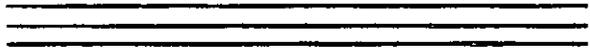


20
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA



**PARTICIPACION DE LA ENFERMERA EN LA PREPARACION
PSICOLOGICA PROPORCIONADA A LOS PACIENTES
QUE INGRESAN PARA CIRUGIA ELECTIVA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A N

**ESPERANZA NAVARRO GARCIA
MARIA DEL CARMEN ROBLES RODRIGUEZ
BACILIDES QUERO RAMIREZ**

**ASESOR ACADEMICO:
LIC. MAGDALENA MATA CORTES**

MEXICO D F 1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

277336



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
III.	OBJETIVOS.....	4
IV.	MARCO TEORICO.....	5
	<i>A. CIRUGÍA.....</i>	<i>7</i>
	a) <u>CONCEPTO</u>	7
	b) <u>CLASIFICACIÓN</u>	7
	<i>B. PACIENTE.</i>	<i>9</i>
	a) <u>ETAPAS DE LA ENFERMEDAD</u>	9
	<i>C. RESPUESTA PSICOLÓGICA.</i>	<i>10</i>
	a) <u>ESTRÉS</u>	10
	1. Síndrome General de Adaptación.....	11
	2. Respuesta Neuroendócrina al Estrés.....	12
	3. Efectos del Mecanismo Nodular Suprarrenal.....	12
	b) <u>ANSIEDAD</u>	13
	1. Niveles de Ansiedad.....	13
	2. Mecanismos de Defensa.....	14
	3. Signos de Ansiedad.....	15
	<i>D. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES DE ENFERMERÍA.....</i>	<i>16</i>

<i>E. NECESIDADES DEL INDIVIDUO (TEORÍA DE MASLOW).....</i>	20
<i>F. 14 NECESIDADES (TEORÍA VIRGINIA HENDERSON).....</i>	23
G. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.....	32
a) <u>FASE PREOPERATORIA</u>	32
1. Guía para La Admisión Del Paciente.....	32
2. Cómo Comunicarse Con El Paciente.....	33
3. Apoyo Psicológico De Enfermería al Paciente.....	34
4. Apoyo Psicológico a Familiares.....	36
5. Enseñanza en el Pre-Operatorio.....	37
6. Resultados Esperados.....	39
b) <u>FASE TRANS-OPERATORIA</u>	40
c) <u>FASE POS-OPERATORIA</u>	41
<i>G. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.....</i>	42
V. HIPÓTESIS.....	44
a. <i>HIPOTESIS VERDADERA</i>	44
b. <i>HIPOTESIS NULA</i>	44
VI. VARIABLES.....	45
A. <i>VARIABLE DEPENDIENTE</i>	45
B. <i>VARIABLE INDEPENDIENTE</i>	45
VII. METODOLÓGIA.....	46
A. <i>TIPO DE ESTUDIO</i>	46

<i>B. UNIVERSO Y MUESTRA.....</i>	46
<i>C. RECOLECCION DE DATOS.....</i>	46
<i>D. PROCEDIMIENTOS.....</i>	47
<i>E. INSTRUMENTOS.....</i>	47
VIII. PLAN DE TABULACION	51
<i>A. ESCALA VALUATIVA.....</i>	51
<i>B. ESCALA VALORATIVA.....</i>	52
IX. INTERPRETACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	54
<i>A.. RESULTADOS DE ESCALA ANSIEDAD HAMILTON.....</i>	59
<i>B. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE A. DE H.....</i>	60
<i>C. RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS PARA PACIENTES.....</i>	61
X. RECOMENDACIONES.....	82
XI. CONCLUSIONES.....	85
XII. BIBLIOGRAFIA.....	87

I. INTRODUCCIÓN.

En nuestro país, con los avances tecnológicos y progresos de las ciencias médicas, se han desarrollado en forma vertiginosa diversos equipos y aparatos que de alguna manera facilitan o mejoran el diagnóstico o tratamiento de los pacientes, sin que hasta el momento se pueda suplir por completo el trato directo con los mismos, puesto que un robot o máquina no podrá proporcionar un trato cálido y amable en los momentos de soledad y angustia que presenta una persona al ser encamado para recibir atención médica.

