.
- VILA, A. 1997. Aspectos éticos y profesionales de la información y la comunicación en los cuidados de enfermería. Enfermería Clínica, Vol.7, Núm. 3, Pág. 119-125.

ANEXO Nº2

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE INGRESO A LOS SERVICIOS
QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL DE CLINICAS.**

Montevideo, junio de 2003.

Jefe de División de Enfermería del Hospital de Clínicas.

Lic. Jorge Vázquez.

A través de la presente, las que suscriben estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería, Claudia Rodríguez, Laura Pereira, Sandra Piñeiro, Rossana Domínguez y Mónica Blanco se dirigen a usted en solicitud de autorizar el ingreso a los servicios de cirugía con el motivo de llevar a cabo nuestro trabajo final de investigación, en el mismo se estudiarán las manifestaciones psicológicas del estrés en el preoperatorio inmediato.

Nuestras tutoras Prof. Ag.(5) Lic. Margarita Garay y Prof. Adj. Psic. Beatriz Capezutto ya aprobaron nuestro protocolo de investigación.

Saluda a usted atentamente, esperando una respuesta positiva.