



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA



**Efectividad del Programa de Apoyo Emocional en
la Ansiedad y Autoestima de Pacientes con
Histerectomía en Pre y Postoperatorio
en la Clínica Padre Luis Tezza 2008**

**Tesis para optar el Título Profesional
de Licenciada en Enfermería**

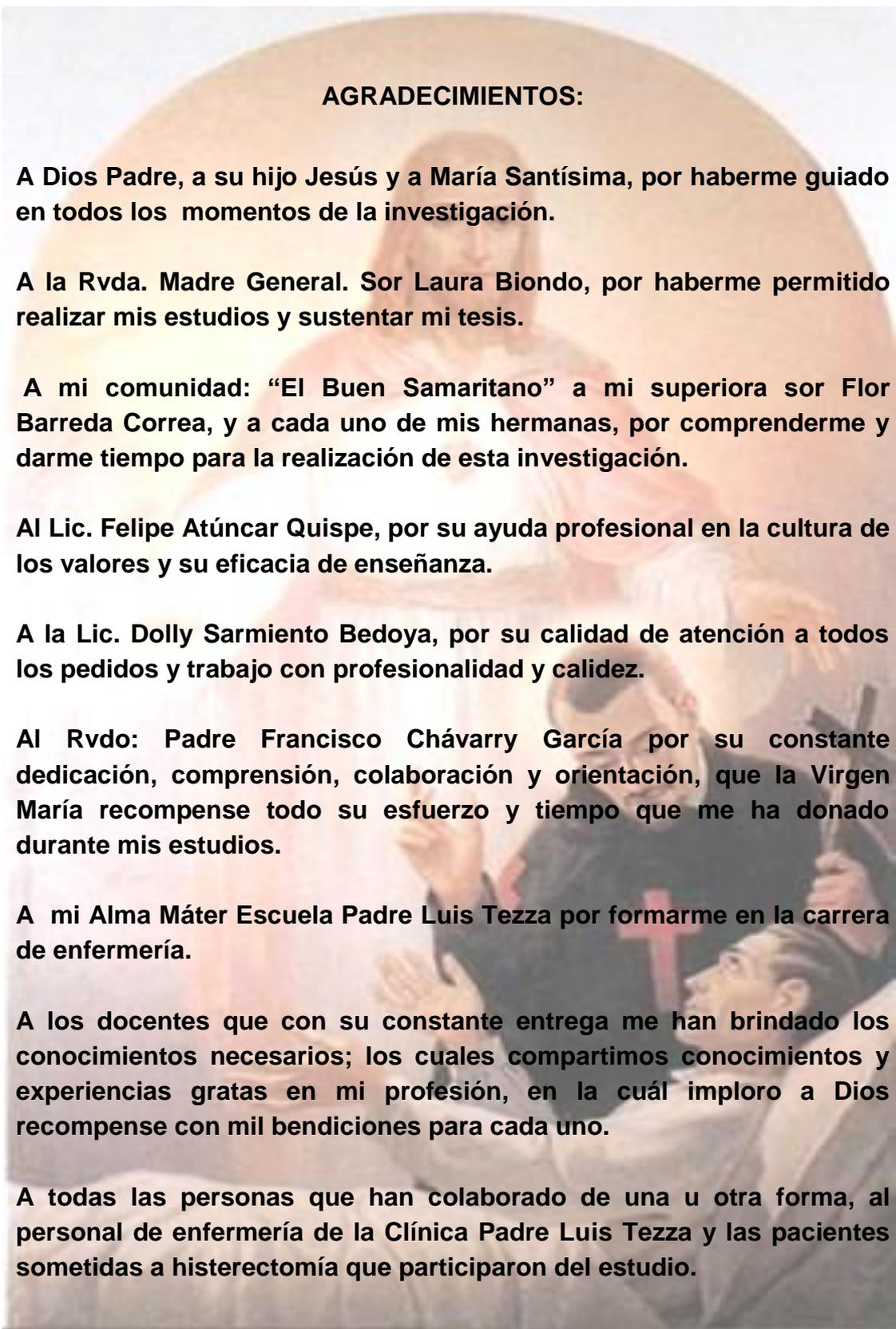
Sor Erlinda Echevarría Schmidt

Lima – Perú

2008

DEDICATORIA:

A la Mg. Nelly Céspedes Cornejo, por enseñarme a navegar en lo profundo de la ciencia de la investigación, y a los pacientes que participaron en el estudio.



AGRADECIMIENTOS:

A Dios Padre, a su hijo Jesús y a María Santísima, por haberme guiado en todos los momentos de la investigación.

A la Rvda. Madre General. Sor Laura Biondo, por haberme permitido realizar mis estudios y sustentar mi tesis.

A mi comunidad: “El Buen Samaritano” a mi superiora sor Flor Barreda Correa, y a cada uno de mis hermanas, por comprenderme y darme tiempo para la realización de esta investigación.

Al Lic. Felipe Atúncar Quispe, por su ayuda profesional en la cultura de los valores y su eficacia de enseñanza.

A la Lic. Dolly Sarmiento Bedoya, por su calidad de atención a todos los pedidos y trabajo con profesionalidad y calidez.

Al Rvdo: Padre Francisco Chávarry García por su constante dedicación, comprensión, colaboración y orientación, que la Virgen María recompense todo su esfuerzo y tiempo que me ha donado durante mis estudios.

A mi Alma Máter Escuela Padre Luis Tezza por formarme en la carrera de enfermería.

A los docentes que con su constante entrega me han brindado los conocimientos necesarios; los cuales compartimos conocimientos y experiencias gratas en mi profesión, en la cuál imploro a Dios recompense con mil bendiciones para cada uno.

A todas las personas que han colaborado de una u otra forma, al personal de enfermería de la Clínica Padre Luis Tezza y las pacientes sometidas a histerectomía que participaron del estudio.

RESUMEN

El estudio se realizó en el servicio de cuidados intensivos de la Clínica Padre Luís Tezza con el objetivo de determinar la Efectividad del Programa de Apoyo Emocional en el Nivel de Ansiedad y Autoestima de las Pacientes con Histerectomía en el Pre y Postoperatorio.

El diseño de estudio fue cuasi experimental, comprendió dos grupos: El grupo experimental y el grupo control con doce pacientes cada uno. Como técnica se utilizó la entrevista y la observación y como instrumentos se usaron: un cuestionario para evaluar el conocimiento que tenían las pacientes histerectomizadas,(el cuestionario fue validado por el sistema de jueces, el calificativo promedio de las opiniones fue de 90%, y la confiabilidad del instrumento se evaluó mediante el coeficiente de kuder Richardson que resultó confiable (0.68), y dos test uno de ansiedad y otro de autoestima, instrumentos que fueron aplicados antes y después del desarrollo del programa de apoyo emocional.

Se obtuvieron los siguientes resultados: las pacientes incrementaron sus conocimientos ampliamente en el pos test del grupo experimental.

Las pacientes del grupo experimental que recibieron apoyo emocional y aplicaron las técnicas de relajación adecuadamente y en el momento oportuno, su nivel de ansiedad disminuyó notoriamente a su vez mejoró su nivel de autoestima.

Palabras claves: paciente-histerectomía-pre operatorio-post operatorio-apoyo emocional-ansiedad-autoestima.

ABSTRACT

The study was conducted in the intensive care unit of Padre Luis Tezza Clinic in order to determine the effectiveness of Emotional Support Program at Level Anxiety and Self-Esteem of Patients with Hysterectomy in the Pre and Postoperative.

The study design was quasi-experimental, comprised two groups: the experimental group and the control group with twelve patients each. As a technical interview and observation were used as instruments were used: a questionnaire to assess the knowledge they had the hysterectomy patients, (the questionnaire was validated by the system of judges, the average qualification of opinions was 90%, and the reliability of the instrument was assessed by the coefficient of kuder Richardson was reliable (0.68), and two test one of anxiety and self-esteem other instruments that were applied before and after the development of emotional support program.

The following results were obtained: the patients increased their knowledge widely in the post test experimental group.

Patients in the experimental group receiving emotional support and relaxation techniques applied properly and in a timely manner, your anxiety level decreased markedly in turn improved their self-esteem.

Keywords: patient-hysterectomy-preoperative-postoperative emotional-support-anxiety-esteem.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	10
1.1 Planteamiento del problema	10
1.2 Formulación del problema.....	13
1.3 Objetivos	13
1.3.1. Objetivo general	13
1.3.2. Objetivos específicos.....	13
1.4 Importancia y justificación	14
1.5 Limitaciones de la investigación.....	15
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	16
2.1 Marco Histórico	16
2.2 Antecedentes del estudio	18
2.2.1. Antecedentes Internacionales.....	18
2.3 Bases teóricas relacionadas con el estudio	27
2.3.1. Histerectomía.....	27
2.3.2. La Ansiedad	30
2.3.3. La Autoestima.....	32
2.3.4. Intervención de enfermería.....	35
2.5 Hipótesis.....	64
2.5.1. Hipótesis general.....	64
2.5.2. Hipótesis Específicas	64
2.6 Variables	64
2.6.1. Variable Independiente	64
2.6.2. Variables Dependientes	65
2.6.3. Variables Intervenientes.....	65
2.7 Operacionalización de las variables	66
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	69
3.1 Tipo de investigación	69
3.2 Diseño de investigación.....	69
3.3 Población de estudio	70
3.4 Muestra de estudio	70
3.5 Área de Estudio o lugar de ejecución de la investigación.....	71

3.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos	71
3.7 Procedimientos de recolección de datos	73
CAPÍTULO 4: RESULTADOS	74
4.1 Presentación de los datos generales	74
4.2 Interpretación y discusión de los resultados	93
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	118
5.1 Conclusiones	118
5.1.1 Del Aspecto Teórico.....	118
5.1.2 De la hipótesis	97
5.2 Recomendaciones	98
5.2.1 A los que deseen continuar el estudio	98
5.2.2 A la institución donde se realizó el estudio	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
ANEXOS.....	126

INTRODUCCIÓN

El estado psíquico que se crea en torno a la intervención varía según la personalidad del paciente, su edad, la situación social cultural, la gravedad de la enfermedad, el tipo y localización de la operación.

La situación de la enferma que espera una intervención quirúrgica de histerectomía se hace compleja y representa la culminación de un estado de tensión que comienza en el momento del anuncio al paciente sobre la necesidad de ser internado y se acentúa progresivamente en la hospitalización.

El propósito de la investigación es proponer un Programa de apoyo emocional a los pacientes con Histerectomía de tal forma que permita determinar si dicho programa está relacionado con la disminución de la ansiedad y el aumento de la autoestima teniendo en cuenta la edad, estado civil y el número de hijos que presentan dichas pacientes.

El desarrollo de esta investigación esta dividido en cinco capítulos:

Capítulo 1: Planeamiento y delimitación del problema, delimitación de objetivos e importancia y justificación del estudio.

Capítulo 2: Marco Teórico conceptual, comprende el marco histórico, antecedentes del estudio, bases teóricas relacionadas con el estudio, definición de términos, hipótesis, variables y la operacionalización de las variables.

Capítulo 3: Metodología del estudio, abarca el tipo y diseño de la investigación, población y muestra de estudio, área de estudio, técnicas e instrumentos de recolección de datos, y el procedimiento de recolección de datos..

Capítulo 4: Resultados, implica la presentación de los datos generales y análisis de los resultados, así como la interpretación y discusión de los resultados.

Capítulo 5: Conclusiones y recomendaciones.

Se espera que el presente trabajo de investigación sirva de soporte a las posteriores investigaciones relacionadas al tema, esperando además que sirva de motivación para las nuevas generaciones de estudiantes de enfermería a fin de que se interesen por el mundo de las investigaciones en el campo de la salud.

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 Planteamiento del problema

La histerectomía es valorada por las pacientes como una situación altamente estresante, amenazante, que genera fuentes emocionales con reconocido efecto negativo para la persona que va ser sometido al procedimiento quirúrgico, lo cual puede generar altos niveles de ansiedad o angustia, antes y después de la cirugía.

La histerectomía es uno de las intervenciones quirúrgica ginecológicas más frecuentes dentro de la ginecología se realiza en un amplio y variado universo de mujeres de distintos niveles edades, paridad, condición social.

Según la OMS en EE.UU. este tipo de operación es practicada en las mujeres en un 33%, y 13% en Inglaterra. En los países desarrollados existe estricto control médico, se desarrollan programas educativos y hay mayor accesibilidad a los servicios de salud. En cambio, en los países latinoamericanos las tasas de mortalidad materna son más altas debido a la inaccesibilidad a los servicios de salud reproductiva, educación sexual ineficaz, etc.

Según MINSA, en nuestro país, cuya característica principal es el bajo nivel socioeconómico y cultural de la población, y los escasos recursos hospitalarios para la atención del parto determinan una alta incidencia de infecciones y complicaciones postparto. Pudiendo generar una histerectomía como tratamiento extremo, en Lima en el Instituto Materno Peri Natal durante los años 2003 y 2005 en un estudio de casos y controles retrospectivos y analíticos; se encontró que hubieron 122 histerectomías de

causa obstétrica de las que 36% fueron por atonía, como antecedente se encontró que el 91,6% correspondían a multigestas, en el 11,1 % fueron gestaciones múltiples el 19,4% presentó desprendimiento de placenta, el 22 % coagulación intra vascular diseminado.

La tasa de histerectomías relacionado con el embarazo fue de 2,79% por 1000 partos y el 32% por patologías malignas.

Este tipo de cirugía ocasiona en la mujer una serie de ideas, preocupaciones, mitos atribuidos a la remoción de este órgano, “que es considerado el órgano de la fertilidad”.

La remoción del útero en la mujer implica sentimientos de completa minusvalía que algunos no logran explicar. Sin embargo experimentan desazón, tristeza o irritabilidad. La importancia que dan al útero no se agota en su función biológica y aunque muchas de ellas tengan paridad cumplida pueden continuar deseando conservarlo; por el deseo de conservación de este órgano incide la gravedad y cronicidad de la sintomatología. En muchas pacientes sometidas a la histerectomía; después de la cirugía, emergen, ideas negativas de mutilación; la percepción de la pérdida es explicable como una castración psicológica, que repercute en una deficiencia apreciable de su cuerpo, que por años habían conservado integro.

Escuchándose en algunas mujeres las siguientes expresiones: “la ausencia me da lastima”; “siento como un hueco dentro de mi cuerpo”, “siento como si me faltara una pieza de mi cuerpo”, “siento como si me quitaran algún peso de mi cuerpo”, etc.

El significado de la matriz como una parte importante del cuerpo de la mujer, le da identidad femenina y se le considera el instrumento de dar nueva vida; aunque la extirpación es invisible, su ausencia ellas la hacen

visible al experimentar” cambios en la apariencia de su cuerpo”.La pérdida de la matriz se ve como una falta de algo que hace sentir a la mujer incompleta, pero al mismo tiempo, para algunas es una liberación en las relaciones sexuales sin temor a quedar embarazada, en cambio otras pueden sentir que su condición de mujer ha sido menoscabada y experimenta sentimientos de inferioridad.

Para las mujeres que no han tenido hijos o están al límite de su etapa reproductiva, la histerectomía puede afectar negativamente su identidad femenina, y en el postoperatorio, puede presentar depresión la que se intensifica ante las vivencias sociales traumatizantes, surgiendo el temor a ser rechazadas y/o abandonadas por su pareja, amistades y familiares.

De todo ello surgen las siguientes interrogantes:

- ¿Existen guías o modelos específicos para dar apoyo emocional a las mujeres histerectomizadas?
- ¿Qué tipos de información recibe las pacientes antes de la operación?
- ¿Qué sentimientos experimentan antes de la pérdida del útero?
- ¿Qué perspectivas de vida reproductiva tenían las mujeres histerectomizadas?
- ¿Que efectos ocasionó el apoyo emocional que se brindó a las pacientes en la dimensión de la ansiedad?
- ¿Qué pensamientos surgen en su mente de las pacientes por la histerectomía?
- ¿Qué nivel de autoestima tienen las pacientes antes y después del apoyo emocional que le brinda la enfermera?
- ¿En que medida el apoyo emocional que brinda la enfermera, se relaciona con el nivel de autoestima que experimenta las pacientes

histerectomizadas ante los cambios en su imagen corporal durante la hospitalización?

1.2 Formulación del problema

El problema de investigación quedó formulado de la siguiente manera:

¿Cuál es la efectividad del programa de apoyo emocional en la ansiedad y autoestima de pacientes con histerectomía en pre y postoperatorio en la Clínica Padre Luís Tezza?

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar si el apoyo emocional que se brinda a las pacientes se relacionan con la disminución de la ansiedad y aumento de la autoestima en pre y postoperatorio de histerectomía.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el grado de ansiedad que muestran las pacientes en el pre y postoperatorio antes y después del apoyo emocional.
- Identificar el nivel de autoestima en las pacientes histerectomizadas antes y después del desarrollo del programa de apoyo emocional.
- Interpretar lo que conoce la paciente histerectomizadas acerca de su enfermedad, procedimiento que le realizan en la operación, las técnicas de relajación antes y después del apoyo

emocional.

- Desarrollar un programa de apoyo emocional para que las pacientes histerectomizadas disminuyan el estado de ansiedad y eleven su autoestima.
- Establecer la relación entre el número de hijos y estado civil de las pacientes histerectomizadas con el nivel de ansiedad y autoestima.

1.4 Importancia y justificación

La investigación es importante porque permitió comprobar la efectividad del programa de apoyo emocional en la disminución del estado de ansiedad y aumento de la autoestima, en las pacientes a ser histerectomizadas en el pre y postoperatorio. La reducción de la ansiedad a niveles aceptable tiene un doble valor; ayudar al enfermo a permanecer más sereno, tranquilo y a enfrentar la intervención y reservar energías positivas para el proceso de recuperación.

La comunicación enfermera – paciente, es importante, si se desarrolla en un clima de confianza y respeto. Si no se tiene en cuenta este aspecto el paciente esta a merced de la enfermedad sin poder enfrentarla.

Para la mayoría de las personas el hospital es un lugar desconocido, muchos piensan que es un lugar para morir, esto aunado al temor y miedo que tienen las mujeres que son sometidas a histerectomía, de allí que el presente trabajo se justifica ante los antecedentes que se vienen presentando en este tipo de pacientes cuyos niveles de autoestima es bajo y sus niveles de ansiedad son predominantemente severos.

Uno de los motivos del estudio fue: que en diferentes instituciones las pacientes que son histerectomizadas están al servicio sólo de la obstetra; más no de la enfermera; que toda mujer que no tuvo hijos, tiene mayor posibilidad de ser histerectomizadas; que hacer frente al dolor de las pacientes que pierden el útero, siendo el órgano vital de la fecundidad.

El valor de esta investigación, servirá también como motivación a los profesionales de enfermería para asumir esta responsabilidad en el quehacer profesional, elevando así la calidad de atención al paciente, cliente y familiar.

Los resultados que se obtengan de la investigación pueden servir de modelo, para aplicarlo en todas aquellas pacientes que ingresan al hospital o clínica.

1.5 Limitaciones de la investigación

Uno de las limitaciones en el estudio es que los resultados de la investigación sólo podrán ser referidos al contexto donde se realizó la investigación.

“Por eso una de las cualidades del investigador es la amplitud de criterio, que consiste en superar las limitaciones que imponen los prejuicios, para comprender, con un pensamiento libre, la realidad. Asimismo, al admitir las dificultades del conocimiento, se da el primer paso para superarlas realmente,” (Zubizarreta, Ap.92).

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Marco Histórico

En el Siglo V a.C. hay referencias (citadas por Telinde) de hysterectomías vaginales realizadas.

Siglo II. d.C. Sorano de Efeso el ginecólogo de mayor fama de la antigüedad, practicó una hysterectomía vaginal en un útero gangrenado, en el siglo II de nuestra era, las prácticas de las hysterectomías en aquel tiempo eran en úteros prolapsados.

En el siglo XVI no existen más anotaciones con relación a dicha operación hasta 1517 en Italia Jacobo Berengario con una técnica desarrollada por su padre realizó varias de estas operaciones sin precisarse el resultado de las mismas.

Andrés Della la Croce, en 1550 en España, practicó la hysterectomía vaginal sin tener referencias a la evolución posterior de la paciente.

Siglo XVII en 1600 Schinek de Grabenbeg reunió e informó de 26 hysterectomías vaginales con resultados aceptables para la época. Tales hysterectomías vaginales se realizaron en úteros prolapsados o invertidos.

En el siglo XIX desde 1800 a 1810, se vuelve a tener referencias de esta operación Baudelo fue, un médico francés quien realizó 23 hysterectomías vaginales al igual que Osiander en Alemania. Langenberek 1813 cirujano Alemán realizó una hysterectomía vaginal con éxito.

Sauter en 1822 fue el primero en usar ligadura de los vasos sanguíneos. Pecamier en 1829 señaló la necesidad de controlar la pérdida sanguínea de los vasos uterinos. Jackson en 1885 sugirió que la operación

debería ser abandonada debido a la alta mortalidad; sin embargo, esto fue superándose a medida que la técnica se fue perfeccionando, de esta manera las tasas de mortalidad disminuyeron e indicándose sólo para ruptura de útero, aborto séptico, entre otros.

Las técnicas para la histerectomía vaginal y abdominal fueron desarrolladas en el siglo XIX. A comienzos del siglo XX se establecieron como "técnicas clásicas" y continuaron utilizándose sin modificaciones por las distintas generaciones de ginecólogos.

En el siglo XX, Shauta en 1901 realizó el perfeccionamiento de la vía vaginal, culminó con la histerectomía radical y sus posteriores modificaciones.

La primera histerectomía laparoscópica con un bipolar usado para ligadura fue realizada en enero de 1988.

Corpacho en el Perú a fines del siglo XX en el hospital Santa Ana fue uno de los pioneros cirujanos en realizar histerectomía abdominales, para extirpar miomas lo cual se trato de disminuir el alto porcentaje de complicaciones.

En enero de 1985 el Dr. Jaime Saavedra realizó por primera vez, la histerectomía laparoscopia. Se define como la ligadura de los vasos uterinos; es un sustituto para la histerectomía abdominal, con una mayor atención en la identificación de los uréteres.

La histerectomía laparoscopia y la cirugía láser han llegado a ser procedimientos populares debido a la atención de los medios y al interés de los consumidores. La mayoría de las histerectomías (75%) se realizan a través de una incisión en el abdomen.

La histerectomía laparoscopia implica la ligadura laparoscopia del suplemento de sangre al útero, la hemostasia de grandes vasos sanguíneos. La Cirugía laparoscópica a pasado a ser uno de los adelantos más eficaces de la cirugía convencional. En 1991 se desarrolló la primera histerectomía con un dispositivo endoscopio utilizando sutura.

2.2 Antecedentes del estudio

2.2.1. Antecedentes Internacionales

CORVALÁN, Jaime y otros (2004) realizaron una investigación publicada en la revista chilena de obstetricia y ginecología sobre “Histerectomía Total Laparoscópica. Resultados en 3 años de desarrollo de la técnica utilizando el manipulador uterino de Clermont Ferrand” (Chile).

Resumen: Damos a conocer una casuística de histerectomía total laparoscópica en un período de 3 años utilizando el manipulador uterino de Clermont Ferrand; se analizan los resultados, seguimiento y complicaciones.

Método: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes sometidas a HTLP, utilizando el MUCF, excluyendo las pacientes con histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (LAVH).

Resultados: Durante el periodo estudiado se realizaron 1.590 histerectomías, de las cuales 844 fueron HTA (53%), 608 vaginales (38%) y HTLP 144 (9%). De las 144 pacientes seleccionadas para realizar HTLP con el MUCF, en 139 se realizó el procedimiento (96,5%), sólo en 5 pacientes el procedimiento se convirtió a laparotomía (3,5%). En este grupo de pacientes la edad promedio fue de 47,1 años (rango: 33-67 años); 12 pacientes eran

posmenopáusicas (8,3%) y con terapia de reemplazo hormonal (TRH), 135 eran multíparas lo que corresponde a 94,8% de la población. Entre los antecedentes médicos: 13,7% obesas, 29% con alguna enfermedad asociada como diabetes mellitus e hipertensión arterial. Respecto a cirugías abdominales previas: 48,9% de las paciente presentaba cirugía, de las cuales 15,3% correspondió a cesárea, 15,1% a cirugía ginecológica y 18,5% a cirugía no ginecológica. El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue miomas uterinos y metrorragia (89,6%), que se confirmó en las biopsias diferidas, se registró además un caso de adenomiosis, 2 casos de pólipo endometrial, 4 casos de hiperplasia endometrial simple, 1 caso de metrorragia de la postmenopausia. Asociados al diagnóstico principal, 9 pacientes presentaban prolapso genital (11,6 %) y 7 incontinencia de orina de esfuerzo (9,1%).

