



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**"Eficacia de la educación personalizada de enfermería
en relación con el nivel de ansiedad de las pacientes
programadas para una histerectomía abdominal del
Servicio de Ginecología, del Instituto Nacional
Materno Perinatal, noviembre 2008"**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro
Quirúrgico

AUTOR

Elina Luderits BEDRIÑANA HUAYLLACAHUA

ASESOR

Marina Hermelinda CONDEZO MARTEL

Lima, Perú

2009



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Bedriñana E. Eficacia de la educación personalizada de enfermería en relación con el nivel de ansiedad de las pacientes programadas para una histerectomía abdominal del Servicio de Ginecología, del Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre 2008 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2009.

A Dios, por ser mi guía y la luz
que ilumino mi camino en esta
tarea.

A mis queridos padres Marisa
y Carlos, por haber sido padres
ejemplares, modelos de fe,
valor y perseverancia.

A todo el personal del Instituto
Nacional Materno Perinatal por
las facilidades que brindaron
para hacer posible la realización
del presente trabajo.

AGREDICIMIENTO

A la Mg. Marina Condezo, por sus aportes valiosos en la asesoría y dirección permanente de este trabajo de investigación.

INDICE

	Pág.
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
 CAPITULO I INTRODUCCIÓN	
1.1 Planteamiento y Formulación del Problema.	6
1.2 Justificación.	9
1.3 Objetivos	9
1.4 Propósito	10
 CAPITULO II MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	
2.1 Antecedentes del estudio	11
2.2 Bases conceptuales	15
2.2.1 Aspectos relacionados con la histerectomía	15
2.2.1.1 Anatomía del aparato reproductor femenino	15
2.2.1.2 Conceptualización histerectomía	18
2.2.2 Ansiedad	29
2.2.2.1 Tipos de Ansiedad.	30
2.2.2.2 Niveles de Ansiedad	32
2.2.2.3 Factores que Predisponen la Ansiedad	35
2.2.2.4 Reacciones psicofisiológicas durante la ansiedad	36
2.2.2.5 Evaluación del la Ansiedad	43
2.2.2.6 Principios del Cuidado del Paciente Ansioso	47
2.2.2.7 Rol de la Enfermera en el Alivio de la Ansiedad	47
2.2.3 El proceso de enseñanza aprendizaje	49
2.2.4 Modelos autoinstruccional	63
2.2.5 Enseñanza programada individualizada	68

2.2.6 Rol de la enfermera como educadora	74
2.2.7 Hipótesis	78
2.2.8 Definición operacional de términos	79
2.2.9 Definición operacional de las variables	80

CAPITULO III ABORDAJE METODOLÓGICO

3.1 Tipo y nivel de estudio	81
3.2 Método	81
3.3 Descripción del área de estudio	81
3.4 Población:	82
3.5 Técnica e Instrumento de recolección de datos:	83
3.6 Validez y confiabilidad del instrumento	84
3.7 Recolección de datos	84
3.8 Procedimiento, análisis e interpretación de datos:	85

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

CAPITULO V CONCLUSIÓN, LIMITACIONES Y RECOMENDACIÓN.

4.1 Conclusiones	92
4.2 Limitaciones	93
4.3 Recomendaciones	93

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS.

INDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1 Nivel de ansiedad que experimentan las pacientes programadas para una histerectomía abdominal antes de recibir la educación personalizada de enfermería del servicio de ginecología, del INMP Lima – Perú 2008.	87
Cuadro 2 Nivel de ansiedad que experimentan las pacientes programadas para una histerectomía abdominal después de recibir la educación personalizada de enfermería del servicio de ginecología, del INMP Lima – Perú 2008.	89
Cuadro 3 Nivel de ansiedad de las pacientes programadas para una histerectomía abdominal antes y después de recibir la educación personalizada de enfermería del servicio de ginecología, del INMP Lima – Perú 2008.	91

RESUMEN

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos que está indicada como tratamiento en múltiples trastornos ginecológicos, cuyas manifestaciones clínicas se refleja en la calidad de vida de las mujeres que las padecen. Pero este procedimiento para algunas mujeres puede significar una pérdida parcial del aspecto significativo para la identificación como mujer.

Es por ello que la histerectomía puede ser valorada por las pacientes como un evento amenazante, lo cual puede generar altos niveles de ansiedad debidos a la ausencia de control por parte de la paciente y al carácter impredecible de la situación quirúrgica.

Por esta razón se considero importante investigar el siguiente problema: ¿cuál es la eficacia de la educación personalizada de enfermería en relación con el nivel de ansiedad de las pacientes programadas para una histerectomía abdominal del servicio de ginecología, del INMP.? Con el objetivo: determinar la eficacia de la educación personalizada de enfermería en relación con el nivel de ansiedad de los pacientes programadas para una histerectomía abdominal; cuyo propósito esta orientado en generen estrategias de aplicación destinadas a proteger, promover y fomentar la salud del paciente, desarrollando programas de capacitación orientadas a mejorar la calidad de atención.

El método utilizado fue el cuasi experimental de un solo diseño, la población estuvo conformada por (25) pacientes programadas para una histerectomía abdominal, el instrumento utilizado fue un test de ansiedad, llegándose a la siguiente conclusión, que la educación personalizada de enfermería (modelo autoinstruccional) desarrollado, tiene una eficacia significativa en la disminución de la ansiedad en los pacientes programadas para una histerectomía abdominal participantes en el estudio.

Palabras claves: Eficacia, Nivel de ansiedad, Educación Personalizada.

SUMMARY

The hysterectomy is one of the surgical procedures that is indicated as treatment in multiple gynecological disorders, which clinical manifestations it (he, she) is reflected in the quality of life of the women who suffer them. But this procedure for some women can mean a partial loss of the significant aspect for the identification as woman.

It (He, She) is for it that the hysterectomy can be valued by the patients as a threatening event, which can generate high places levels of anxiety owed to the absence of control on the part of the patient and to the unpredictable character of the surgical situation.

For this reason I consider important to investigate the following problem: which is the efficiency of the personalized education of infirmary(nursing) in relation with the level of anxiety of the patients programmed for an abdominal hysterectomy of the service of gynecology, of the INMP.? With the aim(lens) to determine the efficiency of the personalized education of infirmary(nursing) in relation with the level of anxiety of the patients programmed for an abdominal hysterectomy; whose(which) intention this one orientated in they generate strategies of application destined to protect, promoting and fomenting the health of the patient, developing programs of training orientated to improving the quality of attention.

The used method was the experimental cause of an alone design, the population was shaped by (25) patients programmed for an abdominal hysterectomy, the used instrument was a test of anxiety, coming near to the following conclusion, that the personalized education of infirmary (nursing) (model autoinstruccional) developed, has a significant efficiency in the decrease of the anxiety in the patients programmed for an abdominal hysterectomy participants in the study.

Key words: efficiency, personalized Education, Anxiety.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es la segunda cirugía ginecológica más frecuente, después de la cesárea. Dicho efecto negativo puede llegar a ser potenciado por las consecuencias psicológicas adversas propias de la histerectomía. La resección del útero puede significar una pérdida parcial de aspectos significativos para la identificación como mujeres de las pacientes a quienes se les practica.

La histerectomía puede ser identificada por las pacientes como un evento amenazante, lo cual puede generar altos niveles de ansiedad debidos a la ausencia de control por parte de la paciente y al carácter impredecible de la situación quirúrgica. Estas alteraciones en el estado de ánimo tienen efecto negativo sobre el proceso de recuperación post-operatoria, haciéndolo más lento y complicado. Es posible afirmar que altos niveles de ansiedad pueden estar altamente correlacionados con alteraciones en el proceso de cicatrización, con una mayor percepción de dolor post quirúrgico, con baja adherencia a las recomendaciones terapéuticas, con la acción y los efectos secundarios de los medicamentos anestésicos y con presencia de complicaciones posquirúrgicas.

Por ello, aliviar la ansiedad preoperatorio del paciente que va ser sometido a este tipo de intervención quirúrgica es uno de los, principales objetivos de enfermería, como un factor preventivo de las complicaciones quirúrgicas y postoperatorias, haciendo la recuperación más fácil y rápida.

Uno de los medios para aliviar la ansiedad derivada del temor a lo desconocido es justamente la enseñanza, componente esencial de los cuidados de enfermería, a través de la cual el paciente podrá adquirir los conocimientos suficientes y necesarios acerca de los aspectos concernientes a su enfermedad.

En este punto, la enfermera necesita tener cierta pericia didáctica, incluyéndose la capacidad de motivar, juzgar el momento oportuno para enseñar y la habilidad de estimular una relación terapéutica y de sostén, debiéndose cubrir las necesidades que el paciente sienta, dando como resultado un cambio favorable de conducta lo que se traduce en la disminución de su ansiedad.

El presente estudio de investigación titulado “Eficacia de la educación personalizada de enfermería en relación con el nivel de ansiedad de las pacientes programadas para una histerectomía abdominal del servicio de ginecología, del instituto nacional materno perinatal, noviembre 2008.” Tiene como objetivo Determinar la eficacia de la educación personalizada de enfermería en relación con el nivel de ansiedad de las pacientes programadas para una histerectomía abdominal en el servicio de Ginecología

El propósito del siguiente estudio es aportar para el personal profesional de enfermería que labora en el servicio de ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal; un modelo autoinstruccional sobre la enfermedad, tratamiento y cuidados para pacientes programadas de histerectomía abdominal total, con una estrategia de enseñanza individualizada y parte de la preparación psicológica de dichas pacientes, para que en el futuro se generen estrategias de aplicación destinadas a proteger, promover y fomentar la salud del paciente pre-operatorio, desarrollando programas de capacitación orientadas a mejorar la calidad de atención, contribuyendo de esta forma a disminuir las repercusiones en la recuperación del paciente post-operado.

El presente trabajo de investigación consta de cinco capítulos: El primer capítulo contiene el problema, planteamiento, formulación y los objetivos. El segundo capítulo contiene el marco teórico referencial, antecedentes del estudio, bases conceptuales y la definición operacional de términos. El tercer capítulo contiene el abordaje metodológico, tipo y nivel de estudio, método, descripción del área de estudio, población, técnica e instrumento de recolección de datos, proceso de recolección de datos. El cuarto capítulo contiene los resultados y discusión de los datos y en el quinto capítulo contiene las conclusiones, recomendaciones y limitaciones concluyendo con la presentación de las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1 PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA.

La cirugía es una modalidad de terapia médica con el fin de reparar, extraer tejidos y órganos del cuerpo humano para solucionar alguna enfermedad o trastorno.

Las intervenciones quirúrgicas se han modificado exageradamente de acuerdo con el avance de la ciencia y tecnología. En las intervenciones quirúrgicas ginecológicas una de las más frecuentes es la histerectomía.

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos que se realiza con mucha frecuencia y hay varias causas por las que una mujer puede necesitar dicha operación,; donde el útero se puede extirpar de forma total o parcial.

La ejecución de dicha intervención quirúrgica, está indicada como tratamiento en múltiples trastornos ginecológicos, benignos y neoplásicos, cuyas manifestaciones clínicas se refleja en la calidad de vida de las mujeres que las padecen. Dicho efecto negativo puede llegar a ser potenciado por las consecuencias psicológicas adversas propias de la histerectomía.

La resección del útero puede significar una pérdida parcial de aspectos significativos para la identificación como mujeres de las pacientes a quienes se les practica, pues aunque este órgano normalmente es invisible, se hace visible ante su ausencia, lo cual, como es de esperarse, tiene efectos emocionales que pueden incluir la vivencia como una pérdida afectiva, que provoca la iniciación de un proceso de duelo, modificaciones en la autoestima, en el estado de ánimo, en el deseo sexual y en las relaciones de pareja posteriores a la cirugía.

Dichas respuestas obedecen, entre otras razones, al hecho de que en nuestra cultura el útero ha sido simbolizado como parte determinante de la identidad femenina debido al papel protagónico que desempeña en la procreación y la maternidad, funciones por las que históricamente la mujer ha sido definida y valorada en la sociedad. Se ha encontrado que entre la población femenina existe una serie de creencias y actitudes relacionadas con la histerectomía y sus consecuencias futuras. Entre los temores que se suelen mencionar frente a este procedimiento es la sensación de “quedarse huecas”, el aumento de peso, la pérdida del deseo sexual y las percepciones erróneas que sus compañeros puedan tener respecto a la histerectomía.

La histerectomía puede ser valorada por las pacientes como un evento amenazante, lo cual puede generar altos niveles de ansiedad debidos a la ausencia de control por parte de la paciente y al carácter impredecible de la situación quirúrgica. Estas alteraciones en el estado de ánimo tienen efecto negativo sobre el proceso de recuperación post-operatoria, haciéndolo más lento y complicado. Siguiendo el modelo psiconeuroinmunológico, es posible afirmar que altos niveles de ansiedad pueden estar altamente correlacionados con alteraciones en el proceso de cicatrización, con una mayor percepción de dolor post quirúrgico, con baja adherencia a las recomendaciones terapéuticas, con la acción y los efectos secundarios de los medicamentos anestésicos y con presencia de complicaciones posquirúrgicas entre las que se incluyen infecciones, emésis y cefalea.

Durante mi experiencia profesional y las practicas clínicas, realizadas en el servicio de sala de operaciones se ha observado que los pacientes que iban a ser sometidos a una cirugía ginecológica presenta ansiedad la que se traduce en llanto, insomnio, dolor de cabeza, intranquilidad, inseguridad, disgusto, tensión nerviosa, entre otras manifestaciones, a la vez que formulaban interrogantes como: “¿mejorare con la operación?”, “¿Cómo será mi operación?”, “¿Cuánto tiempo permaneceré en la sala de recuperación?”...entre otras inquietudes.

Además, se observo que los pacientes recibían información escasa por el profesional competente.

Asimismo, sabemos que una de las necesidades de los pacientes es recibir completa información concerniente al diagnostico, tratamiento y pronostico, incluyendo alternativas del cuidado y riesgos implicados, en términos que ellos puedan entender y que le permitan adquirir conocimientos mayores y por consiguientes disminuir su ansiedad. Es por ello, que una de las principales actividades de las enfermeras es la enseñanza al paciente, sin embargo, a menudo les es difícil incorporar esta labor dentro de sus actividades habituales.

En tal sentido. La enseñanza personalizada además de facilitar el acceso de gran, numero de pacientes al proceso de enseñanza y aprendizaje, permitirá al personal de enfermería cubrir esta actividad sin descuidar las habituales.

En razón a todo lo expuesto se considera necesario e importante investigar el siguiente problema:

¿Cuál es la eficacia de la educación personalizada de enfermería en relación con el nivel de ansiedad de las pacientes programadas para una histerectomía abdominal del servicio de Ginecología, del Instituto Nacional Materno Perinatal, Noviembre 2008?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La investigación desarrollada es importante porque pretende dar respuesta a una necesidad evidente en las pacientes programadas para una intervención quirúrgica (histerectomía abdominal) y que aun no había sido satisfecha, debido a la carencia de un proceso de intervención que sistematice una de las áreas del cuidado de enfermería, que es la de dar soporte terapéutico al paciente, pues se propone la aplicación de la educación personalizada de enfermería (modelo autoinstruccional) para obtener resultados favorables como es la disminución de la ansiedad que experimentan los pacientes, ya que de no tratar esta problemática, los efectos tendrían influencia negativa en recuperación del paciente post-operado; y la estancia hospitalaria sería mas prolongado, con coste social tanto para la familia como para la institución.

1.3 OBJETIVO GENERAL

➤ Determinar la eficacia de la educación personalizada de enfermería en relación con el nivel de ansiedad de las pacientes programadas para una histerectomía abdominal del servicio de Ginecología, del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Objetivos Específicos:

- Identificar los niveles de ansiedad que experimentan las pacientes programadas para una histerectomía abdominal del servicio de ginecología antes de recibir la educación personalizada de enfermería
- Desarrollar un programa de educación personalizada de enfermería a pacientes programadas para una histerectomía abdominal del servicio de ginecología, del instituto nacional materno perinatal.

- Identificar los niveles de ansiedad que experimentan las pacientes después de recibir la educación personalizada de enfermería

- Comparar los niveles de ansiedad antes y después de la educación personalizada de enfermería.

1.4 PROPÓSITO

El propósito del siguiente estudio es aportar para el personal profesional de enfermería que labora en el servicio de ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal; un modelo autoinstruccional sobre la enfermedad, tratamiento y cuidados para pacientes programadas para una histerectomía abdominal, con una estrategia de enseñanza individualizada y parte de la preparación psicológica de dichos pacientes, para que en el futuro se generen estrategias de aplicación destinadas a proteger, promover y fomentar la salud del paciente pre-operatorio, desarrollando programas de capacitación orientadas a mejorar la calidad de atención, contribuyendo de esta forma a disminuir las repercusiones durante la recuperación del paciente post-operado.

CAPITULO II

MARCO TEORICO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Se reviso literatura nacional e internacional de estudios relacionados con el problema propuesto en estudios, no ubicándose ninguno que guarde relación directa con el presente estudio; sin embargo, a continuación se presenta algunos estudios de investigación cuya metodología es afín con el estudio realizado.

En COLOMBIA el año 2005 ANDREA CÁRDENAS, CYNTHIA QUIROGA, MARTHA RESTREPO, DANIEL CORTÉS, M.D realizaron la investigación titulada: “Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica”

El objetivo de la presente investigación fue comprobar los efectos de un programa de preparación psicológica para cirugía basado en las estrategias de afrontamiento de cada una de las mujeres de un grupo programado para histerectomía abdominal total, y compararlos con los efectos de un programa de preparación basado en el suministro de información escrita.

Igualmente se buscó comprobar las hipótesis según las cuales ambos programas tendrían efectos positivos sobre la recuperación posquirúrgica de las pacientes, aunque aquellas que recibieran el programa basado en sus estrategias de afrontamiento presentarían una mayor reducción en sus niveles de ansiedad pospreparación, menores niveles de dolor posquirúrgico y menor frecuencia de complicaciones postoperatorias.

El presente estudio es de tipo cuantitativo de nivel aplicativo, cuyo método fue el experimental de doble diseño.

La población de estudio lo constituyó 60 mujeres, en edad fértil y perimenopáusicas, quienes tenían el diagnóstico de miomatosis uterina, razón por la cual estaban programadas para histerectomía abdominal total.

Donde concluye:

“Se hace necesario llevar a cabo programas de preparación para cirugía, en forma interdisciplinaria, como parte de la atención que deben recibir las pacientes ginecológicas, lo cual redundaría en una mayor calidad asistencial y en una mejor adaptación física y psicológica posquirúrgica.

El impacto de la implementación de un programa de preparación psicológica basado en las estrategias de afrontamiento sobre indicadores tales como ansiedad, dolor y complicaciones posquirúrgicas, tiene efectos más positivos sobre las pacientes programadas para histerectomía, en comparación con los efectos de un programa de preparación basado solamente en la provisión de información”.

En el PERÚ; HIDALGO CUSI, LUPITA; realizo un estudio titulado “Eficacia de un Programa Psico Educativo en la Disminución de la Ansiedad en Padres de Niños Quemados: INSN, 2006”

Cuyo objetivo principal fue determinar la Eficacia de un Programa Psico Educativo en la Disminución de la Ansiedad en Padres de Niños Quemados: INSN

El presente estudio es de tipo cuantitativo de nivel aplicativo, cuyo método fue el cuasi experimental de un solo diseño. La técnica fue la entrevista y el instrumento de medición fue el inventario de ansiedad rasgo-estado de spielberger. La población de estudio lo constituyo los 53 padres de niños quemados hospitalizados e el servicio de quemados y cirugía reparadora del INSN durante el mes de noviembre – diciembre del 2006.

Donde concluye:

“El programa Psico Educativo desarrollado, tiene una eficacia significativa en la disminución de la ansiedad en los padres de niños quemados participante en el estudio.”

En el año 2002, CHUMPITAZ RAMÍREZ MILAGROS realizo la investigación titulada: “Efectividad de un Modelo de Atención según Peplau en la Disminución de la Ansiedad en padres de niños post apendicectomizados INSN”, el objetivo fue determinar la eficacia de un modelo de atención de enfermería, sustentado en la teoría de Peplau en la disminución de la ansiedad en los padres de niños post operados de apendicetomía, con un método de nivel pre experimental en una población que estuvo conformada por todos los padres con niños post operados de apendicetomía que se encontraban durante un mes calendario, utilizo como técnica la encuesta, y como instrumento el cuestionario de ansiedad Estado de Spielberger para medir la ansiedad de los padres.

Una de sus conclusiones fue que el modelo de atención tiene significatividad en la disminución de la ansiedad en los padres.

CÓNDOR ARREDONDO SOLEDAD GRISELDA; realizo un estudio titulado “Efectividad de una educación personalizada de enfermería al paciente diabético con complicaciones tardías incipientes HNERM, servicio de endocrinología 2000-2001” cuyo objetivo principal fue determinar la Efectividad de una educación personalizada de enfermería en el incremento de conocimientos de autocuidado de l paciente con complicaciones tardías incipientes y tuvo como propósito promover la institucionalización de la educación modularizada para la mejora de la calidad de vida del paciente diabético retardando a que las complicaciones tardías incipientes sigan progresando. Así mismo, para disminuir la estancia hospitalaria, reingresos y por ende costo hospitalario.