Es indudable que para lograr la confianza de los pacientes y una recuperación pronta y adecuada de los que son sometido a cirugía se requiere de sensibilidad, sentimientos o deseos que permitan dar lo mejor de sí para lograr el beneficio del paciente y disminuir los días estancia en los hospitales, lo cual redundará en beneficio de la institución y asimismo obtener como recompensa la satisfacción de haber hecho algo por alguien.

Los profesionales de la salud estamos comprometidos a actuar como abogados del paciente, puesto que es sabido que la primera impresión es decisiva y para muchos pacientes que ingresan a un hospital, tal vez sea la única ocasión que lo hagan, por lo que la impresión que se lleven será la imagen que tendrán no sólo del servicio al que son referidos, sino de la institución que se representa.

Por lo cual se hace necesario que los cuidados generales y específicos de enfermería proporcionados a los pacientes que van hacer sometidos a cirugía deben ser los adecuados y que cumplan con el objetivo. Estos cuidados de enfermería no solamente deben ser de una forma técnica sino también de manera más humana que brinde confianza y seguridad a los pacientes para incrementar su deseo de colaboración para su pronta recuperación, redundando esto en beneficio del paciente y hospital.

En la presente investigación se observa una correlación entre la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de la asistencia de Enfermería de Virginia Henderson comenzando por las necesidades físicas hasta los componentes psicosociales, puesto que la función de la enfermera es la de ayudar al individuo sano o enfermo a desarrollar el autocuidado basado en las necesidades humanas.

Así mismo se pretende que la enfermera actúe con independencia por los conocimientos adquiridos a través de su trayectoria profesional.

Con los antecedentes anteriores surge la inquietud de realizar una investigación longitudinal/comparativa causa-efecto que sea de trascendencia para la "enfermera" actual en su desarrollo profesional constando de 3 fases como se indica.

(1). Primera fase consiste en la presentación del marco teórico de referencia en el cual se contemplan los antecedentes del porque se desea realizar una investigación sobre la influencia de la preparación psicológica que brinda la enfermera a los pacientes que serán sometidos a cirugía electiva.

(2). Segunda fase esta se desarrolla con el planteamiento del problema, objetivos e hipótesis así como la metodología. En la cual fueron planteadas las variables respectivas.

En la investigación realizada, fueron planteadas las variables respectivas, las cuales facultarán para la obtención de diversos resultados, a través de las encuestas aplicadas a los pacientes que ingresan para cirugía electiva, para lo cual se toma como muestra representativa un 20% de las cirugías anuales, que son 696 (seiscientos noventa y seis), cirugías electivas que se realizan en el servicio de cirugía mixta No. 2 del Hospital Central Militar.

Con la obtención de los resultados y los criterios de evaluación establecidos para la investigación, lograremos obtener la aprobación o desaprobación de la hipótesis planteada.

(3). La tercera comprende los resultados, su interpretación y análisis que fundamenta conclusiones que seguramente contribuirán al desarrollo de la actualización de la enfermería.

Lo anterior se realiza para lograr al bienestar físico, biológico y mental del paciente que será sometido a cirugía electiva aplicando bases ya teorías ya establecidas.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Como influye la preparación psicológica que proporciona el personal de enfermería en los pacientes que ingresan para cirugía electiva, para una pronta recuperación en el postoperatorio?

III. OBJETIVOS.

A. *GENERAL.*

Determinar el grado de influencia que tiene la preparación psicológica en los pacientes que serán sometidos a cirugía electiva.

B. *PARTICULAR.*

- a. Mediante la preparación psicológica disminuir el grado de angustia del paciente, proporcionando con esto su colaboración para su pronta recuperación.
- b. Estableciendo una buena comunicación enfermera paciente, le proporciona seguridad y confianza hacia el personal e institución.
- c. Establecer actividades que contribuyan para proporcionar una adecuada preparación psicológica a los pacientes que ingresan para cirugía electiva.

IV. MARCO TEÓRICO.

Los adelantos científicos y tecnológicos han alterado el patrón de las enfermedades y los métodos terapéuticos tradicionales, obligando esto al personal de enfermería a incrementar sus estudios y buscar satisfacer las necesidades de nuestros pacientes en la medida que se demanden, para restablecer la salud considerando esta como un derecho humano fundamental, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se define como un estado de bienestar físico, mental y social completo y no simplemente la ausencia de enfermedad.