ISLA, Ariana y otros (2005) publicaron en la revista Cubana de Obstetricia y ginecología un estudio sobre el "Comportamiento de la histerectomía obstétrica. Resultados de 6 años". (Cuba)

Resumen: Se realizó un estudio observacional, descriptivo retrospectivo, con el objetivo de conocer el comportamiento de la histerectomía obstétrica en el período (1997-2002) en el hospital docente gineco obstétrico "América Arias", incluyendo las pacientes a quienes se les practicó el proceder posterior a una complicación hemorrágica o infecciosa. Se estudiaron un total de 95 casos donde se identificaron: enfermedades de base y enfermedades asociadas al grupo, criterios para la intervención, así como las complicaciones transoperatorias y posoperatorias.

Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo retrospectivo.

Muestra: El universo de trabajo que estuvo constituido por 95 pacientes a quienes se le realizó histerectomía obstétrica en el hospital docente ginecoobstétrico "América Arias" (período 1997-2002).

Instrumento: Se aplicó el Test estadístico según variables

Conclusiones: La histerectomía obstétrica constituye un problema de salud en nuestro hospital, la cual se comportó en ascenso en el período estudiado con un pico en el 2001. La anemia y el mioma uterino, constituyeron las 2 condiciones mas vinculadas a la intervención, seguida de la enfermedad hipertensiva gestacional. La indicación que predominó fue la atonía uterina. La complicación más frecuente resultó la anemia.

SALINAS, Hugo y otros (2006) realizaron un "Estudio comparativo de variables clínicas y costo de la técnica quirúrgica de histerectomía por vía abdominal y laparoscópica", dicha investigación fue publicada en la Revista Chilena de salud pública y su objetivo fue comparar los efectos clínicos y económicos de la histerectomía abdominal versus histerectomía laparoscópica. (Chile)

Método: Estudio retrospectivo observacional.

Muestra: 1163 pacientes de 27 a 83 años histerectomizadas por patología ginecológica benigna durante 1997-2005 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Conclusiones: De las 1663 cirugías, el 11,36% fueron histerectomías laparoscópicas y el 88.63% correspondió a histerectomías abdominales.

- La tasa global de complicaciones fue de 42,8% mujeres para la histerectomía abdominal y 16,4% para la histerectomía laparoscópica.

- La histerectomía laparoscópica presenta algunas ventajas al compararla con la histerectomía abdominal. Se asoció a menos complicaciones y menor tiempo de estadía hospitalaria. En contraste, su costo es significativamente mayor.(AU)

CERDA, Pamela y otros (2006) publicaron en la revista chilena de obstetricia y ginecología una investigación referida a la “Calidad de vida en mujeres histerectomizadas” con el objetivo de dar a conocer como la histerectomía afecta la calidad de vida y sus diferentes dimensiones en las usuarias y con el propósito de contribuir al conocimiento del tema y colaborar para un mejor enfrentamiento de estas usuarias. (Chile)

Resumen: La histerectomía afecta a un 20% de la población femenina en Chile; su mayor incidencia es en mujeres fértiles entre los 35-49 años. Esta cirugía, al poner fin a la vida reproductiva de la mujer, amenaza fuertemente su sentido de feminidad, puede provocar una alteración de la autoestima, disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros. A pesar del impacto de la histerectomía en la calidad de vida de estas mujeres, son escasas las investigaciones que estudien dicha relación. Al comparar la calidad de vida entre mujeres sanas y mujeres histerectomizadas, estas tuvieron similares niveles de calidad de vida, en los dominios: funcionamiento físico, dolor corporal, funcionamiento sexual y dimensión psicológica. La mujer histerectomizada evidencia mejor calidad de vida que la mujer con trastornos ginecológicos, en los dominios anteriormente nombrados.

Conclusión: Se concluye que la histerectomía por sí sola, no afecta la calidad de vida de estas mujeres, sin embargo, surge la necesidad de

nuevas investigaciones sobre el tema. Al respecto cabe destacar la importancia en el apoyo y educación a la mujer sometida a este proceso quirúrgico.

PEREIRA, Freddy y otros (2006) realizaron una investigación publicada en la revista de obstetricia y ginecología de Venezuela sobre "Histerectomía de urgencia por ruptura de útero didelfo grávido: Reporte de caso". (Venezuela)

Resumen: Se reporta el caso de una paciente, quien posterior a intentos fallidos de evacuación farmacológica del útero por óbito fetal, presentó ruptura del hemicuerpo uterino grávido, ameritando histerectomía de urgencia. Su evolución fue satisfactoria y no hubo morbi-mortalidad asociada al procedimiento quirúrgico.

Discusión: Las histerectomías periparto se describen de 0,5 a 1,5 x 1000 y dentro de sus principales causas encontramos la placenta accreta, la atonía y la ruptura del útero, entre otras 8. La ruptura uterina ha sido descrita como causa de histerectomía de emergencia hasta en un 15%. La solución de continuidad de la pared del órgano pudo haberse producido a consecuencia de los intentos de evacuación fetal farmacológica, sobre un útero con antecedente de cesárea (3 años previos), resulta interesante observar que no se produjera dehiscencia en relación a la cicatriz de la cesárea, ni lesión del segmento inferior (como ocurre en la mayoría de los casos), sino, ruptura del espesor total de la pared en la cara posterior del hemicuerpo uterino derecho. Las complicaciones presentadas durante los embarazos anteriores de la paciente aquí comentada, y que implicaron la pérdida de su último producto, probablemente tengan explicación en la falta de

crecimiento uterino, acorde con el desarrollo fetal, como ya ha sido planteado, a pesar de que, de todas las malformaciones uterinas (a excepción del útero arqueado), es el útero didelfo el que mayormente se asocia a posibilidades de embarazo exitoso. El embarazo determina un riesgo relativo de histerectomía obstétrica de 0,857 y la morbi-mortalidad materna es mayor en histerectomías de urgencia que en aquellas realizadas en forma electiva.

URRUTIA, María T. y otros (2006) publicaron una investigación en la revista chilena de obstetricia y ginecología sobre “Educación de mujeres Histerectomizadas: ¿Qué desean saber?” cuyo objetivo era conocer las necesidades educativas de un grupo de mujeres sometidas a histerectomía. (Chile)

Antecedentes: La histerectomía (HT) es una de las intervenciones más frecuentes en ginecología, por lo tanto resulta de relevancia evaluar lo que las mujeres desean para enfrentar este proceso.

Método: Estudio descriptivo, de corte transversal, con una muestra de 120 usuarias. Se realizó una entrevista para conocer la educación recibida y la deseada, y así establecer la necesidad educativa de las mujeres.

Resultados: El 100% de ellas señala que sus parejas no recibieron educación acerca de la HT. El 46,7% declara recibir la educación por parte del médico y el 80% desearía hubiese sido la matrona. El 45% recibe la educación al fijar la fecha de la cirugía y el 78% desearía haberla recibido antes de este momento. El 47% recibe la educación en el hospital y el 46% desea recibirla ahí. El 75% refiere recibir educación en forma verbal-individual y el 47,5% le hubiese gustado de manera audiovisual-individual.

Se educa a más del 50% de las mujeres sólo en 3 tópicos de los 16 evaluados. Los principales temas en los cuales fueron educadas no coinciden con aquellos deseados por las mujeres.

Conclusión: Se concluye que las necesidades de las mujeres no son satisfechas en su totalidad y se destaca la importancia del rol educativo por parte de los profesionales del área.

Gisele, Nai y otros (2007) publicaron en la Revista de la Asociación Médica Brasileira una investigación sobre “Frecuencia de Gardnerella vaginalis en frotis vaginal en pacientes de histerectomía” cuyo objetivo fue evaluar la frecuencia de Gardnerella vaginalis en frotis cérvico-vaginal de los pacientes con histerectomía previa en comparación con los frotis de los pacientes no histerectomizados. (Brasil)

Método: Estudio retrospectivo en el Laboratorio de Anatomía patológica de Noreste, siendo revisados 39447 informes de frotis cérvico-vagina. De estos, 1934 pacientes fueron histerectomía total y 37513 no histerectomizados. Entre los pacientes no histerectomizados fueron recogidos solamente los datos de los pacientes con Gardnerella vaginalis (n = 755).

Resultados: En cuanto a la microflora vaginal de los pacientes histerectomizados, hubo un predominio de lactobacilos (60% de los casos); Gardnerella vaginalis ocurrió en 7,08% de los casos, con una prevalencia que van de 41 a 50 años (38%). Entre los pacientes no histerectomizados, 755 (2% de los casos) presentaban Gardnerella vaginalis y la mayoría tenía una edad menor de 40 años (62%).

Conclusión: La posibilidad de una mujer histerectomizada con Gardnerella vaginalis es 3,71 veces mayor. En las pacientes histerectomizadas, Gardnerella vaginalis predomina entre los de 41 y 50 años, mientras que en las no histerectomizadas predomina en las mujeres por debajo de 40 años. El mantenimiento del pH vaginal es importante para la prevención de infecciones por Gardnerella vaginalis y pacientes histerectomizados deben tomar las medidas de prevención contra esta infección.

2.2.2. Antecedentes Nacionales

CABREJO, Carolina G. (2000) en su tesis titulada "Marisol: Evaluación de información y actitudes de pacientes histerectomizadas y de las actividades educativas del personal de enfermería sobre histerectomía y sus complicaciones" planteó como objetivo determinar la frecuencia de complicaciones intra-perioperatorio de pacientes con histerectomía.

Muestra: se investigo una muestra de 32 pacientes.

Método: Se eligió el método descriptivo, comparativo de corte transversal con las pacientes histerectomizadas.

Instrumentos: Cuestionario no estructurado, y fichas de registros.

Conclusiones: La satisfacción de las necesidades emocionales modifica de manera positiva las relaciones de los pacientes en el pre-operatorio de histerectomía uterina. Las pacientes que se enfrentan a la histerectomía abdominal presentaron reacciones de ansiedad, cuando no se les brinda el apoyo emocional; y a los pacientes que se les brindó el apoyo emocional se mostraron tranquilas.

CABELLO, Histolina Lucy (2001) realizó una investigación titulada: "Influencia biopsico sexual y algunos factores sociales sobre el grado de ansiedad y nivel de temores en pacientes sometidos a histerectomía".

Muestra: se investigo una muestra de 20 pacientes.

Método: Se eligió el método descriptivo, comparativo de corte transversal con las pacientes histerectomizadas.

Instrumentos: La observación, y fichas de registros.

Conclusiones: El apoyo emocional de las enfermeras pacientes en el pre-operatorio de histerectomía disminuye 80% su ansiedad un y favorece su pronta recuperación.

URRUTIA, María Teresa (2006) desarrolló una tesis titulada: "Educación de mujeres en el pre y post operatorio de histerectomía".

Muestra: con una muestra de 120 pacientes

Instrumento: Se realizó entrevistas para conocer la educación recibida y la deseada, y así establecer la necesidad educativa de las mujeres.

Método: Estudio descriptivo, de corte transversal.

Conclusiones: El 100% de ellas señala que sus parejas no recibieron educación acerca de la HT. El 46,7% declara recibir la educación por parte de la enfermera.

El 45% recibe la educacional fijar la fecha de la cirugía y el 78% desearía haberla recibido antes de este momento. El 47% recibe la educación en el hospital y el 46% desea recibirla ahí. El 75% refiere recibir educación en forma verbal individual y el 47,5% le hubiese gustado de manera audiovisual-individual. Se educa a más del 50% de las mujeres sólo en 3 tópicos de los 16 evaluados. Los principales temas en los cuales fueron

educadas no coinciden con aquellos deseados por las mujeres. Las mujeres no son satisfechas en su totalidad y se destaca la importancia del rol educativo por parte de los profesionales del área.

2.3 Bases teóricas relacionadas con el estudio

2.3.1. Histerectomía

2.3.1.1. Generalidades de histerectomía

El término histerectomía procede del griego "*hiystra*" = tero y "*ektone*" = incisión del útero. La histerectomía o extirpación del útero es una de las técnicas quirúrgicas más importantes en la actualidad que se realiza con mucha frecuencia y hay diversas razones por las que una mujer puede necesitar esta cirugía.

Durante una histerectomía, el útero se puede extirpar de forma total o parcial. Las trompas de falopio y los ovarios también se pueden extraer. Cuando hay prolapsos o descensos genitales o el útero tiene miomas pequeños.

2.3.1.2. Factores que determinan la histerectomía

Entre los principales factores están:

- Tumores en el útero como fibroides uterino, cáncer Cervical, Cáncer de los ovarios, Cáncer de las trompas de Falopio
- Endometriosis en los casos en los que el dolor es severo y no responde a otros tratamientos no quirúrgicos.
- Sangrado vaginal severo y prolongado (crónico) que no se puede controlar con medicamentos.

- Complicaciones durante el parto (como un sangrado incontrolable)
- Hemorragia, Infección, Sarcoma uterino, Lesión del intestino, Dolor en las relaciones sexuales.
- Lesión de los órganos vecinos, que incluyen la vejiga o los vasos sanguíneos

La mayoría de las histerectomías que se realizan se deben a las fibrosis más que a cualquier otro problema uterino.

La endometriosis es la segunda causa que lleva a las histerectomías. Es muy común en mujeres en los treinta y cuarenta años, especialmente en mujeres que nunca han estado embarazadas.

2.3.1.3. Tipos de histerectomía

Existen tres tipos de histerectomía, éstas pueden ser: parcial, total o radical.

- Histerectomía parcial:** (o supracervical) se extirpa la mayor parte del útero, excepto el cuello uterino, trompas y ovarios (cerviz).
- Histerectomía total:** (completa o simple) se extirpa todo el útero, con o sin las trompas y ovarios, la abertura del útero que lleva a la vagina); Histerectomía total con anexectomía (o salpingooforectomía) bilateral por lo cuál se extirpa el útero junto con las trompas y ovarios. También puede ser unilateral cuando se extirpa el ovario y trompas de lado; Panhisterectomía, significa la extirpación del cuerpo y el cuello y no implica nada con respecto a la extirpación de los anexos.
- Histerectomía radical:** se extirpa el útero y los tejidos circundantes, incluido el tercio superior de la vagina; junto con la extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos, este procedimiento se practica para el

tratamiento del cáncer cervical en un estadio incipiente.

Tomando en cuenta la intervención quirúrgica, existen 3 formas de realizar una histerectomía: abdominal, vaginal y laparoscópica.

A. Histerectomía abdominal

Una histerectomía abdominal es un procedimiento por el que se extrae el útero de una mujer a través de un corte en el abdomen.

B. Histerectomía vaginal

En una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, el médico usa una herramienta llamada laparoscopio para ayudar a extraer el útero. Una histerectomía vaginal se realiza a través de la vagina y no dejará signos externos visibles de que la mujer haya sufrido una operación.

C. Histerectomía laparoscópica

Utilizando un laparoscopio (tubo provisto de una cámara de vídeo para visualizar los órganos), se extirpa el útero en cortes a través de pequeñas incisiones abdominales. La cirugía de histerectomía laparoscópica puede ser:

- **Histerectomía subtotal laparoscópica (HSL):** Esta técnica deja el cuello uterino intacto, conservando los ligamentos útero sacro y cardinal. Algunos autores consideran que la funcionalidad sexual se protege mejor al salvaguardar la cerviz y la vagina. El útero es removido por morcelación por arriba o por abajo.
- **Histerectomía laparoscópica (HL):** La técnica implica la ligadura laparoscópica de las arterias uterinas, para lo cual podemos utilizar electro cirugía, disección, sutura con ligaduras o grapas. Todas las maniobras después de la ligadura de los vasos uterinos se pueden realizar vaginal o laparoscópicamente, incluyendo la entrada anterior

o posterior de la vagina, división de los ligamentos cardinal y útero sacros, la remoción del útero (intacto o por morcelación) y cierre vaginal (vertical o transversalmente).

- **Histerectomía total por laparoscopia (HTL):** Es una histerectomía abdominal asistida por laparoscopia. La disección laparoscópica se continúa hasta que el útero se libera en forma completa de sus ligamentos y queda libre en la cavidad abdominal. El útero se remueve a través de la vagina y esta última se cierra laparoscópicamente con suturas.

2.3.2. La Ansiedad

Para Sigmund Freud la ansiedad es un síntoma; señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos, era considerada como una reacción del Yo a las demandas inconscientes del Ello que podían emerger sin control. Vista así, la ansiedad es una consecuencia de los conflictos intrapsíquicos de carácter generalmente inconsciente.

En las pacientes histerectomizadas la ansiedad es un estado o sensación de: desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la presencia de alguna amenaza vaga e inespecífica de origen intrapsíquico más que externo, cuya fuente es desconocida o no puede determinarse. Este estado puede ser consecuencia de una respuesta racional a determinadas situación- que produce tensión, y que generalmente es una situación nueva y desconocido.

La ansiedad azota a personas de toda condición y no sólo a un determinado grupo socio-económico, tampoco considera diferencias de edad, sexo, filiación religiosa o grupo profesional.

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos.

Pérez Lovelle (2004), define tanto la ansiedad, como el "estrés" que "condicionan" y "limitan" la "movilización" de energías vitales, que en realidad, son esenciales e infinitas en sus posibilidades. En cuanto a qué medios "emplear" para aprender a "conducirlos" razonablemente (más que "combatirlos", que sería "pelear contra las sombras"), una propuesta es aprender a conocer que papel desarrolla la capacidad sensible (emotividad, instintos y afectividad) en el organismo humano y luego aprender a conocer que papel "juega" la capacidad intelectual, (órganos sensoriales y corteza cerebral), para "intercambiar" esta energía con el medio social en que participamos en cada instante real con todos los demás seres existentes. (2004, pg 53).

Ansiedad según nivel

Cada nivel influye en la persona de forma diferente:

- A) *Nivel leve*: La persona está en estado de alerta y percibe más que cuando no está Ansioso, la atención y la capacidad asociativas. Se presentan inquietud e irritabilidad leves.
- B) *Nivel moderado*: Se estrechan el campo respectivo, 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.
- C) *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 puede presentar cefalea, náuseas, temblores, como aversión.

D) *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 utilizan conductas automáticas protectoras. Incapacidad para comunicarse o actuar.

2.3.3. La Autoestima

La autoestima se define como la forma en que la persona se percibe, y se siente a si misma y es una forma de expresar que se es consciente de la propia existencia. La autoestima comporta la unión de la confianza y el respeto hacia si mismo: Nathaniel Branden refiere que:

“La autoestima es mucho más que ese sentido innato de la valía personal que probablemente es un derecho humano de nacimiento, aquello que terapeutas y docentes se esfuerzan por estimular en aquellos con quienes trabajan. La autoestima plenamente consumada es la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias” (1998, pg 27)

2.3.3.1. Elementos de la autoestima

David Frichman, dice dos son los elementos básicos y se encuentran interrelacionados: Ellos son:

La eficacia personal. Significa tener confianza en la propia mente, la capacidad de pensar y entender, capacidad para aprender elegir y tomar decisiones.

El respeto a si mismo. Que consiste en reafirmar la vida personal, sensación de ser profundamente merecedor de la felicidad; en suma tener una actitud

positiva hacia el derecho de vivir. (2000, Pg 22).

2.3.3.2. Formación de la Autoestima

La autoestima no es innata, se adquiere y genera como resultado de la historia de cada persona. Es fruto de larga y permanente secuencia de acciones y pasiones que configuran al ser humano durante su existencia

2.3.3.3. Componentes de la autoestima

A) Componente cognitivo

Comprende el conjunto de ideas, opiniones, creencias, percepciones y procesamiento de la información que se tiene sobre la propia personalidad y la conducta.

B) Componente afectivo

Representa lo que la persona tiene como positivo-negativo, la percepción de lo agradable de lo desagradable que encuentra en si misma. Implica sentirse a gusto o disgusto consigo mismo, la sensación de dolor y tristeza ante nuestra miseria humana.

C) Componente conductual

Este aspecto se traduce en la intención de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente. Consiste en la auto información dirigida al propio yo, que genera la búsqueda de consideración y reconocimiento por parte de los demás.

2.3.3.4. Niveles de autoestima

Psicología Humana. EL nivel de autoestima de cada persona tiene profundas consecuencias en la vida laboral, social, logro de metas, vida de

pareja, crianza de los hijos y el nivel de felicidad que se alcanza.

A) La autoestima baja

Se correlaciona con la ceguera ante la realidad; con la rigidez, el miedo a lo nuevo y a lo desconocido; con la conformidad inadecuada o una rebeldía poco apropiada, con estar a la defensiva, con la sumisión o el comportamiento reprimido de forma excesiva y el miedo a la hostilidad de los demás.

B) La autoestima Alta

Busca el desafío y el estímulo de unas metas dignas y exigentes. El alcanzar dichas metas nutren el autoestima baja busca la seguridad de lo conocido y la falta de exigencia. Cuanto más sólida sea la autoestima mejor preparada se estará para ser frente a los problemas que se presentan en la vida privada y aún los cambios en el estado de salud.

Cuanto mayor sea la autoestima, se estará más dispuesto a tener relaciones que sean más significantes que perjudiciales, la razón se debe a que lo semejante llama a lo semejante, la salud a la salud. La vitalidad y la expansión en los demás atraen más a las personas con una buena autoestima que a las personas vacías o dependientes.

La ética debe estar al servicio del hombre, debe dirimir las cosas que deben hacerse, independiente de la posibilidad tecnológica. Nuestros pacientes son personas queridas por sí donde la amistad, el respeto, la solidaridad y la exaltación de su dignidad estén por encima de cualquier otro criterio, solo así podremos elevar la autoestima de nuestros pacientes, sometidos a la histerectomía.

Dr. Patricio Burdiles: Define que “en los casos que fuera necesario recurrir a tratamientos que entrañen riesgos o mutilación grave para el

paciente, el médico deberá contar con el consentimiento expreso, dado con conocimiento de causa, por el enfermo o sus familiares responsables, para que ayuden a la paciente en la elevación de la autoestima”. Parece ser que sólo se aconseja en casos tratamientos de riesgo grave, cuando en la doctrina moderna, debe aplicarse a todo acto diagnóstico o terapéutico independiente de la magnitud del riesgo involucrado en su Código de Ética, El Colegio Médico de Chile (2004, artículo 15).

2.3.4. Intervención de enfermería

La intervención de Enfermería incluye no sólo aquellos cuidados que indican técnicas y procedimientos aprendidos académicamente, sino, incluye una serie de aspectos humanos que le son propios a la profesión; como infundir confianza al paciente, proporcionándole la comodidad necesaria y al mismo tiempo vigilar su seguridad dentro de la institución de salud, tratándole cortésmente, con afecto y respeto. Por ello, la Enfermería es una profesión dinámica y la práctica de esta ocupación se encuentra en cambio constante.

La enfermera, como parte del equipo de salud, imparte conocimientos las pacientes antes de que se enfrenten a situaciones estresantes como la histerectomía, de tal modo que les permita tener un panorama más claro de su condición, evolución y cambios que genera dicha intervención. Ellas las educan con el fin de lograr en las pacientes la disminución de la ansiedad y elevación de la autoestima, para que tengan adecuada respuesta frente a los cambios, emocionales, psicológicos que se presentan en el pre y

postoperatorio de histerectomía, Enfermería Medicoquirúrgica I. (2004, pg 62)

En el pre-operatorio, la enfermera formula un plan de atención en que incluye apoyo emocional y orientación para las pacientes y sus parientes, entre las intervenciones están la de establecer una relación de confianza, esclarecer dudas, escuchar sus temores y sus preocupaciones aclarar conceptos erróneos, enseñar técnicas de relajación, y otras actividades que le de seguridad, con el fin de prepararlas emocionalmente para la cirugía, mejorar la adaptación en el postoperatorio, el cuidado de Enfermería es inmediatamente importante en estos pacientes intervenidos de histerectomía de útero la cuál implica administrar cuidados a la vez observar las posibles complicaciones inmediatas y mediatas.

“Es más fácil aliviar un temor conocido Que la ansiedad cuyo origen se desconoce”. “Las personas sienten menos ansiedad cuando Conocen lo que les va a suceder”. “Cuando las personas sienten que conversan Cierta control de la situación, la ansiedad disminuye”. “El sentimiento de desesperación contribuye a la ansiedad” DUGAS. (2005, pg 225)

El cuidado es asistir al individuo a interpretar su propia realidad: cuidar es la esencia de la enfermería, es participar con el otro en la determinación del sentido único que tiene la salud, la enfermedad y la muerte; además el cuidado es recíproco, reconocer el saber del otro, y el potencial para compartir una experiencia de relación inter- subjetiva con el paciente, con calidad y calidez, donde el servicio debe ser de forma:

- *Oportuna*: ser brindada cada vez que el paciente lo requiera y de acuerdo a sus necesidades
- *Continua*: ser permanente según las necesidades del paciente.