El método de investigación fue empleado el experimental de doble diseño. Donde se concluye que:

“Los pacientes diabéticos con complicaciones tardías incipientes tienen mayor conocimiento cuando se utiliza la educación personalizada através de un modulo autoinstrucional sobre autocuidado de la diabetes mellitas, a diferencia del paciente que recibe una educación tradicional.”

Aguilar Salsavilca, María; Jara Castro María y Chacon Julián, Lily; realizaron en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Lima Perú 1996, la tesis titulada “Eficacia de un modelo de intervención de enfermería sustentado en la teoría de crisis para aliviar la ansiedad en la familia del paciente que va ser mastectomizados” que tuvo como objetivo compara los niveles que presentan los familiares antes y después de la intervención de enfermería, utilizando el método experimental en una población constituida por

20 familias, 10 para el grupo control y 10 para el grupo experimental, a través de la escala de ansiedad tipo lickert, un cuestionario de diagnóstico y el cuestionario para evaluar su investigación, obteniendo como conclusión que el modelo de intervención propuesto permite disminuir la ansiedad en los familiares de las pacientes mastectomizadas, resaltando que dentro del grupo de familiares son los hijos los que presentan una ansiedad significativa en relación con los demás familiares.

La ansiedad pre-operatorio es una respuesta emocional, se podría decir que es una amenaza dirigida contra el cuerpo de uno mismo; hace que el sujeto responda inadecuadamente a la cirugía y por lo tanto lo predispone a complicaciones en el post operatorio. En este sentido, la enseñanza al paciente es una de las principales actividades de enfermería.

Los estudios realizados sobre la eficacia de una educación personalizada de enfermería, presentados en este trabajo, son de enfoque cuantitativo, en donde fueron realizados en otras realidades y en diversas situaciones del paciente y/o familia, en donde obligan al personal de salud a realizar una valoración del pacientes programados para una intervención quirúrgica para que así se pueda planificar y ejecutar una atención adecuada a los requerimientos que necesite el paciente.

2.2 BASES CONCEPTUALES

A continuación se presenta los temas principales que darán el sustento teórico al presente estudio.

2.2.10 Aspectos relacionados con la histerectomía.

2.2.1.3 Anatomía del aparato reproductor femenino

Órganos genitales externos

Los órganos reproductores externos femeninos (genitales) tienen dos funciones: permitir la entrada del esperma en el cuerpo y proteger los órganos

genitales internos de los agentes infecciosos. Debido a que el aparato genital femenino tiene un orificio que lo comunica con el exterior, los microorganismos que provocan enfermedades (patógenos) pueden entrar y causar infecciones ginecológicas. Estos patógenos se transmiten, en general, durante el acto sexual.

Los órganos genitales externos están bordeados por los labios mayores que son pliegues cutáneos cubiertos de vellos en su exterior que se extienden a cada lado desde el Monte Venus hasta unos 2.5 cms antes del ano. Su superficie es húmeda ya contienen glándulas sudoríparas y sebáceas; y se reduce en espesor al llegar al periné. Los labios menores son pliegues cutáneos situados cutáneos por dentro de los labios mayores. Sus extremos posteriores se unen detrás del orificio de la vagina en un doblez plano que se conoce como "fourchette".

El orificio de la vagina recibe el nombre de introito y la zona con forma de media luna que se encuentra tras ese orificio se conoce como horquilla vulva. A través de diminutos conductos que están situados junto al introito, las glándulas de Bartholin, cuando son estimuladas, secretan un flujo (moco) que lubrica la vagina durante el coito. La uretra, que transporta la orina desde la vejiga hacia el exterior, tiene su orificio de salida delante de la vagina.

Los dos labios menores tienen su punto de encuentro en el clítoris, situado en la parte superior anterior de la vulva, arriba del meatus. Está formado por tejido eréctil y cubierto por membrana mucosa. Es un órgano accesorio.

Los labios mayores se encuentran en la parte inferior, en el perineo, una zona fibromuscular localizada entre la vagina y el ano. La piel (epidermis) que cubre el perineo y los labios mayores es similar a la del resto del cuerpo (gruesa, seca y puede descamarse). Por el contrario, el revestimiento de los labios menores y la vagina es una membrana mucosa; a pesar de que sus capas internas son de estructura similar a la epidermis, su superficie se mantiene húmeda gracias al

líquido de los vasos sanguíneos de las capas más profundas que atraviesa el tejido. Su gran cantidad de vasos sanguíneos le da un color rosado.

El orificio vaginal está rodeado por el himen (o membrana) es un tabique membranoso que oblitera en parte este orificio y lo protege.

Órganos genitales internos

Los órganos genitales internos forman un aparato que se inicia en los ovarios, encargados de la liberación de los óvulos, y se sigue por las trompas de Falopio (oviductos), donde tiene lugar la fertilización de un óvulo; a continuación sigue el útero, donde el embrión se convierte en feto, y acaba en el canal cervical (vagina), que permite el alumbramiento de un bebé completamente desarrollado. El esperma puede recorrer todo el aparato en dirección ascendente hacia los ovarios y los óvulos en sentido contrario.

- Los Ovarios

Son dos cuerpos glandulares en forma de almendra. Están insertados a la parte posterior de los ligamentos anchos. Se unen al útero por el ligamento uteroovárico y a las trompas de falopio por una franja ovárica.

Su tamaño aproximado es de 2 cms. Están protegidos en su superficie por una capa de células columnares que constituyen el epitelio germinal.

Sus funciones son producir, desarrollar y expulsar los óvulos maduros y formar secreciones internas conocidas como hormonas. Producen también la sustancia progesterona secretada por su cuerpo amarillo. Esta es indispensable para la implantación del huevo (óvulo). Contiene los folículos de Graf de donde se desprende el óvulo en el ciclo menstrual.

- Trompas de Falopio

Representan estructuras formadas por tres capas: externa o serosamedia o muscular, e interna o mucosa. Se extienden del extremo del ovario al ángulo superior del útero y se sitúan entre las hojas del ligamento ancho, siguiendo una dirección transversal. Transportan el óvulo hasta el útero.

- El Útero

Se conoce también como matriz. Es un órgano hueco en forma de cono situado en la cavidad pélvica, entre la vejiga y el recto.

Se divide para propósitos de estudio en una parte superior o fondo que es la parte más elevada y ancha de esta estructura y que está situada por arriba a la entrada de las trompas. La segunda parte es el cuerpo o porción superior ancha entre el fondo y el cuello. La cerviz o cuello es la porción inferior del útero derivada del peritoneo.

La circulación del útero proviene de la rama hipogástrica de la arteria uterina y de la rama aórtica de la arteria ovárica.

Tiene dos ligamentos que son repliegues del peritoneo: el anterior formado entre la vejiga y el útero y el prostático formando por detrás del útero. Además, tiene los ligamentos redondos que son dos cordones fibromusculares situados entre las hojas del ligamento ancho y los ligamentos uterosacros formados por fibras musculares lisas y tejido celular conjuntivo elástico. Los ligamentos juegan un papel muy importante en el mecanismo del parto.

- Vagina

Es un conducto músculo membranoso muy extensible que se localiza por delante del recto y detrás de la vejiga, extendiéndose desde el útero hasta la vulva. Mide de 8 a 9 cms. (2 a 3 pulgadas) en la parte posterior. Está constituida por tres capas: interna o mucosa, media o muscular y externa o conjuntiva.

Representa el órgano de la copulación en la mujer; sirve de pasaje para el bebé y da paso a las secreciones del útero al exterior (menstruación).

2.2.1.4 Conceptualización histerectomía

DEFINICIÓN

La histerectomía es la extirpación del útero, o matriz como un medio para tratar los problemas que afectan al útero. (Del griego "hystera" = útero y "ektone" = incisión).

En casos graves, y en aquellos que no han respondido a otros tratamientos, la histerectomía puede ser la opción más indicada.

INDICACIONES

Este procedimiento quirúrgico puede efectuarse para tratar condiciones que afectan al útero. Entre las afecciones que pueden requerir una histerectomía figuran las siguientes:

Urgencias obstétricas: la mayor parte de las histerectomía de urgencias se efectúan a causa de hemorragia postparto debida a atonía uterina. Entre otras indicaciones se encuentran rotura del útero que no se puede reparar o abscesos pélvicos que no reacciona al tratamiento médico, en pacientes con placenta accreta o increta puede requerirse histerectomía.

Dolor pélvico puede tener múltiples causas y el diagnóstico del problema puede llevar mucho tiempo. Una causa posible puede ser la irritación de los órganos pélvicos, la cual produce adhesiones o cicatrices. Ello puede deberse a una endometriosis, infección o lesión. Las adhesiones pélvicas afectan con mayor frecuencia a la superficie del útero, las trompas, los ovarios, y los intestinos. El dolor pélvico también puede deberse a problemas en otras partes del cuerpo. Puede ser una consecuencia de problemas que afecten a la espalda o a los intestinos.

El tratamiento del dolor depende de la causa. Existen diferentes tipos de medicamentos que son eficaces contra diversas causas. La cirugía efectuada con un laparoscopio también puede ser una opción.

Para algunas condiciones pueden servir otros tratamientos, tales como la aplicación de calor o los ejercicios. La histerectomía para aliviar el dolor deberá practicarse únicamente después de haberse probado, sin éxito, otros tratamientos.

Fibromas uterinos. Los fibromas son tumores comunes benignos (no cancerosos) que crecen en el músculo del útero. El mayor número de histerectomías se realiza a causa de la aparición de fibromas que por cualquier otro problema del útero. A menudo, los fibromas no causan síntomas y no requieren tratamiento y normalmente se encogen después de la menopausia. Pero, en ocasiones los fibromas causan fuerte sangrado o dolor. Existen alternativas a la histerectomía para tratar los fibromas, lo que puede ser especialmente importante para las mujeres jóvenes que esperan tener hijos. A veces los fibromas se tratan con medicina u otros tipos de tratamiento planeados para encoger dichos tumores. Sin embargo, esto es solamente temporal - cuando se suspende la medicina, los fibromas volverán a crecer. Un tipo de cirugía para extraer únicamente los fibromas sin extraer el útero se llama miomectomía. Un procedimiento relativamente nuevo para encoger los fibromas se llama embolización de la arteria uterina. Este procedimiento consiste en colocar pequeñas partículas de plástico en los vasos sanguíneos que alimentan a los fibromas.

Hemorragia uterina anormal consiste en un sangrado irregular, abundante o excesivo, que proviene del útero. Puede ser causada por fibromas o por cambios hormonales. También puede deberse a infecciones uterinas o a un cáncer.

El tratamiento se dirige entonces a combatir la causa de la hemorragia. La terapia hormonal puede ayudar a controlarla. Si usted ha perdido mucha sangre, es posible que no tenga suficiente hierro. Se le puede dar hierro para restablecer sus reservas, pero ello no eliminará la hemorragia.

Una histerectomía podría estar indicada si otros tratamientos no le han dado resultado y la hemorragia es un problema para usted.

Endometriosis. Esta es otra condición benigna que afecta al útero. La endometriosis es la segunda razón principal para la realización de

histerectomías. Es más común en mujeres mayores de treinta y menores de cincuenta años de edad, especialmente en mujeres que nunca se han embarazado. La endometriosis ocurre cuando el tejido endometrial (el revestimiento interior del útero) comienza a crecer fuera del útero y sobre órganos adyacentes. Esta condición puede causar períodos menstruales dolorosos, sangrado vaginal anormal y algunas veces pérdida de la fertilidad (capacidad de embarazarse.) Normalmente, la endometriosis no es un problema para las mujeres que ya han pasado por la menopausia.

Las mujeres con endometriosis muchas veces reciben tratamiento con hormonas y medicinas que reducen sus niveles de estrógeno. Puede realizarse una cirugía para extraer los parches de tejido endometrial que causan los síntomas, usando un laparoscopio o por medio de un corte más amplio en el abdomen (laparotomía.) Como regla general una histerectomía no se realiza a menos que haya fallado algún otro tratamiento.

Prolapso del útero. Esta es una condición benigna en la cual el útero se desplaza de su lugar normal hacia la vagina. El prolapso del útero es causado por el debilitamiento y ensanchamiento de los ligamentos y tejidos pélvicos. También pueden afectarse otros órganos como la vejiga. El alumbramiento, la obesidad y la pérdida de estrógeno después de la menopausia pueden contribuir a la aparición de este problema. El prolapso del útero representa cerca del 16 por ciento de las histerectomías realizadas.

El tratamiento puede incluir terapia de estrógeno, ejercicios para fortalecer los músculos del piso de la pelvis o el uso de un pesario, que es un anillo de plástico insertado por la vagina para ayudar a sostener el útero en su lugar. En casos más graves, la cirugía puede restaurar los órganos hundidos a su ubicación normal y reparar los tejidos de apoyo. En ocasiones puede realizarse la histerectomía si el prolapso está causando problemas graves.

Cáncer; Con el tiempo, las enfermedades del cérvix pueden convertirse en cáncer. Éstas pueden progresar rápidamente o desarrollarse lentamente a lo largo de los años, dependiendo de la persona y del alcance de la enfermedad. Los cambios en el cérvix que pueden producir cáncer pueden ser detectados mediante la prueba de Papanicolaou (Pap). Si son diagnosticados en sus primeras etapas, podrán ser tratados satisfactoriamente sin necesidad de recurrir a una histerectomía.

La enfermedad cervical se vuelve más seria - cancer invasivo - cuando abarca las capas de tejido más profundas o se propaga a otros órganos. El cáncer también puede afectar a la membrana uterina y a los ovarios.

Los tipos de cáncer que afectan a los órganos de la pelvis representan cerca del diez por ciento de todas las histerectomías realizadas. El cáncer endometrial (cáncer del revestimiento del útero), el sarcoma uterino, el cáncer cervical (cáncer del cuello del útero) y el cáncer de los ovarios o de las trompas de Falopio requieren a menudo de una histerectomía. También pueden usarse otras clases de tratamiento como la radiación o terapia con hormonas dependiendo del tipo y extensión del cáncer. En otras pacientes, la histerectomía puede constituir el único recurso para evitar que el cáncer se propague a los demás órganos.

Otras razones por las cuales se realizan las histerectomías incluyen dolor pélvico crónico, abundante sangrado durante o entre los períodos y la enfermedad pélvica inflamatoria crónica.

TIPOS DE HISTERECTOMÍA

Existen diferentes tipos de histerectomía según la extensión de la operación y los órganos afectados.

Histerectomía subtotal o parcial por la que se extirpan los dos tercios superiores del útero, dejando el cuello uterino, trompas y ovarios.

Histerectomía total en la que se extirpa todo el útero (cuerpo y cuello), con o sin las trompas y los ovarios.

Histerectomía total con anexos (o salpingooforectomía) bilateral por la cual se extirpa el útero junto con las trompas y ovarios. También puede ser unilateral cuando se extirpa el ovario y trompa de un lado.

Histerectomía radical que incluye la extirpación de útero, trompas, ovarios, parte alta de la vagina y los ganglios linfáticos regionales.

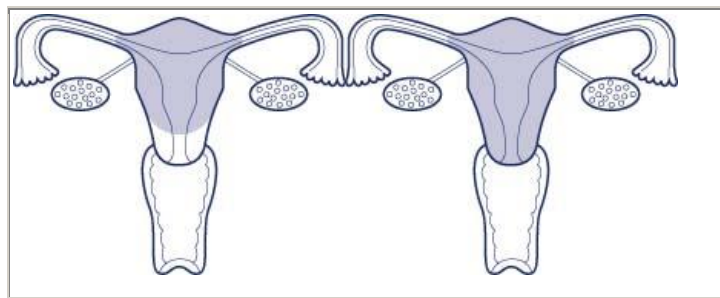


Figura 1. Histerectomía subtotal (izquierda) y total (derecha).

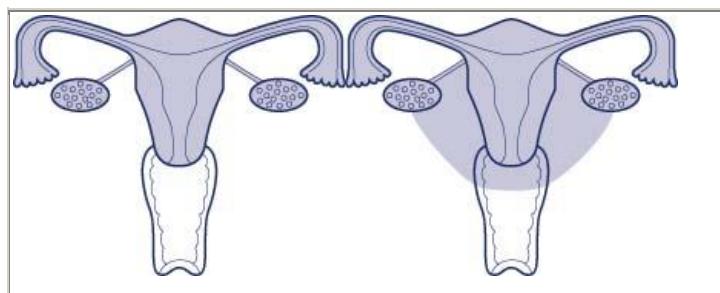


Figura 2. Histerectomía y anexectomía bilateral (izquierda) y radical (derecha).

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA LA HISTERECTOMÍA

La histerectomía se puede realizar de diferentes maneras y con variaciones particulares: por vía abdominal, vía vaginal y con asistencia mediante laparoscopia.

La histerectomía abdominal se realiza sobre todo cuando hay que proceder a una exploración meticulosa de la pelvis (por ejemplo cuando existe cáncer), cuando el útero es muy voluminoso, y cuando existen procesos inflamatorios o adherenciales muy intensos. La incisión para entrar en el abdomen se puede realizar mediante una incisión vertical (laparotomía media) o transversa baja (incisión de Pfannestiel). En general, la estancia postoperatoria es más larga que con las otras vías de abordaje y existe mayor riesgo de que se realice la extirpación de los ovarios.

La histerectomía vaginal consiste en la extirpación del útero a través de la vagina y se realiza sobre todo cuando existen prolapsos o descensos genitales o el útero tiene miomas pequeños que se pueden extraer a través de la vagina. Esta vía de operación no deja cicatrices visibles y la recuperación postoperatoria es más corta. Los inconvenientes de la misma es el acortamiento de la vagina y la lesión del llamado punto G o de Grafenberg.

Histerectomía vaginal laparoscópicamente asistida (LAVH por sus siglas en inglés): Un laparoscopio se inserta a través de un corte pequeño cerca del ombligo. Este aparato pequeño con forma de telescopio, con la amplitud de un lápiz, con una luz en uno de sus extremos y un lente de aumento en el otro, ayuda al doctor a ver los órganos pélvicos. Se infla el abdomen con un gas indoloro (dióxido de carbono) para mejorar la visibilidad y el espacio para trabajar de su doctor. Las imágenes del laparoscopio se ven en un monitor especial.

Se hacen otros cortes pequeños (de 1/4 a 1/2 pulgadas de ancho) en el abdomen, a través del cual el doctor inserta los instrumentos para ayudar a mover los órganos y quitar el útero. Se hace también un corte donde se une el útero con la vagina. Se empujan suavemente la vejiga y el recto del útero, el cual se extirpa a través del corte hecho en la vagina. La vagina se cierra para prevenir la infección y evitar que goteen hacia los intestinos. Los cortes se cierran con puntos, los cuales quedarán probablemente como pequeñas cicatrices.

PROCEDIMIENTO DE UNA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

- Incisión de Pfannenstiel o mediana infraumbilical con bisturí.
- Profundización de la incisión a través del tejido celular subcutáneo con bisturí
- Incisión de planos musculares.
- Colocación de valva suprapúbica, atar tira de gasa a la valva para poner el peso.
- Tener preparadas compresas húmedas para separar el intestino del útero con valva de Doyen o lateral
- Preparar gasas montadas durante todo el procedimiento.
- Aislamiento del útero seccionando doblemente sectores de los ligamentos con dos kocher, corte con tijera de disección, sutura con Vicril de 1 montado en porta agujas y tijeras de hilos. Este procedimiento se repite varias veces hasta que el cirujano ha penetrado en la profundidad de la cavidad pelviana, seccionando por sectores los ligamentos a cada lado del útero.
- Separación de la vejiga del útero con tijeras y pinzas de tejidos largas.
- Colocación de pinzas de Foure alrededor del borde del cérvix para separarlo de la vagina con tijera de disección. Esta maniobra libera al útero.
- Entrega de la muestra a la enfermera circulante.
- Cierre de la cúpula vaginal con tijeras largas de vagina, sutura con vicril 1.
- Separar p. Foure y p. largas de vagina de la mesa por considerarse contaminadas.

- Reinserción de la vejiga.
- Terminar contaje de gasas antes de cierre abdominal.
- Cierre de músculo con puntos sueltos de vicril 1
- Cierre de la aponeurosis con sutura continua de vicril del 1
- Puntos sueltos para tejido celular subcutáneo.
- Sutura mecánica para piel
- Limpieza de la piel con betadine, tapar con gasas la herida quirúrgica y poner vendaje compresivo

COMPLICACIONES

Entre las intervenciones de cirugía mayor, la histerectomía se halla entre las que menos riesgos de complicaciones presentan. No obstante, al igual que con cualquier otra cirugía, existe la posibilidad de que surjan problemas, entre ellos:

- Coágulos en las venas o los pulmones.
- Infección
- Hemorragia durante la operación, o después de ésta
- Bloqueo intestinal
- Lesiones en las vías urinarias o en los órganos contiguos
- Problemas derivados de la anestesia
- Menopausia prematura (cuando se han extirpado los ovarios)
- Dolor
- Depresión
- Disfunción sexual

CUIDADOS POSTOPERATORIOS:

La mayoría de los pacientes se van a casa al tercer día después de la histerectomía abdominal y por el primer o segundo día después de una histerectomía vaginal. Usualmente la recuperación completa de la histerectomía abdominal toma de seis a ocho semanas debido a que la incisión

es de 5 pulgadas de largo. Durante su recuperación, puede esperar poder aumentar gradualmente su actividad. Evite levantar peso durante las primeras dos semanas de su período de recuperación y tenga mucho descanso. En las semanas siguientes del procedimiento quirúrgico, puede empezar a hacer tareas ligeras, conducir un poco y aún regresar a trabajar, proporcionando que su ocupación no implique demasiada actividad física. Alrededor de la sexta semana después de la operación, puede tomar baños de regadera y reanudar su actividad sexual. Generalmente las mujeres que han tendido histerectomías vaginales se recuperan más rápido.