El concepto de salud de Virginia Henderson considera que la capacidad del paciente para realizar los 14 componentes de la asistencia en enfermería, primero requiere de la ayuda de la enfermera para posteriormente manejar el autocuidado, lo cual nos ha permitido observar que la calidad de la salud, más que la vida en sí misma, permite a la persona trabajar de una forma más efectiva. Lo anterior obliga a la investigación y ayuda a definir la enfermería así como el desarrollo del conocimiento de la especialidad.

Cuidar es un proceso que implica el desarrollo de una relación de respeto mutuo, de conocimiento, de confianza y de valor, este proceso interpersonal se proporciona mediante la asistencia tangible, que es cuando se atienden las necesidades físicas y ambientales del paciente; la asistencia emocional se proporciona cuando hay comunicación oral y no oral. Cuando el personal de enfermería ofrece al paciente esperanza, simpatía y trata de establecer una buena comunicación, le esta proporcionando ayuda para enfrentarse a la enfermedad. La promoción de la salud, la instrucción, la localización de los recursos y la comunicación son métodos de asistencia informativa para orientar al paciente y familia.

La respuesta de cada individuo ante la enfermedad es una experiencia única convirtiéndose en una amenaza psicológica y espiritual para el ser humano, que puede recuperar o aumentar la salud, cuando se recibe ayuda informativa, financiera o emocional por los seres que nos rodean y por la enfermera con un adecuado apoyo emocional y tangible, el paciente intenta recuperar la estabilidad y controlar su entorno y dominar su ansiedad, tomar decisiones y movilizar recursos; la enfermera debe cuidar, conocer y responder a las necesidades de las personas que se enfrentan a un problema de salud.

Tomando en consideración que los pacientes al llegar a buscar asistencia médica la enfermera es con la primera persona que establece un dialogo, crean una relación y empiezan a compartir experiencias, recordando que una persona enferma a menudo tiene un sentimiento de soledad que al llegar al hospital se incrementa por el aislamiento y su entorno totalmente desconocido (cama, personal, compañeras encamadas, el personal médico etc.) es muy importante que la enfermera sea observadora para detectar el grado de soledad ya que puede presentarse como cualquier molestia física y el paciente se observa retraído, deprimido y expresar sentimientos de culpa por no haber cuidado su salud, en este momento la enfermera debe mantener el bienestar del paciente atendiendo sus necesidades básicas, escuchando sus preocupaciones, inquietudes y aliviando los síntomas agudos, en base a una buena comunicación terapéutica que es la que ayuda a reflexionar, volver a explicar si es necesario, aclarar dudas, enfocar y permanecer en silencio, ayudando al paciente a mantener el respeto por si mismo.

Los individuos que experimentan alguna enfermedad suelen presentar ansiedad que es un sentimiento difuso, subjetivo, asociado a incomodidad, impotencia, inseguridad y aislamiento producido por lo desconocido y acompaña las experiencias nuevas, el paciente que será sometido a cirugía experimenta este sentimiento por los resultados postoperatorios o por que algún familiar a tenido alguna experiencia negativa aparentemente por el peligro que representa la cirugía para su funcionamiento físico.

A. CIRUGÍA.

a. CONCEPTO.

Cirugía es la rama de la medicina que se encarga de las técnicas quirúrgicas.

La cirugía es uno de los métodos fundamentales de tratamiento médico. Es una experiencia estresante ya que implica una amenaza a la integridad corporal e inclusive a la vida misma. La enfermera está en situación de ayudar a contrarrestar los agentes estresantes, a disminuir el dolor y ayudar a una pronta recuperación.

b. CLASIFICACION.

1. DIAGNOSTICA.

Es cuando se extrae un fragmento de tejido para biopsia ó se realiza una laparotomía exploradora, para determinar la causa de los síntomas.

2. CURATIVA.

En esta cirugía se elimina lo que causa el problema por ejemplo un tumor ó un apéndice infectada.

3. RECONSTRUCTIVA O ESTETICA.

Se realiza con el objeto de dar una mejor presentación al paciente.