- *Humana*: el paciente debe sentirse respetado y tratado como ser humano con características individuales, respetando sus derechos y privacidades.
- *Segura*: la atención que se brinda no debe significar ningún riesgo para el paciente. Proceso de Atención de Enfermería (1989, pg 524)

2.3.4.1. Intervenciones de enfermería ante la disminución de la ansiedad

Comprende un conjunto de actividades y juicios dirigidos al restablecimiento del equilibrio de los sistemas humanos, el cual se lleva a cabo a través de la relación enfermera – paciente.

- **Relación enfermera paciente.**- Es el medio por el cual las enfermeras son capaces de valorar correctamente a las pacientes, de formular diagnósticos de enfermería, de planificar y ejecutar las actuaciones de enfermería y evaluar la eficacia del proceso de enfermería.
- **El componente físico.**- de la relación enfermera paciente incluye en todos los procedimientos y las habilidades técnicas que las enfermeras que las enfermeras realizan con o para los pacientes; se refiere al componente físico como las funciones de alta visibilidad de los cuidados de enfermería. Este componente de la educación de enfermería se define y describe como cada día se dispone de conocimiento tecnológico, es vital que las enfermeras sigan aprendiendo y practicando sus técnicas para asegurar que se ofrecen los mejores cuidados físicos posibles.
- **El componente emocional.**- Implica que la enfermera responda al paciente como un ser humano a otro más que como profesional de salud y paciente. Las enfermeras deben aportar muchas cualidades a estas relaciones; consideración positiva, actitud no de juicio, aceptación, cariño,

empatía, autenticidad, congruencia de los mensajes verbales y no verbales. Y la capacidad de no revelarse a sí misma se anima a los pacientes a que expresen sentimientos tales como el miedo, desamparo, desesperanza, culpa, soledad, enojo, alegría, placer o esperanza. EL Dr. Cesar Rivera refiriéndose a la salud emocional como manejo responsable de los sentimientos, reconociéndolos, dándoles nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando su energía al servicio de los valores. La persona sana emocionalmente controla sus sentimientos de manera asertiva, afirmativa.

- **El componente espiritual.-** Es el sentimiento de conexión entre las pacientes y la enfermera, es ese sentimiento interno de parte de algo más que de uno mismo, las enfermeras que están en armonía con el componente espiritual de la relación respetan los valores culturales y visiones religiosas de las pacientes considera a los pacientes como personas importantes y significativas; EL Dr. Cesar Rivera en su tesis doctoral refiere que la calidad y calidez en el trato se consiguen un sano equilibrio en la implicación emocional de los pacientes, reducir la deshumanización a la idea de la necesidad de cualificar las relaciones con una cierta dosis de ternura o cordialidad, promover la dignidad intrínseca de todo ser humano constituye el fundamento último de toda acción humanizadora.

La palabra humanizar deriva de la clásica *humanar*, y alude tanto a la encarnación del Verbo Divino (Dios hecho hombre), como a una mayor cercanía, afabilidad, ternura para con nuestro prójimo; es decir hacer a uno humano, familiar, afable, refiriendo los significados de sensibilidad, compasión por las desgracias de los semejantes, benignidad,

mansedumbre, afabilidad, abajamiento, caridad, generosidad, nobleza, cortesía, blandura- elasticidad, indulgencia, cordialidad, misericordia, consideración, magnanimidad, bondad; humanizar significa ablandarse, despojarse hacerse benigno etc. Humanizar una realidad, en el fondo, significa hacerla digna de la persona, es decir, coherente con los valores que percibe como peculiares e inalienables. Valor es todo lo que permite dar un significado a la existencia humana, todo lo que permite ser verdadero hombre; las cosas adquieren valor en la medida en que se insertan en ese proceso de humanización del hombre. Humanizar el cuidado a las personas enfermas es generar salud holística, uno de los indicadores de un cuidado humanizador es la consideración de la persona ayudada en salud holística e integral, a su vez.

La humanidad que empleaba san camilo para con los enfermos

- Los enfermos son nuestros amos y señores
- Los enfermos son la pupila y el corazón de Dios
- Los enfermos son la herencia y el patrimonio de Cristo
- El que sirve a los enfermos, sirve y cuida a Cristo nuestro Redentor
- El hospital es el jardín perfumado y delicioso de la caridad
- Entre la obra de caridad cristiana ninguna agrada más a Dios que la del servicio a los pobres enfermos.
- Bienaventurado y dichoso el servidor de los enfermos que gasta su vida en este santo oficio con las manos metidas en la pasta de la caridad.
- Dichoso vosotros que tienen tan buena ocasión de servir a Dios a la cabecera de los enfermos.

- Dichosos nosotros si podemos ir acompañados al tribunal de Dios por una lágrima, un suspiro o una bendición de estos pobrecitos enfermos.
- Sirvan al enfermo como una madre sirve a su único hijo enfermo.
- **La relación holística.-** En realidad, decimos que humanizar el cuidado a las personas enfermas es generar salud holística. En efecto, uno de los indicadores de un cuidado humanizador en consideración de la persona ayudada en sentido holístico. La palabra “holístico” proviene del griego: holos: todo, entero, total, completo, y suele usarse como sinónimo de “integral”; pero el “modelo integral”, “holístico” de intervención en el cuidado a las personas enfermas supone no sólo considerar a los hombres en todas las partes (cuerpo, psique, sentimientos, relaciones, valores, creencias, cultura...) “Holístico” no es sólo ver al otro globalmente, sino que consiste en partir de la complejidad del ser humano y del mundo entero atravesando por la vulnerabilidad e interaccionando con la totalidad de los sujetos, produciéndose una concentración de vínculos que pueden favorecer los procesos de salud y sana interdependencia.
- **El componente del poder.-** La relación se construye alrededor de las necesidades de los pacientes para modelar y controlar sus propias vidas. El reconocimiento de que está implicada alguna fuerza externa capacita a muchas personas para que encuentren significado a la vida y utilicen la oración y la meditación para tener consuelo y apoyo divino. Las enfermeras entienden que los clientes tienen el poder en último término de aceptar o rechazar los planes de cuidados propuestos. Esta filosofía ha conducido a la Carta de los derechos de los pacientes, desarrollada por la Asociación de los hospitales americanos en 1972. Esta carta de

derechos apoya el lugar de control interno al afirmar que los clientes tienen control sobre sus cuerpos y el derecho de participar en cualquier decisión con respecto a sus propios cuidados y tratamientos.

- **Características de las enfermeras eficaces.-** Una enfermera eficaz es aquella que en su práctica busca aumentar el crecimiento y la satisfacción de los pacientes, de sí misma y de sus colegas.

- **Consideración positiva.-** Es creer en el valor potencial del paciente. Es la afirmación de la personalidad y el proceso de dignificar y respetar a la persona; tales como expresar preocupación por sus sentimientos y proteger la autonomía cuando está amenazada. La consideración positiva se centra en las necesidades del paciente más que en las necesidades de la enfermera.

- **Aceptación.** La aceptación de los pacientes es otra característica de una enfermera eficaz. Las enfermeras que aceptan a los pacientes respetan sus pensamientos e ideas y profundizan en ellas para ayudarles a entenderse a sí mismos. La aceptación es el reconocimiento de que los pacientes tienen el derecho a expresar libremente los sentimientos, experiencias pasadas, su estado presente, y su potencial futuro.

- **Afecto.-** Se expresa principalmente de forma no verbal, mediante una conducta positiva, un tono amistoso, o una sonrisa. El inclinarse hacia delante y establecer contacto ocular es una expresión de afecto, igual que el contacto físico, coger las manos, o los hombros, decirle Yo estoy contigo no temas todo va salir bien.

- **Empatía.-** Como característica necesaria en una enfermera eficaz. La empatía es la capacidad de ver la percepción del mundo que tiene el

otro. Es entender cómo se ven a sí mismo los pacientes y el significado que le dan a los sucesos de la vida. Es aprender sobre sus sentimientos, sobre por lo que están luchando por convertirse, y lo que necesitan para crecer y cambiar. Durante todo este proceso las enfermeras deben mantener sus propias identidades y seguir siendo objetivas, la exactitud de los cambios empáticos debe ser evaluada tanto por las enfermeras como por los clientes si la relación ha de ser eficaz. La empatía correcta puede facilitar la colaboración terapéutica y ayudar a los clientes a experimentar y entenderse a sí mismo más completamente.

- **Autenticidad.**- Que es el ser genuina y naturalmente uno mismo en las relaciones terapéuticas. Cuando las enfermeras efectúan un compromiso con los clientes llevan a cambio un rol profesional., esto es diferente a “jugar” el rol del profesional, que hace la pretensión de ayudar a los pacientes.
- **Congruencia.**- los pacientes pueden sentir rápidamente cuándo las enfermeras son incongruentes, o dicen una cosa verbalmente y otra no verbalmente. La congruencia es necesaria para que los pacientes desarrollen confianza en las enfermeras.
- **Paciencia.**- Es vital que las enfermeras tengan paciencia con los pacientes para darles la oportunidad de crecer y desarrollarse. La paciencia no es la espera pasiva sino la escucha activa y la respuesta a los pacientes.

Las enfermeras eficaces también son pacientes consigo mismas, buscan oportunidades de desarrollar la conciencia de sí mismas y de obtener nuevos conocimientos, más aún, reconocen que la

competencia profesional no es simplemente un objetivo, en un proceso a largo plazo de aprendizaje y desarrollo como enfermera.

- **Respeto.-** El respeto incluye la consideración por los pacientes y la capacidad de resolver sus propios problemas.
- **Fiabilidad.-** Las enfermeras con buenas habilidades interpersonales ayudan a desarrollar confianza en ellas, este vínculo terapéutico se facilita mediante el proceso de enfermería. Las enfermeras fiables respetan la confidencialidad de la relación enfermera paciente, los pacientes necesitan tener protegida su intimidad. Las enfermeras deben asegurar a los pacientes que la información no saldrá del equipo de salud; también deben sacar el tema de la confidencialidad.
- **Autorrevelación.-** Sólo cuando las relaciones son mutuas y activas se puede hacer un progreso real, las autorrevelacion adecuada está siempre dirigida a los objetivos de los pacientes, no de las enfermeras.
- **Humor.-** El humor sano, por otra parte, es una forma de producir risa en las personas, y no excluye a nadie; el humor sano es adecuado a la situación y protege la dignidad de la persona, un buen sentido del humor es un mecanismo de afrontamiento maduro y puede ayudar a las personas a adaptarse en situaciones difíciles. La risa estimula el sistema respiratorio y aumenta los niveles de oxígeno en la sangre, además de aumentar la frecuencia cardiaca y mejorar la circulación.

En este sentido, el cuidado de enfermería debe dirigirse a:

- Preparación preoperatorio de acuerdo al tipo de cirugía planificada.
- Prevención de complicaciones.
- Orientar al paciente en su entorno tan pronto como despierte del procedimiento quirúrgico.

- Explicarle que terminó la operación, e informarle dónde se encuentra, la hora y el nombre de quien lo dice.
- El postoperatorio comprende dos etapas: La primera, de recuperación de la anestesia y del trauma producido por la cirugía.
- La segunda, de rehabilitación del paciente, que se extiende hasta que le es posible realizar gran parte de sus actividades normales.
- Mantener una posición fisiológica adecuada al tipo de intervención quirúrgica que se realizará.
- Evaluación del nivel de conciencia
- Mantenimiento de la temperatura corporal
- Valoración de la permeabilidad de la vía aérea
- Valoración y control de la herida quirúrgica, colgajos, drenajes, vendajes
- Valoración de signos, síntomas y del dolor
- Administración del tratamiento prescrito y valoración de la respuesta y acciones
- Instruir en administración de medicamentos
- Administrar ansiolíticos según prescripción
- Hacer preguntas cortas y concretas
- Observar signos y síntomas de insomnio
- Orientar con respecto a las personas
- Promover la expresión de sentimientos
- Reducir estímulos personales
- Signos neurológicos
- Nivel de conciencia
- Valorar estado de los procesos cognitivos

Dentro de las actividades que competen a la enfermera para reducir el nivel de ansiedad, tenemos:

- Comunicación con el paciente
- Cuidados psicológicos. Escucha activa (Atención terapéutica)
- Explicarle sobre los aspectos más relevantes de la enfermedad
- Observar signos y síntomas de ansiedad
- Instruir en ejercicios respiratorios
- Instruir en adaptación del lugar
- Instruir en alimentación – nutrición
- Instruir en aplicación de frío
- Instruir en aplicación de medias elásticas
- Instruir en comportamiento frente a accesos de tos
- Instruir en cuidados de la piel y de las heridas
- Instruir en cuidados de las úlceras por presión
- Instruir en cuidados orales
- Instruir en ejercicios activos / pasivos
- Instruir en técnicas de relajación
- Instruir en hábitos intestinales
- Instruir en higiene personal
- Instruir en ingesta de líquidos
- Instruir en medidas favorecedoras de la circulación
- Instruir en medidas reguladoras de la temperatura
- Instruir en movilización y en sexualidad
- Instruir en signos y síntomas de las complicaciones más frecuentes.
- Instruir en signos y síntomas de tolerancia / intolerancia la actividad
- Instruir en signos y síntomas que deben comunicarse

- Instruir en toma de pulso, FC, PA, T°
- Responder las preguntas y dudas de los familiares
- Responder las preguntas y dudas del paciente
- Actuar con tranquilidad y sin prisas.

2.3.4.2. Apoyo emocional de la enfermera al paciente para elevar la Autoestima y aumentar la seguridad

- Potenciar las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior, y paliar así posibles problemas de aislamiento y soledad.
- Mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia y su entorno mediante el reforzamiento de los vínculos familiares y vecinales
- Favorecer la prevalencia de sentimientos positivos ante la vida desterrando actitudes autocompasivas.

Debe procurarse mantener un nivel óptimo de comunicación / relación con este tipo de pacientes a lo largo de toda la enfermedad, siendo recomendable que se emprendan acciones como:

- Hablarle a la paciente amablemente, considerando que no hay nada tan agradable como una frase alegre al saludar.
- Sonreírle a la paciente, de tal forma que le ayude a disminuir sus tensiones.
- Llamarle a la paciente por su nombre, ya que la música más agradable para el oído de cualquier paciente es el sonido de su nombre.
- Ser agradable, amigable y cortés, para obtener confianza de parte de la paciente.
- Interesarse verdaderamente en las pacientes, simpatizar con ellas para contribuir al proceso terapéutico.

- Estar dispuesta a prestarle servicio, lo que más cuenta en la vida es lo que hacemos por los demás.
- Escoger el momento en que esté más relajado.
- Procurar un sitio tranquilo, sin ruidos y con buena iluminación.
- Usar un lenguaje sencillo y simple.
- Evitar que le hablen más de una persona al mismo tiempo.
- Situarse siempre y a la altura de sus ojos.
- Vocalizar bien.
- Usar el tono de voz bajo
- Darle tiempo para que procese la información y responda.

En todo servicio de enfermería deben estar presentes los principios éticos de toda persona, tales como:

a) *El principio de autonomía*

- Define el derecho de toda persona a decidir por si misma en todas las materias que le afecten, de otra manera, con conocimiento de causa y sin coacción de ningún tipo.
- Determina también el correspondiente deber de cada uno de respetar a la autonomía de los demás.

b) *El principio de beneficencia*

- Es el derecho de toda persona de vivir de acuerdo con su propia concepción de la vida buena, a sus ideales de perfección y felicidad.
- Íntimamente relacionado con el principio de autonomía, determina también el deber de cada uno de buscar el bien de los otros de acuerdo a sus propia manera de entenderlo, sino en función del bien que busca para sí.

- Asimismo, guarda relación con la obligación que tienen los profesionales de la salud de compartir sus conocimientos y su experiencia, o sea la capacidad de las personas, para que estas asuman los deberes relativos a su vida y su salud, poder ayudarlos a que ellos mismos se curen.

c) *El principio de no-maleficencia*

- Derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones biológicas, tales como raza, sexo, edad, situaciones de salud, etc.
- Determina el correspondiente deber de no hacer daño aún cuando el interesado lo solicitara expresamente.

d) *El principio de justicia*

- Es el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones, culturales ideológicas, y políticas sociales, o económicas.
- Deber correspondiente de respetar la diversidad en las materias mencionadas y de colaborar a una equitativa distribución de los beneficios y riesgos entre los miembros de la sociedad.

2.3.4.3. Cuidados de enfermería en pacientes pre operados de histerectomía

A. Pre operatorio mediato de histerectomía

En este periodo los cuidados de enfermería que corresponden a las pacientes que serán sometidas a histerectomía son:

- Valore las condiciones psíquicas del paciente y familia frente a la intervención quirúrgica, reconociendo temores y angustias.
- Evalúe las condiciones físicas del paciente.

- Determine el diagnóstico del paciente y el tipo de cirugía que se realizará y las condiciones específicas del médico cirujano.
- Evalúe la experiencia quirúrgica previa del paciente y el grado de conocimiento sobre esta intervención quirúrgica.
- Evalúe la capacidad de comprensión del paciente y familia frente a la educación.
- Evalúe funcionamiento vesical y hábito intestinal del paciente.
- Averigüe con el paciente y familia, sobre alergias a medicamentos y/o antisépticos.
- Valore el estado de la piel y de las mucosas especialmente en zona operatoria.
- Controle los signos vitales del paciente y evalúe sus posibles alteraciones.
- Revise indicaciones médicas e identifique al paciente.
- Explíquelo amable y cortésmente toda la preparación que se hará según el tipo de cirugía.
- Controle peso – talla y tome muestra de exámenes indicados.
- Administre un enema evacuante si está indicado.
- Pida al paciente que se tome un baño de ducha, si su condición lo permite.

B. Pre operatorio inmediato de histerectomía

Durante el pre operatorio inmediato de una paciente que será histerectomizada, la enfermera solicitará en lo posible la presencia de un familiar a quien le explicará al ingreso de la paciente a la sala quirúrgica y solicitará la documentación de antecedentes alérgicos.

Los cuidados de enfermería son:

- Controle signos vitales.
- Compruebe que el paciente esté en ayunas.
- Entréguele camisa limpia y pídale que se duche (si su condición se lo permite).
- Prepare el equipo necesario para lavar zona operatoria con solución antiséptica.
- Solicite al paciente que se acueste despejándose la zona operatoria.
- Lave la zona en forma amplia, dando especial énfasis a zonas de pliegues y ombligo.
- Si en la zona operatoria hay abundante pelo o vello éste se corta a ras de la piel con tijera o clipper.
- Si el cirujano solicita rasurado de la zona se debe hacer 20 a 30 minutos previo a la cirugía cuidadosa evitando lesionar la piel.
- Realice aseo de cavidades al paciente si es necesario.
- Si está indicado instale: vía venosa; sonda nasogástrica; sonda Foley.
- Revise las uñas del paciente. En caso necesario, remueva esmalte y limpieza.
- Administre medicamentos según indicación como: sedantes, analgésicos.
- Observe posibles reacciones del paciente a la administración de fármacos.
- Pida al paciente que orine (si su condición lo permite).
- Identifique al paciente colocando un brazalete con nombre, número de de cama pieza y servicio.

- Retire: prótesis dental; audífonos; lentes; adornos del pelo, etc.
- Compruebe que la ficha clínica esté en orden con todos los informes de los exámenes solicitados y radiografías.
- Revise y verifique que toda la preparación necesaria y solicitada esté hecha (ver formulario adjunto). Regístrela.
- Informe al paciente y familia a qué hora entrará al pabellón, en qué lugar puede esperar la familia y a qué hora se le dará información
- Registre en formulario de enfermería toda la preparación realizada al paciente tanto física como psíquica, fármacos administrados, parámetros de signos vitales, preparación zona y quién lo recibe en pabellón.
- Espere que llamen al paciente desde pabellón, trasládolo y entréguelo a la enfermera de pabellón.
- Recepción e instalación de la paciente en la mesa quirúrgica.
- Asistir al anesthesiólogo durante el bloque epidural así como la administración de anestesia.
- Colocación de medios antiembólicas.
- Mantener las extremidades alineadas evitando hiperextensión de las mismas.
- Colocación de almohadillas en salientes óseas durante la colocación de la posición de la paciente.
- Vigilar que las manos se encuentren libres durante la colocación de la paciente.
- Interrogar a la paciente acerca de la sensibilidad y movilidad de miembros inferiores.

- Verificar soluciones antisépticas y de irrigación.
- Explicar a la paciente acerca de la asistencia durante los traslados y cambios de posición.
- Colocar placa de electrocauterio en zona limpia, seca y bien vascularizada.
- Verificar el correcto funcionamiento del equipo biomédico.
- Utilizar sujeción necesaria de acuerdo al procedimiento.
- Al término de la cirugía valorar el grado de movilidad de miembros inferiores.
- Elevar barandales de la camilla durante el traslado a la sala de recuperación.
- Verificar indicadores de esterilidad en material y/o equipo.
- Manejo estricto de técnicas y principios de asepsia y antisepsia.
- Verificar que el procedimiento de intubación se realice con técnica estéril.
- Cuidado de catéteres y drenajes urinarios de acuerdo a protocolos establecidos.
- Colocar placa de electrocauterio en zona limpia, seca y bien vascularizada.
- Registrar el uso de antibióticos.
- Valoración de la integridad cutánea.
- Protección de salientes óseas durante la cirugía.
- Realizar tricotomía evitando lacerar la piel.
- Evaluar presencia de reacciones en la piel por el uso de antisépticos y adhesivos durante y después de la cirugía.
- Evita movimientos bruscos durante el procedimiento.

- Trasladar al paciente a la sala de recuperación aplicando medidas de seguridad (alineación de segmentos, uso de barandales).
- Colocación de sonda vesical con técnica estéril.
- Vigilar permeabilidad de sonda.
- Registro y características de la orina.
- Cuantificación de orina.
- Fijación correcta de sonda.
- Durante el procedimiento evaluar temperatura.
- Aplicación de calor seco.
- Mantener ropa seca.
- Corroborar la integridad de la piel antes, durante y al término de la cirugía.
- Administración de soluciones intravenosas.
- Evaluar a la extubación vías aéreas permeables.
- Registro de la saturación de oxígeno.
- Valoración continua del patrón respiratorio.
- Auscultar campos pulmonares.
- Evaluar traslado a recuperación con apoyo respiratorio.
- Valorar estado de conciencia.
- Monitoreo cardíaco y oximetría continua.
- Signos vitales cada 15 minutos.
- Mantener permeables vías venosas.
- Verificar y efectuar indicaciones médicas.
- Evaluar datos de choque.
- Valoración estrecha de la paciente hasta su egreso del departamento.

- Mantener vías aéreas permeables.
- Evaluación de patrón respiratorio.
- Oxigenoterapia continua.
- Mantener equipo de intubación listo.
- Verificar que el equipo de aspiración funcione en óptimas condiciones.
- Administración de analgésicos.
- Evaluar efecto de analgésico.
- Asistir a la paciente para adoptar posición antiálgica.
- Utilizar sujeción necesario de acuerdo al procedimiento.
- Al término de la cirugía evaluar circulación distal, llenado capilar y pulsos dístales pedial y popíteo.
- Verificar cuenta estricta de instrumental y de textiles.

2.3.4.4. Cuidados de Enfermería en pacientes post operados de histerectomía

A. Post operatorio inmediato de histerectomía

Los cuidados post operatorios inmediatos en enfermería han evolucionado hasta convertirse en un método científico, cuya finalidad es mantener situaciones fisiológica deseables o modificar estados anormales.

Los parámetros utilizados para la valoración son: estado neurológico, cardiaco respiratorio, vascular periférico, funcionamiento renal, estado hidroelectrolito y dolor.

La valoración incluye la observación de todo el equipo y sondas para determinar si funcionan adecuadamente, monitor de ventilación

pulmonar, monitor de saturación de O₂, sondas y líneas arteriales y endovenosas, aditamentos, tubos de infusión, monitor cardiaco, y sistema de drenaje urinario.

La vigilancia habitual en UCI se realiza a través de la hoja gráfica de 24 horas que se emplea para el registro de los datos vitales y otros datos pertinentes de los pacientes.

Es indispensable que la enfermera sepa cualquier aspecto pertinente de los antecedentes pre-operatorios y operatorios que pudiera revertir. Es importante que en la atención post operatorio, se verifique los signos vitales y se evalúe el estado físico, general de la paciente cada 15 minutos en orden prioritario.

Los cuidados de enfermería en el post operatorio inmediato son:

- Al término de la cirugía valorar el grado de movilidad de los miembros inferiores.
- Elevar barandales de la camilla durante el traslado a la sala de recuperación.
- Evaluar ramss del paciente
- Evaluar escala de Glasgow
- Valorar escala del dolor 1 al 10 (con escala EVA)
- Verificar permeabilidad del infusor para manejo del dolor
- Valorar hemorragia
- Valorar el sistema respiratorio
- Valorar el sistema cardiovascular
- Valorar el sistema gastrointestinal
- Evaluar fijación de catéteres
- Valorar el sistema tracto urinario

- Vigilar permeabilidad de sonda
- Administración de analgésicos
- Evaluar efecto de analgésico
- Acompañamiento espiritual y psicológico
- Aplicar técnicas de asepsia y antisepsia
- Evitar manipulación de herida
- Mantener herida quirúrgica limpia y cubierta
- Asistir a la paciente en los cambios de posición y traslado

B. Post operatorio mediato de histerectomía

En el periodo post operatorio mediato la paciente sometida a histerectomía debe tomar en cuenta que la extracción de los ovarios precipita la menopausia, por lo tanto se le recomienda una terapia de reemplazo hormonal (estrógenos).