La primera noche después de la cirugía, se le puede pedir sentarse en la cama y caminar una distancia corta.

La mañana siguiente, si no hay evidencia de complicaciones y si es capaz de beber líquidos por sí mismo, se quitarán el catéter de su vejiga y el IV.

Para impulsar la sanación, coma una dieta balanceada rica en frutas frescas y vegetales. Dependiendo de cuánta sangre haya perdido durante la cirugía, puede requerir un suplemento de hierro diario.

Trate de evitar el estreñimiento. Coma alimentos altos en fibra, tome mucha agua y si es necesario, use laxantes.

Dúchese en lugar de tomar un baño por lo menos las primeras 2 semanas después de la cirugía.

Mantenga los sitios de incisión limpios y secos.

Regrese a su actividad normal gradualmente, la mayoría de las actividades normales incluyendo relaciones sexuales, pueden reanudarse cerca de las seis semanas.

Camine diariamente lo que tolere.

Evite levantar objetos pesados por cuatro o seis semanas.

Si tiene una histerectomía subtotal, y por tanto aún tiene su cervix, necesitará todavía pruebas de Papanicolaou regularmente para revisar anomalías cervicales.

Realizar ejercicios Kegel. Estos ejercicios pueden fortalecer los músculos del piso pélvico y prevenir/mejorar la incontinencia urinaria, así como aumentar el placer sexual.

Signos de Alarma

Llámenos si aparece alguna de las siguientes situaciones:

Sangrado abundante (cambio de toalla cada hora).

Datos de infección: temperatura arriba de los 37.5 °C, dolores de cabeza, mareos o malestar general, fluido transvaginal fétido o purulento, inflamación o secreción purulenta por la herida.

Aumento de la frecuencia urinaria o ardor al orinar que dure más de una semana.

Fluido vaginal que dure más de cuatro semanas después de la cirugía.

Cualquier otro síntoma que usted considere anormal.

Dolor abdominal o en región lumbar moderado a severo que no se quite con los analgésicos que indicamos.

LOS EFECTOS DE LA HISTERECTOMÍA

Una histerectomía puede causar efectos tanto físicos como emocionales. Algunos de ellos duran poco tiempo; otros perduran. Usted debe estar al tanto de tales efectos antes de someterse a dicha cirugía.

Efectos físicos

Quitando el útero se acaba el sangrado anormal, reduce la presión pélvica y elimina las fibrosis. Algunas otras afecciones, tales como el cáncer, la endometriosis y las adhesiones pélvicas pueden continuar o regresar.

Después de una histerectomía, ya no tendrá períodos mensuales y ya no puede embarazarse; el control natal no es necesario. Si sus ovarios se han dejado en el lugar, aunque seguirán produciendo hormonas y huevos, éstos se disolverán en el abdomen.

Si se quitan los ovarios (ooforectomía), se ha ido su principal fuente corporal de estrógenos y otras hormonas sexuales. Si todavía no es postmenopáusica, esto hará que su cuerpo entre en una menopausia instantánea y experimentará síntomas menopáusicos típicos como bochornos. Usualmente se recomienda la terapia de remplazo de hormonas.

Efectos emocionales

Muchas mujeres experimentan una reacción emocional ante la pérdida del útero. Su reacción depende de varios factores y es distinta en cada caso.

Algunas mujeres se sienten deprimidas porque ya no podrán tener hijos. Otras sienten alivio porque ya no padecen de los síntomas que tenían.

Efectos en las relaciones sexuales

Después de una histerectomía, algunas mujeres experimentan cambios en sus reacciones sexuales. Debido a que el útero ha sido extraído, ya no se producirán las contracciones uterinas que posiblemente sentían durante el orgasmo.

Si los ovarios no fueron extirpados, los genitales externos y la vagina no se verán afectados. En tal caso, generalmente no hay efectos en la actividad sexual. Si, por el contrario, los ovarios son extirpados junto con el útero, la resequedad vaginal puede constituir un problema durante el coito. El uso de estrógenos o de lubricantes vaginales puede aliviar dicha resequedad.

Algunas mujeres reportan un aumento en su satisfacción sexual, posiblemente debido a que se alivian del dolor de la afección que provocó este procedimiento o no necesitan preocuparse sobre el embarazo no planeado.

2.2.11 Ansiedad

La ansiedad es un estado o sensación de depresión, desasosiego, agitación incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza vaga e inespecífica, o de un peligro real o imaginario, generalmente de origen

intrapsíquico más que externo cuya fuente es desconocida o no puede determinarse. Este estado puede ser consecuencia de una respuesta racional a determinada situación que produce tensión, y que generalmente es una situación nueva y desconocida.

“La Ansiedad azota a personas de toda condición y no solo a un determinado grupo de edad, sexo, nivel socio-económico, filiación religiosa o grupo profesional...”

La ansiedad intensa inmoviliza a la persona, pero la capacidad para usar la energía generada por el estado de tensión, dirigida hacia un plan de acción o meta, moviliza o motiva al individuo desempeñando un papel importante en el crecimiento de su personalidad.

Hildegard E. Peplau postulaba que: **“...la conducta humana no es finalista y que una ansiedad grave o prolongada puede dar lugar a una desorganización de la personalidad...”** Considera a las necesidades como la motivación de la conducta. **“... las personas, piensan, sienten y sueñan a fin de satisfacer sus necesidades y una necesidad primordialmente motivante es la ausencia de ansiedad...”**

2.2.2.8 Tipos de Ansiedad.

Existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad, cada uno con sus propias características:

Trastorno de ansiedad generalizada: es una tensión crónica aún cuando nada parece provocarla. Esta preocupación o nerviosismo excesivo es casi diario y se diagnostica como tal cuando la persona la ha padecido al menos seis meses.

Trastorno de pánico: La persona experimenta crisis recurrentes de temor que surgen espontáneamente. Se trata de una angustia aguda y extrema en la que es frecuente la persona que la padece piensa que va a morir. Estos ataques repentinos de miedo intenso no tienen una causa directa. En ocasiones, los pacientes que sufren este trastorno desarrollan angustia a experimentar el próximo ataque, cuya ocurrencia no pueden prever, a esto se le llama ansiedad anticipatoria.

Trastorno fóbico: trastorno que tiene como rasgo particular la presencia de un temor irracional y persistente ante un objeto específico, cosa, actividad o situación que evitan por cualquier medio. Por ejemplo, el miedo a volar, a los pájaros o a los espacios abiertos o cerrados, insectos etc.

Trastorno obsesivo-compulsivo: se trata de pensamientos o acciones no voluntarios que el paciente no puede dejar de pensar o hacer para no generar ansiedad. En todo caso, el sujeto reconoce el carácter absurdo de sus pensamientos o acciones. Por ejemplo: lavarse las manos muchísimas veces al día o el mantener un orden y limpieza excesiva y calculada.

Trastorno por estrés post-traumático: se da en aquellos casos en los que se presentan secuelas psicológicas desagradables tras el impacto de un trauma emocional, una guerra, una violación, etc. Se caracteriza por los recuerdos persistentes del suceso traumático, un estado emocional con exaltada vigilancia y la reducción general de interés por los sucesos cotidianos.

Según Cattell y Scheier (1958) describieron dos tipos de ansiedad: Estado y Rasgo.

a.1. Ansiedad Estado (A/E)

Es un estado o condición emocional transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo precipitado por la experiencia de situaciones o fenómenos nuevos o modificados- Además de los pensamientos sobre el daño físico-psicológico que puede resultar del peligro real o imaginario, otros pensamientos de importancia relativamente menor pueden acudir a su mente estimulados en forma indirecta por el nivel general de excitación.

La A/E esta asociada al Síndrome General de Adaptación y suele desaparecer cuando la persona se adapta a las nuevas experiencias.

a.2. Ansiedad Rasgo (A/R) o Ansiedad Peculiar o Inherente

Cualquiera experimenta de vez en cuando estados de ansiedad pero existen diferencias sustanciales entre las personas en cuanto a la frecuencia e intensidad con la que los experimentan. El termino Ansiedad-Rasgo se emplea para describir las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad, es decir de la tendencia a ver el mundo con algo peligroso y la frecuencia con la cual se experimentan el estado de ansiedad durante un prolongado lapso de tiempo.

La A/R es una característica, un rasgo inherente de la personalidad. Posee características similares a los “**Motivos**”, esas disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación.

2.2.2.9 Niveles de Ansiedad

Los niveles de Ansiedad son:

b.1. Niveles de Ansiedad Estado:

Peplau, desarrollo la idea de Sullivan de que la ansiedad puede ser considerada como una escala continua que no tiene objeto específico. Cada nivel influye en la persona de forma diferente. Los niveles de la A/E son:

1) Nivel Leve:

La persona está en estado de alerta y percibe más que cuando no está ansiosa, los ruidos parecen más fuertes. La conciencia, la atención y la capacidad asociativa son muy elevadas. Se presentan inquietud e irritabilidad leves.

2) Nivel Moderado:

Se estrecha el campo perceptivo, pero el sujeto aún puede prestar atención si así lo desea. La concentración está dirigida sobre un problema específico. Se presentan tensión muscular, taquicardia, sudor, malestar intestinal.

3) Nivel Severo o Grave:

El campo perceptivo se estrecha considerablemente y la persona se interesa por detalles, pero no advierte sus conexiones entre los detalles. Se pueden presentar cefaleas, náuseas, temblores, temor, aversión.

4) Nivel Pánico:

Se estrecha la capacidad de observación hasta solo advertir el objeto de la ansiedad. Tiende a disociar a fin de escapar de su situación. Se utilizan conductas automáticas protectoras. Incapacidad para comunicarse o actuar. El aprendizaje y la adaptación se centran en el objeto de pánico.

b.2. Niveles de Ansiedad Rasgo:

En primer lugar es necesario aclarar la diferencia entre la A/E y la A/R, para ello analicemos la frase: **“El Señor X tiene ansia”**, lo cual significa que el

Señor X esta ansioso **“ahora”** o bien que es una persona ansiosa, es decir que esta experimentando un desagradable estado de ansiedad. Pero si el Señor X es **“una persona ansiosa”**, su nivel promedio del estado de ansiedad probablemente es mas alto que en alguna otra persona y probablemente experimenta estados de ansiedad mas frecuentemente que otras personas. Sin embargo, aun cuando el Señor X pueda ser una persona ansiosa puede o no estar ansioso ahora: todo depende de que interprete el momento como algo peligroso.

Spielberger señala tres niveles de ansiedad Rasgo o Peculiar:

1) Nivel Bajo:

Las personas tienden a ver el mundo como algo menos peligroso y responden a su percepción de la amenaza con un menor incremento de sus estados de ansiedad. Posiblemente experimente con menos frecuencia estados de ansiedad.

2) Nivel Medio:

Las personas tienden a ver una amenaza en muchas situaciones o tienden a ver mas peligroso el mundo comparadas con las que tienen A/R bajo teniendo un mayor incremento de su A/E. Experimentan estados de ansiedad con mayor frecuencia que los anteriores.

3) Nivel Alto:

Las personas con una A/R alta frecuentemente experimentan estados de ansiedad, tienden a ver peligroso el mundo y responden a su percepción de la amenaza con incrementos mayores de sus estados de ansiedad.

2.2.2.10 Factores que Predisponen la Ansiedad

La reacción de ansiedad depende de que una situación particular se considere o no amenazadora. El término amenaza se refiere a la evaluación subjetiva de una situación como algo potencialmente peligroso o dañino. Evaluación que está influida por los factores objetivos de dicha situación- peligros potenciales reales- los que son percibidos como amenazadoras por la mayoría de las personas. Pero, los pensamientos y los recuerdos estimulados por esa situación, la experiencia previa de un individuo en circunstancias similares y su capacidad para hacerle frente, pueden tener un impacto aun mayor. Asimismo, las características de la personalidad, las emociones y las necesidades, también juegan un papel muy importante en la manera como interpretamos una situación en particular.

Luego, la experiencia de la amenaza es básicamente un estado mental que tiene dos características principales: esta orientada hacia el futuro (generalmente contiene la anticipación de una situación potencialmente peligrosa que aun no sucede) y consta de procesos mentales que influyen la percepción, el pensamiento, la memoria y los juicios.

La enfermedad es en si una experiencia provocadora de ansiedad, pero esta ansiedad viene determinada por la necesidad de hospitalización. La percepción de que cualquier enfermedad que requiere hospitalización es grave (“al hospital se va a morir”), aumenta el sentimiento de amenaza y en consecuencia, la ansiedad.

Otros factores que desencadenan ansiedad son: incomodidad por el dolor, frío, fatiga y cambios en la dieta; carencia de satisfacción sexual; restricción de movimientos; aislamiento; antipatía y rechazo por parte de otros o el ridículo delante de ellos como resultado de la enfermedad; separación de a familia y amigos; frustración de planes y esperanzas; desconocimiento sobre su

diagnostico; entre otros factores derivados de la enfermedad y hospitalización, que son acentuados cuando se trata de una histerectomía abdominal y mas aun si el paciente tiene que ser sometido a una intervención quirúrgica, dada la importancia simbólica del mismo y porque se pone en peligro hasta la vida.

2.2.2.11 Reacciones psicofisiológicas durante la ansiedad

Generalmente cuando la persona esta en ansiedad el estad psicológico se ve muy afectado, esto lleva a un desequilibrio emocional según la magnitud de la ansiedad con las consiguientes reacciones fisiológicas que se manifiestan a través de los signos y síntomas en los organismo como respuesta a la ansiedad. El aspecto psicológico y fisiológico está íntimamente ligado durante la ansiedad, por lo tanto se dice que las reacciones y manifestaciones fisiológicas derivan directamente del estado psicológico del individuo.

“La ansiedad esta asociada a una variedad de alteraciones funcionales y cuando están provocan síntomas físicos son llamados alteraciones psicofisiológicas volviendo a la persona a menudo irritable, híper alerta e incierta”

Las personas utilizan una variedad de conductas para enfrentarse a la ansiedad o tratar de cambiar una situación de tensión. La redistribución de energía a menudo no es reconocida conscientemente, por lo que la persona es incapaz de cambios de conducta, aunque esta sea advertida por otros como inadecuada.

Los cambios en la conducta dependen de la intencionalidad de la emoción, estructura de la personalidad y la forma en las cuales el sujeto ha aprendido a enfrentarse a ellas. La ansiedad es inevitable en el paciente cardiaco, pero mas problemático que la activación del sistema Nervioso Simpático lo constituyen

los pacientes que disfrazan esta ansiedad y sufren en silencio, con un gran temor a la muerte, ideas erróneas, pérdida del control y aislamiento.

Ciertamente las reacciones físicas y conductuales de la ansiedad pueden inclinar la balanza negativamente durante el curso de la enfermedad y cirugía del paciente cardíaco. Entre las reacciones conductuales y somáticas del paciente a la ansiedad consideradas por Byrne y Thompson, tenemos: Uso acentuado de un tipo de conducta; aumento o disminución de la variedad de las actividades emprendidas; conducta menos organizada o regresiva, como: retorcimiento de manos, frotamiento del cuerpo, el enjuagarse la frente o intentar mantener la respiración, balancear los pies repetidas veces, tamborilear con los dedos, despellejarse y morderse las uñas; reacción excesiva al miedo, deformación de la realidad, entre otros.

Por su parte Ruth Murray señala los siguientes indicadores de ansiedad:

- Cambio manifiesto en la personalidad. Regresión, retraimiento, apatía, inestabilidad emocional, etc.
- Afecto transformado o reacciones emocionales inapropiadas, irritabilidad, impaciencia, irascibilidad, etc.
- Nivel menoscabado de conciencia, memoria o concentración, recuerdo inadecuado o impreciso, respuesta mínima al estímulo, etc.
- Proceso de pensamiento transformado: confusión, afectación del juicio, delirios, fobias o suspicacia infundada.
- Trastornos de la percepción, ilusiones, alucinaciones y parestesias.
- Atención afectada: distracción hipersensibilidad al ruido.
- Comunicación verbal cambiada: afirmaciones respectivas relacionadas o no con la situación presente: cambios en el tono

de la voz, en la velocidad y volumen del Lenguaje y en el tipo de enunciación.

- Manifestación del uso inconsciente de mecanismos de defensa: regresión, racionalización, negación, desplazamiento, proyección de sentimientos, fantasía.
- Expresiones de una imagen propia cambiada, sentirse diferente, deformado, incompleto, infantil, débil, desvalido, aislado, inútil o controlado por otros; incapaz de tomar decisiones apropiadas o hacer sugerencias acerca de sus propias preferencias en su cuidado.
- Sentimientos de inseguridad, inferioridad y motivación a los cuales reacciona en exceso, asumiendo una actitud de indiferencia o haciendo demandas excesivas.

Deben observarse muchas clases de conducta, abierta y encubierta, como indicadores de creciente ansiedad.

La amenaza del peligro produce reacciones psicológicas y fisiológicas en el organismo; como se ha mencionado anteriormente; sin dejar de presentarse por separado durante la ansiedad, ubicándose y evidenciándose cada una de ellas en los siguientes aspectos:

a) Manifestaciones psicológicas durante la Ansiedad

Las manifestaciones psicológicas de la ansiedad son:

Tensión emocional; diferentes situaciones que requieren un comportamiento de adaptación pueden producir tensión emocional, y esta es causada la capacidad adaptativa del individuo es agobiada por sucesos, las cuales pueden ser manejados momentáneamente por el sujeto generando cambio psico-fisiológico en el organismo.

Durante la tensión emocional se evidencian cambios en el organismo como: tensión muscular como resultado de estímulo del sistema nervioso simpático, generalmente frente a un proceso de adaptación el individuo está en constante stress, así mismo las diferentes etapas del proceso de hospitalización genera stress en el paciente las cuales se evidencian por inquietud, irritabilidad, fatiga, reacción de alarma, tensión incapacidad para concentrarse, dificultad para el sueño, etc.

“Para cada individuo el stress se define subjetivamente y la respuesta al mismo es una función de la personalidad a la dotación fisiológica de cada persona”.

La angustia: es una sensación interna de opresión cuyo atributo peculiar es un estado de miedo sin motivo, sentimiento de amenaza que acompaña una vivencia de desamparo, impotencia, reacciones de alerta con activación cortical, neurovegetativa y medular.

El miedo: es una reacción psicológica frente a algo conocido, en el miedo el peligro se conoce y puede identificarse, tanto el miedo como la angustia están presentes en el individuo enfermo, ambas son respuestas emocionales ante la amenaza de un peligro imaginario o real, y provocan las mismas reacciones fisiológicas en el organismo, y como ambas están presentes durante la enfermedad del individuo, el término ansiedad se usa para elaborar a las dos. Las manifestaciones psicológicas de ansiedad del individuo enfermo reflejan generalmente las formas que han aprendido a enfrentarse en el pasado al peligro, algunas personas responden a la ansiedad con exclamaciones ruidosas intentando negar, otras pueden bromear, reír y algunas pueden responder con enojo, llanto, hostilidad.

b) Manifestaciones Fisiológicas durante la Ansiedad

La ansiedad evocada frente a un peligro activa la compleja respuesta fisiológica que permite a la persona huir o luchar. Los agentes estresantes dan lugar a respuestas fisiológicas del Sistema Nervioso Autónomo, el Sistema Endocrino, el Hipotálamo, y la Corteza Cerebral, que a su vez influyen sobre otros sistemas y órganos del cuerpo. La intensidad de la reacción es proporcional a la magnitud del peligro o amenaza comprendidas.

Cuando el Sistema Nervioso Autónomo es estimulado, especialmente la Rama Simpática, ocurre lo siguiente:

- 1) Incremento de la producción de la epinefrina que a su vez produce aumento de la frecuencia cardíaca, conducción auriculoventricular y el consumo de oxígeno del miocardio; que sumados a los efectos de la nor-epinefrina elevada en los vasos eleva la presión arterial y el gasto cardiovascular, haciendo que se disponga de más sangre, por lo que aumenta el pulso en frecuencia y fuerza de latido. Este incremento súbito del metabolismo cardíaco disminuye el flujo coronario para el metabolismo tisular del corazón, lo que puede conducir a una intensa hipoxia cardíaca y arritmias.
- 2) La sangre es desviada al cerebro, corazón y los músculos estrados, en vez de a la periferia, haciendo que palidezca la piel, tenga color ceniciento y este fría al tacto.
- 3) La frecuencia y profundidad respiratoria están aumentadas para asegurar la oxigenación adecuada, por excitación del centro respiratorio de la sustancia reticular lateral del bulbo y la protuberancia.
- 4) Son retenidos cloruro de sodio y agua por los riñones para reforzar el volumen sanguíneo, contribuyendo a aumentar la presión arterial y reducir la diuresis.