4. PALEATIVA.

Alivia los síntomas sin curar la enfermedad. ¹

5. POR LA URGENCIA QUE OBLIGA LA PRACTICA DE LA CIRUGIA.

¹ Barbara C. Long y May Wykle. Enfermería Médico Quirúrgica 2ª Edición. pág. 348.

i. INMEDIATA.

Es una cirugía impostergable y de ser así puede causar la muerte.

ii. MEDIATA.

El paciente debe atenderse en las primeras 30 horas.

iii. NECESARIA.

Se planea la cirugía para efectuarla en semanas.

iv. ELECTIVA.

Este tipo de cirugía es necesaria pero no indispensable, la omisión de la cirugía no tiene consecuencias graves y un ejemplo son reparación de cicatrices, hernias simples, reparación vaginal.

v. OPCIONAL.

Para realizar la cirugía depende de la decisión del paciente de acuerdo a sus preferencias personales.²

6. POR SU EXTENSIÓN.

i. CIRUGIA MENOR.

Es una cirugía simple que no pone ningún riesgo a la vida y puede realizarse en el consultorio, clínica ó quirófano, es para pacientes ambulatorios.

ii. CIRUGIA MAYOR.

Esta cirugía se realiza con anestesia general en el quirófano y es para pacientes que se hospitalizan y puede tener riesgos para la vida.³

² Brauner y Suddarth, Enfermería Médico Quirúrgica. Séptima Ed. Pág. 430.

³ Bárbara, Op. Cit., p.p. 349

B. PACIENTE.

El personaje principal en los servicios asistenciales es el paciente desde el momento en el que se presenta a solicitar atención médica y llevando consigo una serie de preocupaciones personales que se ven amplificadas y complicadas con la alteración en sus problemas de salud.

La mayoría de las personas no pensamos en enfermar o sufrir algún accidente que modifique nuestro estilo de vida temporal ó permanentemente, una de las esperanzas más comunes es tener una vida: longeva y sana, sin embargo en cualquier momento pueden presentarse cambios difíciles y dolorosos que traen como consecuencia reacciones estresantes, ira, negación, pesar e incertidumbre.

Los síntomas de dolor y otras molestias originan que el ser humano busque ayuda en las instituciones de salud originando esto estudios de diagnóstico, laboratorio y tratamiento médico, por último la hospitalización , que es una vivencia muy estresante pero necesaria, el paciente y sus familiares tienen que adaptarse a las dificultades que acompañan a las diversas etapas de la enfermedad hasta llegar a la recuperación total.

Al hospitalizarse nuestro paciente se encuentra en un medio desconocido y con frecuencia atemorizante donde se siente vulnerable y sin control de la situación, sus metas, familia, trabajo, ingresos, imagen corporal y estilo de vida se ven modificados de manera drástica transformándose en crisis para el paciente y repercutiendo desfavorablemente para su pronta recuperación.⁴

a. ETAPAS DE LA ENFERMEDAD.

1. PRIMERA ETAPA.

En esta etapa aparecen los primeros síntomas en nuestro paciente y con esto la ansiedad enfrentándolo con actividades sociales y laborales adicionales, mientras que otras personas se vuelven pasivas y retraídas con la esperanza de que desaparezcan los síntomas, otras más no buscan atención médica por el temor al diagnóstico.

⁴ Auedis D. Calidad de la atención. pag. 31.

En esta etapa inicial predomina la ansiedad, sensación de culpabilidad, vergüenza y negación.

2. SEGUNDA ETAPA.

En esta etapa nuestro paciente acepta estar enfermo y busca ayuda, se desliga de sus responsabilidades habituales y decide cooperar en su tratamiento y su dependencia creciente se acompaña de preocupación. La enfermera es un factor muy importante para que el paciente progrese en esta etapa y recupere su autonomía, enseñándole en forma clara y precisa como debe cooperar para su pronta recuperación. En esta etapa el paciente experimenta ira, culpabilidad y resentimiento.