La mayoría de las pacientes se recuperan por completo de la histerectomía. El período promedio de permanencia en el hospital, luego de una histerectomía, es de cinco a siete días, mientras que en las clínicas este periodo es de 3 a 5 días promedio y la recuperación completa puede requerir de dos semanas a dos meses.

La recuperación después de una histerectomía vaginal es más rápida que la de la histerectomía abdominal. Si hubo daño de la vejiga, se puede colocar un catéter durante tres o cuatro días para facilitar que se vacíe la vejiga.

La paciente debe tratar de caminar cuanto antes; esto ayuda a evitar la formación de coágulos en las venas de las piernas y a

solucionar otros problemas. También debe caminar lo más pronto posible hasta el cuarto de baño. Se recomienda a la paciente una dieta normal, tan pronto pueda, luego de la normalización de la función intestinal. Se debe evitar levantar objetos pesados durante unas semanas después de la cirugía y se deben restringir las actividades sexuales durante seis a ocho semanas después de la histerectomía.

2.3.4.5. Atención de enfermería en el servicio

A) El tratamiento de enfermería incluye estrategias para detener el sangrado y prevenir o revertir el choque hemorrágico:

- Control de las funciones vitales (pulso, presión arterial, respiración) para la descarga hemorragia, ya que este riesgo se incrementa debido a que la histerectomía es extracción de todo el útero, es muy vascular y tiende a sangrar lo cual altera las constantes vitales del paciente mostrándose signos y sistemáticos de hemorragia intensa (pulso rápido con disminución de la presión arterial)
- Administrar tratamiento con líquidos intravenosos y tratamiento con hemoderivados prescritos, cuando la pérdida de sangre es excesiva debemos incluir estrategias para detener el sangrado y prevenir o revertir el choque hemorrágico.
- Vigilar cuidadosamente el drenaje para asegurar un flujo urinario adecuado y la permeabilidad del sistema de drenaje, debido que el sangrado también ocurre como resultado de la formación de coágulos, los cuales entonces obstruyen el flujo de la orina.

- Controlar cada hora la permeabilidad de la sonda. Por que si hubiera coágulos en el drenaje de la sonda, se aplica una irrigación suave con suero fisiológico y una jeringa conectada a la sonda, o bien irrigación continua.
- Controlar cuidadosamente la salida y entrada de líquidos y registrarlos en la historia clínica.
- Controlar la aspiración de coágulos rojos en la bolsa de drenaje urinario debido que el sangrado color rojo brillante con viscosidad incrementada y numerosos coágulos suele indicar sangrado arterial; la sangre venosa es más oscura y menos viscosa.
- Comparar los niveles de hematocrito y hemoglobina post-operatorios para descartar hemorragia significativa.

B) El equilibrio correcto de líquidos y electrolitos es esencial para prevenir las irregularidades cardiacas y favorecer la curación. Por lo tanto tener en cuenta:

- Monitorizar la ingestión y la excreción con frecuencia para detectar los equilibrio y se controlará cada hora la permeabilidad del sistema de irrigación para evitar la sobre distensión o la rotura de la vejiga.
- Controlar cada hora las funciones vitales (pulso, presión arterial, respiración).
- Evaluar al paciente en busca de signos de hiponatremia por dilución cambios en la conducta, estado mental, fibrilaciones musculares, nauseas, vómitos, disnea, presión arterial elevada, disminución de sodio sérico y comunicar al medico.

2.3.4.6. Modelos y teorías de enfermería que sustenta el estudio

A) Dorothea E. Orem

La teoría de Orem ha sido empleada en investigación mediante la aplicación de metodologías tanto cualitativas como cuantitativas. Las entidades teóricas están bien definidas, lo que las hace susceptibles de medida; sin embargo, no se han desarrollado instrumentos para todas ellas, por ejemplo, las actividades de enfermería.

Por otra parte, los valores de las entidades teóricas no son constantes en todas las poblaciones. Así la teoría del déficit de autocuidado y de los factores condicionantes básicos; obliga al desarrollo de varios instrumentos para medirla. Queda por determinar cuáles son los métodos más apropiados de investigación de esta teoría, como sucede en otros sistemas teóricos de enfermería. El atractivo principal de la teoría de Orem reside en su alcance, complejidad y utilidad Clínica, ya que sirve para generar hipótesis que pueden añadirse al caudal de conocimientos existentes.

La teoría general de Orem se compone de tres subteorías, llamadas de autocuidado, de déficit de autocuidado y de sistemas de enfermería.

e) Teoría del autocuidado: Es la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

f) Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a

limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

g) Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras /os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistema de enfermería totalmente compensadora: La enfermera suplente al individuo.
- Sistema de enfermería parcialmente compensadora: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistema de enfermería de apoyo- educación: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda

Estas teorías deben reunir, al menos las siguientes características:

- Deben ser lógicas, relativamente simples y generalizables.
- Deben estar compuestas por conceptos y proposiciones.
- Deben relacionar conceptos entre sí.
- Deben proporcionar bases de hipótesis verificables.
- Deben ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos.

Los términos utilizados por Orem están definidos de forma precisa. El lenguaje se corresponde con el utilizado en la teoría y la filosofía de la acción.

B) Sister Callista Roy

En su "Modelo de la Adaptación", Callista Roy afirma que el hombre es un ser biopsicosocial y está en constante interacción con el entorno y se

adapta de acuerdo con la satisfacción de sus necesidades fisiológicas, interdependencia y rol.

Callista Roy sostiene que el rol de la enfermería es promover las conductas adaptativas de la persona que requiere de la atención. Por otro lado, conforme el paciente recupera la conciencia y evoluciona en el post operatorio, la enfermera amplía su valoración para incluir factores que indiquen su estado psíquico y emocional. (1983, pg.500)

C) Hildegard Peplau

Peplau basa su modelo en la enfermería psicodinámica, definiéndola como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana. En tal sentido, Peplau describe cuatro fases en la relación enfermera-paciente: orientación, identificación, explotación y resolución.

El modelo de Peplau sostiene que:

- La enfermera ha de asumir distintos roles, ha de ser capaz de controlar las emociones que emanan de su representación de nuevos roles, tanto ella como del paciente. La enfermera también ha de proporcionar un apoyo terapéutico apropiado y para esto es crucial que se sienta segura de su capacidad para comunicarse con eficacia.
- Las habilidades de asesoramiento no están relacionadas en dar consejo sino de proporcionar una oportunidad al paciente para que solucione mentalmente los problemas y saque algunas conclusiones razonables.

- Se debe proporcionar una red de apoyo para el personal. Supone exigencias emocionales importantes para la persona que presta los cuidados. La enfermera necesita también contar con un apoyo y disponer de tiempo para discutir la práctica clínica. Debe investigarse tiempo en el apoyo del personal.

La propuesta de H. Peplau se centró en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico y buscó proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana. Realizar esto de una manera eficaz significa que las enfermeras deben aprender a emplear la ansiedad experimentada por un paciente o por un familiar para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo en que estos problemas pueden solucionarse. Utilizando la relación de este modo, colaborando, educando y siendo terapeuta, la enfermera será capaz de empalmar con los problemas del paciente. Como consecuencia de todo ello, tanto la enfermera como el paciente aprenden y maduran.

2.1 Definición de términos

- **Efectividad:** Es la capacidad de lograr un efecto deseado o esperado.
- **Programa:** Es un conjunto de instrucciones dirigido por un sujeto quien lleva a cabo una secuencia de acciones con el objetivo de realizar una o más operaciones que permitan solucionar un problema.
- **Paciente:** El paciente es alguien que sufre dolor o malestar, enfermedad.
- **Histerectomía:** La histerectomía es la extirpación del útero, o matriz. (del griego "hystera" = útero y "ektone" = incisión).

- **Pre-operatorio:** Que se produce antes de una intervención quirúrgica.
- **Postoperatorio:** Que se produce o sucede tras una intervención quirúrgica.
- **Influir:** Actuar, predominar, intervenir, apoyar, ayudar, contribuir, respaldar.
- **Apoyo emocional:** La orientación y apoyo emocional a las personas enfermas y sus familiares es el complemento indispensable al tratamiento.
- **Ansiedad:** Persona con alta ansiedad, tiene pensamientos negativos, aprensión: respuestas de miedo pero en términos físicos, pensamientos negativos: inferioridad, incapacidad, anticipación de peligro o amenaza, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada por dificultad para pensar con claridad.
- **Autoestima:** La autoestima es la concepción afectiva que tenemos sobre nuestra propia persona partiendo de nuestro conocimiento del propio auto concepto es decir saber quienes somos cuanto nos queremos y cuanto nos valoramos.

2.5 Hipótesis

2.5.1. Hipótesis general

- El apoyo emocional durante el pre-operatorio es efectivo en la disminución del nivel de ansiedad y elevación de la autoestima de las pacientes después de la histerectomía

2.5.2. Hipótesis Específicas

H₁: Si la paciente recibe orientación más específica sobre la histerectomía tendrá mayor posibilidad de disminuir su estado de ansiedad.

H₂: Las pacientes que apliquen más las técnicas de relajación, tendrán mayor posibilidad de tener menos niveles de ansiedad; que las que aplican menos.

H₃: A menor edad de la paciente histerectomizada, mayor posibilidad de baja autoestima.

H₄: A mayor número de hijos, mayor posibilidad de elevar su autoestima.

H₅: Las solteras tienen mayor posibilidad de estar más ansiosas, y tener menos autoestima.

2.6 Variables

2.6.1. Variable Independiente

- Apoyo emocional que brinda la enfermera en el pre y post operatorio.

2.6.2. Variables Dependientes

- Nivel de ansiedad de las pacientes antes de ser intervenidos de histerectomía.
- Nivel de autoestima en las pacientes sometidos a histerectomía.

2.6.3. Variables Intervinientes

- Edad
- Número de hijos
- Estado Civil

2.7 Operacionalización de las variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
APOYO EMOCIONAL QUE BRINDA LA ENFERMERA	Psíquicas	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima • Autoconocimiento • Ansiedad
	Espiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto por su religión • Fe cristiana
	Físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de relajación • Técnicas de respiración

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
NIVEL DE ANSIEDAD	Estado ansioso	<ul style="list-style-type: none"> • Temor de lo que suceda lo peor
	Tensión	<ul style="list-style-type: none"> • Sensaciones de tensión • Fatigabilidad • Imposibilidad de relajarse
	Temores	<ul style="list-style-type: none"> • Oscuridad • A ser dejado solo
	Insomnio	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para conciliar sueño • Sensación de tensión fatiga
	Funciones intelectuales	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para concentrarse • Escasa memoria
	Humor depresivo	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de placer a los pasatiempos • Perdida del interés
	Síntomas somáticas musculares	<ul style="list-style-type: none"> • Rigidez muscular • Espasmo muscular o calambre • Dolores musculares
NIVEL DE ANSIEDAD	Síntomas somáticas sensoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Zumbido de oídos • Visión borrosa • Sensación de frío, calor. • Sensación de debilidad
	Síntomas cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia dolor precordial • Pulsaciones pronunciadas • Sensación de desmayo

	Síntomas respiratorios	<ul style="list-style-type: none"> • Opresión del tórax • Sensación de ahogo • Sensación de debilidad
	Síntomas gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para deglutir • Náuseas, vómitos • Dolor abdominal
	Síntomas genitourinarios	<ul style="list-style-type: none"> • Micción frecuente • Falta de placer a los pasatiempos
	Síntomas del sistema nervioso autónomo	<ul style="list-style-type: none"> • Boca seca • Dolor de cabeza • Tendencia a la sudoración
	Conducta en el transcurso del test	<ul style="list-style-type: none"> • Temblor de manos • Respiraciones rápidas

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
NIVEL DE AUTOESTIMA	Física	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse atractivo/a físicamente • Sentirse fuerte y capaz de defenderse • Sentirse armoniosa y coordinada
	Social	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse aceptado o rechazado por los iguales • Sentirse parte de un grupo • Enfrentar con éxito diferentes situaciones sociales • Ser capaz de tomar la iniciativa • Ser capaz de relacionarse con personas del sexo opuesto • Solucionar conflictos interpersonales con facilidad • Sentirse solidario
NIVEL DE AUTOESTIMA	Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Simpático o antipático • Estable o inestable • Valiente o temeroso • Tímido o asertivo • Tranquilo o inquieto • Buen o mal carácter • Generoso o tacaño • Equilibrado o desequilibrado

	Académica	<ul style="list-style-type: none"> • Auto percepción de enfrentar con éxito las situaciones escolares • Capacidad de rendir bien • Capacidad de ajustarse a las exigencias escolares • Sentirse inteligente y creativo • Sentirse constante
	Ética	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse una persona buena y confiable • Sentirse responsable o irresponsable • Interiorización de los valores y las normas • Sentirse bien o mal cuando trasgrede las normas • Sentirse cuestionado en su identidad cuando actúa salirse una persona buena y confiable • Compartir valores

VARIABLE INTERVINIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
EDAD	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 20 a 29 años • 30 a 39 años • 40 a 49 años • 50 a 59 años
NÚMERO DE HIJOS	Sin hijos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno
	Con hijos	<ul style="list-style-type: none"> • 1 hijo • 2 hijos • 3 hijos • 4 hijos • 5 a más
ESTADO CIVIL	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Viuda • Divorciada • Separada • Conviviente

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1 Tipo de investigación

La investigación es de enfoque cuantitativo de tipo Cuasi - Experimental: Que consta de dos grupos experimental y control se aplicó pre test y pos test antes y después que las pacientes fueron sometidas a hysterectomía. En la investigación se utilizó el siguiente diagrama:

3.2 Diseño de investigación

GE =	0₁	X	0₂
GC =	0₂	-	0₄

Donde

GE = Grupo experimental de pacientes hysterectomizadas que reciben apoyo emocional.

GC = Grupo control de pacientes hysterectomizadas que no reciben apoyo emocional.

0₁, 0₃ = Observación de las pacientes antes de la atención, pre test.

X = Aplicación del programa emocional.

0₂, 0₄ = Observación de las pacientes después del tratamiento, post test.

3.3 Población de estudio

La población de estudio, conformado por todas las pacientes a ser intervenidas en el pre operatorio de histerectomía. El promedio de pacientes intervenidas por histerectomía fue de 3 a 5 por mes.

3.4 Muestra de estudio

El tamaño de muestra fue el 100% de la población, es decir un total de 24 pacientes intervenidas de histerectomía durante los meses de julio a diciembre de 2008 (6 meses), los cuales fueron seleccionadas por criterio no probabilística por conveniencia, respetando los siguientes criterios:

Criterio de inclusión

- Pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos entre los 15 y 45 años de edad.
- Pacientes despiertos en el pre operatorio que serán intervenidos de cualquier tipo de histerectomía y que presentan ansiedad.
- Pacientes que se encuentran en el postoperatorio totalmente concientes, despiertos (LOTEP) en la unidad de cuidados intensivos.

Criterio de exclusión

- Pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos menores de 15 años y mayores de 45 años de edad.

De los 24 pacientes empleados en la muestra de estudio, se seleccionaron al azar 12 pacientes para el grupo de control (no recibieron el programa) y 12 pacientes para el grupo experimental (quienes recibieron el programa).

3.5 Área de Estudio o lugar de ejecución de la investigación

La investigación se realizó en la Clínica Padre Luís Tezza ubicado en la Av. el polo N° 570 Monterrico – distrito de Santiago de Surco – Lima.

3.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta y observación. Como instrumento de recolección de datos se utilizó, test de Hamilton modificado para determinar el nivel de ansiedad y autoestima de las pacientes a ser histerectomizadas, el instrumento estuvo compuesto por 33 ítems, que las pacientes debían responder según percibían su estado emocional y psicológico con la finalidad de identificar las reacciones emocionales que presenta las pacientes, si presenta leve, moderada y severa. El cuestionario fue validado por juicio de expertos, quienes estuvieron conformados por cinco profesionales: tres enfermeras que conocen a profundidad el campo de la enfermería asistencial, un doctor que trabaja directamente con pacientes ginecológicos y una psicóloga con experiencia en su campo y que desempeña labor de docencia con estudiantes de enfermería, teniendo como resultado un 95,5% de confiabilidad. Luego de realizar la prueba piloto en diez (10) pacientes que fueron descartados de la muestra; se procedió con la validación estadística resultando de este un alto nivel de confiabilidad medido por el coeficiente de Kuder Richardson que resulto 0,91 y además el 72% de los ítems superaron el mínimo coeficiente de correlación entre ítems (0,33).

La guía de observación consta de dos partes: La primera referida a datos de filiación y la segunda a la identificación de manifestaciones psicológicas.

Se aplicó el test: Ansiedad- con la finalidad de que la paciente se describa a sí mismo de cómo se sentía en el momento en el que se aplicaba el instrumento. Para la clasificación del nivel de ansiedad de leve, moderado, severo se empleó la Escala de Estaninos.

Para medir los niveles de autoestima en las pacientes se utilizó el método de la entrevista, utilizando un cuestionario,. El instrumento estuvo compuesto de:

- Primera parte: se especificaron los datos demográficos que nos permitió caracterizar la muestra del estudio (edad, profesión, estado civil, nivel de conocimiento).
- Segunda parte: contienen pre y post test de autoestima de 20 ítems y pre y pos test de ansiedad de 33 ítems, que incluyen los principales estresores que pueden ser observados en los pacientes post operados de histerectomía. El instrumento fue validado por juicio de expertos, cinco profesionales que conocen a profundidad el campo de la enfermería, teniendo como resultado un 94% opinaron que era confiable. Luego se realizó la prueba piloto en veinte (20) pacientes se procedió a la validación estadística resultando 0,87 que indica alto nivel de confiabilidad, medido por el coeficiente de Kuder de Richardson y además el 68% de los ítems superaron el mínimo coeficiente de correlación entre los ítems (20) y (33).

3.7 Procedimientos de recolección de datos

- Se pidió la autorización del Director (ra) de la Clínica Padre Luís Tezza para realizar el estudio en el servicio de ginecología a las pacientes en el pre y post operatorio de hysterectomía.
- Se aplicó en el pre operatorio el cuestionario sobre niveles de ansiedad y autoestima que presentan las pacientes a la unidad de cuidados intensivos.
- Posteriormente se aplicó el cuestionario en el post operatorio luego de las 72 horas de haber sido operados y de haber recibido los cuidados de enfermería sobre el nivel de ansiedad que presentan las pacientes. Ansiedad grave si alcanzan = 70 a 50 puntos; ansiedad moderada si alcanzan = 25 a 16 puntos, ansiedad leve si alcanzan = 1 a 10 puntos.
- Se ordenó y codificó los resultados.
- Los datos una vez ordenados fueron tabulados en el programa estadístico SPSS versión 12- español. Por la naturaleza descriptiva de las hipótesis los resultados se presentaron en un sistema de tablas de frecuencia, porcentuales, y gráficos de barras. Además se utilizaron estadísticas de tendencia central para relacionar el nivel de ansiedad y nivel de autoestima con el programa; y para demostrar el grado de relación que existe entre las variables de estudio se utilizó el coeficiente de Spearman y Pearson.
- Se analizaron los datos y se presentaron las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1 Presentación de los datos generales

Después de haber obtenido cada uno de los resultados productos de la encuesta y la entrevista realizada a los pacientes pre y post operadas de histerectomía de la Clínica Padre Luís Tezza, se procedió a codificar y ordenar los datos, luego se presentó los datos en tablas y gráficos estadístico utilizando los estadígrafos de tendencia central que respondan a la naturaleza de las hipótesis descriptivas.

Los datos que se presentan a continuación nos muestran las características demográficas de las pacientes que conformaron la muestra y luego la relación que existe entre cada una de las variables de estudio.

Tabla N° 01

**Nivel de conocimiento pre y post test sin programa de las pacientes
Histerectomizadas del servicio de Cirugía. Clínica Padre Luís Tezza
2008**

Nivel de conocimiento	Alto		Medio		Bajo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin Programa								
Pre test	0	0	8	66,7	4	33,3	12	100
Post test	4	33,3	6	50	2	16,7	12	100

Fuente: Cuestionario

La tabla N° 01 presenta el nivel de conocimiento de las pacientes histerectomizadas que no recibieron el programa de apoyo emocional antes y después de la cirugía; observándose en el pre test un nivel de conocimiento con tendencia de bajo a medio, siendo 8 pacientes quienes representan el 66,7% lo cual presentaron un nivel de conocimiento medio y 4 de ellas que representan el 33,3% 58, tuvieron un nivel de conocimiento bajo. En cambio, en el post test se observó que la gran mayoría representado por 6 pacientes (50%) presentaron un nivel de conocimiento medio, 4 pacientes (33,3%) lograron obtener un nivel de conocimiento alto y sólo 2 de ellas (16,7%) se mantuvieron con un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 02

**Nivel de conocimiento pre y post test con programa de las pacientes
Histerectomizadas del servicio de Cirugía. Clínica Padre Luís Tezza
2008**

Nivel de conocimiento	Alto		Medio		Bajo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Con Programa								
Pre test	0	0	7	58,3	5	41,7	12	100
Post test	9	75	3	25	0	0	12	100

Fuente: Cuestionario

En la tabla N° 02 se observa el nivel de conocimiento de los pacientes histerectomizadas antes y después de recibir el programa de apoyo emocional; en el pre test se evidenció que la tendencia de las pacientes en cuanto al nivel de conocimiento fue de bajo a medio, de los cuales 7 pacientes que representan el 58,3% obtuvieron un nivel de conocimiento medio y 5 de ellos que representan el 41,7% alcanzaron el nivel de conocimiento bajo; en cambio en el post test se observó que 9 pacientes que representan el 75% obtuvieron un nivel de conocimiento alto y el 25% que equivalen a 3 pacientes presentaron un nivel de conocimiento medio.

Tabla N° 03

Nivel de Autoestima Pre y Post test sin Programa de las pacientes histerectomizadas del Servicio de Cirugía. Clínica Padre Luís Tezza 2008

Autoestima sin Programa	Alto		Medio		Bajo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Pre test	2	16,7	6	50	4	33,3	12	100
Post test	3	25	4	33,3	5	41,7	12	100

Fuente : Pre test y post test de ansiedad

Leyenda : Alto: 84 a 94; medio: 32 a 65; bajo: menos de 32

r de Pearson = - 0.610*.El nivel de correlación significativa negativa considerable; en la $p \leq 0.05$

r Spearman = - 0.822**; El nivel de correlación es significativo considerable negativo; en la $p \leq 0.01$

La Tabla N° 03 presenta la relación entre el nivel de autoestima y el pre y post test de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía y que no recibieron el programa de apoyo emocional. Observándose que la tendencia del nivel en el pre test de autoestima es de bajo a medio y en el pos test es de medio a bajo, la correlación es significativo considerable negativo.

Además, se observa que 2 pacientes (16,7%) que presentaron un nivel de autoestima alto en el pre test, sólo se logró aumentar 1 paciente más en este nivel durante el post test, es decir, 3 pacientes que representan el 25%.

Tabla N° 04

Nivel de Autoestima Pre y Post test con Programa de las pacientes histerectomizadas del Servicio de Cirugía. Clínica Padre Luís Tezza 2008

Autoestima Con Programa	Alta		Media		Baja		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Pre test	2	16,7	6	50	4	33,3	12	100
Post test	7	58,3	5	41,7	0	00,0	12	100

Fuente : Pre test y post test de autoestima

Leyenda : Alto: 84 a 94; medio: 32 a 65; bajo: menos de 32
r de Pearson = + 0.593*.El nivel de correlación significativa media positiva; en la $p \leq 0.05$.

La tabla N° 04 presenta el nivel de autoestima de las pacientes sometidas a histerectomía y que recibieron el programa de apoyo emocional en el pre y post test. Se observó que en cuanto al nivel de autoestima alto alcanzado por los pacientes, 2 de ellas (16,7%) lo presentaron en el pre test y 7 pacientes (58,3%) en el post test. Además, se observó que en el pre test 10 pacientes (83,3%) presentaron una tendencia de autoestima de baja a media y en el post test 5 pacientes (41,7%) presentaron un nivel de autoestima medio y ninguno presentó autoestima bajo en el post test.