- 5) El metabolismo es aumentado hasta 150%, proporcionando energía inmediata y produciendo más calor, por lo que aumenta la temperatura y deshidratación leve. Si el metabolismo permanece alto cierto tiempo, aparece insomnio y luego fatiga. Además, se presenta glucemia, con glucólisis en el hígado para satisfacer las demandas de energía.
- 6) Aumenta el tono muscular, por lo que las actividades pueden ser coordinadas al inicio, pero luego se presentan rigidez y temblores, tics nerviosos, gestos, movimientos extraños, torpeza o fatiga generalizada. La musculatura tensa, especialmente del trapecio, generalmente causa cefalea, porque comprime los vasos sanguíneos intracraneales disminuyendo así el flujo sanguíneo.
- 7) Se dilata las pupilas, por lo que puede verse borroso y utilizarse luz máxima para ver una situación. La visión inicialmente es nítida.
- 8) Trastornos gastrointestinales; La digestión y excreción esta disminuida, náuseas, vómitos mal sabor de boca y los esfínteres contraídos, diarreas, constipaciones, etc.

“Uno de los signos evidentes de la tensión muscular es la diarrea neurógena estos dependen de los estímulos intensos del sistema parasimpático que aumentan la motilidad del colon así como la secreción mucosa, la suma de ambos produce la diarrea neurógena”
- 9) Experimenta retención urinaria con urgencia u oliguria, anorexia, disfagia, estreñimiento y flatulencia.
- 10) Sudoración profusa, muchas personas transpiran excesivamente y esta combinada con el frío originan las manos frías y húmedas de la circulación periférica disminuida.

“El sudor es producido por la estimulación del área pre óptica inmediatamente por delante del hipotálamo, excita la producción del sudor y esta es transmitida por

vía neurovegetativas hacia la medula de allí a la vía simpática a la piel y a todo el cuerpo.”

Con la intensificación de la ansiedad, se experimenta conducta opuesta a la anterior por estimulación de partes del sistema parasimpático por la proximidad con las fibras nerviosas simpáticas; manifestándose:

- 1) Disminución del Gasto Cardiovascular. Causando bradicardia e hipotensión.
- 2) El riego sanguíneo vuelve a la periferia, causando piel ruborosa y caliente.
- 3) La respiración puede hacerse difícil por constricción de los bronquios. Con respiraciones profundas se exhala CO₂ en exceso, habiendo hiperventilación con temblores, síncope y desvanecimiento.
- 4) El elevado metabolismo corporal usa mucha energía, lo que puede agotar las reservas de glucógeno orgánico y la persona siente náuseas y hambre cuando hay hipoglucemia.
- 5) El tono muscular puede relajarse, por lo que resulta incoordinación. El aumento del flujo sanguíneo a través de los músculos afecta el estado de atención y conocimientos, y puede causar síncope.
- 6) Las pupilas dilatadas pueden volverse fijas, causando visión borrosa o puede producirse constricción pupilar, reduciendo la agudeza visual.
- 7) Los esfínteres tienen disminuido el tono aumentando la secreción y la propulsión gastrointestinal, por lo que la persona tiene urinación o defecación involuntaria o polaquiuria y diarreas.

“Así el paciente sometido a la tensión de la cirugía puede sufrir diabetes, una úlcera por tensión o colitis, hipertensión, arritmias o infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o enfermedad psíquica...”

2.2.2.12 Evaluación del la Ansiedad

Un buen numero de inventarios, cuestionarios y escalas de graduación de han elaborado para medir el Estado de Ansiedad (condición transitoria) y la Ansiedad Rasgo o Peculiar (predisposiciones permanentes de la personalidad a responder en ciertos modos). Entre los principales instrumentos son:

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad "ISRA"

Este instrumento elaborado por Miguel Tobal y Cano Vindel, trata de conjugar las aportaciones de dos modelos teóricos. Por un lado el modelo interactivo multidimensional de la ansiedad de Endler, y por otro, el modelo tridimensional o de los tres sistemas propuestos por Lang (Iruarrizaga, 1997).

El ISRA presenta un formato S-R y consta de 224 items, formados por la interacción de 22 situaciones y 24 respuestas representativas de los tres sistemas de respuesta. Incluye, además una situación abierta que puede ser descrita por el sujeto, de gran utilidad en la práctica clínica.

El objetivo del ISRA es posibilitar mediante la valoración de respuestas específicas ante situaciones concretas una evaluación de la reactividad de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) así como una medida de cuatro áreas situacionales ligadas a diferencias individuales, estas son: FI ansiedad ante la evaluación, FII ansiedad interpersonal, FIII ansiedad fóbica y FIV ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.

El sujeto debe responder a los items de acuerdo con una escala de frecuencia de 5 puntos, donde 0 es "casi nunca" y 4 "casi siempre", indicando la frecuencia con que aparece cada una de las respuestas ante cada situación.

El cuestionario ofrece información de las siguientes escalas:

- Sistemas de respuestas

C: Reactividad cognitiva (respuestas o manifestaciones cognitivas de la ansiedad).

F: Reactividad fisiológica (respuestas o manifestaciones fisiológicas de la ansiedad).

M: Reactividad motora (respuestas o manifestaciones motoras de la ansiedad).

- Áreas situacionales o rasgos específicos:

FI: Ansiedad ante la evaluación

FII: Ansiedad interpersonal

FIII: Ansiedad fóbica

FIV: Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.

T: Es una puntuación total, producto de la suma de las puntuaciones de los tres sistemas de respuesta, y ofrece una estimación del nivel general o rasgo general de ansiedad.

Las puntuaciones directas obtenidas en cada escala y en el total pueden ser transformadas en puntuaciones centiles, lo que permite conocer el nivel del individuo en relación a la población de referencia.

Escala de Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad (HRSA)

La escala de Hamilton para la ansiedad (HRSA) es una escala de heteroevaluación (llevada a cabo por un observador externo), propuesta por Hamilton en 1959, que explora el área del estado de ansiedad (interrupción del continuum emocional que se expresa por medio de una sensación subjetiva de tensión, nerviosismo e inquietud y está asociado a la activación del sistema nervioso autónomo).

La HRSA representa el prototipo de escala constituida por categorías de síntomas mediante los cuales se explora la ansiedad, la tensión, los síntomas neurovegetativos y los somáticos. Aunque esta escala contiene cuestiones relativas a los ataques de pánico, es utilizada con mayor frecuencia para la evaluación de la ansiedad generalizada. La escala consta de 14 cuestiones, cada una con puntuación de 0 a 4 .

La evaluación se efectúa mediante una entrevista voluntaria, preguntando al paciente acerca de los síntomas aparecidos la semana precedente.

La HRSA ha sido diseñada para obtener una valoración cuantitativa de la sintomatología de la ansiedad y se aplica a pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad, para el estudio de la evolución clínica de la enfermedad durante el tratamiento

Esta escala no puede utilizarse para el diagnóstico de trastorno de ansiedad, ya que patologías no específicamente ansiosas pueden conducir a puntuaciones elevadas.

Esta escala es la más sensible para evaluar los efectos del tratamiento en pacientes con ansiedad y, por lo tanto, para evaluar el transcurso de la enfermedad.

Inventario de Ansiedad de Beck

El Inventario de Ansiedad Beck (BAI) se desarrolló para abordar la necesidad de un instrumento fiable que discriminara la ansiedad de la depresión al tiempo que mostrara validez convergente. Un instrumento de ese tipo ofrece ventajas clínicas y para fines de investigación sobre medidas de autoaplicación existentes, que no han podido diferenciar la ansiedad de la depresión de manera adecuada (Beck, 1988).

La escala consta de 21 ítems, cada uno describe un síntoma común de la ansiedad. Se le pide al evaluado que califique que tanto ha padecido cada uno de los síntomas durante la semana anterior en una escala de 4 puntos que van de 0 a 3. Los elementos se suman a continuación para obtener una puntuación total que puede variar de 0 a 63. Posteriormente, esta puntuación se coloca dentro de una escala, que define el nivel de ansiedad que padece el sujeto que contestó la escala.

State Trait Anxiety Inventory for Adults – STAI (inventario de ansiedad estado y rasgo)

Al respecto, Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), desarrollaron dos inventarios coordinados de 20 ítems que mide la Ansiedad como un Estado y

como un Rasgo, cuyo nombre original es: “State Trait Anxiety Inventory” (STAI).

Este es un instrumento ideado para investigar los fenómenos de ansiedad en adultos normales, escolares, estudios superiores y en pacientes de diversos grupos clínicos.

A las personas se les pide indicar si una afirmación sobre ellas es verdadera o falsa o que califiquen el grado de acierto con el que la frase describe sus sentimientos.

La porción A del STAI requiere que el sujeto de la respuesta que parece mejor describir sus sentimientos presentes; y la proporción B es para responder como el sujeto se siente generalmente. Los resultados del STAI permiten fundamentar las diferencias entre la ansiedad como estado y como Rasgo, así como establecer las relaciones entre ellas.

Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad. Los sujetos contestan a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 1 a 4.

En la escala A-Estado son: 1-nada, 2-algo, 3-bastante, 4-mucho; y en la escala A-Rasgo son: 1- casi nunca, 2-algunas veces, 3-frecuentemente, 4-casi siempre.. Las puntuaciones obtenidas se clasifican en la siguiente escala:

RANGO	CLASIFICACIÓN
20 -31	Ansiedad muy baja
32 – 43	Ansiedad baja
44 – 55	Ansiedad Media
56 – 67	Ansiedad Alta
68 - 80	Ansiedad Muy alta

2.2.2.13 Principios del Cuidado del Paciente Ansioso

Dugas, considera que se debe tener en cuenta los siguientes principios en el cuidado del paciente ansioso:

“Es mas fácil aliviar un temor conocido, que la ansiedad cuyo origen se desconoce.

Las personas sienten menos ansiedad cuando conocen lo que se les va a suceder.

Cuando las personas sienten que conservan cierto control de la situación, la ansiedad disminuye.

Un sentimiento de despersonalización contribuye a la ansiedad...”

2.2.2.14 Rol de la Enfermera en el Alivio de la Ansiedad

Evitar la ansiedad en el paciente cardiaco es esencial para prevenir complicaciones y favorecer su curación. Esto es responsabilidad de Enfermería.

Como hemos mencionado con anterioridad, una de las causas de la ansiedad experimentada por el paciente es el temor a lo desconocido , en cuyo sentido la enfermera debe dar información necesaria al paciente respecto de su enfermedad, el tratamiento al que será sometido y las expectativas de cuidado y riesgo implicados, además de aclarar conceptos erróneos y explicar con mayor detalle y e términos mas sencillos lo que otros le han comentado; por consiguiente la ansiedad puede reducirse mediante un programa de enseñanza, el cual es uno de los principales objetivos de Enfermería.

Por otro lado, Peplau sugiere intervenciones de Enfermería como:

“Aportar respuestas específicas en forma de información o de enseñanzas a los problemas planteados por el paciente.

Mostrar una actitud de respeto y de interés positivos.

Ser un consejero sustituto ciertas ocasiones ayuda al paciente.

Sentarse a la cabecera a fin de observar, buscando conocer como el paciente ve su situación.

A fin de ayudarlo mejor,”

Otros aspectos a incluir en la atención del paciente ansioso son:

- La enfermera debe reconocer la ansiedad del paciente. Conocer las situaciones que pueden desencadenarla, advirtiéndole los signos fisiológicos y conductuales.
- Animar verbalmente al paciente, reconocer y expresar su ansiedad, conservando una atmósfera placentera y de confianza.
- Ayudarlos a enfrentarse a lo que es ya una amenaza específica.
- La presencia de la enfermera, el empleo apropiado del tacto, cuidado físico, inflexiones en la voz, el absolver sus preguntas, el escucharlo, ayuda al paciente a aliviar su ansiedad.

2.2.12 El proceso de enseñanza aprendizaje

a. Aspectos Básicos

A continuación revisaremos los conceptos básicos del proceso de enseñanza aprendizaje:

a.1. Aprendizaje:

Es la adquisición de conocimientos, actitudes y experiencias que originan cambios de conducta, en el proceso de pensamiento, y as acciones o actitudes de quien aprende, permitiendo la integración del individuo a su medio. Es un procesos activo que continua desde el nacimiento hasta la muerte, **“...que capacita a los individuos para modificar su conducta con bastante rapidez y de un modo mas o menos permanente, de tal manera que esta modificación no tenga que ocurrir una y otra vez ante cada nueva situación que se presenta (Gagne, 1962)”** Por conducta entendemos no solo el comportamiento exterior , sino también cualquier actitud mental efectiva que determine una nueva forma de reacción , un nuevo habito o comportamiento. Esto significa que el aprendizaje es un proceso de adaptación, que va ir creando estructuras cada vez mas complejas y que el sujeto las va a utilizar cuando las necesita en forma pensada y razonada y no de memoria.

a.2. Enseñanza:

Es el arte de ayudar, asistir o instar a otro o a otros a aprender. Es la transmisión de conocimientos y experiencias que influyen cambios de conducta, pensamiento y sentimientos, además de modificar las acciones de quien aprende. Incluye la presentación de información y la provisión de situaciones, discusiones, actividades apropiadas diseñadas para facilitar el aprendizaje.

a.3. Proceso de la enseñanza- Aprendizaje

Es un conjunto de dialectos inseparables, recíprocos, integrantes de un proceso único en permanente movimiento, pero no solo por el hecho que cuando hay alguien que aprende tiene que haber otro que enseña, sino también en virtud del principio según el cual no se puede enseñar correctamente mientras no se aprenda durante la misma tarea de la enseñanza (Beleger, 1962)

Es un proceso que se refiere al sujeto como totalidad por lo tanto el aprendizaje es múltiple, ello implica que aunque un contenido dominante para aprender, en ese proceso también se modifican formas de percibir, pensar sentir y actuar del sujeto, que tiene incidencia en toda su estructura de personalidad.

b. Dominios y niveles del Aprendizaje

Las dimensiones, dominios o campos en los que se puede dar el aprendizaje son: 3

b.1. Dominio Cognoscitivo:

Se refiere a las actividades eminentemente intelectuales, las que varían de persona a persona. Incluye conocimientos y entendimiento; la capacidad para aprender retener conocimientos, organizar información y resolver problemas. El conocimiento o comprensión es la habilidad de comprender el significado de una palabra. Un paciente necesita entender que es una cirugía cardíaca como será su recuperación, etc.

1) Niveles:

En la taxonomía de Bloom se conocen los siguientes niveles para el dominio cognoscitivo:

- Recepción de la información: Es el recuerdo de la información tal como se recibió, desde datos específicos hasta principios y teorías.
- Procesamiento: Manipulación de la información en base la capacitación correcta de su significado. Subdivisión del material en sus partes, comprendiendo su interrelación y estructura.
- Solución del problema: Su utilización del material aprendido en situaciones concretas. Formación de juicios racionales en función de propósitos, utilizando criterios internos o externos.

Ninguno de los niveles se considera mejor o peor ni se considera que todos los aprendizajes que se den en el primer nivel deban llegar al último sino que los tres niveles interactúan dinámicamente.

A continuación se presenta un cuadro resumen, de los niveles del dominio cognoscitivo, según tres autores:

B. BLOOM	PEDRO LAFOURCADE	J.J. GUILBERT
Conocimiento	Información	Recuerdo
Comprensión	o Recepción de la Información	
Aplicación Análisis Síntesis	Procesamiento	Interpretación
Evaluación	Solución de Problemas	Solución de Problemas

b.2. Dominio Psicomotor de las habilidades y destrezas

Incluye el despliegue de actividades psicomotoras finas o gruesa. La función de la destreza como capacitación es hacer posible una respuesta motora. A veces ejercicios y programas de entrenamiento son diseñados para ayudar al paciente en la reducción de sus músculos. En efecto, la instrucción toma principalmente la función de proveer práctica reforzada de las respuestas motoras, lo que usualmente lleva práctica y tiempo.

1) Niveles:

Son los siguientes:

BLOOM	J.J GUILBERT
Imitación	Imitación
Manipulación Precisión Coordinación	Control
Adquisición	Automatismo

b.3. Dominio afectivo o Actitudinal:

Se refiere a la vida emotiva y de relación del sujeto, incluye actitudes, apreciaciones, valores. Comprende aquellos aspectos que destacan un tono emocional, un sentimiento, un grado de aceptación o rechazo; van desde la simple atención ante fenómenos seleccionados, hasta cualidades de carácter o conciencia, complejas, pero internamente coherentes. En la Literatura se encuentran gran número de estos objetivos expresados en términos de intereses, actitudes, apreciaciones, valores y conjuntos de emociones o

predisposiciones. Ejemplo: el paciente tiene que aprender a hacerle frente a su ansiedad.

1) Niveles:

Presenta los siguientes:

BLOOM	J.J GUILBERT
Atención	Recepción
Participación	Respuesta
Valoración Organización Caracterización	Interiorización

c.Principios del Aprendizaje

Cuando se educa es importante que se apliquen los principios que faciliten y maximicen el aprendizaje; entre estos principios tenemos: El interés y motivación para aprender se incrementan cuando la persona entiende la importancia del aprendizaje el entendimiento del aprendizaje aumenta cuando se procede de lo simple a lo complejo; el aprendizaje es mejor si se consideran las características, intereses, experiencias previas, etapas de desarrollo, prejuicios del enfermo, sus valores y costumbres y sus experiencias en el rol de “paciente”

Dugas considera los siguientes principios:

“El aprendizaje es mas eficaz cuando se lleva a cabo en respuesta a una necesidad que siente quien aprende.

Para que el aprendizaje se realice es esencial la participación activa de quien aprende.
Es mucho mas fácil aprender cuando lo aprendido va a ser importante.

El aprendizaje debe reforzarse para que haya retención.
El aprendizaje se facilita si el material se relaciona con lo que ya se sabe.
El aprendizaje es mas fácil si se comprenden los conceptos fundamentales del material por aprender...”

Miller, plantea las siguientes condiciones para el aprendizaje: el educando debe estar motivado para cambiar su conducta; debe conocer las deficiencias de su conducta actual; debe tener una visión clara de la conducta que se desea que adopte; debe tener la oportunidad de practicar la conducta deseada: debe recibir refuerzo de la conducta esperada y tener a su disposición lo necesario para practicar la nueva conducta.

d. Factores que influyen en el Aprendizaje

Son mucho las variables internas y externas que afectan la situación de aprendizaje, entre las que destacan:

d.1. Características del Educando

- La Edad:

Los adolescentes (11 a 20 años), necesitan aprender sobre el rol sexual, como cuidar y usar su cuerpo efectivamente, adquisición de independencia emocional y cambios físicos. Por su parte, los jóvenes (de 21 a 35 años), tienen necesidades de aprendizaje relacionados con su salud y medio ambiente, rutinas de hospital, expectativas de su rol de enfermo y cambios que necesitaran hacer

en su estilo de vida, luego del alta. El adulto maduro (36 a 65 años) por lo general desea ver la importancia que tiene para su situación el material que aprenderá.

- **Las Habilidades de Comunicación del Individuo:**

Una persona puede tener un gran y sofisticado vocabulario y otro puede tener un gran y sofisticado vocabulario y otro puede conocer solo simples palabras. Comprende la habilidad de la persona para percibir, entender y transmitir pensamientos y sentimientos a otros. Esto varía de persona a persona. De otro lado, con la edad también disminuyen la agudeza visual y auditiva, por lo que se tendrá que hablar más fuerte, pronunciar con mayor claridad y el material será escrito con letras grandes.

- **Los Antecedente Culturales:**

Incluye las oportunidades de aprendizaje que el paciente ha tenido. Si no tiene información básica, la que recibe en la educación primaria por ejemplo, el aprendizaje puede ser lento y difícil, ya que puede derivar en falta de comprensión de las instrucciones o las informaciones que se les proporcionan porque no entienden el vocabulario o los conceptos utilizados.

- **El Estado Físico:**

El deterioro físico como fatiga, debilidad, dolor, afecta el aprendizaje, obstruyéndole. Los enfermos suelen tener un periodo de atención mas corto que cuando están bien.

- **Disposición y Voluntad para Aprender:**

Si se le enseñan al paciente, los principios mucho antes de que lo necesite, no lo recordara después, salvo que se los refuerce o los

mantenga escritos. Si se les instruye poco antes de la hora de la cirugía o UCI, quizás no este en las mejores condiciones de captar y aprender lo que se diga, tanto física como emocionalmente. Si la educación se ofrece en un momento que el paciente asimile mejor (en el periodo pre-operatorio), le será mas útil para el momento en que necesite la información.

- **Motivación:**

Es el factor clave en toda situación de enseñanza. Implica el deseo del individuo para aprender.

También es necesario considerar otras variables como: Las demográficas: sexo, estado económico y educación enfermedad; gravedad del paciente y alivio de los síntomas brindada por las terapéuticas; psicosociales: inteligencia, actitudes hacia los profesionales sanitarios, y aceptación o negación de la enfermedad; que influyen en el aprendizaje y que se deben tomar en cuenta para brindar una educación eficaz.

d.2. Características del Maestro

- Conocimiento de la materia que se enseña, para responder cualquier pregunta del paciente, lógicamente, no se espera que sepa todo.
- Dominio de la Técnica de enseñanza a utilizar.
- Habilidad para utilizar las estrategias de enseñanza y exponer todo el material con eficacia, seleccionando el más adecuado para satisfacer las necesidades del paciente.
- Habilidad para planear y organizar el material que enseñara.
- Un posible factor obstaculizador del aprendizaje lo constituyen las experiencias que aporta la enfermera en su relación con el

paciente. Estas pueden llevarla a tener una idea preconcebida de cual “debería” ser la actitud del paciente frente al diagnóstico y pronóstico de su enfermedad y tener prejuicios acerca de la forma en que reaccionara frente a la acción educativa que ella realizara.

d.3. Ambiente o Clima Social

El que enseña necesita buenas habilidades interpersonales para fomentar un clima que permita el aprendizaje. Es decir, debe crear una atmósfera en la que el paciente sienta libertad de participar y donde permanezcan abiertos los canales de comunicación, con adecuadas condiciones físicas: Luz, temperatura, ventilación, sillas, mesas, etc. La persona no aprende con facilidad si se siente amenazada, además de que los interruptores y ruidos pueden interferir o distraer el proceso de escuchar y pensar.

d.4. Tiempo

Toda enseñanza que vale la pena requiere tiempo, por lo tanto debe seleccionarse una hora adecuadas para ambos: enfermera y paciente.

Los periodos de enseñanza deben ser relativamente cortos, ya que durante la enfermedad disminuye el periodo de atención, que por lo general es de 20 minutos en promedio. Si los periodos son demasiado largos los pacientes pierden la concentración, si son demasiados cortos a veces no son suficientemente para entender la información.

e.Principios de la Enseñanza

En la labor educativa se debe tener presente los siguientes principios de la enseñanza:

- Las actividades de enseñanza deben ayudar al educando a lograr los objetivos individuales de aprendizaje.
- El Rapport, la empatía y simpatía entre el educando y el educador son esenciales.
- Las actividades de enseñanza necesitan ser orientadas alrededor de los objetivos de aprendizaje.

Por otro lado, Dugas señala los siguientes principios:

“- No se debe proporcionar al individuo demasiada información en una sola vez, ya que es imposible retener muchas cosas nuevas.

- En cada enseñanza se deben utilizar medios visuales, ya que ayuda a comprender o retener mejor el tema.

-Toda enseñanza debe estar planeada y organizada, para evitar situaciones incómodas tanto al emisor y al receptor.

-Para brindar enseñanza se tiene que contar con un ambiente tranquilo y libre de interrupción.

- Toda persona que brinda enseñanza tiene que estar bien informada en la materia a enseñar.

- En la enseñanza se utilizara un lenguaje claro de acuerdo al nivel cultural del individuo o el grupo...”

Además se deben considerar:

- Las habilidades de comunicación: En la enseñanza se deben tener en cuenta los siguientes elementos para mejorar la comunicación:

° Análisis relacional: La capacidad de lograr un equilibrio entre la Homofilia y la Heterofilia, y la capacidad para superar las brechas heterofilicas. Entendiéndose por Homofilia (Semejanzas) a que la fuente y el receptor tienen atributos comunes, son de nivel similar socioeconómico, lenguaje, creencias, status y educación (hablan un “mismo idioma”). Por su parte la heterofilia (diferencias) ocurre cuando la fuente y el receptor son distintos en sus atributos básicos y en eso los hace pensar, sentir y hablar en forma diferente.

El Análisis Relacional, incluye además: Creditibilidad (grado de confiabilidad y competencia que el receptor atribuye a la fuente); Empatía (capacidad que tiene la fuente de “meterse” en el problema de la otra persona, de entenderla, de sentir como ella y compartir sus emociones); Simpatía (Cualidad existente o ausente en la fuente para despertar en el receptor sentimientos de atracción o agrado); Capacidad de escuchar al otro, de percibir sus necesidades, sus angustias, y percibir lo que está expresando el otro; y respeto por la cultura popular, por costumbres populares muy arraigadas que no podemos negar.

° Capacidad de superar brechas heterofilicas (habilidad empática).

° Capacidad de expresión (darse a entender en forma clara y amena)

° Manejo de códigos no Verbales: Expresar lo que, sentimos a través de gestos, expresiones, movimientos, forma de hablar.

° Uso de metodologías educativas apropiadas (innovadoras, participativas).

° Diseño de mensajes: Usar argumentos, refuerzos positivos y validar en terreno los mensajes antes de difundirlos.

° Estilos pedagógicos adecuados: Si se trabaja con adultos, saber como opera el campo conductual del adulto y basarnos en sus conocimientos, actitudes y practicas.

f. Etapas de la Enseñanza

La Enseñanza involucra tres etapas: Planeamiento, Ejecución o Implementación y Evaluación.

f.1. Planeamiento

La enseñanza para ser eficaz debe configurarse como una actividad inteligente, metódica y orientada por objetivos definidos; debilitando y restringiendo su reconocimiento la rutina sin inspiración, ni objetivos y la improvisación dispersa, confusa y sin orden.

El planeamiento de la enseñanza esta contenido en un Plan escrito.

El plan de Enseñanza es una guía un programa definido de acción para conducir progresivamente al individuo o grupo hacia los resultados deseados. Proporciona además, un medio para la continuidad de la enseñanza, siguiendo un horario pre-establecido que permite satisfacer las necesidades de aprendizaje del individuo.

1) Características del Plan de Enseñanza: Un buen plan debe reunir las siguientes características:

-Unidad, todas las actividades deben converger en la conquista de los objetivos pretendidos.

- Continuidad, previniendo todas las etapas del trabajo desde el inicio hasta el final.
- Flexibilidad, que permita reajustes durante su desarrollo.
- Objetividad y Realismo, debe fundamentarse en las condiciones reales e inmediatas de lugar, tiempo, recursos y preparación:
- Precisión y Claridad en sus enunciados, estilo sobrio, claro, preciso, con indicaciones exactas y sugerencias bien concretas para la labor que va a efectuarse.

2) Elementos del Plan de Enseñanza

Todo plan consta de los siguientes elementos:

- Objetivos: Describen las conductas que el paciente desarrollara para demostrar que logro el conocimiento, actitud, conducta y/o destreza; son los resultados finales a los que se va a llegar mediante el aprendizaje de la materia programada. Deben ser específicos, medibles y alcanzables.
- Selección de la Hora y Lugar: Debe ser adecuada para ambos, enfermera y paciente.
- Selección del Método de Enseñanza: los métodos pueden ser la enseñanza Individual o Grupal. El grupal es mas económico, ayuda a los educandos a aprender unos de otros y favorece el deseo de una actitud positiva. Los pacientes fisiológica y emocionalmente inestables, con elevada ansiedad no son candidatos para este tipo de enseñanza. El individual es ideal para evaluar continuamente al educando, permitiendo mayor intimidad para el intercambio de información confidencial. Facilita el aprendizaje del individuo de bajo nivel educacional, con impedimentos físicos o barreras culturales, así como en los individuos con alto nivel de ansiedad o depresión.

- Selección de Estrategias y Medios Instruccionales (Ayudas Audiovisuales). Los medios de Instrucción son un conjunto de dispositivos suplementarios mediante los cuales la enfermera, valiéndose de diversos conductos sensoriales, logra esclarecer, fijar y relacionar conceptos, interpretaciones o apreciaciones exactas sobre un área de trabajo. Están orientados a facilitar la comprensión del tema a través de los sentidos. Su contribución, es hacer que la enseñanza sea más productiva aumentando el aprendizaje, al utilizar la imagen visual como factor importante de motivación y porque el conocimiento humano se obtiene básicamente de las experiencias visuales.

Dentro de los medios instruccionales tenemos: pizarras, rotafolios, gráficas, diapositivas, videos, folletos, módulos autoinstruccionales, etc.

- Desarrollo de Contenidos: Se incluyen todos los temas de motivo de aprendizaje, siguiendo una secuencia lógica y específica.

f.2. Ejecución o Implementación

La enseñanza es implementada al poner en práctica las estrategias, métodos y contenidos planeados pero con cierta flexibilidad.

f.3. Evaluación

Es el proceso de determinar hasta qué punto los objetivos educacionales completados en el plan, están siendo alcanzados. Como los objetivos son los cambios deseables en los modelos de comportamiento del alumno, entonces la evaluación es el proceso de determinar en qué grado estos cambios ocurren realmente. (Ralph Tyler, 1971).

Existen diversos métodos para evaluar el aprendizaje del paciente. Las enfermeras utilizan de preferencia 7, los cuales son: 1) Las entrevistas, 2) La investigación que utiliza datos estadísticos; inasistencia a controles, ausentismo escolar o laboral, hospitalizaciones, otros. 3) La entrevista del paciente y familia, 4) La observación directa, 5) Los registros, 6) Listado de preguntas que orientan al proceso de evaluación; ¿Los objetivos eran realistas?, ¿Hubo obstáculos para el cambio de conducta esperado?, etc., y 7) Los test orales y escritos que son efectivos para evaluar el progreso de los objetivos cognoscitivos.

2.2.13 Modelos autoinstruccional

a. Definición

Un modelo es la presentación simplificada y organizada de los pasos a seguir en la planificación de experiencias educativas.

La enseñanza modularizada a través de módulos autoinstruccionales, se ubica entre las estrategias de enseñanza individualizada. Cuando los modelos son autoinstruccionales no hay necesidad que el educador este presente y permite dar acceso a la educación a un numero mayor de personas, liberando al profesor de actividades repetitivas, mecánicas, dejándolo mas disponible para una enseñanza individualiza, en la cual El asuma un papel de orientador que dirige y/o conduce al alumno a una enseñanza efectiva.

b. Etapas

Los pasos que comúnmente tienen estos modelos autoinstruccionales están basados en Las etapas del proceso de enseñanza –aprendizaje, y son:

1) Planificación: Incluye,

- Identificación del problema o necesidad de aprendizaje.

- Análisis de la conducta final esperada.
- Formulación de los objetivos de aprendizaje en términos de conducta observable y medible. Los objetivos pueden ser:

° Objetivos Terminales: Expresión que describe el comportamiento que se espera del alumno al terminar el modulo.

° Objetivos Intermedios: Describen en se espera del alumno, durante su aprendizaje para alcanzar su objetivo terminal.

° Objetivos de Pre-requisitos: Son los comportamientos de pre-instrucción o comportamientos de entrada, que el al alumno debe poseer para comenzar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

- Preparación de ítems de evaluación (instrumentos)
- Establecimiento de secuencias de enseñanza-aprendizaje.
- Selección, desarrollo de los medios autoinstruccionales, elaboración de módulos autoinstruccionales.

2) Ejecución: Consiste en la implementación de materiales y aplicación en o educandos.

3) Evaluación: Se llevan a cabo las evaluaciones, las cuales son de 3 tipos:

° **Evaluación Diagnostica:** Es aplicada para verificar si el alumno tiene los pre-requisitos necesarios para poder iniciar una unidad de enseñanza, una materia o curso. También sirve para verificar si el alumno ya tiene los conocimientos y las habilidades que serán dados en una unidad de enseñanza, materia o curso, a fin de orientarlo mejor. Es aplicada antes del inicio de la instrucción, a través de pre-test.

° **Evaluación Formativa:** Busca básicamente identificar las principales insuficiencias en los aprendizajes iniciales necesarias para realizar otros aprendizajes. Suministrar elementos, para de manera directa, orientar la organización de la enseñanza- aprendizaje en etapas posteriores de aprendizaje correctivo o terapéutico. Debe ocurrir frecuentemente durante la enseñanza.

° **Evaluación Sumativa:** Clasificatoria, post-test o tradicional. Es un proceso de descripción y de juicio para clasificar a los alumnos al final de la enseñanza, según los niveles de aprovechamiento expresados en grados, notas o conceptos. Orienta a una verificación general en que los resultados más amplios fueron obtenidos. Mide el aprendizaje del alumno al final del curso.

c. Módulos Autoinstruccionales

Son dispositivos para instrucción individual. Conjunto de actividades de aprendizaje con la finalidad de facilitar, auxiliar al alumno para alcanzar el dominio de los objetivos pre-determinado.

c.1. Características: Destacan las siguientes:

- El modulo autoinstruccionales es individualizado y personalizado, debido a que brinda al alumno, la oportunidad de ejecutar las actividades de aprendizaje según su propio ritmo y permite que el mismo trabaje a su manera personal para alcanzar los objetivos.
- Esta centrado en las necesidades del alumno y no en las necesidades del profesor.
- El modulo corresponde a una pequeña unidad de información que el alumno no debe dominar en poco tiempo.

- Los objetivos son el núcleo del modulo, los que determinan la selección de actividades de aprendizaje, de los recursos instruccionales y de la evaluación.
- El tiempo es una variable, ya que varia de alumno a alumno; y el éxito es un constante, al considerarse que la mayoría de los alumnos alcance el dominio de los objetivos.
- El modulo es un proceso y no un producto. Solo puede ser utilizado por el grupo elegido después de ser probado y reajustado, sin embargo, este proceso no termina ahí, cada utilización nueva del modulo puede ser considerada como prueba, por lo tanto esta en flujo continuado, es decir constantemente probado y replanteado.
- Promueve la autoresponsabilidad del alumno, ya que es el quien toma las decisiones. La elección del camino para alcanzar los objetivos es su responsabilidad.
- Debe ser una unidad totalmente independiente, que puede ser utilizada sola o cambiada con otras unidades. Por lo tanto, cada modulo debe contener un concepto, teoría, principio o procedimiento integral, y no solo una parte de cada uno.

c.2. Etapas de Elaboración de Modulo

Al planear, producir y evaluar módulos de instrucción es necesario considerar las siguientes etapas:

- Caracterización del grupo elegido y de las condiciones en que los módulos instruccionales serán utilizados: Consiste en la descripción de las características de los alumnos que pasaran por el proceso de enseñanza aprendizaje a través de módulos.
- Organización del contenido: de la disciplina que será modularizada en pequeñas unidades o entidades de información.

- Definición de los objetivos: de pre-requisito, intermedios y terminales.
- Elaborar instrumentos de Evaluación: diagnóstica, formativa y sumativa.
- Selecciona las actividades de aprendizaje y recursos de instrucción: Folletos, textos, audiovisuales, et.
- Producir la primera versión de los módulos: elaborar los recursos instruccionales seleccionados y organizar cada una de las unidades con sus respectivos componentes (objetivos, test de evaluación, actividades de aprendizaje).
- Probar y revisar la primera versión: Con la finalidad de verificar la eficacia de los mismos. Solo después de probados y revisados los módulos es que deberán ser utilizados con el grupo elegido.

El orden de las etapas puede variar, únicamente la primera debe preceder a las otras, visto que ella contiene informaciones que permitirán tomar decisiones con relación a las siguientes etapas.

c.3. Secuencia y Forma de presentación

El módulo tiene una estructura interna de acuerdo con la población estudiantil seleccionada, con los recursos humanos y materiales disponibles. Los elementos esenciales del módulo son:

- Prospecto: introducción, instrucciones
- Objetivos: en conjunto o uno a uno.
- Pre-test y hojas de respuestas.
- Actividades de aprendizaje: textos.
- Post-test y hojas de respuestas.
- Pueden incluirse una página inicial de presentación y un apéndice al final.

El lenguaje utilizado en el modulo debe ser personalizado (como si el profesor estuviese hablando al alumno) y toda la secuencia de acciones debe ser anunciada, paso a paso, a fin de tornarla bien clara.

En la secuencia y forma de presentación del modulo autoinstruccional, tener presente que la importancia del mismo radica en que esta vinculado a las necesidades de atender a los diversos estilos de aprendizaje, a los intereses y ala motivación de os alumnos.

2.2.14 Enseñanza programada individualizada

Generalidades:

En 1962, LA UNESCO la definido así: “La enseñanza programada consiste en la presentación gradual y apequeñas dosis de la materia de enseñanza, organizada de tal manera que se puede obtener del alumno una reacción inmediata que permita darse cuenta hasta que punto ha aprendido.

Es una tarea de aprendizaje que trata de enseñar mas y mejor, con el menor esfuerzo y en el menor tiempo. Se basa en la comunicación perfecta que se da entre el maestro (emisor) y el alumno (receptor) sin que haya pérdida de información.

La enseñanza programada permite la participación activa del estudiante en cada paso de un plan concreto, que lo lleva de un conocimiento a otro, en forma secuencial y progresiva. El estudiante actúa independientemente, empleando el método del descubrimiento y la deducción.

Un plan de enseñanza programada no supone, necesariamente, el uso de maquinas de enseñar, estas son excelentes como recurso de aprendizaje: pero se puede llevar a efecto un programa de esa naturaleza sin maquinas ni computadoras. Se pueden usar textos de instrucción que obedecen al mismo principio: mostrar al estudiante un segmento de información, acompañada de la pregunta pertinente. Es una enseñanza individualizada.

Principios de la Enseñanza Programada:

° Principio del aprendizaje mediante pequeños pasos: Establece que un aprendizaje es mejor si se ofrece los conocimientos en pequeñas dosis (cuadros).

° Principio de respuesta activa: permite al alumno aprender, haciendo. Así, se aprende mejor la aritmética resolviendo problemas que leyendo pasivamente un texto.

° Principio de comprobación inmediata: un alumno aprende más, si verifica, comprueba sus respuestas inmediatamente. El alumno que espera dos semanas para conocer los resultados de su examen no rendirá igual que otro que lo hace inmediatamente.

° Principio de la profesión libre: permite a cada alumno progresar en el aprendizaje, a su propio ritmo. De manera que, en cada paso o cuadro puede emplear el tiempo que le sea necesario.

° Principio de prueba con los alumnos: consiste en la revisión de un texto programado basado en la actuación del estudiante en el proceso del aprendizaje. Supone el experimento previo de dicho programa. Cuando se constata más del 10% de errores, denota que el programa no funciona y es preciso reestructurarlo.

Como se aplica la enseñanza programada:

El aspecto fundamental dentro de esta técnica es el programa, de suerte que el emisor ya no es el profesor sino el programa, inclusive, podemos afirmar que si los alumnos no aprenden, la culpa no será de ellos sino del programa.

El programa se caracteriza por presentar la materia en pequeñas dosis llamadas pasos. Ofrecidos siguiendo un orden lógico: sirviendo cada uno de ellos de

pase para las siguientes. Siendo, el aprendiz guiado, sucesivamente a la meta deseada. Dichos pasos denominados también cuadros, comprenden los siguientes elementos.

° Información: es la presentación de una pequeña parte de la materia, en forma clara y precisa, que no debe tratar mas de un tema a la vez, bajo la forma de una oración, una definición, un ejemplo, un dibujo con leyenda, etc.

Pregunta, a la información sigue una o mas preguntas que el aprendiz debe contestar activamente.

Respuesta: el alumno contesta la pregunta, ya sea:

- Señalando con una aspa la respuesta correcta

- Añadiendo lo omitido

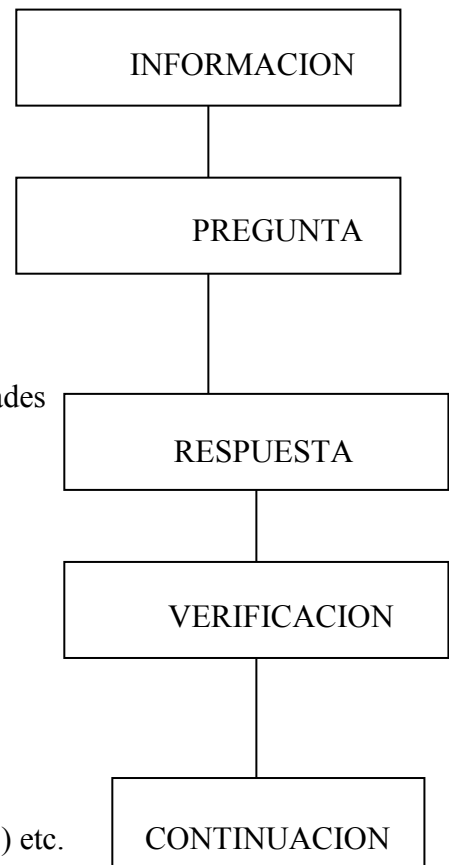
- Completando frases;

- Seleccionando una, entre varias posibilidades ofrecidas.

- Completando una figura inconclusa

- Solucionados problemas.

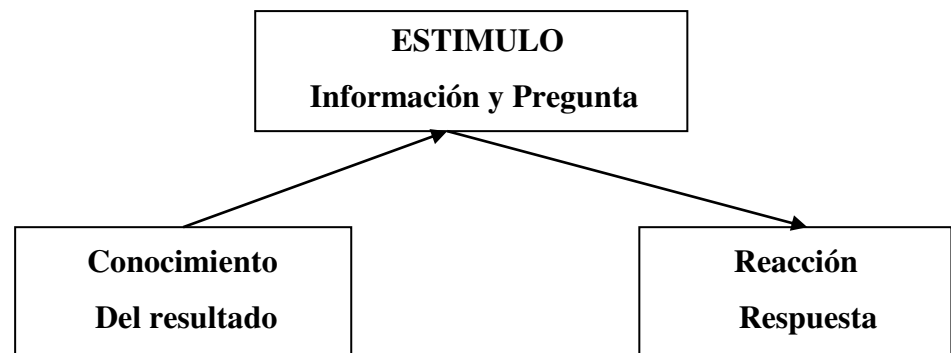
Manipulando botones (en caso de maquinas) etc.