Tabla Nº 05

Nivel de Ansiedad Pre y Post test sin Programa de las pacientes histerectomizadas del Servicio de Cirugía. Clínica Padre Luís Tezza 2008

Ansiedad sin Programa	Leve		Moderado		Severo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Pre test	0	0	5	41,7	7	58,3	12	100
Post test	5	41,7	4	33,3	3	25,0	12	100

Fuente : Pre test y post test de ansiedad

Leyenda : Leve: menos de 33 puntos; Moderada: 50 a 104; Severa 106 a 117
No existe correlación Pearson

La tabla Nº 05 presenta el nivel de ansiedad relacionado al pre y post test en las pacientes histerectomizadas que no recibieron el programa de apoyo emocional. Se observa que no existe correlación Pearson.

En el pre test el nivel de ansiedad presenta una tendencia de moderado a severo y en el pos test la tendencia del nivel de ansiedad es de moderado a leve, siendo las cifras más significativas en el pre test, 7 pacientes (58,3%) ansiedad severa y en el post test, 5 pacientes (41,7%) con ansiedad leve.

Tabla Nº 06

Nivel de Ansiedad Pre y Post test con Programa de las pacientes histerectomizadas del Servicio de Cirugía. Clínica Padre Luís Tezza 2008

Ansiedad con Programa	Leve		Moderado		Severo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Pre test	0	0	5	41,7	7	58,3	12	100
Post test	12	100	0	0	0	0	12	100

Fuente : Pre test y post test de ansiedad

Leyenda : Leve: menos de 33 puntos; Moderada: 50 a 104; Severa 106 a 117

La tabla Nº 06 presenta la relación entre el nivel de ansiedad frente al pre y post test de las pacientes sometidas a histerectomía y que recibieron el programa. Se observa que en el pre test el 100% de los pacientes presentaron un nivel de ansiedad con tendencia de moderado a severo, de las cuales 5 pacientes (41,7%) presentó un nivel de ansiedad moderado mientras que 7 de ellas (58,3%) su nivel de ansiedad fue severo; en cambio en el post test el 100% de los pacientes presentaron un nivel de ansiedad leve. No existe correlación Pearson.

Del total de pacientes que no recibieron el programa de apoyo emocional antes de ser hysterectomizadas, se observó que la gran mayoría presentaban edades de 20 a 29 años y de 40 a 49 años, ambos grupos estuvieron representadas por 5 mujeres (41,7%), de las cuales el mayor porcentaje se encontraba en el primer grupo con un 25,1% de pacientes con autoestima medio, en tanto que en el segundo grupo la tendencia de autoestima fue de alto a bajo. El grupo menos representativo lo conformaron las pacientes cuyas edades se encontraban entre los 30 a 39 años y entre los 50 a 59 años, siendo su autoestima bajo y medio respectivamente.

Mientras que en el grupo de control en el post test las pacientes sometidas a hysterectomía que no recibieron el programa de apoyo emocional, 2 grupos cuyas edades estaban comprendidas entre 20 a 29 años y entre 40 a 49 años, representaron el 41,7% cada grupo de 5 pacientes, quienes presentaron un nivel de autoestima con tendencia de medio a bajo.

También se observó dos grupos cuyas edades eran de 30 a 39 años y de 50 a 59 años, cada grupo con 1 paciente (8,3%) siendo su nivel de autoestima bajo en el primer grupo y alto en el segundo grupo.

De las 12 pacientes que serían hysterectomizadas y que recibirían el programa, se observó en el pre test que la mayoría (41,7%) presentó edades entre 30 y 39 años, siendo 2 de ellas cuyo nivel de autoestima fue bajo y otras 2 con autoestima alto. Las pacientes cuyas edades eran de 20 y 29 años fueron 4 (33,4%), de las cuales la tendencia de su nivel de autoestima fue de bajo a medio. Fueron 2 (16,6%) las pacientes con edades de 40 y 49 años, siendo una de ellas quien presentó autoestima bajo y la otra autoestima medio.

En cambio en el post test en el grupo experimental se observó que la mayoría de los pacientes sometidos a hysterectomía son 5 y representan el 41,7% con edades entre 30 a 39 años y un nivel de autoestima con tendencia de medio a alto. Otro grupo significativo que representan el 33,4% (4 pacientes) son quienes tienen edades entre 20 a 29 años, de las cuales 2 de ellas (16,7%) presentan nivel de autoestima medio y las otras 2 tienen autoestima alto. Asimismo hubieron 2 pacientes (16,6%) que tienen edades entre 40 y 49 años, de las cuales una tiene nivel de autoestima medio y otra con nivel alto. Sólo se presentó una paciente (8,3%) con edad comprendida entre 50 a 59 años y con un nivel de autoestima alto.

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de pacientes antes de ser sometidos a histerectomía corresponde a las mujeres con hijos (66,7%), de las cuales la mayoría presenta autoestima con tendencia de bajo a medio antes de ser intervenidas quirúrgicamente; mientras que de las 4 mujeres (33,3%) que no tienen hijos, 2 de ellas (16,7%) presentan un nivel de autoestima medio.

En cambio, entre las pacientes sometidas a histerectomía que no recibieron el Programa de apoyo emocional al aplicarles el post test se observó que de las 8 pacientes (66,7%) que tienen hijos: 4 de ellas (33,3%) tienen un nivel de autoestima bajo, 3 pacientes (25%) con nivel de autoestima medio y sólo una paciente (8,3%) con nivel alto. En cuanto a las 4 pacientes (33,3%) que no tienen hijos: sólo una paciente (8,3%) presentó un nivel de autoestima bajo y otra con nivel medio y 2 pacientes (16,7%) con nivel de autoestima alto.

Del grupo de pacientes que recibiría el programa de apoyo emocional, se observó que en el pre test la mayoría estuvo conformada por 10 mujeres (83,4%) que tienen hijos, quienes presentaron un nivel de autoestima con tendencia de alto a medio. El 16,6% corresponden a las 2 mujeres que no tienen hijos y que su nivel de autoestima fue medio.

Mientras que al aplicar el post test al grupo que recibió el programa de apoyo emocional se observó que la gran mayoría de pacientes sometidas a histerectomía tienen hijos haciendo un total de 10 pacientes quienes representan el 83,4%, de las cuales 4 de ellas (33,4%) presentan un nivel de autoestima medio y las otras 6 (50%) tienen autoestima alto; por otro lado las pacientes que no tienen hijos son 2 (16,6%) y su nivel de autoestima.

Antes de ser histerectomizadas las pacientes que no recibieron el programa de apoyo emocional se observó que la mayoría representada por el 33,3% son solteras, de las cuales 3 de ellas (25%) presentan un nivel de autoestima medio; el 25% están formadas por mujeres separadas, cuya autoestima es con tendencia de medio a bajo; las casadas (16,7%) presentan autoestima baja, las viudas (16,7%) presentan autoestima medio y alto; y la única paciente conviviente (8,3%) presentó autoestima medio.

En tanto que al aplicar el post test al grupo que no recibió el programa de apoyo emocional se observó que de las 4 pacientes solteras que representan a la mayoría con un 33,3%: 2 de ellas (16,7%) tienen un nivel de autoestima bajo, una paciente (8,3%) presenta un nivel de autoestima medio y con nivel de autoestima alto sólo 1 paciente (8,3%). Otro grupo significativo corresponde a las pacientes cuya condición civil es separada, de las cuales: 1 paciente (8,3%) tiene un nivel de autoestima bajo y dos de ellas (16,7%) con nivel de autoestima medio. De las 2 pacientes (16,7%) que son casadas su nivel de autoestima es con tendencia de medio a bajo. Las 2 pacientes (16,7%) cuya condición civil es viuda presentan un nivel de autoestima alto y la única paciente (8,3%) conviviente presenta un nivel de autoestima bajo.

En el pre test el mayor porcentaje de pacientes histerectomizadas que recibieron el programa de apoyo emocional estuvo conformadas por las mujeres convivientes y separadas, cada grupo estuvo integrada por 4 pacientes (33,4%), siendo la tendencia de autoestima de medio a bajo en el caso de las convivientes y en el caso de las separadas predominó el autoestima medio. En el caso de las solteras, estuvo conformada por 2 (16,6%) pacientes quienes presentaron autoestima medio al igual que la única paciente casada del grupo.

Mientras que en el post test el grupo que recibió el programa de apoyo emocional, se observó que la gran mayoría de pacientes sometidas a histerectomía lo conformaron 4 pacientes convivientes (33,4%) y 4 separadas (33,4%), en el primer grupo su nivel de autoestima fue con tendencia de medio a alto, mientras que en el segundo grupo 2 de ellas (16,7%) prestó autoestima medio y las otras 2 autoestima alto. La única paciente casada elevó su autoestima a alto en referencia al pre test.

Del total de pacientes histerectomizadas que conformaron el grupo de control, se observó en el pre test que la mayoría estuvo representada por 5 de ellas (41,7%) quienes presentaron edades entre 20 y 29 años al igual que las pacientes cuyas edades oscilaban entre 40 y 49 años; del primer grupo se observó que la ansiedad presentó una tendencia de moderado a severo, y del segundo grupo fue lo contrario, es decir la tendencia fue de severo a moderado. La única paciente (8,3%) con edad comprendida entre 30 a 39 años presentó ansiedad severa al igual que la única paciente con edad entre 50 y 59 años.

En cambio al aplicar el post test en el grupo de control que no recibió el programa se observó que hubieron 2 grupos con 5 pacientes cada uno de ellos y que representan el 41,7% cuyas edades fluctúan entre 20 a 29 años y 40 a 49 años, en el primer grupo 2 pacientes presentaron ansiedad severa, otras 2 con ansiedad moderada y una con ansiedad leve, mientras que en el segundo grupo la tendencia fue de moderado a leve.

Un bajo porcentaje de pacientes entre ellas una paciente (8,3%) cuya edad está comprendida entre 30 y 39 años presenta ansiedad moderada y otra paciente con edad entre 50 y 59 años tiene un nivel de ansiedad severa.

En la tabla se observa que al aplicar el pre test en las pacientes histerectomizadas que recibieron el programa de apoyo emocional, la gran mayoría fueron aquellas cuyas edades oscilaban entre 30 y 39 años, presentando una ansiedad con tendencia de moderado a severo. Otro grupo significativo lo conformaron las 4 mujeres (33,4%) con edades entre 20 y 29 años, de las cuales 2 de ellas presentaron ansiedad moderada y las otras 2 ansiedad severa, también hubo 2 pacientes (16,7%) con edades entre 40 y 49 con ansiedad severa.

Así mismo se observó que el 100% del total de pacientes (12) que fueron sometidas a histerectomía y que recibieron el programa de apoyo emocional presentaron un nivel de ansiedad leve, de todas ellas: 5 pacientes (41,7%) presentaron edades comprendidas entre 30 a 39 años, 4 de ellas (33,3%) sus edades fueron de 20 a 29 años, 2 pacientes (16,7%) tienen entre 40 a 49 años y sólo una de ellas tiene una edad comprendida entre 50 a 59 años.

En el pre test se observó que la gran mayoría de pacientes histerectomizadas que no recibieron el programa de apoyo emocional fueron mujeres con hijos (66,7%), presentando una ansiedad con tendencia de severo a moderado. El resto de pacientes estuvo conformada por 4 mujeres (33,3%) que no tenían hijos y quienes en su totalidad presentaron ansiedad severa.

Mientras que el grupo que no recibió el programa al aplicarles el post test se observó que de las 8 pacientes (66,7%) con hijos que fueron sometidas a histerectomía: 3 de ellas (25%) presentaron un nivel de ansiedad leve, otras 3 pacientes (25%) con nivel de ansiedad moderado y 2 de ellas (16,3%) presentó un nivel de ansiedad severo. De las 4 pacientes (33,3%) que no tienen hijos: 2 de ellas (16,7%) presentaron un nivel de ansiedad leve, y las otras 2 pacientes (16,7%) su nivel de ansiedad se manifestó con tendencia de moderado a severo.

En el grupo experimental conformado por las pacientes histerectomizadas que recibirían el programa de apoyo emocional, se observó en el pre test que la mayoría estuvo integrada por 10 mujeres con hijos (83,3%), quienes presentaron ansiedad con tendencia de moderado a severo; en cambio sólo hubo 2 mujeres (16,7%) sin hijos, quienes presentaron ansiedad moderada.

En cambio, al aplicar el post test a las pacientes que fueron sometidas a histerectomía y que recibieron el programa de apoyo emocional se observó que de las 12 pacientes que representan el 100%, todas presentaron un nivel de ansiedad leve de las cuales 10 de ellas (83,3%) tienen hijos y sólo 2 pacientes (16,7%) no tienen hijos.

En la presente tabla se observa que en el pre test el gran porcentaje de pacientes histerectomizadas que recibieron el programa de apoyo emocional estuvo conformada por 4 solteras (33,2%) cuya ansiedad presentada fue con tendencia de moderado a severo, la misma tendencia se observó en las 3 pacientes separadas (25,2%). En el caso de las 2 únicas viudas (16,6%) que participaron de esta muestra, ambas presentaron ansiedad severo; también existieron 2 casadas (16,6%) en el grupo, quienes presentaron ansiedad moderada.

Mientras que en el post test aplicado al grupo de control que no recibió el programa se observó que de las 4 pacientes (33,4%) solteras que fueron sometidas a histerectomía: 2 de ellas (16,7%) presentaron un nivel de ansiedad leve y las otras 2 (16,7%) con nivel de ansiedad moderado. De las 3 pacientes (24,9%) cuya condición civil es separada cada una de ellas presentó un nivel de ansiedad leve, moderado y severo respectivamente. Las 2 pacientes (16,7%) que son casadas presentaron un nivel de ansiedad leve, mientras que en el caso de las viudas una presentó un nivel de ansiedad moderada y la otra severa. Sólo hubo una paciente (8,4%) con condición civil de conviviente, quien presentó un nivel de ansiedad severo.

En la presente tabla se observa que al aplicar el pre test, la gran mayoría de pacientes histerectomizadas que recibió el programa de apoyo emocional estuvo conformada por: 4 pacientes separadas (33,4%) quienes presentaron ansiedad con tendencia de moderado a severo; y 4 mujeres convivientes (33,4%), 2 de ellas con ansiedad moderada y las otras 2 con ansiedad severa. En el caso de las 2 solteras (16,6%) la situación fue similar al de las convivientes, una con ansiedad moderada y la otra con ansiedad severa.

Por otro lado, la tabla muestra que de las 12 pacientes que fueron sometidas a histerectomía y que recibieron el programa de apoyo emocional se observó que después de aplicarles el post test el 100% presentó un nivel de ansiedad leve, de las cuales 4 pacientes (33,3%) son convivientes, el 33,3% son separadas, 2 de ellas (16,8%) son solteras, una paciente (8,3%) es casada y otra es viuda (8,3%).

4.2 Interpretación y discusión de los resultados

En cuanto a la variable nivel de conocimiento de las pacientes histerectomizadas se observó que el mayor nivel de conocimiento alcanzada por las pacientes fueron las que recibieron el programa de apoyo emocional en el post test (tabla N° 2), logrando el 75% de ellas un nivel de conocimiento alto; mientras que las pacientes que no recibieron el programa (tabla N° 1) sólo el 33,3% alcanzó un nivel de conocimiento alto.

Durante el desarrollo del programa no sólo se consideraron los conocimientos sino que se abarcó la parte emocional y espiritual de las pacientes, garantizándoles que durante el acto operatorio siempre estaría una enfermera a su lado. COLETTE, Bizouard 1879 en su estudio afirma la necesidad de una intervención psicológica y espiritual en situaciones difíciles que atraviesan las pacientes al someterse a una operación; en éstas circunstancias la enfermera puede colaborar no sólo en el bienestar físico de las pacientes sino en su estado emocional, a fin de prevenir la ansiedad y motivarlas para que aumenten sus deseos de mejorar la autoestima, para que a pesar de las limitaciones que pueda haberle provocado la histerectomía, puedan reinsertarse en su vida sin problema alguna.

En lo que respecta a la variable de autoestima (tabla N° 4), los resultados obtenidos en el pre y post test de las pacientes histerectomizadas que recibieron el programa de apoyo emocional se evaluó que entre ambas existe correlación significativa. ART Betty y Rohweder (1999), en su estudio ya afirmaba la necesidad de una intervención psicológica y espiritual donde la enfermera puede colaborar no

solo en el bienestar físico del paciente sino también en su estado emocional, que le evite la ansiedad y tener deseos de superación y elevar el autoestima, aun a pesar de las limitaciones que pueda haberle provocado la histerectomía, y puedan reinsertarse en su vida sin problema alguna.

En cuanto a la variable nivel de ansiedad de las pacientes histerectomizadas (tabla N° 6) se observó un nivel de ansiedad severo en un 58,3% antes del desarrollo del programa y después de la aplicación del programa se observó una disminución a un nivel de ansiedad leve en un 100%. Esto puede deberse a que durante el desarrollo del programa se enfatizó en el apoyo emocional de las pacientes. A las pacientes se les aseguró que en el acto operatorio siempre tendrían una enfermera a su lado quién las apoyaría en todo momento durante el acto quirúrgico, siendo indispensable e importante tal como lo afirma SPIEIBERG, Charles 2002; el apoyo emocional de enfermería contribuye a disminuirle a las pacientes la ansiedad que sienten luego de ser intervenido quirúrgicamente y por ende el nivel de ansiedad que puede observarse en ellas. Este dato realmente fundamenta la necesidad de que las pacientes que participaron en el desarrollo del programa de apoyo hayan recibido una intervención apropiada del personal de enfermería lo que les permitió disminuir su ansiedad y lógicamente confirmar al igual SUZANE C. Smeltzer 1989, refirieron que el bienestar del paciente parte desde lo interno, es decir; desde su mismo estado emocional, coinciden con este autor MILLIKEN, Mary en cuanto se considera al dolor como el principal estresor físico que influye en el nivel de ansiedad de las pacientes, en todas las etapas de recuperación, la persona histerectomizadas experimenta dolor que fluctúa

en su intensidad, dependiendo de la realización de procedimientos y la atención que le brinda la enfermera.

Luego de haber comprobado cada una de las hipótesis en el acápite anterior, es necesario también afirmar que las dimensiones del apoyo del personal de enfermería mayormente contribuye a disminuir los niveles de ansiedad de las pacientes a ser intervenidas de histerectomía que alcanzó una intensidad leve de 66,7%; coincidiendo con TARRALBA F.1986 al afirmar que la confianza, el acompañamiento, el saber escuchar al paciente contribuye en gran medida a lograr el bienestar del mismo además de que el paciente puede tener una buena percepción en la intervención.

De la misma forma se coincide con LEDDY, Susan y otros 1989, al determinar que uno de los principales agentes de bienestar es la relación que puede establecerse entre las pacientes con la enfermera, eliminando así los obstáculos que debe abordar el paciente en su readaptación a su vida cotidiana, este factor también pudo ser observada en la muestra al presentar medias altas, como por ejemplo cuando se pregunto a las pacientes si se deprimen con pensar si volverán a su vida normal o quedar limitadas y la mayoría respondió que casi siempre lo piensan.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Del Aspecto Teórico

- La ansiedad es un estado de sensación de depresión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor, resultante de alguna amenaza vaga e inespecífica o de un peligro real o imaginario -generalmente de origen intrapsíquico más que externo cuya fuente es desconocido- no puede determinarse.
- La enseñanza de las técnicas de relajación en el preoperatorio son útiles para reducir la tensión y ansiedad leve que se producen frente al acto quirúrgico.
- La educación ayuda a la paciente a disminuir la ansiedad y puede adaptarse a su enfermedad, cooperar con la terapéutica escrita y evitar periodos de hospitalización largos.
- Se logró coincidir con DI CARPIO, Nicholas quien habiendo realizado un estudio similar en otro contexto, logró determinar que efectivamente la intervención de los cuidados de enfermería contribuyen en lograr disminuir el temor y los niveles de ansiedad en las pacientes hysterectomizadas.
- Además se afirma que los factores emocionales son los que generan mayor nivel de ansiedad, de aquí la necesidad que la enfermera tome en cuenta que la dimensión psicológica en los cuidados que brinda al paciente es vital.

5.1.2 De la hipótesis

En cuanto al nivel de conocimiento

- El mayor porcentaje de las pacientes histerectomizadas que recibieron apoyo emocional; obtuvieron nivel de conocimiento alto de las que no recibieron información.

Referente a la autoestima

- En el post test se evidenció el mayor porcentaje de pacientes histerectomizadas que elevaron su autoestima al recibir el programa de apoyo emocional antes de ser intervenidas quirúrgicamente.
- Las pacientes con menor edad que no recibieron el programa de apoyo emocional tienden a disminuir su nivel de autoestima, mientras que las que recibieron el programa su tendencia es de elevar su autoestima.
- Dentro del grupo de pacientes que no recibieron el programa de apoyo emocional el 25% de las mujeres que no tenían hijos aumentaron su autoestima y las que si tenían hijos disminuyeron levemente; en cambio el mayor porcentaje de pacientes que aumentaron su nivel de autoestima fueron las mujeres que tuvieron hijos y que recibieron el programa.
- Las pacientes solteras que fueron sometidas a histerectomía y que no recibieron el programa presentaron menor autoestima, en cambio en las solteras que si recibieron el programa se observó una leve tendencia de aumento de autoestima.

Respecto al nivel de ansiedad

- El mayor porcentaje de las pacientes antes de recibir el programa de apoyo emocional presentaron un nivel de ansiedad de moderado a

severo. Después de recibir el programa de apoyo emocional el nivel de ansiedad disminuyó en un 100% a leve.

- Las pacientes con mayor porcentaje de ansiedad fueron las solteras en relación a las convivientes, casadas y divorciadas que no recibieron el programa de apoyo emocional antes de ser intervenidas quirúrgicamente.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 A los que deseen continuar el estudio

- Que las enfermeras asuman cada vez más la responsabilidad de realizar trabajos de investigación relacionados al cuidado y al apoyo emocional en las pacientes que van a ser intervenidas quirúrgicamente.
- Que el apoyo emocional a las pacientes sea enfatizado constantemente en la formación de los nuevos profesionales de la enfermería.
- Que inicien los estudios similares pero en otras áreas o servicios de atención al paciente que ofrece el hospital o la institución sanitaria donde laboran, para que de esta forma puedan determinar si el cuidado de enfermería influye en la disminución de los niveles de ansiedad de los pacientes post operados de diferentes patologías.

5.2.2 A la institución donde se realizó el estudio

- Que la Clínica Padre Luis Tezza tome en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación a fin de mejorar la calidad de su servicio de ginecología en la medida que esto permitirá que las pacientes que son intervenidas de histerectomía logren disminuir su nivel de ansiedad y elevar su autoestima a través del programa de apoyo emocional que debe ser desarrollado por un profesional de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERKOW, R.** “El manual de Merk de diagnósticos y terapeuta”. 7º ed. México. Editorial Interamericana S.A. 1986; pg. 301.
- CABELLO SARMIENTO, H.** Tesis: “Influencia biopsico sexual y algunos factores sociales sobre el grado de ansiedad y nivel de temores en pacientes sometidos a histerectomía”. Tesis para optar el Título profesional de: Licenciada en Enfermería. Universidad Cayetano Heredia. Perú. 2001.
- CABREJO TORRES, C.** Tesis: “Marisol: educación de la información y actitudes del paciente histerectomizadas y las actitudes educativas del personal de Enfermería, sobre histerectomía y sus complicaciones” Tesis para optar el Título profesional de: Licenciada en Enfermería en el Hospital”. 1990.
- CECIL, Loeb** “Tratado de medicina interna”. 13º ed. México. Ed. Interamericana. 1987; Cap. 4, pg. 586.
- COOK, K.** “Enfermería Psiquiátrica”. 2º ed. España. Ed. Madrid. 1993.
- DI CARPIO, Nicholas** “Teoría de la personalidad”. 1º ed. México. Ed. Interamericana. 1976; Cap. 5, pg. 7042.
- DOMÍNGUEZ CHÁVEZ, M.** Tesis: “Educación de enfermería a pacientes

- histerectomizadas en edad fértil”. Tesis para optar el Título profesional de: Licenciada en Enfermería. Universidad Cayetano Heredia. Perú. 1990.
- DUGAS, B.** “Tratado de Enfermería Práctica”. 4º ed. Ed. Interamericana. 2000; Vol. 1, Cap. 2, pg. 43-44.
- FERNANDEZ y otros** “Enfermería Fundamentos”. 4º ed. Barcelona. Ed. Masson. 2000.
- FISCHMAN, David** “El camino del Líder: la autoestima”. Ed. El Comercio. 2000.
- GANUNTLETT y otros** “Tratado de Enfermería”. Ed. Mosby. España. 1998; Vol. 4.
- GCFEUNC** “Grupo de cuidado de la Facultad de Enfermería Cuidado al asistir al individuo Universidad Nacional de Colombia”. 2001. Cap. 8, pg. 1740.
- KOZIER, Brian y otros** “Manual Clínico de Fundamentos de Enfermería”. 5º ed. Ed. Interamericano. 1998; Cap. 11, pg. 1360.
- LEDDY, Susan y otros** “Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional”. OPS. 7º ed. New Cork. Ed. Harcourt. 1989; Cap. 13, pg. 270.
- LEMAITRE, G.** “Enfermería Médico Quirúrgico”. 3º ed. Ginebra. Ed. Interamericana. 1985; Cap. 5, pg. 405.