° **Verificación o valoración.** Inmediatamente de registrada la reacción del alumno, se le muestra la respuesta correcta, para que compare con la ayuda. Si el resultado es favorable, continúa con el siguiente paso; en caso contrario vuelve a repasar.

° **Continuación:** Si la respuesta del alumno fue correcta, pasa al siguiente segmento (paso) de información.

Todo el mecanismo de la enseñanza Programada se reduce a lo siguiente:



El estímulo es el fragmento informativo, mas una pregunta. Una vez leída la información y la pregunta, se exige una reacción o respuesta.

Producida esta se le presenta el resultado.

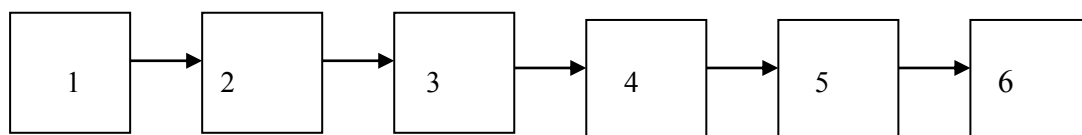
El acierto implica una recompensa psicológica, satisfacción por el éxito logrado, que sirve de refuerzo para el alumno siga adelante.

Tipos de enseñanza programada:

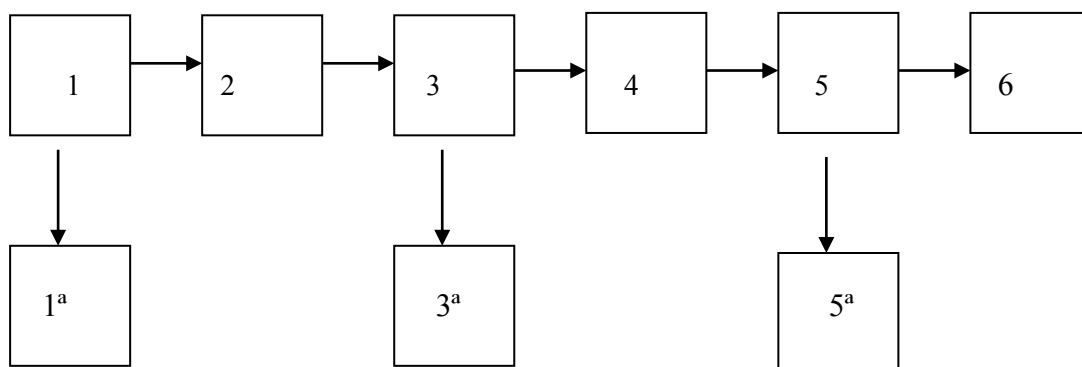
Existen dos tipos principales:

° **Programa lineal.** Basado en la teoría psicológica de Skinner. Es una forma de presentar la información, de manera que los cuadros se sucedan uno tras otro. Los programas lineales, por lo general, siguen un camino único, en línea

recta, desde el principio hasta la última página, siempre que el alumno responda correctamente.



En otras ocasiones puede requerirse de un “**retroceso**” o “**repaso**” que obliga al estudiante a volver a leer la información para proseguir su camino principal:



° Programa ramificada: Es una modalidad desarrollada por Crowder. Consiste en presentar al estudiante un fragmento informativo, cuya respuesta debe ser seleccionada entre diversas posibles alternativas. Por eso se llama también al método: de selección múltiple. Si acierta en una lección, se le ofrece una información con su respectiva pregunta; si fracasa se le comunica que está equivocado, señalando en qué está su error, o, se le invita a leer de nuevo la información y que escoja de nuevo la respuesta; en otras, se le facilita explicaciones adicionales y se le plantea el tema redactado de diferente manera. De este modo, el estudiante recorre el programa a través de uno o más caminos o “ramas”, según las respuestas seleccionadas.

Ventajas y Desventajas de la Enseñanza Programada:

Como ventajas se señalan las siguientes:

- Se eleva el nivel de aprendizaje, se incrementan los conocimientos, ya que la comunicación es perfecta entre el emisor y el receptor.
- Se reduce notablemente el tiempo de instrucción.
- Se obtiene una reacción favorable de parte de los alumnos.
- Se adaptan mejor las necesidades individuales de los alumnos al permitir que cada uno avance con su propio ritmo en el aprendizaje. Es una técnica de autoaprendizaje.
- Se logra la participación activa del estudiante.
- Se logra nivelar los grupos heterogéneos, atendiendo individualmente a cada alumno.
- Permite la autocorrección inmediata en cada etapa del trabajo y la autocalificación.

Entre las desventajas se señalan las siguientes:

- No se pueden programar todas las materias o por lo menos con la misma facilidad. Son mas adecuados aquellas que permiten respuestas precisas.
- La aplicación de la técnica en grandes dosis corre el riesgo de anular el espíritu de investigación, de creación. Casi podríamos decir que encasilla al alumno.
- Se corre el riesgo de que el programa sea mal utilizado y que el alumno cometa fraude al fijarse en la respuestas antes de dar las suyas.

El Maestro y la Enseñanza Programada:

- El maestro deja de ser un transmisor de conocimientos, su labor deja de ser rutinaria, convirtiéndose en un educador integral.
- Tiene mas tiempo libre que lo dedica a la investigación para mejorar el programa y de hecho forma parte del equipo programador.

2.2.15 Rol de la enfermera como educadora

La enfermera desempeña un rol importante en la atención del paciente, el 80% de atención que perciben los pacientes hospitalizados esta en manos del personal de Enfermería, quien debe considerar todo contacto con el paciente como una oportunidad para brindarle enseñanza; es por ello, que debe conocer el proceso de enseñanza aprendizaje, a fin de brindarle una optima atención, relativa a su necesidad de aprendizaje y el alivio de la ansiedad generado por el desconocimiento:

“Asterud considera a la enfermera como el miembro del equipo de salud responsable de la explicación dada a los conceptos fisiológicos y psicológicos del estrés, lo que permitirá un juicio mas adecuado de que cuando debe ser dada la educación al paciente...”

Todo paciente que debe modificar su estilo de vida tiene la necesidad y el derecho de saber porque debe realizar este cambio y como este lo afectara, decida o no cumplir con las recomendaciones “**...La educación es un derecho del paciente y además de ser una función de la enfermera, es su responsabilidad legal y moral...**”

Por otra parte, la Asociación Americana de Hospitales en 1972, efectuó la **“Declaración de los Derechos del paciente”** entre los que se consideran:

“El paciente tiene derecho a:

- Ser atendido en forma considerada y respetuosa.
- Se le informe acerca de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, empleando términos simples.
- Conocer los detalles de su tratamiento y/o procedimientos a que será sometido antes de dar su consentimiento para efectuarlos.
- Negarse a recibir tratamiento.
- Tiene derecho a recibir tratamiento y tiene derecho a ser informado de las consecuencias medicas de esta decisión...”

Para Peplau la Enfermería es un instrumento educativo, cuya función es promover el desarrollo de la personalidad del individuo hacia una vida constructiva, creativa y productiva para El. Es característico de Peplau el aspecto educativo, que lo considera una de las riquezas de la “Relación Enfermera-Paciente”.

a. El Paciente como Educando Adulto

Shaw hace referencia a 4 supuestos sugeridos por el educador Knowles acerca del educando adulto que se resumen a continuación:

Una persona es adulta cuando logra auto-orientación, o cuando deja de ser dependiente.

- El factor más influyente sobre la calidad de nuevos aprendizajes es la experiencia;

- En el apresto del adulto influyen sus necesidades sociales o necesidad de desempeñar un rol social; y
- Los adultos se motivan por aprender aquellas materias o habilidades nuevas que les serán útiles para resolver lo que perciben como problema.

De acuerdo con estos supuestos se recomienda orientar la educación del adulto hacia la solución de sus problemas; estimularlo para que exprese su percepción de necesidades educativas; darle mayor libertad posible durante el desarrollo del proceso educativo e incorporar su experiencia en el plan de enseñanza.

Se destaca el papel de la experiencia del adulto en el éxito o fracaso de la educación planteando que si la enfermera ignora o minimiza este aspecto inseparable de la identidad del adulto esta rechazando al paciente mismo. La autora considera que “...**la enfermera no debería actuar en el sentido tradicional, sino mas bien como facilitadora del aprendizaje...**”

Impartir educación al adulto enfermo exige una tecnología apropiada de las ciencias de la educación, que debe ser utilizada durante el proceso de enseñanza de los mismos.

b. Enseñanza del paciente que va a ser sometido a Cirugía ginecologica en el Periodo Pre-Operatorio.

La enseñanza pre- operatoria ayuda a preparar al paciente a la Cirugía y permite que la recuperación en el periodo post-operatorio sea mas efectiva, tranquila y menos peligrosa para el enfermo. En primer lugar recordemos algunos de los principios del cuidado del paciente durante el pre-operatorio:

“- La cirugía despierta una reacción mayor al estrés en el cuerpo.

-Una agresión mayor al organismo como la cirugía, disminuye la capacidad de las personas para enfrentar otras agresiones.

-Los pacientes muy temerosos son un mal riesgo quirúrgico.

-La cirugía mayor afecta la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades.

-El temor a lo desconocido es un factor intenso en la ansiedad quirúrgica.

-La información suele ayudar a eliminar temores.

-El aprendizaje es mas eficaz cuando la persona necesita y desea aprender...”

Se estima que los aspectos indispensables que el paciente debe saber son:

- Procedimientos de ingreso a la institución.

- Resumen de los exámenes o pruebas a las que será sometido, acción que se espera en el paciente durante el mismo; tiempo de duración y efectos del procedimiento.

- Terminología que necesita conocer el paciente para entenderse con el personal de salud y comprender lo que hablan.

- Relaciones que tendrá con otros servicios Rayos X, laboratorio, dietoterapia.

-Preparación para la cirugía, piel, enemas medicamentos, cuidados de sus objetos personales, valores, y formas de consentimiento., ultima comida.

-Transporte al quirófano: sedación, camilla, preocupaciones, seguridad, anestesia.

-Experiencias usuales en las salas de recuperación post-operatoria: despertar, obtención de signos vitales, venoclisis, transfusión de sangre, sondas, movimientos, ejercicios, respiración profunda, tos, drenes y apositos.

-Naturaleza y grado de dolor que es posible que experimente, medidas para aliviarlo y como solicitar que se alivie.

-Aspectos relacionados al alta y a su cuidado en el hogar: baño, trabajo, sexo, etc.

La educación debe ser espaciada durante cierto tiempo a fin de que el paciente asimile cuanto se le indique y formule las preguntas que considere necesarias. Una vez que el paciente sabe lo que debe esperar se anticipara a estas reacciones, permitiéndole alcanzar un grado mayor de relajación del que en caso contrario cabria esperar.

La enseñanza pre-operatoria tiene la siguiente ventaja: Hace la recuperación más rápida, los medicamentos se emplean con menor frecuencia y en menor dosis, aparecen menos complicaciones post-operatorias y la hospitalización es más breve.

2.2.16 Hipótesis.

Hp: “Las pacientes programadas para una histerectomía abdominal que reciben la educación personalizada de enfermería, a través de un modulo autoinstruccional, tendrán un menor nivel de ansiedad”

Ho: “Las pacientes programadas para una histerectomía abdominal que reciben la educación personalizada de enfermería, a través de un modulo autoinstruccional, tendrán un mayor nivel de ansiedad”

2.2.17 Definición operacional de términos.

Educación personalizada de enfermería

Es la enseñanza individualizada, programada que brinda la enfermera, y que consiste en presentar al paciente información sobre cuidado del paciente que va ser sometido a una Histerectomía abdominal, en forma secuencial y progresiva; a través de un modulo autoinstruccional. Todo ello de acuerdo a la motivación especial y particular de cada paciente.

Modulo autoinstruccional

Es un manual muy didáctico de autoaprendizaje dirigido a la paciente programada para una histerectomía abdominal. Se caracteriza porque el contenido educativo a brindar sigue un orden lógico, siendo estos elementos: información, pregunta, respuesta, verificación y continuación.

Ansiedad

Es un trastorno emocional que presenta la paciente programada para una histerectomía abdominal. Y se manifiesta con signos y síntomas psicológico (miedo, dificultades para concentrarse) y fisiológico (temblores, doloroso, molestias corporales, nauseas).

Eficacia

Es la disminución de la ansiedad en las pacientes programadas para una histerectomía abdominal que se espera obtener como resultado después de la ejecución de la educación personalizada de enfermería con la finalidad de mejorar la calidad de atención, contribuyendo de esta forma a disminuir las repercusiones en la recuperación del paciente post-operado.

2.2.18 Definición operacional de las variables.

Nivel de ansiedad de las pacientes programadas para una histerectomía abdominal; Es el estado emocional que con lleva a una reacción de adaptación ante una situación de tensión, peligro o amenaza que será valorado según las manifestaciones psicológicas y fisiológicas que presenta la paciente programada para una histerectomía abdominal, y el cual será medido en niveles alto, medio y bajo a través de la aplicación de un *test de ansiedad*.

CAPÍTULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y NIVEL DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación, es de tipo cuantitativo y de nivel aplicativo, por que esta orientada a mejorar la practica diaria del personal de salud dirigiéndose fundamentalmente a la evolución de la calidad de atención.

3.2 MÉTODO.

El método a utilizar es el cuasi experimental de un solo diseño teniendo como variable independiente la eficacia de la educación personalizada de enfermería y como variable dependiente el nivel de ansiedad de las pacientes programadas para una histerectomía abdominal del servicio de ginecología.

3.3 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.

El estudio sé realizara en el Servicio de ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal.

El Instituto Nacional Materno Perinatal, esta ubicado en el Jr. Miro Quesada N° 941, Barrios Altos – Cercado de Lima en la Provincia y Departamento de Lima.

Es un Establecimiento de Salud que brinda atención en el III nivel, el de mayor complejidad médico-quirúrgica para la atención materna perinatal en el país.

Tiene como Misión: “Dar una atención especializada y altamente especializada a la mujer en salud reproductiva y al neonato en alto riesgo, efectuando su seguimiento hasta los 5 años, desarrollando investigación y docencia a nivel nacional”

El servicio de ginecología se encuentra ubicado en el 2º piso, brindan atención especializada a las pacientes ginecológicas, cuenta con un promedio de 24 camas.

3.4 POBLACION.

La población objeto de estudio estará conformada por las pacientes programadas para una histerectomía abdominal del servicio de ginecología, durante el periodo de noviembre y diciembre del 2008, no se tomara muestra por que la población es pequeña.

Criterios de inclusión:

- Saber leer y escribir
- Personas que acepten voluntariamente participar en el estudio (consentimiento informado)
- Pacientes programadas para una histerectomía abdominal.

Criterios de exclusión:

- Personas que no desean participar en el presente estudio.
- Pacientes con discapacidad (sorda, muda, etc.)
- Pacientes con diagnostico de trastorno mental.
- Pacientes con diagnostico premonitorio de cáncer.

3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

Para el efecto de la recolección de datos se diseñó un instrumento que es el test de ansiedad, tomando en cuenta los objetivos formulados y la operacionalización de las variables.

El cual fue aplicado a las pacientes programadas para una histerectomía abdominal del servicio de ginecología, considerándose a estos como medios efectivos para la recolección de datos reales sobre el presente estudio.

La estructura del test de ansiedad (Ver anexo) consta de las siguientes partes: presentación, instrucciones, datos generales. Consta de 35 ítems entre los cuales se han formulado enunciados positivos y negativos

Para la medición de la variable se asignó un puntaje a las respuestas de los pacientes. Esto servirá como parámetro de evaluación, en el cual se asignará el puntaje correspondiente a cada una de las respuestas.

La clasificación de la ansiedad y su escala de medición fue como a continuación se presenta respectivamente (Ver anexo):

a. Clasificación de la ansiedad antes de recibir la educación personalizada de enfermería.

Ansiedad Baja	≤ 105
Ansiedad Media	106 – 110
Ansiedad Alta	≥ 111

b. Clasificación de la ansiedad después de recibir la educación personalizada de enfermería.

Ansiedad Baja	≤ 93
Ansiedad Media	94 – 98
Ansiedad Alta	≥ 99

3.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

Para la validez del contenido del instrumento se sometió a concordancia de juicio de expertos, conformado por: 3 enfermeras, 1 estadística, 2 profesores en el área de investigación, cuyas opiniones y recomendaciones permitieron que se realizar los ajustes necesarios de acuerdo a las sugerencias y así mejorar el instrumento.

Luego se determino la validez en forma general y de cada uno de los ítems con la prueba R de Pearson, los resultados indicaron que los ítems tienen un valor de “ $r > 0.20$ ”, por lo tanto el instrumento es valido.

Se realizo la confiabilidad a través de la prueba estadística de Alfa de Crombach cuyo resultado fue 0.77, que índico que el instrumento utilizado es confiable.

3.7 RECOLECCION DE DATOS.

Fase administrativa

Se realiza los trámites documentarios en las diferentes instancias que exigió la institución donde se realizara el estudio, con fines de conseguir la autorización correspondiente.

Se realizó entrevista con las jefas del servicio cirugía para darle a conocer el objetivo y el propósito de la Investigación, el tiempo de duración, la población y solicitarle su colaboración.

Fase operativa

Se aplico el test de de ansiedad elaborado, a la población seleccionada antes de Desarrollar el programa de educación personalizada de enfermería a pacientes programados para una histerectomía abdominal; luego se aplico de modo individualizado a cada paciente el modulo autoinstruccional acerca de los cuidados que se le brinda, y al finalizar se ejecuta el mismo test de ansiedad a las pacientes

3.8 PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Una vez obtenida la información y con la finalidad de facilitar el manejo de los datos recolectados fueron procesados en una matriz tripartida con su respectivo libro de códigos, utilizados Microsoft Word y Microsoft Excel para la elaboración de los gráficos posteriores. Para aceptar la hipótesis planteada se utilizó la T de Students. Para el análisis de datos se utilizó la base teórica presentada.

CAPÍTULO IV

RESULTADO Y DISCUSION.

Luego de recolectar los datos estos fueron procesados en forma manual y presentados en cuadros y gráficos que permitan realizar el respectivo análisis e interpretación.

Con respecto a los datos generales tenemos que 25 (100%) pacientes programadas para una histerectomía abdominal que participaron en el presente estudio, 15 (60%) tiene entre 41 y 50 años de edad, 7 (28%) entre 30 y 40 años de edad; en relación al nivel de escolaridad de las pacientes el 18 (72%) han cursa la secundaria y 4 (16%) han cursado la primaria. (Ver anexos F, H)

Respecto a las intervenciones quirúrgicamente que han tenido las pacientes anteriormente el 20 (80%) no han sido operadas anteriormente y 5 (20%) han sido operadas por algún motivo. (Ver anexos J)

NIVEL DE ANSIEDAD DE LAS PACIENTES PROGRAMADAS PARA UNA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA

A continuación se expone los resultados de las estimaciones del nivel de ansiedad estado valorado en las pacientes motivo de estudio, los cuales son materia de análisis y discusión respectivamente.

En el Cuadro N° 1; Del total de 25 (100%) de pacientes programadas para una histerectomía abdominal que participaron en el estudio de investigación; se evidencia que 11 (44%) presentaron nivel de ansiedad alta, 4 (16%) nivel de ansiedad baja.

CUADRO N° 1

**NIVEL DE ANSIEDAD QUE EXPERIMENTAN LAS PACIENTES
PROGRAMADAS PARA UNA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL
ANTES DE RECIBIR LA EDUCACIÓN PERSONALIZADA
DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA, DEL INMP
LIMA – PERÚ
2008.**

NIVEL DE ANSIEDAD ANTES DE EJECUTAR LA EDUCACIÓN PERSONALIZADA DE ENFERMERÍA	PACIENTES	
	N	%
BAJO	4	16
MEDIO	10	40
ALTO	11	44
TOTAL	25	100

Fuente: Test de ansiedad aplicado a las pacientes programadas para una histerectomía abdominal del INMP, noviembre 2008.

Lo cual confirma que frente a una situación desconocida o estresante como es el estado de salud / enfermedad de la paciente, tal es el caso de las intervenciones quirúrgicas como la histerectomía que es valorada por algunas pacientes como una situación altamente estresante, que genera fuertes reacciones emocionales. Las cuales enfrentan una situación de crisis que se expresa en un estado emocional transitorio como es la ansiedad.

El estado de ansiedad depende de que una situación particular se considere o no amenazadora. El término amenaza se refiere a la evaluación subjetiva de una situación como algo potencialmente peligroso o dañino. Pero, los pensamientos y los recuerdos estimulados por esa situación, la experiencia previa de un individuo en circunstancias similares y su capacidad para hacerle frente, pueden tener un impacto aun mayor. Asimismo, las características de la personalidad, las emociones y las necesidades, también juegan un papel muy importante en la manera como interpretamos una situación en particular.