- MILLIKEN, Mary** "Relaciones Humanas con el paciente. Psicología Operada para personal Sanitario". Buenos Aires. Ed. Hurla. 1999.
- PHANEUF, Marcus** "Enfermería, El proceso de Atención de Enfermería". Madrid. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. 1997; Cap. 3, pg. 49.
- POTTER, Perry** "Fundamentos de Enfermería y Práctica". 3º ed. Ed. Doyma. 2000; Cap. 36, pg. 1087.
- RIVERA, César** "La humanización de la vida". Lima-Perú. Ed. V&S Editores S.A.C. 2008; Cap. 1, pg. 41-41.
- ROCA, Bernardo** "El libro de los valores". Ed. El Comercio. 2004.
- SARMIENTOS y otros** "Ética profesional de la Enfermería". España. 1977; Tomo 1.
- SPIEIBERG, Charles** "Tensión, Ansiedad, Revista Latinoamericana". Ed. Harper. México. 2002; Cap. 6 pg. 103.
- SUZANE, Smeltzer** "Enfermería Médico Quirúrgico". 10º ed. Ed. Brenda G. 2007.
- TAMAYO, Mario** "Proceso de Investigación Científica". México. Ed. Limusa. 1998.
- TARRALBA, F.** "Bioética Ética del cuidado". Ed. Manfre. 2002.
- URRUTIA CARPIO, M.** Tesis: "Educación de mujeres en el pre y post operatorio de histerectomía". Tesis para optar el Título profesional de: Licenciada en

Enfermería Universidad Cayetano Heredia.
Perú. 2006.

ANEXOS

ANEXO Nº 01

EVALUACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

Nº	ITEMS	PUNTAJE ASIGNADO 1-5				
		Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5
1	¿En que porcentaje estima que con esta prueba lograré el objetivo propuesto?	4	4	5	3	4
2	¿En que porcentaje considera que las preguntas están referidas a los conceptos del tema?	4	4	4	4	4
3	¿Que porcentaje de las interrogantes formuladas son suficientes para lograr los objetivos?	5	5	5	5	5
4	¿En que porcentaje las preguntas de la prueba son de fácil comprensión?	4	3	3	5	3.7
5	¿Que porcentaje de las preguntas referidas al tema siguen una secuencia lógica?	4	4	4	4	4
6	¿En que porcentaje valora usted que con esta prueba se obtendrán datos similares a otros?	4	3	3	4	3.5
	TOTAL	4.1	3.6	4.1	4	4

LEYENDA

- Excelente = 5
- Muy bueno = 4
- Bueno = 3
- Regular = 2
- Malo = 1

EXPERTOS

- Mg. Angélica Aguirre de Chauca
- Mg. Elga Sarmiento Bedoya
- Lic. Guillermina Valdivia Arce
- Mg. María Teresa Alegría Criado
- Dr. Erle Mongrut Sthans

ANEXO Nº 02

CUESTIONARIO

Aplicado a pacientes con Histerectomía

Estimada paciente; soy una estudiante de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza y estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de determinar si el apoyo emocional que se les brinda está relacionado con la disminución de la ansiedad y aumento de la autoestima antes y después de una intervención quirúrgica de histerectomía.

Instrucciones: Antes de contestar lea detenidamente cada pregunta y responda con sinceridad, recuerde que su información es valiosa para la investigación, la cual será manejada con mucho tino, delicadeza y discreción, motivo por el cual el cuestionario es anónimo.

I. DATOS DEMOGRÁFICOS:

1.1. Edad:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20 a 29 años | <input type="checkbox"/> 30 a 39 años |
| <input type="checkbox"/> 40 a 49 años | <input type="checkbox"/> 50 a 59 años |

1.2. Nº de hijos:

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 5 a más |

1.3. Estado Civil:

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soltera | <input type="checkbox"/> Viuda | <input type="checkbox"/> Separada |
| <input type="checkbox"/> Casada | <input type="checkbox"/> Divorciada | <input type="checkbox"/> Conviviente |

1.4. Grado de instrucción:

- | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Superior Técnico | <input type="checkbox"/> Post grado |
| <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> Superior Universitario | |

1.5. Ocupación:

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Enfermera | <input type="checkbox"/> Doctora |
| <input type="checkbox"/> Abogada | <input type="checkbox"/> Comerciante | <input type="checkbox"/> Jubilada |
| <input type="checkbox"/> Religiosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otro |

(especifique).....

II. INFORMACIÓN BÁSICA:

Marque con un aspa (X) la alternativa que corresponda:

2.1. ¿Cual es la razón por la que se le realiza la histerectomía?

.....

2.2. Ha recibido información a cerca de la histerectomía

- Si No

2.3. Le informaron sobre los exámenes que le deben realizare

Si

No

2.4. Le han informado sobre las técnicas de relajación

Si

No

2.5. Aplica las técnicas de relajación cuando está ansiosa

Si

No

ANEXO Nº 03

PRE TEST - CUESTIONARIO

Aplicado a pacientes con Histerectomía

I. CONOCIMIENTO:

1.1. ¿Cómo es la respiración de una persona nerviosa y ansiosa?

- a) Profunda y prolongada
- b) Superficial y rápida
- c) No sabe

1.2. La respiración es la única actividad involuntaria sobre la que nosotros tenemos:

- a) Control consciente
- b) Control inconsciente
- c) No sabe

1.3. Los factores que influyen en la respiración son tres:

- a) El descanso, el fastidio y la técnica
- b) El hábito, el nerviosismo y la técnica
- c) No sabe

1.4. Cuando se realiza una respiración adecuada, el aire inspirado se dirige:

- a) A la parte inferior de los pulmones
- b) A la parte superior de los pulmones
- c) No sabe

1.5. El objetivo fundamental de los métodos de relajación que están bajo el control del propio sujeto, consisten en la producción de:

- a) Estado de intensa actividad del sistema periférico
- b) Estado de baja actividad del sistema nervioso autónomo
- c) no sabe

1.6. Toda actitud de esfuerzo exagerado para lograr la relajación se considera:

- a) Contra productiva
- b) Favorable
- c) No sabe

1.7. Para que la relajación sea efectiva se debe realizar en una habitación:

- a) Bulliciosa, con exceso de luz y estar semi sentado
- b) De poco ruido y poca luz en la posición sentado o acostado
- c) No sabe

1.8. La técnica de reproducción numérica consiste en representar mentalmente el número 10 000, de modo que quede dibujado en la mente, se restan dos unidades quedando en 9998, luego se le restan otras dos unidades. Se continúa repitiendo durante 15 minutos. El objetivo de esta técnica, es:

- a) Conseguir un correcto autocontrol hasta que desaparezcan los pensamientos negativos
- b) Limitar el control mental haciendo que se intensifique la tensión
- c) No sabe

1.9. Cuando se está nerviosa y se escucha música agradable, en nuestro cuerpo se produce:

- a) Tensión exagerada
- b) Sensación de relajación
- c) No sabe

1.10. Cuando se cierran los ojos y se tiene disposición para la relajación, se experimenta:

- a) Sensación de angustia
- b) Sensación de agrado
- c) No sabe

1.11. Cuando no se practican ejercicios de relajación se visualizan:

- a) Imágenes deformadas
- b) Imágenes desagradables
- c) No sabe

1.12. En cada respiración adecuada llega el oxígeno a:

- a) Todas y a cada una de las células del cuerpo
- b) Solo a una parte del organismo
- c) No sabe

1.13. Cuáles de los aspectos que se mencionan considera usted que son su derecho para ser operadas:

- a) Consentimiento informado y que le informen de la operación
- b) Asistencia médica sin riesgo y decir sobre el tipo de tratamiento
- c) Decidir sobre el tipo del tratamiento y privacidad en su diagnóstico
- d) No sabe

1.14. Cuál de los tipos de cirugía que se mencionan le van a realizar:

- a) Cirugía abierta
- b) Laparoscópica
- c) No sabe

1.15. La histerectomía total es la extirpación de:

- a) Útero, incluyendo el cuello
- b) Solo cuello uterino
- c) No sabe

1.16. La histerectomía parcial es la extirpación de:

- a) El cuerpo uterino
- b) Útero y ovarios
- c) No sabe

1.17. La técnica de relajación se aplica cuándo la persona está:

- a) Alegre
- b) Ansiosa
- c) No sabe

1.18. Que función cumple el útero:

- a) De reproducción
- b) De protección
- c) No sabe

1.19. La histerectomía con salpingooforectomía unilateral es la extirpación de:

- a) Útero y uréteres
- b) Ovario y trompa de un lado
- c) Trompa de un lado
- d) No sabe

1.20. De las técnicas que se mencionan cuáles son de relajación:

- a) Respiración
- b) Escuchar música suave
- c) Escuchar música ruidosa
- d) a y b

II. PREGUNTAS ABIERTAS

Responda en forma breve las siguientes preguntas:

2.1. ¿Qué sentimientos experimentó cuándo le dijeron que necesitaba ser intervenida por histerectomía?

- a).....
- b).....
- c).....

2.2. ¿Qué sentimientos experimenta por la pérdida del útero?

- a) Soledad
- b) Irritabilidad
- c) Tristeza
- d) No tenía vida al futuro
- e) Otro (especifique).....

2.3. ¿Qué significa para usted la pérdida del útero?

- a) Perder parte valiosa de la mujer
- b) Ser estéril
- c) Mutilación
- d) No fecundar
- e) Quedar inválida
- f) Otro (especifique).....

2.4. ¿Qué necesidades espirituales tiene usted?

- a) Acompañamiento espiritual y psicológico
- b) Acompañamiento de amiga y psicológica
- c) Tratamiento psicológico
- d) Hablar con una amiga íntima
- e) Hablar con un sacerdote
- f) Otro (especifique).....

2.5. ¿Qué ayuda emocional requiere?

- a) Buscar que le ayuden a aumentar su autoestima
- b) Darme fuerza y ayudarme a recuperar mi imagen personal
- c) Ser más apreciada por los demás
- e) Otro (especifique).....

ANEXO Nº 04

POST TEST - CUESTIONARIO

Aplicado a pacientes con Histerectomía

I. CONOCIMIENTO:

1.1. ¿Cómo es la respiración de una persona nerviosa y ansiosa?

- a) Profunda y prolongada
- b) Superficial y rápida
- c) No sabe

1.2. La respiración es la única actividad involuntaria sobre la que nosotros tenemos:

- a) Control consciente
- b) Control inconsciente
- c) No sabe

1.3. Los factores que influyen en la respiración son tres:

- a) El descanso, el fastidio y la técnica
- b) El hábito, el nerviosismo y la técnica
- c) No sabe

1.4. Cuando se realiza una respiración adecuada, el aire inspirado se dirige:

- a) A la parte inferior de los pulmones
- b) A la parte superior de los pulmones
- c) No sabe

1.5. El objetivo fundamental de los métodos de relajación que están bajo el control del propio sujeto, consisten en la producción de:

- a) Estado de intensa actividad del sistema periférico
- b) Estado de baja actividad del sistema nervioso autónomo
- c) no sabe

1.6. Toda actitud de esfuerzo exagerado para lograr la relajación se considera:

- a) Contra productiva
- b) Favorable
- c) No sabe

1.7. Para que la relajación sea efectiva se debe realizar en una habitación:

- a) Bulliciosa, con exceso de luz y estar semi sentado
- b) De poco ruido y poca luz en la posición sentado o acostado
- c) No sabe

1.8. La técnica de reproducción numérica consiste en representar mentalmente el número 10 000, de modo que quede dibujado en la mente, se restan dos unidades quedando en 9998, luego se le restan otras dos unidades. Se continúa repitiendo durante 15 minutos. El objetivo de esta técnica, es:

- d) Conseguir un correcto autocontrol hasta que desaparezcan los pensamientos negativos
- e) Limitar el control mental haciendo que se intensifique la tensión
- f) No sabe

1.9. Cuando se está nerviosa y se escucha música agradable, en nuestro cuerpo se produce:

- a) Tensión exagerada
- b) Sensación de relajación
- c) No sabe

1.10. Cuando se cierran los ojos y se tiene disposición para la relajación, se experimenta:

- a) Sensación de angustia
- b) Sensación de agrado
- c) No sabe

1.11. Cuando no se practican ejercicios de relajación se visualizan:

- a) Imágenes deformadas
- b) Imágenes desagradables
- c) No sabe

1.12. En cada respiración adecuada llega el oxígeno a:

- a) Todas y a cada una de las células del cuerpo
- b) Solo a una parte del organismo
- c) No sabe

1.13. Cuáles de los aspectos que se mencionan considera usted que son su derecho para ser operadas:

- a) Consentimiento informado y que le informen de la operación
- b) Asistencia médica sin riesgo y decir sobre el tipo de tratamiento
- c) Decidir sobre el tipo del tratamiento y privacidad en su diagnóstico
- d) No sabe

1.14. Cuál de los tipos de cirugía que se mencionan le van a realizar:

- a) Cirugía abierta
- b) Laparoscópica
- c) No sabe

1.15. La histerectomía total es la extirpación de:

- a) Útero, incluyendo el cuello
- b) Solo cuello uterino
- c) No sabe

1.16. La histerectomía parcial es la extirpación de:

- a) El cuerpo uterino
- b) Útero y ovarios
- c) No sabe

1.17. La técnica de relajación se aplica cuándo la persona está:

- a) Alegre
- b) Ansiosa
- c) No sabe

1.18. Que función cumple el útero:

- a) De reproducción
- b) De protección
- c) No sabe

1.19. La histerectomía con salpingooforectomía unilateral es la extirpación de:

- a) Útero y uréteres
- b) Ovario y trompa de un lado
- c) Trompa de un lado
- d) No sabe

1.20. De las técnicas que se mencionan cuáles son de relajación:

- a) Respiración
- b) Escuchar música suave
- c) Escuchar música ruidosa
- d) a y b

II. PREGUNTAS ABIERTAS

Responda en forma breve las siguientes preguntas:

2.1. ¿Qué sentimientos experimentó cuándo le dijeron que necesitaba ser intervenida por histerectomía?

- a).....
- b).....
- c).....

2.2. ¿Qué sentimientos experimenta por la pérdida del útero?

- a) Soledad
- b) Irritabilidad
- c) Tristeza
- d) No tenía vida al futuro
- e) Otro (especifique).....

2.3. ¿Qué significa para usted la pérdida del útero?

- a) Perder parte valiosa de la mujer
- b) Ser estéril
- c) Mutilación
- d) No fecundar
- e) Quedar inválida
- f) Otro (especifique).....

2.4. ¿Qué necesidades espirituales tiene usted?

- a) Acompañamiento espiritual y psicológico
- b) Acompañamiento de amiga y psicológica
- c) Tratamiento psicológico
- d) Hablar con una amiga íntima
- e) Hablar con un sacerdote
- f) Otro (especifique).....

2.5. ¿Qué ayuda emocional requiere?

- a) Buscar que le ayuden a aumentar su autoestima
- b) Darme fuerza y ayudarme a recuperar mi imagen personal
- c) Ser más apreciada por los demás
- e) Otro (especifique).....

ANEXO Nº 05

PRE TEST Y POST TEST DE AUTOESTIMA Aplicado a pacientes con Histerectomía

Estimada paciente; soy una estudiante de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza y estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de determinar si el apoyo emocional que se les brinda está relacionado con el aumento de la autoestima antes y después de una intervención quirúrgica de histerectomía.

Instrucciones: Marque con un aspa según corresponda. Sea sincera, recuerde que su información es valiosa para la investigación, la cual será manejada con mucho tino, delicadeza y discreción, motivo por el cual el test es anónimo.

Nº	Ítems	0	1	2	3	4
		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
01	¿Te preocupa lo que las demás personas dicen de ti o piensan de tus actos?					
02	¿Consideras muchas veces que tu trabajo no tiene valor?					
03	¿Cambiarías muchas cosas de tu personalidad?					
04	¿Sabes que cualquier cosa que te propongas lo puedes conseguir?					
05	¿Te sientes querida por todos los que te rodean?					
06	¿Estás contenta con tu físico?					
07	¿Es fácil herir tus sentimientos?					
08	¿Siempre has vivido con muchos complejos?					
09	¿Cuándo discutes con alguien buscas llegar a un acuerdo?					
10	En situaciones sociales, tienes algo interesante que decir					
11	¿La mayoría de las personas a tu alrededor parecen estar mejor que tu?					
12	¿Te gusta ser tú misma, y te aceptas tal como eres?					
13	¿Cuando vez una buena oportunidad, la reconoces y la aprovechas?					
14	¿Tu mereces ser amada y respetada?					
15	¿Tienes miedo de ser rechazada por tus amigos(as)?					
16	¿Te sientes inferior como persona por no hacer bien las cosas como los demás?					
17	¿Sientes que no vales, y que todo lo que haces es en vano?					
18	¿Es más importante como te sientes contigo misma, que las opiniones que otros tengan de ti?					
19	¿Consideras que eres un fracaso?					
20	¿Te consideras incapaz de lograr lo que quieres?					

ANEXO Nº 06

PRE TEST Y POST TEST DE LA ANSIEDAD DE HAMILTON

Aplicado a pacientes con Histerectomía

Estimada paciente; soy una estudiante de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza y estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de determinar si el apoyo emocional que se les brinda está relacionado con la disminución de la ansiedad antes y después de una intervención quirúrgica de histerectomía.

Instrucciones: Marque con un aspa según corresponda a su estado actual. Sea sincera, recuerde que su información es valiosa para la investigación, la cual será manejada con mucho tino, delicadeza y discreción, motivo por el cual el test es anónimo.

Nº	Ítems	0	1	2	3	4
		Ausente	Intensidad leve	Intensidad moderada	Intensidad grave	Totalmente incapacitado
01	Temor de que suceda lo peor					
02	Sensación de tensión fatiga					
03	Imposibilidad de relajarse					
04	Temor a la oscuridad					
05	Temor a ser dejado solo					
06	Dificultad para conciliar el sueño					
07	Dificultad para concentrarse					
08	Escasa memoria					
09	Pérdida del interés					
10	Falta de placer a los pasatiempos					
11	Variaciones anímicas durante el día					
12	Dolores musculares					
13	Espasmo muscular o calambres					
14	Rigidez muscular					
15	Hiperactividad					
16	Voz temblorosa					
17	Zumbido de oídos					
18	Visión borrosa					

19	Sensación de frío, calor					
20	Sensación de debilidad					
21	Taquicardia dolor, precordial					
22	Pulsaciones pronunciadas					
23	Sensación de desmayo					
24	Opresión del tórax					
25	Sensación de ahogo					
26	Suspiros frecuentes					
27	Dificultad para deglutir					
28	Dolor abdominal					
29	Nauseas vómitos					
30	Micción frecuente					
31	Boca seca					
32	Tendencia a la sudoración					
33	Dolor de cabeza					

ANEXO Nº 07

PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL PARA DISMINUIR EL NIVEL DE ANSIEDAD Y AUMENTAR LA AUTOESTIMA DE LAS PACIENTES CON HISTERECTOMÍA

I. DATOS INFORMATIVOS:

Meta de atención	: 12 pacientes
Tipo de pacientes	: Mujeres sometidas a Histerectomía pre y post operatorio
Lugar	: Habitación de la Clínica Padre Luís Tezza 3º piso
Fecha de inicio	: Junio de 2008
Fecha de finalización	: Diciembre de 2008
Nº de entrevistas	: 3 (30 minutos c/u)
Nº de sesiones	: 3 (2 horas c/u)
Nº de observaciones	: 2 (15 minutos c/u)
Tiempo total del programa	: 9 horas por paciente

II. FUNDAMENTACIÓN:

Todo pacientes que es sometido a una intervención quirúrgica (situación desconocida que le causa temor y miedo) tiende a aumentar su nivel de ansiedad (sino recibe el apoyo necesario) a medida que se acorta el tiempo para su intervención, tal es el caso de las pacientes que son sometidas a histerectomía por considerar su extirpación una mutilación del órgano de fertilidad, quienes además anímicamente empiezan a decrecer su nivel de autoestima.

Con la finalidad de controlar estas variables que se ven afectadas en las pacientes histerectomizadas el presente ***Programa de Apoyo Emocional***

está dirigido exclusivamente a las mujeres que serán sometidas a histerectomía con el propósito de disminuir su nivel de ansiedad y aumentar su autoestima para mejorar su calidad de vida.

III. OBJETIVO GENERAL

- Proporcionar conocimientos a las pacientes para que disminuyan su nivel de ansiedad y eleven su autoestima.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Las pacientes al concluir el desarrollo del Programa de apoyo emocional serán capaces de:

- Identificar la importancia y los beneficios que obtendrán con los procedimientos que le realicen, previos a la intervención quirúrgica.
- Identificar los principales efectos que obtendrá su organismo mediante la aplicación de las técnicas de relajación.
- Aplicar adecuadamente las técnicas de relajación en el momento oportuno superando las molestias propias de la intervención.
- Sentir motivación para la aplicación de algunas actividades especificadas en el plan futuro a fin de utilizar su tiempo libre que le ayuden a la disipación de sus preocupaciones.

V. DESARROLLO DEL PROGRAMA:

El programa se aplicará de manera personalizada a cada paciente en el pre operatorio de la intervención quirúrgica por histerectomía.

La investigadora motiva a la paciente y obtiene su consentimiento informado para participar en el programa de apoyo emocional. Obtenido el consentimiento de la paciente se le aplica la importancia y los beneficios que obtendrá en los procedimientos que le realicen antes de la operación, durante la operación y después de la operación.

El programa se aplica de manera personalizada en la misma habitación de la paciente. En primer lugar la investigadora se entrevista con la paciente; y a la vez conocer a ella estableciendo relación para lograr confianza de la paciente y obtener consentimiento informado. Asimismo, para motivarlas se le proyectaba musicoterapia para elevar su estado anímico y lograr su participación.

Primera sesión

- La investigadora responsable de aplicar el programa hará la presentación respectiva e informará a la paciente sobre algunas generalidades relacionadas a la cirugía de histerectomía.
- Se explicará a la paciente sobre los exámenes especiales a las cuales será sometida en el pre – operatorio a fin de que ésta se encuentre preparada y colabore en los procedimientos.
- A la paciente que será histerectomizada se le indicará paso a paso los cuidados que debe tomar en cuenta en el periodo pre operatorio.

Segunda sesión

- La investigadora enseñará a la paciente las principales técnicas de relajación de tal forma que ésta se encuentre preparada para su intervención quirúrgica y disminuya su nivel de ansiedad.
- Se le enseñará (en lo posible junto a sus familiares) los ejercicios que deberá realizar después de la operación para evitar complicaciones.
- A la paciente se le detallará los cuidados que debe considerar después de la operación.

Tercera sesión

- La tarea de la investigadora en la última sesión será la de retroalimentar los procedimientos que deberá realizar la paciente después de su operación.
- Se buscará el involucramiento de la familia de la paciente para que participe y ayude a la recuperación de la paciente.

- Proporcionará un plan futuro a la paciente histerectomizada para garantizar su calidad de vida.

VI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Por las características de los ambientes de la Clínica que son individualizados no fue posible concentrar en un mismo periodo de tiempo a todos los pacientes que serían histerectomizados, por lo que el programa de apoyo emocional aplicó de manera personalizada a cada paciente según el tiempo que eran hospitalizados para ser intervenido quirúrgicamente.

El tiempo promedio de hospitalización de las pacientes histerectomizadas desde su ingreso a la Clínica hasta el alta fue aproximadamente de 72 horas, este intervalo de tiempo de hospitalización varía en algunas pacientes dependiendo de su recuperación y de su evolución.

La duración del desarrollo del programa es de 9 horas por cada paciente, distribuidos en sesiones tal como se muestra en el siguiente cuadro:

ETAPAS	DURACIÓN	CONTENIDOS	ACTIVIDADES
Pre operatorio mediato	0,5 h	1º Entrevista Aspectos preliminares referidos a histerectomía	- Saludo y presentación - Motivación - Relacionarse - Explicación - Presentación de láminas
	0,5 h	2º Entrevista	- Aplicación de pre test
	1,0 h	Primera sesión Generalidades de la histerectomía: definición, tipos, formas e importancia Exámenes auxiliares	- Explicación - Presentación de láminas - Aplicación de ludoterapia - Presentación de vídeos
	0,5 h	Receso	
	1,0 h	Procedimientos que realizarán antes, durante y después de la operación	- Explicación - Demostración - Redemostración
ETAPAS	DURACIÓN	CONTENIDOS	ACTIVIDADES
	1,0 h	Segunda sesión	- Explicación

Pre operatorio inmediato		Técnicas de relajación Ejercicios de respiración	- Demostración - Redemostración
	0,5 h	Receso	
	1,0 h	Ejercicios de flexión y extensión de extremidades Cambios de posición en la cama Ejercicios previos antes de levantarse	- Explicación - Demostración - Redemostración - Musicoterapia - Caminata
Post operatorio inmediato	0,25 h	1º Observación	- Observación de la paciente
	0,25 h	2º Observación	- Observación de la paciente
Post operatorio mediato	1,0 h	Tercera sesión Valoración de la personalidad - Formas de presentación - Relacionarse con la familia - Importancia de la participación de la familia - Importancia de la participación de esposo o novio	- Recordarle que aplique lo que ha aprendido - Explicación - Motivar la participación de la familia - Incentivar a la familia a la Recuperación del paciente - Acompañamiento sincero y amoroso
	0,5 h	Receso	
	1,0 h	Actividades según su capacidad para ocupar su tiempo libre	- Guía de actividades
	1,0 h	Plan futuro	- Elaboración de folletos
	0,5 h	3º Entrevista	- Aplicación de post test

VII. EVALUACIÓN:

- El apoyo emocional que comprendió una serie de actividades se dio en forma individual por las características de la estructura de la institución, facilitada por el tiempo de las pacientes.
- Las actividades se realizaron en forma individual, motivándose la participación de los familiares, quienes le dieron afecto y apoyo requerido en los ejercicios que debía realizar.
- Las 12 pacientes que participaron lo hicieron en forma voluntaria, no fue fácil seleccionar la muestra debido a que muchas se negaban por

considerar que era un problema íntimo que no deseaban que otras personas conocieran su problema; se respetó su decisión.

- Las actividades de apoyo emocional no sólo se realizaron en forma teórico, sino que fue práctico con demostraciones y redemostraciones con la participación de sus familiares.
- Se logró cambios favorables tanto en el nivel de conocimiento, como en la disminución del nivel de ansiedad y elevación de la autoestima.
- Después de tres a cuatro meses que han asistido a su control, se les ha entrevistado para conocer su estado de ánimo y se les ha observado entusiastas con muchas expectativas, optimistas y algunas de ellas manifestaron que estaban realizando manuales en sus momentos libre, las que refieren que esta actividad las libera de su tensión (tejido, escuchar música clásica, hacer ejercicios, lectura dibujo y pintura).

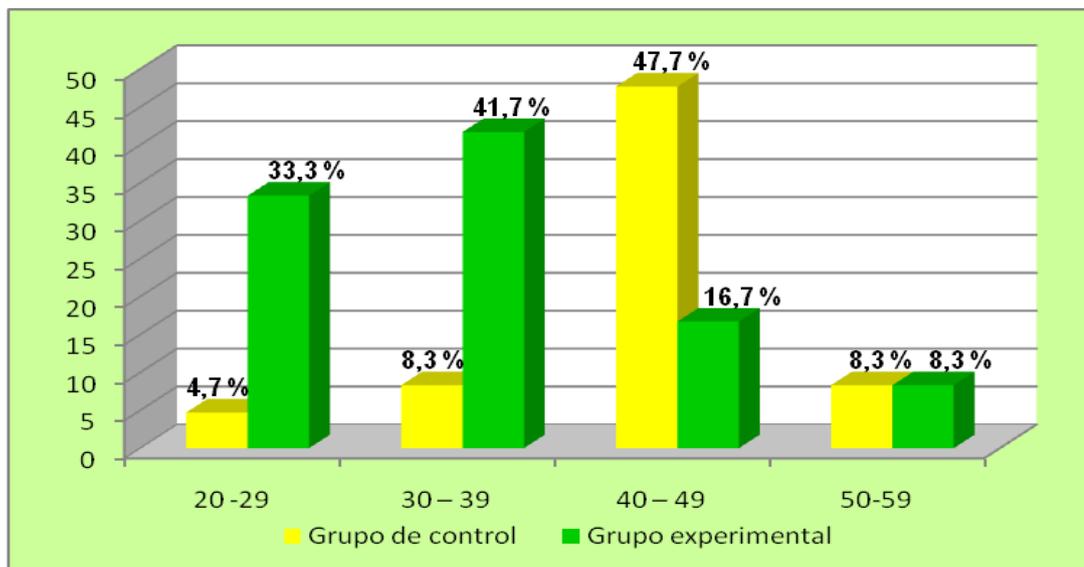
Tabla Nº 31

Edad del grupo de control y grupo experimental de los pacientes con histerectomía de la Clínica Padre Luís Tezza

EDAD	Grupo de control		Grupo experimental		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
20 – 29	5	41,7	4	33,3	9	37,5
30 – 39	1	8,3	5	41,7	6	25
40 – 49	5	41,7	2	16,7	7	29,2
50 – 59	1	8,3	1	8,3	2	8,3
TOTAL	12	100	12	100.0	24	100

Gráfico Nº 1

Edad del grupo de control y grupo experimental de las pacientes con histerectomía de la Clínica Padre Luís Tezza



El gráfico presenta la edad de las pacientes histerectomizadas del grupo control experimental. Se observa que en el grupo control el mayor porcentaje 47,7 sus edades están entre 40 y 49 años, y en el grupo experimental el mayor porcentaje de las pacientes tienen entre 30 y 39 años; y el menor porcentaje en ambos grupo el 8,3% sus edades están entre 50 y 59 años.

ANEXO Nº 09

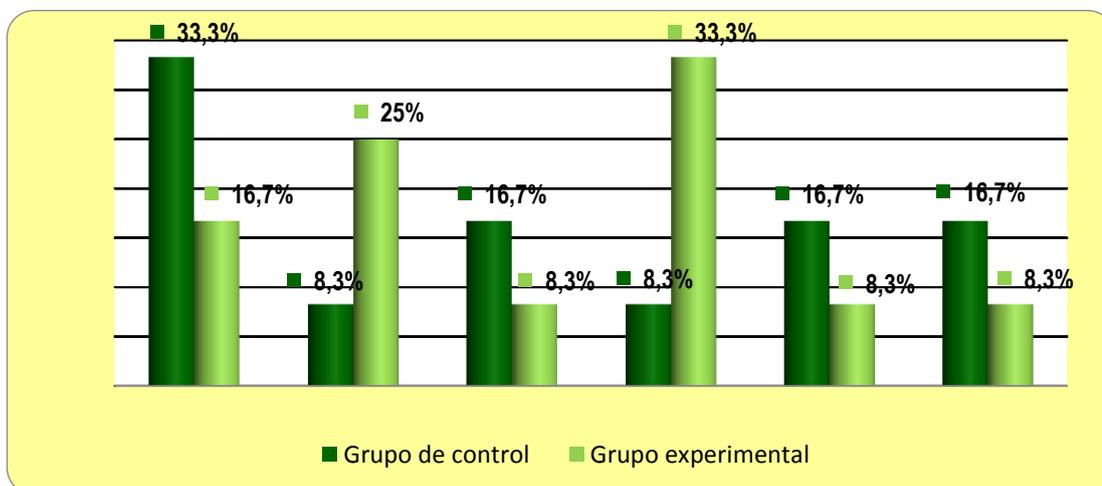
Tabla Nº 32

Número de hijos del grupo de control y experimental de los pacientes con histerectomía de la Clínica Padre Luis Tezza

NÚMERO DE HIJOS	Grupo de control		Grupo experimental		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Sin hijos	4	33,3	2	16,7	6	25
1 hijos	1	8,3	3	25	4	16,7
2 hijos	2	16,7	1	8,3	3	12,5
3 hijos	1	8,3	4	33,3	5	20,8
4 hijos	2	16,7	1	8,3	3	12,5
5 hijos	2	16,7	1	8,3	3	12,5
TOTAL	12	100	12	100	24	100

Gráfico Nº 2

Número de hijos del grupo de control y grupo experimental de las pacientes con histerectomía de la Clínica Padre Luis Tezza



El gráfico presenta el número de hijos que tienen las pacientes histerectomizadas del grupo control y experimental. Se observa que el mayor porcentaje 33% del grupo control no tienen hijos; y el mismo porcentaje 33% del grupo experimental tienen tres hijos, en cambio en ambos grupos el menor porcentaje 8.3% de las pacientes tienen de 1 a 5 hijos en cada grupo.

ANEXO Nº 10

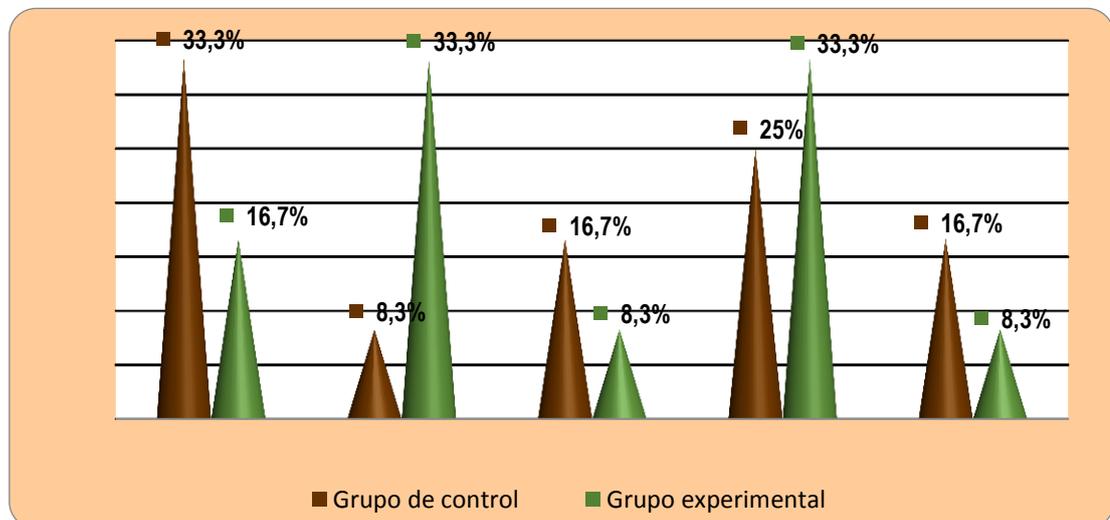
Tabla Nº 33

Estado civil del grupo de control y grupo experimental de los pacientes con histerectomía de la Clínica Padre Luís Tezza

ESTADO CIVIL	Grupo de control		Grupo experimental		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Soltera	4	33,3	2	16,7	6	25
Conviviente	1	8,3	4	33,3	5	20,8
Casada	2	16,7	1	8,3	3	12,5
Separada	3	25	4	33,3	7	29,2
Viuda	2	16,7	1	8,3	3	12,5
TOTAL	12	100	12	100	24	100

Gráfico Nº 3

Estado civil del grupo de control y grupo experimental de las pacientes con histerectomía de la Clínica Padre Luis Tezza



El gráfico presenta el estado civil de las pacientes histerectomizadas: grupo control y experimental. Se observa que el mayor porcentaje 33.3% de las pacientes son solteras en el grupo control y el mismo porcentaje del grupos experimental son convivientes y separadas; el menor porcentaje 8.3 % en el grupo control son convivientes; y en el grupo experimental son casadas y viudas en el mismo porcentaje en cada uno de ellos.

ANEXO Nº 11

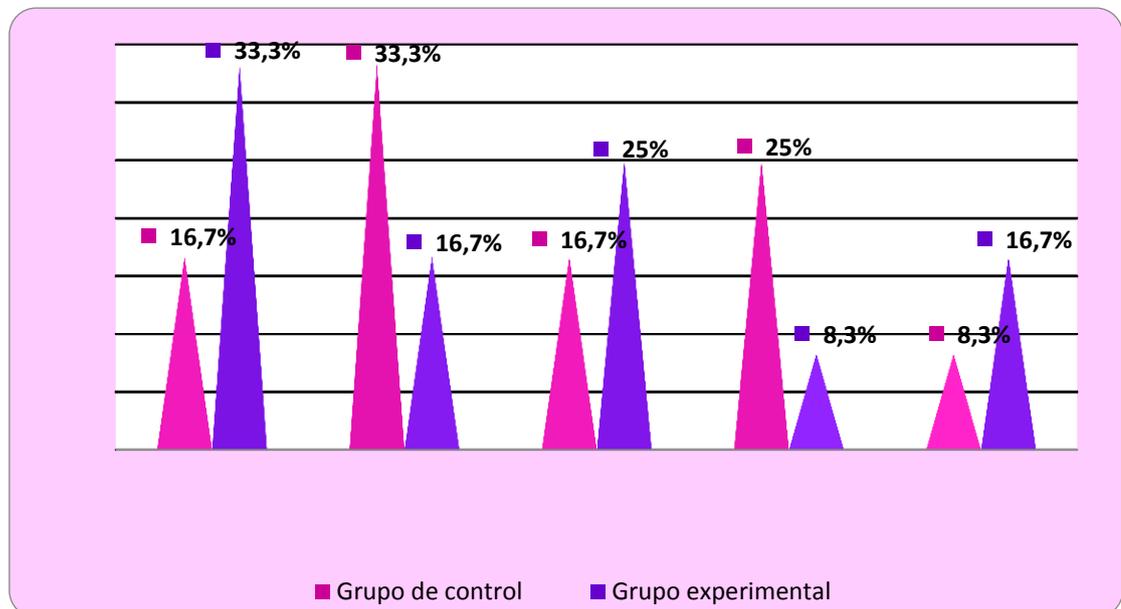
Tabla Nº 34

Grado de instrucción del grupo de control y grupo experimental de los pacientes con histerectomía de la Clínica Padre Luis Tezza

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Grupo de control		Grupo experimental		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Primaria	2	16,7	4	33,3	6	25
Secundaria	4	33,3	2	16,7	6	25
Superior técnico	2	16,7	3	25	5	20,8
Superior universitario	3	25	1	8,3	4	16,7
Post grado	1	8,3	2	16,7	3	12,5
TOTAL	12	100	12	100	24	100

Gráfico Nº 4

Grado de instrucción del grupo de control y grupo experimental de las pacientes con histerectomía de la Clínica Padre Luis Tezza



El gráfico presenta el grado de instrucción de las pacientes histerectomizadas del grupo control y experimental. Se observa que el mayor porcentaje 33.3% de las pacientes.

ANEXO Nº 12

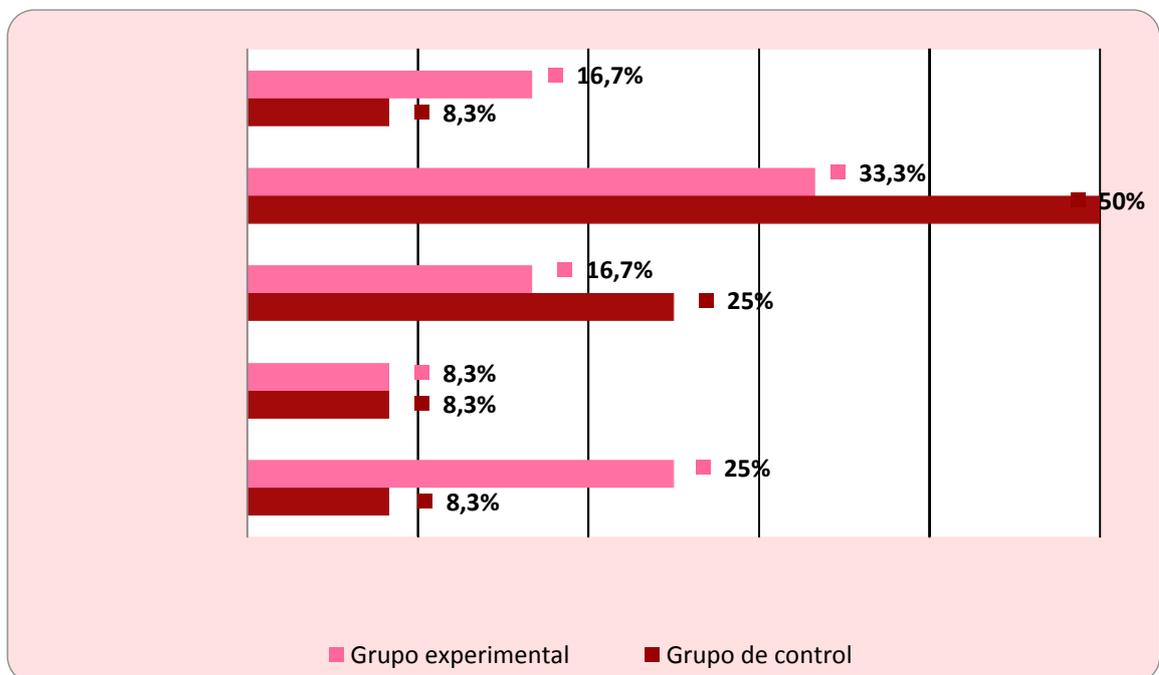
Tabla Nº 35

Ocupación del grupo de control y grupo experimental de los pacientes con histerectomía de la Clínica Padre Luís Tezza

OCUPACIÓN	Grupo de control		Grupo experimental		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Estudiante	1	8,3	3	25	4	16,7
Abogada	1	8,3	1	8,3	2	8,3
Enfermera	3	25	2	16,7	5	20,8
Comerciante	6	50	4	33,3	10	41,7
Jubilada	1	8,3	2	16,7	3	12,5
TOTAL	12	100	12	100	24	100

Gráfico Nº 5

Ocupación del grupo de control y grupo experimental de las pacientes con histerectomía en el pre y postoperatorio de la Clínica Padre Luis Tezza



ANEXO Nº 13

Tabla Nº 36

**Pre test de Autoestima sin Programa de las pacientes
histerectomizadas del Servicio de Cirugía. Clínica Padre Luís Tezza
2008**

Nº	Ítems	0	1	2	3	4
		Nunca %	Casi Nunca %	A Veces %	Casi Siempre %	Siempre %
01	¿Te preocupa lo que las demás personas dicen de ti o piensan de tus actos?	16,7	16,7	8,3	58,3	0
02	¿Consideras muchas veces que tu trabajo no tiene valor?	0	25	0	66,7	8,3
03	¿Cambiarías muchas cosas de tu personalidad?	8,3	25	8,3	0	58,4
04	¿Sabes que cualquier cosa que te propongas lo puedes conseguir?	25	41,6	16,7	16,7	0
05	¿Te sientes querida por todos los que te rodean?	25	58,4	8,3	0	8,3
06	¿Estás contenta con tu físico?	16,7	33,3	16,7	33,3	0
07	¿Es fácil herir tus sentimientos?	16,7	33,3	16,7	33,3	0
08	¿Siempre has vivido con muchos complejos?	8,3	8,3	16,7	41,7	25
09	¿Cuándo discutes con alguien buscas llegar a un acuerdo?	41,7	25	25	8,3	0
10	En situaciones sociales, tienes algo interesante que decir	41,7	25	25	8,3	0
11	¿La mayoría de las personas a tu alrededor parecen estar mejor que tu?	8,3	8,3	16,7	66,7	0
12	¿Te gusta ser tú misma, y te aceptas tal como eres?	33,4	33,3	33,3	0	0
13	¿Cuando vez una buena oportunidad, la reconoces y la aprovechas?	16,7	58,3	16,7	8,3	0
14	¿Tu mereces ser amada y respetada?	8,4	58,3	33,3	0	0
15	¿Tienes miedo de ser rechazada por tus amigos(as)?	0	8,3	25	50	16,7
16	¿Te sientes inferior como persona por no hacer bien las cosas como los demás?	0	16,7	33,3	41,7	8,3
17	¿Sientes que no vales, y que todo lo que haces es en vano?	0	8,3	25	50	16,7
18	¿Es más importante como te sientes contigo misma, que las opiniones que otros tengan de ti?	8,3	41,7	41,7	8,3	0
19	¿Consideras que eres un fracaso?	0	8,3	33,4	50	8,3
20	¿Te consideras incapaz de lograr lo que quieres?	0	33,3	33,3	25	8,4

ANEXO Nº 14

Tabla Nº 37

**Post test de Autoestima sin Programa de las pacientes
histerectomizadas del Servicio de Cirugía. Clínica Padre Luíz Tezza
2008**

Nº	Ítems	0	1	2	3	4
		Nunca %	Casi Nunca %	A Veces %	Casi Siempre %	Siempre %
01	¿Te preocupa lo que las demás personas dicen de ti o piensan de tus actos?	58,4	16,7	8,3	8,3	8,3
02	¿Consideras muchas veces que tu trabajo no tiene valor?	8,3	66,7	0	25	0
03	¿Cambiarías muchas cosas de tu personalidad?	58,4	25	8,3	0	8,3
04	¿Sabes que cualquier cosa que te propongas lo puedes conseguir?	0	16,7	16,7	41,6	25
05	¿Te sientes querida por todos los que te rodean?	8,3	0	8,3	58,4	25
06	¿Estás contenta con tu físico?	8,3	8,3	25	41,7	16,7
07	¿Es fácil herir tus sentimientos?	33,3	33,3	16,7	0	16,7
08	¿Siempre has vivido con muchos complejos?	16,7	41,7	8,3	33,3	0
09	¿Cuándo discutes con alguien buscas llegar a un acuerdo?	0	8,3	25	25	41,7
10	En situaciones sociales, tienes algo interesante que decir	25	41,7	16,7	8,3	8,3
11	¿La mayoría de las personas a tu alrededor parecen estar mejor que tu?	8,3	66,7	16,7	8,3	0
12	¿Te gusta ser tú misma, y te aceptas tal como eres?	0	0	33,4	33,3	33,3
13	¿Cuando vez una buena oportunidad, la reconoces y la aprovechas?	0	8,3	16,7	58,3	16,7
14	¿Tu mereces ser amada y respetada?	0	0	33,3	58,4	8,3
15	¿Tienes miedo de ser rechazada por tus amigos(as)?	16,7	50	25	8,3	0
16	¿Te sientes inferior como persona por no hacer bien las cosas como los demás?	41,7	0	33,3	25	0
17	¿Sientes que no vales, y que todo lo que haces es en vano?	25	16,7	25	33,3	0
18	¿Es más importante como te sientes contigo misma, que las opiniones que otros tengan de ti?	0	8,3	41,7	41,7	8,3
19	¿Consideras que eres un fracaso?	8,3	50	33,4	8,3	0
20	¿Te consideras incapaz de lograr lo que quieres?	33,4	0	33,3	33,3	0

ANEXO Nº 15

Tabla Nº 38

**Pre test de Autoestima con Programa de las pacientes
histerectomizadas del Servicio de Cirugía. Clínica Padre Luís Tezza
2008**

Nº	Ítems	0	1	2	3	4
		Nunca %	Casi Nunca %	A Veces %	Casi Siempre %	Siempre %
01	¿Te preocupa lo que las demás personas dicen de ti o piensan de tus actos?	16,7	0	8,3	16,7	58,3
02	¿Consideras muchas veces que tu trabajo no tiene valor?	0	25	0	66,7	8,3
03	¿Cambiarías muchas cosas de tu personalidad?	8,3	0	8,3	25	58,4
04	¿Sabes que cualquier cosa que te propongas lo puedes conseguir?	25	41,6	16,7	16,7	0
05	¿Te sientes querida por todos los que te rodean?	25	58,4	8,3	0	8,3
06	¿Estás contenta con tu físico?	16,7	41,7	25	8,3	8,3
07	¿Es fácil herir tus sentimientos?	16,7	0	16,7	33,3	33,3
08	¿Siempre has vivido con muchos complejos?	0	33,3	8,3	41,7	16,7
09	¿Cuándo discutes con alguien buscas llegar a un acuerdo?	25	41,7	16,7	8,3	8,3
10	En situaciones sociales, tienes algo interesante que decir	41,7	25	8,3	25	0
11	¿La mayoría de las personas a tu alrededor parecen estar mejor que tu?	0	8,3	16,7	66,7	8,3
12	¿Te gusta ser tú misma, y te aceptas tal como eres?	33,4	33,3	33,3	0	0
13	¿Cuando vez una buena oportunidad, la reconoces y la aprovechas?	16,7	58,3	16,7	8,3	0
14	¿Tu mereces ser amada y respetada?	8,3	58,4	33,3	0	0
15	¿Tienes miedo de ser rechazada por tus amigos(as)?	0	8,3	25	50	16,7
16	¿Te sientes inferior como persona por no hacer bien las cosas como los demás?	0	25	33,3	0	41,7
17	¿Sientes que no vales, y que todo lo que haces es en vano?	0	16,7	25	33,3	25
18	¿Es más importante como te sientes contigo misma, que las opiniones que otros tengan de ti?	8,3	41,7	41,7	8,3	0
19	¿Consideras que eres un fracaso?	0	8,3	33,4	50	8,3
20	¿Te consideras incapaz de lograr lo que quieres?	33,3	0	33,4	33,3	0

ANEXO Nº 16

Tabla Nº 39

**Post test de Autoestima con Programa de las pacientes
histerectomizadas del Servicio de Cirugía. Clínica Padre Luís Tezza
2008**