Existen varios factores que desencadenan ansiedad que son: incomodidad por el dolor, cambios en la dieta; restricción de movimientos; aislamiento; antipatía y rechazo por parte de otros de ellos como resultado de la enfermedad; separación de la familia y amigos; desconocimiento sobre su diagnóstico; entre otros factores derivados de la enfermedad y hospitalización, que son acentuados cuando se trata de histerectomía y mas aun si el paciente tiene que ser sometido a una intervención quirúrgica, dada la importancia simbólica del mismo y porque se pone en peligro hasta la vida.

Por lo tanto de los datos obtenidos en el presente estudio de investigación nos permite concluir que existe un gran porcentaje significativo de pacientes programadas para una histerectomía abdominal con un nivel de ansiedad alto (44%) ya que no tienen temor a la intervención quirúrgica y las consecuencias que les traería en su vida diaria..

Luego de esta valoración inicial, se efectuó la educación personalizada de enfermería, siguiendo rigurosamente el plan previsto, al término del cual se valoró nuevamente los niveles de ansiedad, cuyos hallazgos se presentan a continuación:

En relación a los niveles de ansiedad que experimentan las pacientes programadas para una histerectomía abdominal después de recibir la educación personalizada se evidencia que de un total de 25(100%) pacientes programadas que participaron, 14 (56%) presentaron nivel de ansiedad media; 3 (12%) nivel de ansiedad alta.

CUADRO N° 2
NIVEL DE ANSIEDAD QUE EXPERIMENTAN LAS PACIENTES
PROGRAMADAS PARA UNA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL
DESPUÉS DE RECIBIR LA EDUCACIÓN PERSONALIZADA
DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA, DEL INMP
LIMA – PERÚ
2008.

NIVEL DE ANSIEDAD DESPUES DE EJECUTAR LA EDUCACIÓN PERSONALIZADA DE ENFERMERÍA	PACIENTES	
	N	%
BAJO	8	32
MEDIO	14	56
ALTO	3	12
TOTAL	25	100

Fuente: Test de ansiedad aplicado a las pacientes programadas para una histerectomía abdominal del INMP, noviembre 2008.

Uno de los medios para aliviar la ansiedad derivada del temor a lo desconocido es justamente la enseñanza, componente esencial de los cuidados de enfermería, a través de la cual el paciente podrá adquirir los conocimientos suficientes y necesarios acerca de los aspectos concernientes a su enfermedad.

La enfermera desempeña un rol importante en la atención del paciente, la atención que perciben los pacientes hospitalizados esta en manos del personal de Enfermería, quien debe considerar todo contacto con el paciente como una oportunidad para brindarle enseñanza; es por ello, que debe conocer el proceso de enseñanza aprendizaje, a fin de brindarle una optima atención, relativa a su necesidad de aprendizaje y el alivio de la ansiedad generado por el desconocimiento.

En este punto, la enfermera necesita tener cierta pericia didáctica, incluyéndose la capacidad de motivar, juzgar el momento oportuno para enseñar y la habilidad de estimular una relación terapéutica y de sostén, debiéndose cubrir las necesidades que el paciente sienta, dando como resultado un cambio favorable de conducta lo que se traduce en la disminución de su ansiedad.

Por ello, aliviar la ansiedad preoperatorio del paciente que va ser sometido a este tipo de intervención quirúrgica es uno de los, principales objetivos de enfermería, como un factor preventivo de las complicaciones quirúrgicas y postoperatorias, haciendo la recuperación más fácil y rápida.

En relación a los niveles de ansiedad que experimentan las pacientes programadas para una histerectomía abdominal antes y después de recibir la educación personalizada se evidencia que de un total de 25(100%) pacientes programadas que participaron, el 11 (44%) presentaron nivel de ansiedad alta, 10(40%) nivel de ansiedad media y solo el 4 (16%) nivel de ansiedad baja,

pero luego de aplicar educación personalizada de enfermería en la misma población su nivel de ansiedad disminuye y es solo un 3 (12%) quienes presentan un nivel de ansiedad alta, 14 (56%) nivel de ansiedad media y un 8 (32%) presentaron nivel de ansiedad baja.

CUADRO N° 3

**NIVEL DE ANSIEDAD DE LAS PACIENTES PROGRAMADAS PARA
UNA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL ANTES Y DESPUÉS DE
RECIBIR LA EDUCACIÓN PERSONALIZADA
DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA, DEL INMP
LIMA – PERÚ
2008.**

NIVEL DE ANSIEDAD	PACIENTES PROGRAMADOS PARA UNA HAT			
	ANTES		DESPUÉS	
	N	%	N	%
BAJO	4	16	8	32
MEDIO	10	40	14	56
ALTO	11	44	3	12
TOTAL	25	100	25	100

Fuente: Test de ansiedad aplicado a los pacientes programados para una HAT convencional del INMP, Noviembre 2008

CAPÍTULO V

CONCLUSION, LIMITACION Y RECOMENDACION.

Teniendo en cuenta el objetivo planteado en el estudio se concluye lo siguiente:

La mayoría de las pacientes programadas para una histerectomía abdominal el (44%) evidencian un nivel de ansiedad alto, así mismo un grupo de pacientes (16%) evidencian un nivel de ansiedad bajo, situación que estaría condicionado a que los pacientes frente a lo desconocido enfrentan una situación de crisis que se expresa en un estado emocional transitorio como es la ansiedad. De modo que esta información obtenida, sirva de guía en la planificación y ejecución de las acciones necesarias para la solución de este problema y de esta manera poder contribuir en la pronta recuperación del paciente post-operado, así mismo a la capacidad de reintegrarse a sus actividades diarias.

En relación niveles de ansiedad que experimentan las pacientes programadas para una histerectomía abdominal después de recibir la educación personalizada 14 (56%) presentaron nivel de ansiedad media. Por ello, aliviar la ansiedad del paciente que va ser sometido a este tipo de intervención quirúrgica es uno de los, principales objetivos de enfermería, y

uno de los medios para aliviar la ansiedad derivada a lo desconocido es justamente la enseñanza, componente esencial de los cuidados de enfermería, a través de la cual el paciente podrá adquirir los conocimientos suficientes y necesarios acerca de los aspectos concernientes a su enfermedad y dando como resultado un cambio favorable de conducta lo que se traduce en la disminución de su ansiedad.

Las limitaciones del presente estudio fueron:

- ♠ Que los hallazgos encontrados solo son validos para el grupo de pacientes programados para una histerectomía abdominal del servicio de ginecología del nosocomio en estudios sin embargo es probable que se encuentren resultados similares en poblaciones con características similares.

Las recomendaciones que se derivan del presente estudio son:

- ♠ Que se impulse la realización de estudios de investigación sobre el tema ya que constituye un elemento para mejorar el cuidado en la atención que brinda la enfermera.
- ♠ Implementar programas educativos enfocados a disminuir el nivel de ansiedad en las pacientes programadas para una intervención quirúrgica, donde se denote la influencia del trabajo del profesional de enfermería.
- ♠ Que los profesionales de enfermería consideren las conclusiones del presente estudio a fin de mejorar las estrategias de atención hacia el paciente programada para una histerectomía abdominal.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- (1). Dugas witer. Tratado de enfermeria practica.4^a. ed. España: ed. Interamericana, 1986, vol. I, p 168
- (2). Judith haber y otros. Psiquiatria. España: ed. Salvat-editores, SA., 1983, p 92
- (3). Dugas. Op.cit.p. 173

BIBLIOGRAFÍA

- BEARE- MYERS 1998.” El Tratado de Enfermería”.
Mosby. Vol. I Ed. Harcourt Brace.
Madrid. España.
- BRUNER 1998. “Enfermería Medico Quirúrgica”
8va. Ed. Vol. I. Ed. Mc Graw Hill
Interamericana. España.
- KOZIER, Bárbara 1995. “Fundamentos de Enfermería”.
2da. ed. Ed Mc Graw Hill. México.
- DUGAS, BEVERLY 2000. “Tratado de Enfermería practica”
4ta. ed. Ed. Mc Graw Hill Interamericana.
España.
- CANALES, F.M. 1994. “Metodología de la Investigación”.
2ºed. OPS/OMS, Washington.
- INTERNET
http://sas.editorialcep.com/muestra/muestra_matronas.pdf
<http://www.saludmed.com/AnaFisio/Reproduc/ReproFem.html>
http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_22/seccion_22_231.html
http://www.contusalud.com/sepa_tratamientos_histerectomia.htm
<http://www.tuotromedico.com/temas/histerectomia.htm>
<https://www.shands.org/health/Spanish%20Health%20Illustrated%20Encyclopedia/5/001124.htm>

ANEXOS

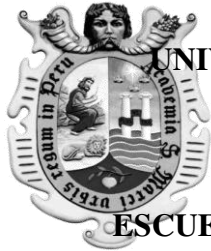
INDICE DE ANEXOS

- Anexo A** Operacionalización de la variable.
- Anexo B** Formato de consentimiento informado
- Anexo C** Escala de calificación
- Anexo D** Instrumento de recolección de datos.
- Anexo E** Matriz tripartita de codificación de datos Pre test de ansiedad
- Anexo F** Matriz tripartita de codificación de datos Post test de ansiedad
- Anexo G** Determinación de la validez del instrumento
- Anexo H** Determinación de la confiabilidad del instrumento
- Anexo I** Calculo para la categorización de la variable ansiedad antes de recibir la educación personalizada de enfermería
- Anexo J** Calculo para la categorización de la variable ansiedad después de recibir la educación personalizada de enfermería.
- Anexo K** Pruebas estadísticas de hipótesis
- Anexo L** Edades de las pacientes programadas para una histerectomía abdominal del servicio de ginecología.
- Anexo M** Grado de instrucción de las pacientes Programadas para una histerectomía abdominal del Servicio de ginecología
- Anexo N** Intervenciones quirúrgicamente que han tenido las pacientes anteriormente del Servicio de ginecología.
- Anexo O** Nivel de ansiedad de las pacientes programadas para una histerectomía abdominal antes y después de recibir la educación personalizada De enfermería del servicio de Ginecología

ANEXO “B”

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....
con DNI.....en pleno uso de mis facultades mentales y
habiendo recibido la información completa de la investigación que realiza la
Licenciada Elina Luderits Bedriñana Huayllacahua, Enfermera Asistencial del
INMP, titulado **“Eficacia de la educación personalizada de enfermería en
relación con el nivel de ansiedad de los pacientes programados para una
histerectomía abdominal del servicio de ginecología, del instituto nacional
materno perinatal, noviembre 2008”**. Acepto participar libremente en esta
investigación estando conciente que puedo negarme.



ANEXO "D"

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, Decana de América)

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Test de ansiedad.

I. Presentación:

Estimada señora:

Es grato dirigirme a usted, saludándole cordialmente; mi nombre es Elina Bedriñana Huayllacahua.

Las intervenciones quirúrgicas pueden ser vistas por las pacientes como una amenaza de su vida, lo cual puede generar ansiedad, es por ello que se desea conocer como se siente usted a fin de mejorar la atención que se le brinda.

Agradezco de antemano su colaboración, garantizándole que la información que Ud. nos brinde es anónima y estrictamente confidencial.

II. Instrucción

A continuación, encontrara frases que se utilizan corrientemente para auto describirse. Lea detenidamente cada frase y señale con **un aspa (X)** la que indique mejor como se siente usted en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas o malas.

III. Datos generales:

A. Edad:.....

B. Grado de instrucción

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

C. Anteriormente ha sido intervenido quirúrgicamente

Si () No () especifique:.....

IV. Contenido

FRASES	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Se siente inquieto con respecto a la intervención quirúrgica					
2. Mantiene la calma en todo momento.					
3. Tiene ganas de llorar.					
4. Se siente tranquila con respecto a la intervención quirúrgica.					
5. Se enoja con facilidad.					
6. Se siente alegre					
7. Usted tartamudea o tiene otras dificultades de expresión verbal.					
8. Trata de rehuir o evitar conversaciones sobre su operación.					
9. Siente miedo ante la operación.					
10. Tiene pensamientos o sentimientos negativos respecto a la operación.					
11. Se siente segura con la decisión de la operación.					
12. Usted es una persona que toma sus propias decisiones.					
13. Se siente insegura frecuentemente.					
14. Siente que da demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirse.					
15. Siente que el corazón le esta latiendo mas rápido.					
16. Siente presión a nivel del pecho					
17. Siente que le falta aire y su respiración es muy agitada					
18. Puede respirar bien con facilidad.					
19. Tiene usted mucho apetito.					
20. Tiene sensación de nausea					

21. Sufre de diarreas frecuentemente.					
22. Siente que su apetito a disminuido.					
23. Sufre de estreñimiento (dificultad para evacuar)					
24. Orina con mucha frecuencia.					
25. Usted se siente relajado.					
26. Tiene dolores de cabeza.					
27. Le sudan las manos.					
28. Traspira fácilmente, aun cuando hace frío.					
29. Tiene dificultad para quedarse dormido por las noches.					
30. Siente que sus manos están secas.					
31. Puede dormir con facilidad.					
32. Se siente triste y deprimido.					
33. Usted orina pocas veces al día.					
34. Siente sus músculos tensos y adoloridos.					
35. Siente que le tiemblan las manos cuando hablan de la operación.					

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO TODAS LAS FRASES
CON UNA SOLA RESPUESTA.**

Se le agradece su colaboración.

ANEXO “ C ”
ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado(a)

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una x en si o no, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuado.			
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Los ítems son claros y entendibles			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma del Juez de Experto

ANEXO “ I ”

CALCULO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE

ANSIEDAD ANTES DE RECIBIR LA EDUCACIÓN

PERSONALIZADA DE ENFERMERÍA.

Para realizar la medición de la variable ansiedad se procedió de la siguiente forma:

$$S = \sqrt{\frac{\sum X_1^2 - \frac{(\sum X_1)^2}{n}}{n-1}}$$

S = Desviación estándar.

X₁ = Representa los valores de la variable; X₁, X₂, X₃,.....etc.

n = Numero de observaciones de la muestra, tamaño de la muestra.

\bar{x} = Media aritmética.

$$\bar{x} = \frac{\sum X_1}{n} = \frac{2712}{25} = 108$$

$$S = \sqrt{13} = 3.23$$

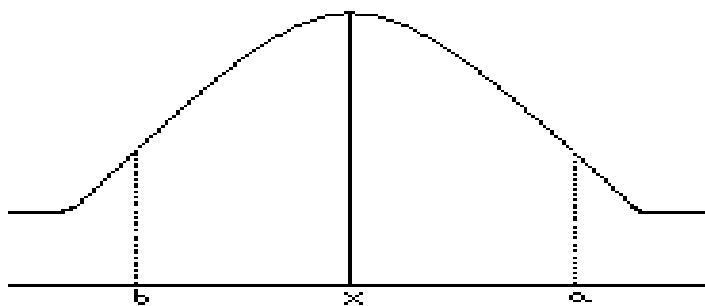
Luego se aplico la **Escala de Estanones**, donde:

$$a = \bar{x} + 0.75 (S)$$

$$b = \bar{x} - 0.75 (S)$$

$$a = 108 + 0.75 (3.23) = 110$$

$$b = 108 - 0.75 (3.23) = 105$$



Ansiedad Baja ≤105

Ansiedad Media 106 – 110

Ansiedad Alta ≥111

ANEXO " J "

CALCULO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE ANSIEDAD DESPUÉS DE RECIBIR LA EDUCACIÓN PERSONALIZADA DE ENFERMERÍA.

Para realizar la medición de la variable ansiedad se procedió de la siguiente forma:

$$S = \sqrt{\frac{\sum X_1^2 - \frac{(\sum X_1)^2}{n}}{n-1}}$$

S = Desviación estándar.

X_1 = Representa los valores de la variable; X_1, X_2, X_3, \dots etc.

n = Numero de observaciones de la muestra, tamaño de la muestra.

\bar{x} = Media aritmética.

$$\bar{x} = \frac{\sum X_1}{n} = \frac{2393}{25} = 95.72$$

$$S = \sqrt{11.58} = 3.40$$

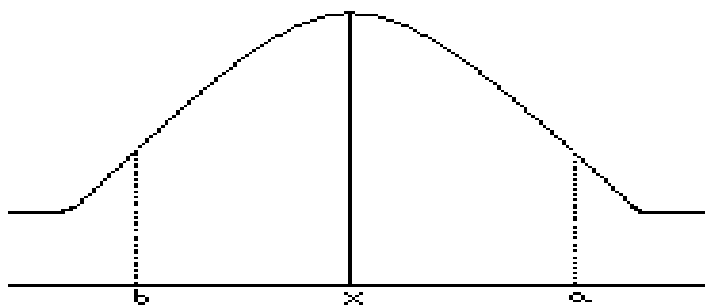
Luego se aplico la **Escala de Estanones**, donde:

$$a = \bar{x} + 0.75 (S)$$

$$b = \bar{x} - 0.75 (S)$$

$$a = 95.72 + 0.75 (3.40) = 98.27$$

$$b = 95.72 - 0.75 (3.40) = 93.17$$



Ansiedad Baja ≤ 93

Ansiedad Media 94 – 98

Ansiedad Alta ≥ 99

ANEXO “ A ”

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Nivel de ansiedad de los pacientes programados para una histerectomía abdominal	Es un estado emocional subjetivo y transitorio en el que se encuentra el paciente programados para una histerectomía abdominal, caracterizado como un sentimiento desagradable e incierto, con manifestaciones psicológicas y fisiológicas durante el estado de ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Manifestaciones psicológicas durante la Ansiedad. ♦ Manifestaciones Fisiológicas durante la Ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Tensión emocional ♦ Miedo o temor ♦ Preocupación ♦ Inseguridad ♦ Cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido. ♦ Síntomas respiratorios: sensación de ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica ♦ Síntomas gastrointestinales: vómitos, náuseas, anorexia, diarrea, estreñimiento, molestias digestivas. ♦ Síntoma genitourinario: oliguria entre otros. ♦ Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores hormigueo, cefalea. ♦ Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva. Insomnio. 	Es el estado emocional que constituye a una reacción de adaptación ante una situación de tensión, peligro o amenaza que será valorado según las manifestaciones psicológicas y fisiológicas que presenta el paciente programado para una histerectomía abdominal, y el cual será medido en niveles alto, medio y bajo a través de la aplicación de un <i>test de ansiedad</i> .	<p>Ansiedad baja</p> <p>Ansiedad media</p> <p>Ansiedad alta</p>

ANEXO “ E ”

MATRIZ TRIPARTITA DE CODIFICACIÓN DE DATOS

PRE TEST DE ANSIEDAD

	ITEMS																																			Σ		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35			
1	4	2	4	3	5	2	2	4	3	5	2	3	3	4	3	2	2	3	5	3	5	1	3	3	3	2	3	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	112
2	2	2	2	5	4	2	3	5	4	3	4	5	5	1	2	3	3	2	3	2	4	3	3	3	3	4	4	3	3	2	4	3	2	3	3	3	109	
3	5	2	2	3	3	2	3	5	5	3	4	4	3	2	3	2	2	2	4	1	3	3	3	3	4	4	5	3	4	2	4	3	2	3	2	108		
4	3	2	2	5	4	3	2	4	4	4	4	5	2	1	2	2	3	3	3	1	1	3	4	5	3	4	4	3	3	3	4	4	2	3	3	108		
5	3	5	2	3	5	3	3	5	5	5	4	4	3	3	1	4	2	2	4	1	2	2	5	3	4	4	5	2	4	2	4	2	1	3	2	112		
6	4	2	2	5	4	3	4	4	4	3	4	5	2	2	2	4	3	2	4	1	2	3	3	4	3	4	4	3	3	3	5	3	2	3	2	111		
7	3	2	1	3	5	3	1	5	5	3	5	4	3	2	3	4	2	3	4	2	2	2	3	3	4	2	5	2	4	2	2	4	3	2	3	106		
8	3	3	1	5	3	3	2	4	5	3	3	5	2	2	2	3	2	2	4	3	2	3	4	4	3	2	5	3	2	3	5	2	2	1	3	104		
9	4	3	2	2	4	3	3	5	5	4	2	2	3	3	3	2	3	3	4	3	2	2	3	3	4	2	5	3	3	2	4	4	3	3	2	108		
10	3	3	1	5	5	3	1	3	5	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	4	4	3	3	5	3	4	3	5	3	3	2	3	105		
11	3	1	2	3	5	3	3	5	5	4	2	3	4	2	3	2	2	3	3	2	3	4	5	3	4	3	5	2	3	2	4	3	2	3	2	108		
12	4	3	3	5	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	4	3	4	5	3	4	3	3	3	3	1	3	3	107	
13	4	2	3	2	3	5	3	5	4	3	3	3	5	2	1	3	3	2	4	2	3	3	4	3	4	4	4	3	3	2	4	4	2	4	2	111		
14	4	3	3	5	3	4	2	3	5	3	3	3	5	2	2	2	2	3	3	2	1	3	3	4	3	4	3	3	4	3	5	3	3	4	3	111		
15	4	5	1	3	3	5	2	2	3	4	4	5	2	2	3	3	2	2	5	2	2	3	4	3	4	5	4	2	3	3	3	4	2	4	3	111		
16	4	3	3	5	2	4	1	5	2	4	3	3	3	2	5	2	3	2	3	3	3	2	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	2	3	2	3	107	
17	4	4	1	2	3	4	1	5	4	5	4	5	2	2	2	3	2	2	4	3	2	3	3	3	2	5	3	2	4	2	2	3	1	2	2	101		
18	4	3	2	4	2	5	2	4	5	5	5	3	3	1	4	2	3	3	5	3	1	2	3	4	3	3	4	3	2	3	2	2	2	2	2	106		
19	2	5	4	4	3	5	2	3	4	5	5	5	2	2	2	3	2	2	4	3	2	3	4	3	3	3	5	2	3	2	4	4	3	5	2	115		
20	2	3	2	4	2	4	4	2	5	3	4	4	3	2	3	2	3	2	3	3	1	2	3	4	3	3	3	3	2	3	5	4	2	5	3	106		
21	3	4	3	2	3	5	3	3	4	5	3	5	2	1	3	2	2	2	4	3	2	4	4	5	2	4	3	2	4	3	4	3	4	4	2	112		
22	4	4	2	2	2	4	2	5	5	3	4	5	3	2	2	2	3	3	3	1	1	2	3	5	3	4	3	4	2	3	3	3	5	4	2	108		
23	2	3	2	5	3	5	2	2	4	5	3	5	3	1	3	2	2	2	4	1	2	3	4	2	2	4	3	4	3	3	3	2	3	4	3	104		
24	5	3	3	5	2	5	3	5	4	3	5	5	3	2	2	2	3	3	4	2	3	2	3	2	2	3	4	3	2	3	3	3	2	4	3	111		
25	4	3	4	5	3	5	2	3	4	4	3	4	3	2	3	2	2	2	3	2	5	1	3	3	3	3	4	4	4	3	3	2	4	3	3	111		
Σ	87	75	57	95	84	93	60	99	106	95	88	100	75	50	63	63	60	59	93	54	58	65	87	87	77	88	102	72	80	66	92	77	62	79	64	2712		

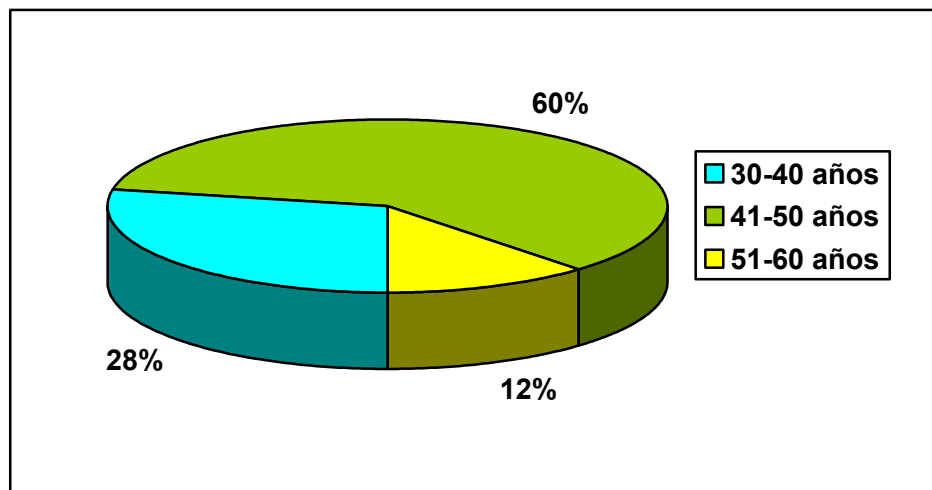
ANEXO “ F ”

MATRIZ TRIPARTITA DE CODIFICACIÓN DE DATOS
POST TEST DE ANSIEDAD

	ITEMS																																			Σ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
1	3	2	3	3	3	2	1	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	4	3	3	1	3	3	4	2	3	2	2	93
2	2	5	2	4	2	2	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	4	3	3	2	3	2	2	3	2	103
3	2	3	2	3	2	2	4	3	4	3	3	4	4	2	2	2	2	4	2	3	3	3	3	4	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	96	
4	2	3	1	4	2	3	1	3	4	4	4	5	2	1	2	2	3	3	3	2	1	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3	97
5	1	4	1	3	2	3	2	2	5	3	3	4	3	2	2	4	2	2	4	1	2	2	3	3	4	3	3	2	2	2	4	2	3	2	2	92
6	2	5	1	4	3	3	2	2	4	3	4	3	2	1	2	4	3	2	2	1	1	3	4	2	3	4	2	3	3	3	5	3	3	2	2	96
7	2	1	2	2	4	4	1	2	5	4	3	4	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	4	2	3	2	2	2	4	4	3	1	2	94
8	2	3	2	2	3	4	2	2	5	4	3	3	1	2	2	3	2	2	3	3	2	3	4	3	3	2	3	1	3	3	5	3	3	1	3	95
9	2	3	3	3	3	4	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	4	2	2	2	3	3	4	2	5	2	3	2	3	2	3	3	1	95
10	1	3	1	2	3	4	1	3	5	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	4	2	3	3	3	2	4	3	3	2	3	3	3	93
11	1	2	2	3	3	4	3	5	3	4	2	3	1	2	3	2	2	3	3	2	3	4	5	3	4	3	3	2	3	2	4	2	2	3	2	98
12	2	3	2	3	3	4	4	3	3	4	5	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	4	3	3	2	2	2	3	3	2	1	2	3	96
13	3	2	2	4	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	4	2	3	3	4	3	4	4	2	2	3	3	3	2	3	3	2	103
14	3	3	2	4	2	4	1	3	3	3	4	4	5	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	4	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	101
15	2	3	1	3	2	5	1	2	3	3	4	4	3	1	3	3	2	2	3	2	2	3	4	3	4	3	4	2	3	2	3	2	3	4	3	97
16	2	3	2	4	2	4	1	3	2	4	3	4	3	2	3	2	3	2	3	3	1	2	3	2	4	4	4	3	3	3	3	2	3	3	3	98
17	3	2	1	2	2	4	1	2	4	4	4	4	2	2	2	2	2	4	3	2	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	4	3	2	2	93
18	2	3	2	2	2	5	2	4	3	3	5	3	3	2	2	2	2	3	4	2	1	2	3	2	4	3	4	3	2	3	3	2	2	2	1	93
19	3	4	2	2	3	5	2	1	2	4	5	4	2	1	2	2	2	4	2	1	3	3	3	4	3	2	2	3	2	3	4	3	3	1	94	
20	2	3	2	2	2	4	1	2	4	3	4	4	3	1	3	2	1	2	3	2	1	2	3	2	3	3	3	3	2	3	5	2	2	3	1	88
21	2	2	3	2	3	4	3	3	4	2	3	5	4	1	3	2	2	3	3	3	2	4	3	2	2	4	3	2	2	3	3	2	3	2	97	
22	2	3	1	2	2	4	2	3	4	3	4	5	4	2	2	2	1	3	3	1	1	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	5	3	1	93
23	2	3	2	3	3	5	4	2	2	3	4	5	4	1	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	4	3	3	3	3	2	3	3	1	98	
24	3	2	3	3	2	2	4	3	3	2	4	5	3	1	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2	4	3	3	3	2	3	3	3	4	3	1	97
25	1	2	2	3	1	5	2	3	4	4	4	4	3	2	3	2	2	3	3	1	3	3	3	3	4	3	3	3	2	3	3	2	1	2	1	93
Σ	52	72	47	72	62	95	53	67	89	82	88	93	71	47	60	61	55	64	81	51	50	69	83	69	86	79	78	59	65	66	85	61	68	64	49	2393

ANEXO “ L ”

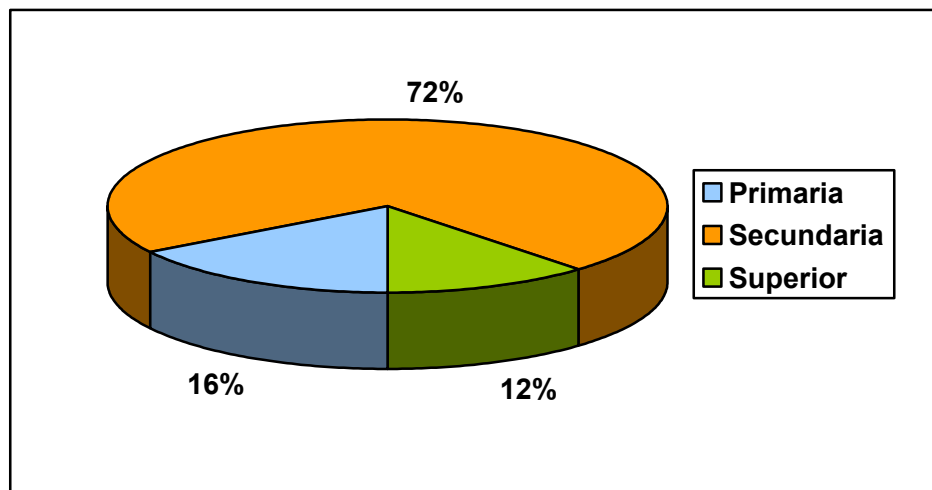
**GRAFICO N°
EDADES DE LOS PACIENTES PROGRAMADOS
PARA UNA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA,
DEL INMP,
LIMA – PERÚ
2008.**



Fuente: Test de ansiedad aplicado a los pacientes programados para una HAT convencional del INMP, Noviembre 2008.

ANEXO “ M ”

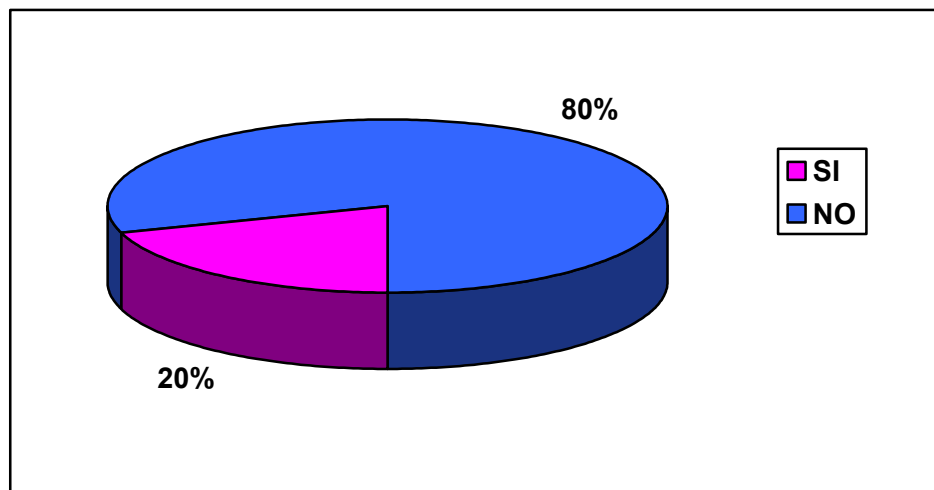
**GRAFICO N°
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES
PROGRAMADOS PARA UNA HISTERECTOMÍA
ABDOMINAL DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA, DEL INMP
LIMA – PERÚ
2008.**



Fuente: Test de ansiedad aplicado a los pacientes programados para una HAT convencional del INMP, Noviembre 2008.

ANEXO “ N ”

**GRAFICO N°
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAMENTE QUE HAN
TENIDO LAS PACIENTES ANTERIORMENTE DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA, DEL INMP
LIMA – PERÚ
2008.**



Fuente: Test de ansiedad aplicado a los pacientes programados para una HAT convencional del INMP, Noviembre 2008.

ANEXO “ K ”
PRUEBAS ESTADÍSTICAS DE HIPÓTESIS

d_i = diferencia [después (2) – antes (1)]

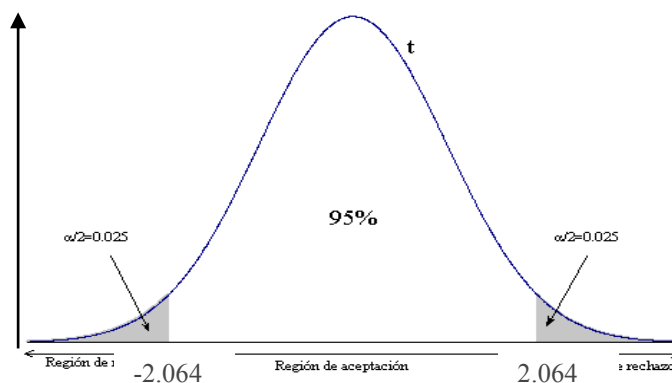
Prueba de hipótesis para el nivel de ansiedad

$$\begin{array}{l} \text{Ho: } \mu_2 - \mu_1 = 0 \\ \mu_2 = \mu_1 \end{array} \qquad \text{Hp: } \begin{array}{l} \mu_2 - \mu_1 \neq 0 \\ \mu_2 \neq \mu_1 \end{array} \left\{ \begin{array}{l} \mu_2 < \mu_1 \\ \mu_2 > \mu_1 \end{array} \right.$$

- **Hp:** “Las pacientes programadas para una histerectomía abdominal que reciben la educación personalizada de enfermería, a través de un modulo autoinstruccional, tendrá un menor nivel de ansiedad”
- **Ho:** “Las pacientes programadas para una histerectomía abdominal que reciben la educación personalizada de enfermería, a través de un modulo autoinstruccional, tendrá un mayor nivel de ansiedad”
- $\alpha : 0.05$ (error)

$$W = \frac{d_i - (\mu_2 - \mu_1)}{S d_i} = \frac{d_i - 0}{S d_i} = \frac{-12.76}{4.19} = -3.05$$

➤ $W \sim t_{(n-1)}$



➤ Criterios de decisión:

Si $-W_0 < W < W_0$ entonces se acepta H_0

Si $W < -W_0$ entonces se rechaza H_0 y $\mu_2 < \mu_1$

Si $W > W_0$ entonces se rechaza H_0 y $\mu_2 > \mu_1$

➤ Conclusión

Por lo tanto existe suficiente evidencia para afirmar un nivel de significación de 0.05 que cuando las pacientes programadas para una histerectomía abdominal que reciben la educación personalizada de enfermería, a través de un modulo autoinstruccional, tendrá un menor nivel de ansiedad significativamente.

ANEXO “ G ”

DETERMINACION DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

1. Tabla de concordancia

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ÍTEMS	Nº DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3.	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
4.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5.	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035
6.	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035(*)
7.	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035

(*) En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Se ha considerado:

1: si la respuesta es positiva

0: si la respuesta es negativa

$$\frac{\sum p}{7} = p$$

$$p = 0.152 / 7$$

$$p = 0.021$$

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez los resultados son menores de 0.05 por lo tanto el grado de concordancia es significativa.

2. Prueba de validez interna de ansiedad (r pearson)

$$r = \frac{N(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{(N(\sum X^2) - (\sum X)^2)(N(\sum Y^2) - (\sum Y)^2)}}$$

Se considera valido el ítem si:

$$|r| > 0.20$$

Donde:

r = coeficiente de correlación de r pearson

x = Puntaje obtenido, una persona en un ítem

x² = Puntaje obtenido, una persona en un ítem al cuadrado

y = Puntaje obtenido, una persona en todo el instrumento

y² = Puntaje obtenido, una persona en todo el instrumento al cuadrado

n = Número de personas

Σ = Sumatoria de.....

Entonces:

Ítem 1 r = 0.09

Ítem 2 r = 0.19

Ítem 3 r = 0.67

Ítem 4 r = 0.07

Ítem 5 r = 0.09

Ítem 6 r = 0.16

Ítem 7 r = 0.32

Ítem 8 r = 0.07

Ítem 9 r = -0.2

Ítem 10 r = 0.11

Ítem 11 r = 0.09

Ítem 12 r = 0.07

Ítem 13 r = 0.13

Ítem 14	$r = 0.21$
Ítem 15	$r = -0.21$
Ítem 16	$r = 0.7$
Ítem 17	$r = 0.005$
Ítem 18	$r = 0.04$
Ítem 19	$r = 0.15$
Ítem 20	$r = -0.14$
Ítem 21	$r = 0.29$
Ítem 22	$r = -0.08$
Ítem 23	$r = 0.16$
Ítem 24	$r = -0.05$
Ítem 25	$r = 0.12$
Ítem 26	$r = 0.05$
Ítem 27	$r = 0.03$
Ítem 28	$r = -0.08$
Ítem 29	$r = 0.12$
Ítem 30	$r = -0.04$
Ítem 31	$r = 0.27$
Ítem 32	$r = 0.27$
Ítem 33	$r = 0.21$
Ítem 34	$r = 0.56$
Ítem 35	$r = -0.17$

Si " $r > 0.20$ " el instrumento es valido; por lo tanto este instrumento es valido en cada uno de los ítems.

ANEXO " H "

DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

1. Prueba de confiabilidad de ansiedad (α Cronbach)

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t} \right)$$

Donde: $\alpha > 0.60$

Donde:

α = Confiabilidad calculada

K = Numero total de preguntas

S^2_i = Varianza de cada punto individual

S^2_t = Varianza de los puntajes totales

Σ = Sumatoria

Entonces:

$$\alpha = \frac{25}{24} \left(1 - \frac{294448}{7354944} \right)$$

$$\alpha = 1.04 [1 - 0.04]$$

$$\alpha = 1.04 [0.96]$$

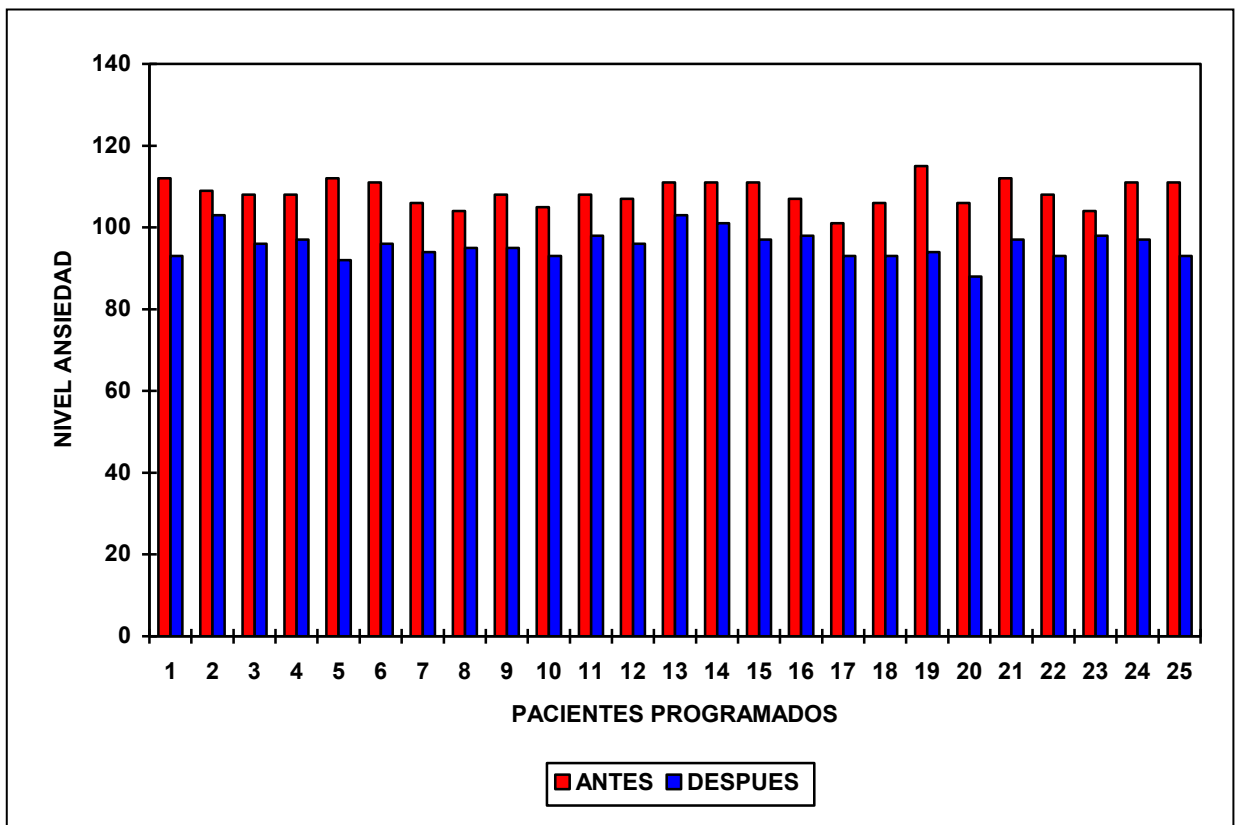
$$\alpha = 0.99$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.60$, por lo tanto este instrumento es confiable

ANEXO “ O ”

GRAFICO N°

NIVEL DE ANSIEDAD DE LAS PACIENTES PROGRAMADAS PARA
UNA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL ANTES Y DESPUÉS DE
RECIBIR LA EDUCACIÓN PERSONALIZADA
DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA, DEL INMP
LIMA – PERÚ
2008.



Fuente: Test de ansiedad aplicado a los pacientes programados para una HAT convencional del INMP, Noviembre 2008.