Nº	Ítems	0	1	2	3	4
		Nunca %	Casi Nunca %	A Veces %	Casi Siempre %	Siempre %
01	¿Te preocupa lo que las demás personas dicen de ti o piensan de tus actos?	75	8,3	0	0	16,7
02	¿Consideras muchas veces que tu trabajo no tiene valor?	25	50	16,7	8,3	0
03	¿Cambiarías muchas cosas de tu personalidad?	16,7	58,3	16,7	8,3	0
04	¿Sabes que cualquier cosa que te propongas lo puedes conseguir?	0	8,3	16,7	58,3	16,7
05	¿Te sientes querida por todos los que te rodean?	0	8,3	8,3	66,7	16,7
06	¿Estás contenta con tu físico?	0	8,3	41,7	41,7	8,3
07	¿Es fácil herir tus sentimientos?	16,7	41,7	33,3	8,3	0
08	¿Siempre has vivido con muchos complejos?	33,3	25	33,3	8,4	0
09	¿Cuándo discutes con alguien buscas llegar a un acuerdo?	0	8,3	16,7	41,7	33,3
10	En situaciones sociales, tienes algo interesante que decir	0	8,3	25	50	16,7
11	¿La mayoría de las personas a tu alrededor parecen estar mejor que tu?	16,7	50	25	8,3	0
12	¿Te gusta ser tú misma, y te aceptas tal como eres?	0	8,3	16,7	58,3	16,7
13	¿Cuando vez una buena oportunidad, la reconoces y la aprovechas?	0	8,3	16,7	58,3	16,7
14	¿Tu mereces ser amada y respetada?	0	8,3	16,7	58,3	16,7
15	¿Tienes miedo de ser rechazada por tus amigos(as)?	33,3	33,3	25	8,4	0
16	¿Te sientes inferior como persona por no hacer bien las cosas como los demás?	25	33,3	33,3	8,4	0
17	¿Sientes que no vales, y que todo lo que haces es en vano?	25	33,3	33,3	0	8,4
18	¿Es más importante como te sientes contigo misma, que las opiniones que otros tengan de ti?	8,4	0	33,3	33,3	25
19	¿Consideras que eres un fracaso?	25	41,7	25	0	8,3
20	¿Te consideras incapaz de lograr lo que quieres?	25	25	41,7	0	8,3

ANEXO Nº 17

Tabla Nº 40

Pre test de Ansiedad sin Programa de las pacientes hysterectomizadas del Servicio de Cirugía. Clínica Padre Luís Tezza 2008

Nº	Ítems	0	1	2	3	4
		Ausente %	Intensidad leve %	Intensidad moderada %	Intensidad grave %	Totalmente incapacitado %
01	Temor de que suceda lo peor	0	0	0	83,3	16,7
02	Sensación de tensión fatiga	0	0	0	91,7	8,3
03	Imposibilidad de relajarse	0	0	0	50	50
04	Temor a la oscuridad	0	0	0	58,3	41,7
05	Temor a ser dejado solo	0	0	0	75	25
06	Dificultad para conciliar el sueño	0	0	8,3	50	41,7
07	Dificultad para concentrarse	0	0	0	75	25
08	Escasa memoria	0	0	0	50	50
09	Perdida del interés	0	0	16,7	33,3	50
10	Falta de placer a los pasatiempos	0	0	16,7	25	58,3
11	Variaciones anímicas durante el día	0	0	25	25	50
12	Dolores musculares	0	0	33,4	33,3	33,3
13	Espasmo muscular o calambres	0	0	16,7	50	33,3
14	Rigidez muscular	0	0	66,7	25	8,3
15	Hiperactividad	0	0	8,3	50	41,7
16	Voz temblorosa	0	0	50	50	0
17	Zumbido de oídos	0	0	25	58,3	16,7
18	Visión borrosa	0	0	8,3	50	41,7
19	Sensación de frío, calor	0	0	25	41,7	33,3
20	Sensación de debilidad	0	0	16,6	41,7	41,7
21	Taquicardia dolor, precordial	0	0	8,3	66,7	25
22	Pulsaciones pronunciadas	0	0	16,7	50	33,3
23	Sensación de desmayo	0	0	16,7	50	33,3
24	Opresión del tórax	0	0	41,7	16,6	41,7
25	Sensación de ahogo	0	0	16,6	41,7	41,7
26	Suspiros frecuentes	0	0	33,3	50	16,7
27	Dificultad para deglutir	0	0	33,3	50	16,7
28	Dolor abdominal	0	0	16,7	66,6	16,7
29	Nauseas vómitos	0	0	16,7	58,3	25
30	Micción frecuente	0	0	25	50	25
31	Boca seca	0	0	8,3	50	41,7
32	Tendencia a la sudoración	0	0	33,3	41,7	25
33	Dolor de cabeza	0	0	8,3	58,3	33,4

ANEXO Nº 18

Tabla Nº 41

**Post test de Ansiedad sin Programa de las pacientes
histerectomizadas
del Servicio de Cirugía. Clínica Padre Luís Tezza 2008**

N�	�tems	0	1	2	3	4
		Ausente %	Intensidad leve %	Intensidad moderada %	Intensidad grave %	Totalmente incapacitado %
01	Temor de que suceda lo peor	50	0	16,7	8,3	25
02	Sensación de tensión fatiga	16,7	33,3	16,7	25	8,3
03	Imposibilidad de relajarse	16,8	33,3	8,3	33,3	8,3
04	Temor a la oscuridad	8,3	41,7	8,3	25	16,7
05	Temor a ser dejado solo	41,7	16,6	16,7	16,7	8,3
06	Dificultad para conciliar el sueño	16,7	33,3	16,7	25	8,3
07	Dificultad para concentrarse	50	16,6	0	16,7	16,7
08	Escasa memoria	41,7	16,6	16,7	16,7	8,3
09	Perdida del interés	41,7	8,3	16,7	25	8,3
10	Falta de placer a los pasatiempos	33,3	16,7	8,3	25	16,7
11	Variaciones an�micas durante el día	16,7	33,3	16,6	16,7	16,7
12	Dolores musculares	16,7	33,3	25	0	25
13	Espasmo muscular o calambres	16,6	25	16,7	0	41,7
14	Rigidez muscular	16,7	33,3	0	33,3	16,7
15	Hiperactividad	33,3	25	8,4	33,3	0
16	Voz temblorosa	25	16,7	8,3	41,7	8,3
17	Zumbido de oídos	25	16,6	25	16,7	16,7
18	Visión borrosa	8,3	33,3	16,8	33,3	8,3
19	Sensación de frío, calor	8,4	33,3	25	33,3	0
20	Sensación de debilidad	25	25	16,7	33,3	0
21	Taquicardia dolor, precordial	33,3	16,6	16,7	16,7	16,7
22	Pulsaciones pronunciadas	33,3	16,7	16,7	33,3	0
23	Sensación de desmayo	25	16,7	8,3	25	25
24	Opresión del tórax	33,3	16,7	25	8,3	16,7
25	Sensación de ahogo	25	16,7	25	8,3	25
26	Suspiros frecuentes	16,6	33,3	16,7	16,7	16,7
27	Dificultad para deglutir	25	16,7	25	8,3	25
28	Dolor abdominal	16,7	25	16,7	8,3	33,3
29	Nauseas vómitos	41,7	8,3	33,3	16,7	0
30	Micción frecuente	33,3	16,8	8,3	33,3	8,3
31	Boca seca	25	8,3	33,3	16,7	16,7
32	Tendencia a la sudoración	25	16,7	16,7	33,3	8,3
33	Dolor de cabeza	25	16,7	25	33,3	0

ANEXO Nº 19

Tabla Nº 42

Pre test de Ansiedad con Programa de las pacientes hysterectomizadas del Servicio de Cirugía. Clínica Padre Luís Tezza 2008

Nº	Ítems	0	1	2	3	4
		Ausente %	Intensidad leve %	Intensidad moderada %	Intensidad grave %	Totalmente incapacitado %
01	Temor de que suceda lo peor	0	0	66,7	25	8,3
02	Sensación de tensión fatiga	0	16,7	50	0	33,3
03	Imposibilidad de relajarse	0	50	0	0	50
04	Temor a la oscuridad	8,3	0	0	50	41,7
05	Temor a ser dejado solo	0	0	0	66,7	33,3
06	Dificultad para conciliar el sueño	0	0	16,7	33,3	50
07	Dificultad para concentrarse	0	0	8,3	41,7	50
08	Escasa memoria	0	8,3	8,3	58,4	25
09	Perdida del interés	0	0	16,7	25	58,3
10	Falta de placer a los pasatiempos	0	0	16,7	58,3	25
11	Variaciones anímicas durante el día	0	0	25	50	25
12	Dolores musculares	0	0	25	50	25
13	Espasmo muscular o calambres	0	0	8,3	58,4	33,3
14	Rigidez muscular	0	0	33,3	41,7	25
15	Hiperactividad	0	0	8,3	58,4	33,3
16	Voz temblorosa	0	8,3	16,7	50	25
17	Zumbido de oídos	0	0	33,3	41,7	25
18	Visión borrosa	0	0	16,7	50	33,3
19	Sensación de frío, calor	0	0	16,7	25	58,3
20	Sensación de debilidad	0	0	8,3	41,7	50
21	Taquicardia dolor, precordial	0	0	8,3	50	41,7
22	Pulsaciones pronunciadas	0	0	8,3	41,7	50
23	Sensación de desmayo	0	0	8,3	50	41,7
24	Opresión del tórax	0	0	25	66,7	8,3
25	Sensación de ahogo	0	0	25	58,3	16,7
26	Suspiros frecuentes	0	0	33,3	41,7	25
27	Dificultad para deglutir	0	0	16,7	50	33,3
28	Dolor abdominal	0	0	25	33,3	41,7
29	Nauseas vómitos	0	0	25	50	25
30	Micción frecuente	0	0	8,3	58,4	33,3
31	Boca seca	0	0	8,3	50	41,7
32	Tendencia a la sudoración	0	0	16,7	50	33,3
33	Dolor de cabeza	0	0	8,3	50	41,7

ANEXO Nº 20

Tabla Nº 43

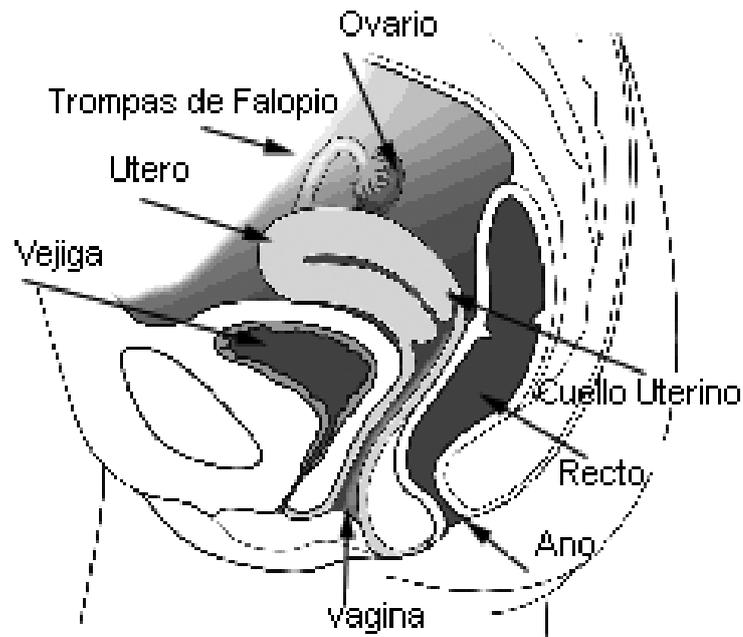
Post test de Ansiedad con Programa de las pacientes histerectomizadas del Servicio de Cirugía. Clínica Padre Luís Tezza 2008

Nº	Ítems	0	1	2	3	4
		Ausente %	Intensidad leve %	Intensidad moderada %	Intensidad grave %	Totalmente incapacitado %
01	Temor de que suceda lo peor	83,4	0	8,3	0	8,3
02	Sensación de tensión fatiga	25	75	0	0	0
03	Imposibilidad de relajarse	66,7	33,3	0	0	0
04	Temor a la oscuridad	25	58,3	16,7	0	0
05	Temor a ser dejado solo	58,3	33,4	8,3	0	0
06	Dificultad para conciliar el sueño	33,3	50	16,7	0	0
07	Dificultad para concentrarse	33,4	58,3	8,3	0	0
08	Escasa memoria	50	50	0	0	0
09	Perdida del interés	41,7	50	8,3	0	0
10	Falta de placer a los pasatiempos	41,7	58,3	0	0	0
11	Variaciones anímicas durante el día	33,4	58,3	8,3	0	0
12	Dolores musculares	33,3	50	16,7	0	0
13	Espasmo muscular o calambres	33,3	50	16,7	0	0
14	Rigidez muscular	50	33,3	16,7	0	0
15	Hiperactividad	41,7	50	8,3	0	0
16	Voz temblorosa	41,7	50	8,3	0	0
17	Zumbido de oídos	16,7	75	8,3	0	0
18	Visión borrosa	33,3	66,7	0	0	0
19	Sensación de frío, calor	0	83,3	16,7	0	0
20	Sensación de debilidad	25	58,3	16,7	0	0
21	Taquicardia dolor, precordial	25	50	25	0	0
22	Pulsaciones pronunciadas	58,3	16,7	25	0	0
23	Sensación de desmayo	58,3	25	16,7	0	0
24	Opresión del tórax	33,4	33,3	33,3	0	0
25	Sensación de ahogo	41,7	41,7	16,6	0	0
26	Suspiros frecuentes	25	66,7	8,3	0	0
27	Dificultad para deglutir	58,3	33,4	8,3	0	0
28	Dolor abdominal	91,7	8,3	0	0	0
29	Nauseas vómitos	33,4	58,3	8,3	0	0
30	Micción frecuente	33,4	58,3	8,3	0	0
31	Boca seca	33,3	41,7	16,7	8,3	0
32	Tendencia a la sudoración	16,7	58,3	25	0	0
33	Dolor de cabeza	83,4	0	8,3	0	8,3

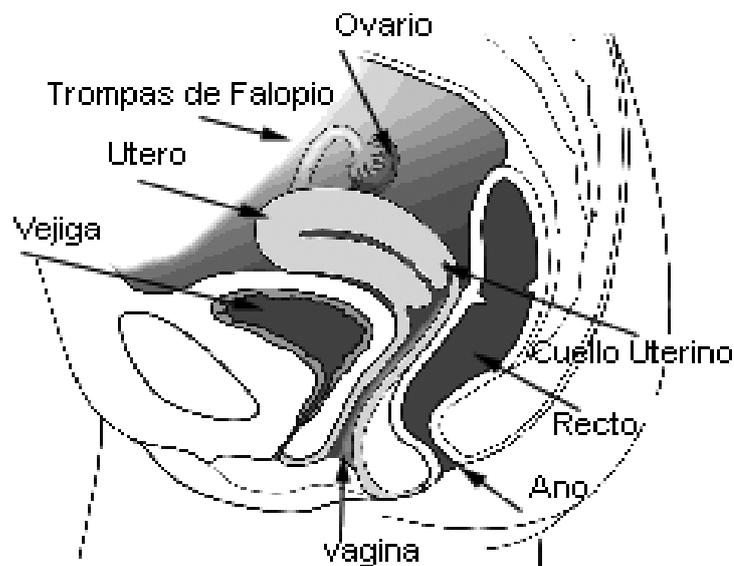
ANEXO Nº 21

ANEXO Nº 21

ANATOMÍA DE LOS ÓRGANOS PÉLVICOS ANTES Y DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA



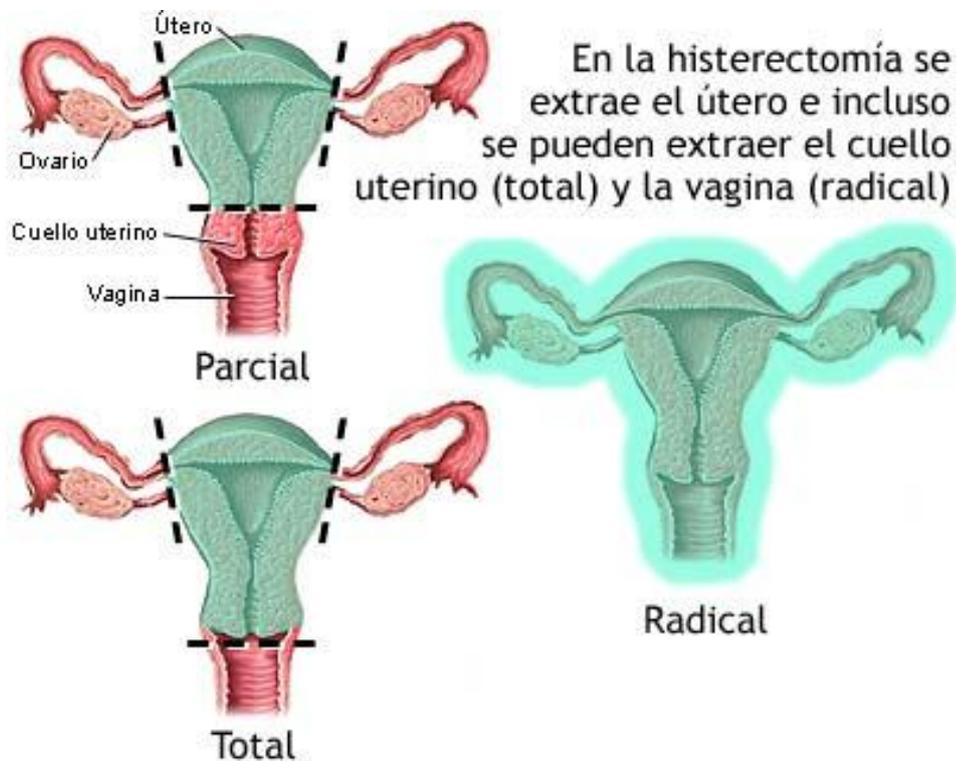
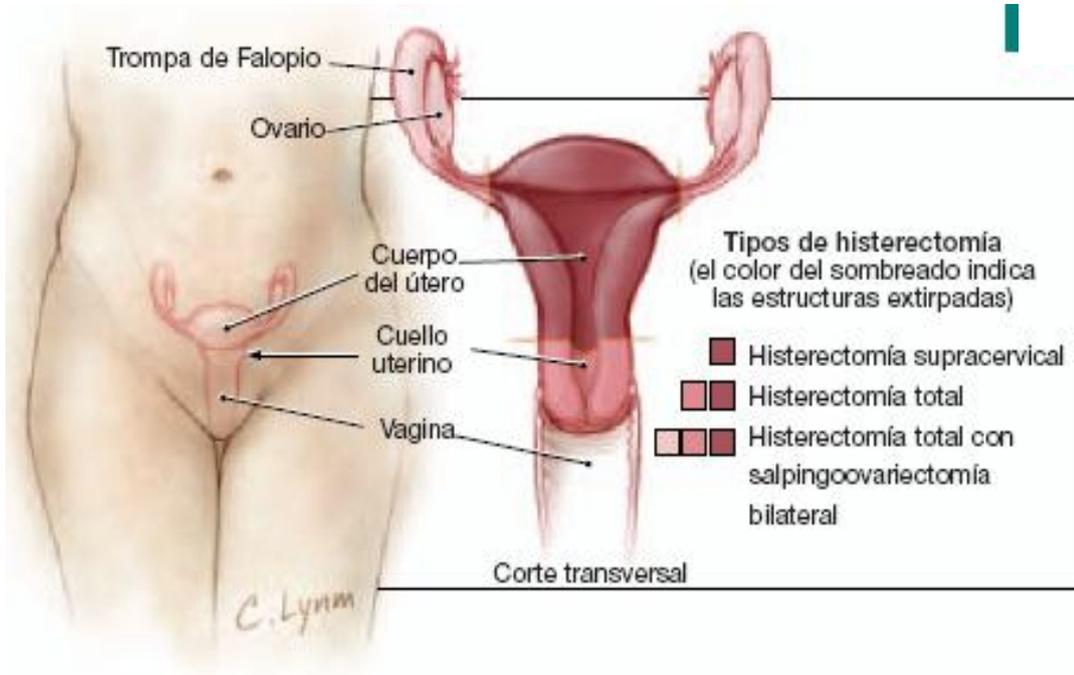
Organos pélvicos antes de la histerectomía



Organos pélvicos después de una histerectomía total (Útero y Cuello Uterino son extirpados)

ANEXO Nº 22

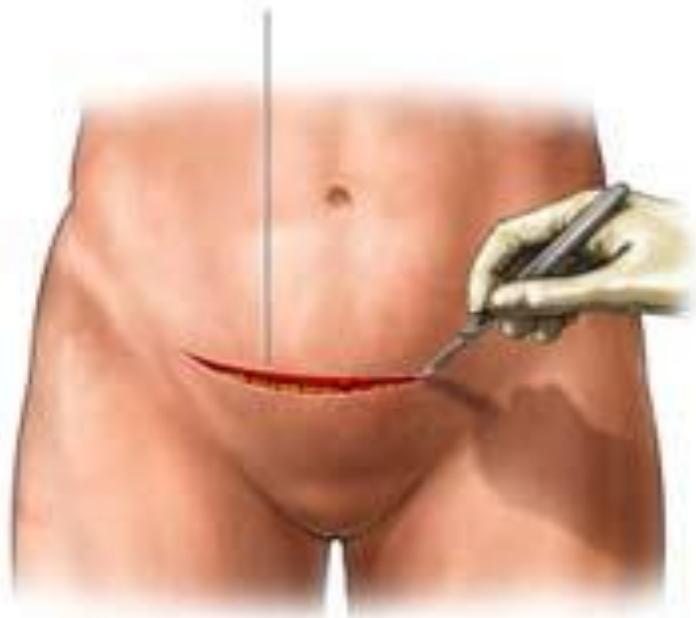
TIPO DE HISTERECTOMÍA



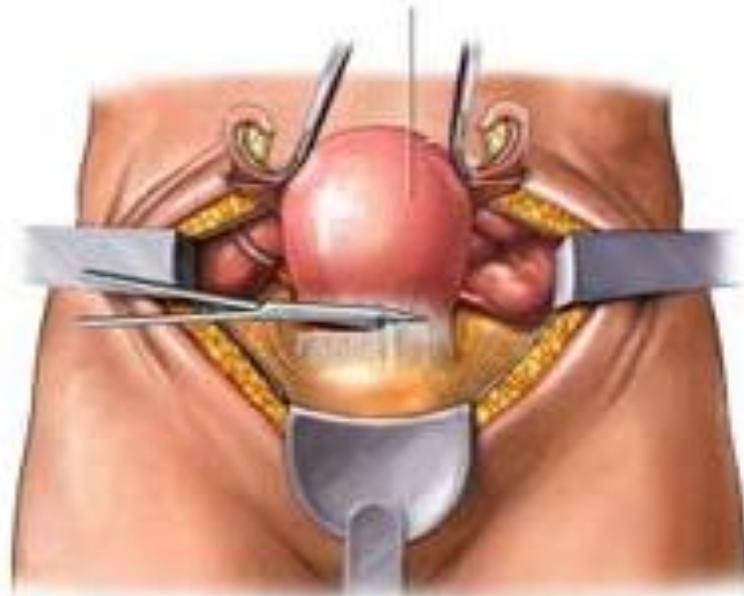
ANEXO Nº 23

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

Incision

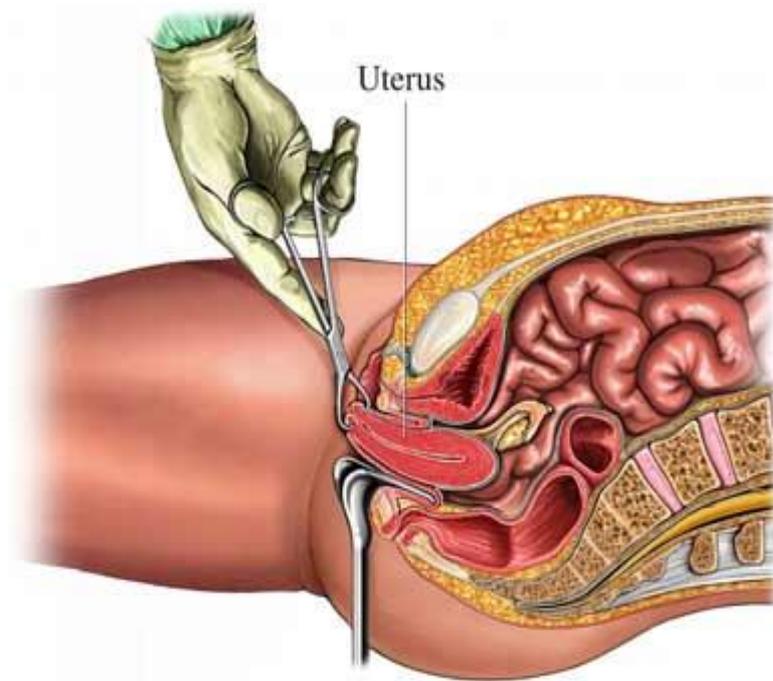


Uterus



ANEXO Nº 24

HISTERECTOMÍA VAGINAL



HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