3. TERCERA ETAPA.

Es el lapso de convalecencia ó restauración de la salud, Sentirse bien implica abandonar una posición de dependencia y regresión para reasumir las responsabilidades propias de una vida adulta y reanudar las relaciones normales con los demás y en el trabajo. En un paciente sometido a cirugía esta etapa se acorta, siempre y cuando se le haya proporcionado una buena enseñanza postoperatoria para que en coordinación con la enfermera participe para su pronta recuperación.⁵

C. RESPUESTA PSICOLOGICA

a. ESTRÉS.

Es el estado resultante de un cambio ambiental que la persona percibe como desafiante, amenazador o rompe con su equilibrio dinámico, se acompaña de un desequilibrio real o percibido por la persona en cuanto a su capacidad para satisfacer las necesidades que le plantea la nueva situación.

⁵Bruner, Op. cit., p.p. 139.

El cambio que produce dicho estado es el factor estresante, su naturaleza es variable, todos los seres humanos responden de manera diferente, aquí el objetivo principal es la adaptación de modo que el equilibrio se recupere y se tenga la energía y capacidad para enfrentar las exigencias del medio externo. Las personas que muestran una conducta adaptada son aquellas que hacen uso apropiado de sus mecanismos de lucha y no muestran síntomas de alteración psicológica. La exposición a agentes estresantes psicológicos en la vida diaria ayuda a desarrollar métodos eficaces de lucha que facilitan el trato con nuevos agentes; la inadaptación conduce a disfunción y alteraciones psico y fisiopatológicas.

Los factores estresantes se clasifican según su duración en agudos los de duración limitada como lo es el periodo preoperatorio y son crónicos los que ocurren por un factor que los desencadena.⁷

1. Síndrome General de Adaptación.

El síndrome general de adaptación propuesto por Selye como una respuesta del individuo ante el estrés consta de tres fases:

i. FASE DE REACCION DE ALARMA.

Durante la fase de alarma se inicia la respuesta de lucha o huida, el individuo se prepara para contrarrestar el factor estresante o apartarse de él. Si el choque es demasiado grave aparece una respuesta de congelación, es decir la persona no puede luchar ni huir, durante esta fase se activan los mecanismos neuroendocrinos.

ii. FASE DE RESISTENCIA.

La exposición continua y prolongada del agente lleva a la fase de resistencia, durante esta fase hay una actividad adrenocortical continua para lograr la adaptación, se requiere de energía para mantener en alto nivel la resistencia, si la adaptación tiene éxito y se elimina el agente estresante, la persona puede volver al estado previo al estrés.

iii. FASE DE AGOTAMIENTO.

Aparece cuando el agente es tan fuerte que es imposible que los mecanismos de defensa sean efectivos ó cuando el agente no se elimina y agota la energía para mantener la resistencia, también los agentes estresantes psicológicos pueden causar trastorno mental ó la muerte⁶.

4

⁶ Barbara. Op.Cit. p.p. 130.

⁷Barbara. Op cit., p.p. 107-108.

2. Respuesta Neuroendocrina al Estrés.

El hipotálamo responde a estímulos periféricos o de la corteza cerebral activando dos mecanismos diferentes, el mecanismo medular suprarrenal y el mecanismo adrenocortical de la hipófisis anterior. El mecanismo medular suprarrenal, suprime funciones que no son esenciales para la vida y aumenta las que facilitan la superación de la situación estresante. Se conducen impulsos desde el hipotálamo a los centros simpáticos en los segmentos toraco-lumbares de los eferentes nerviosos autónomos para preparar al organismo para luchar, se mantiene un adecuado suministro de sangre al cerebro y al corazón, elevándose el suministro de sangre a los músculos. Se toman medidas para mantener el equilibrio hidroelectrolítico y de temperatura y para aportar más energía. Para conseguir estas respuestas las fibras adrenérgicas del sistema nervioso autónomo son estimuladas y producen una sustancia llamada noradrenalina y la médula suprarrenal segrega noradrenalina.

El mecanismo adrenocortical de la hipófisis anterior no se activa por impulsos nerviosos, sino por una neurosecreción llamada factor liberador de corticotropina. Esta sustancia se produce en el hipotálamo y se libera en las venas portales de la hipófisis. El factor liberador de corticotropina estimula a la hipófisis y aumenta la cantidad de hormona adrenocorticotropa liberada, lo que a su vez causa una secreción de hormonas esteroides corticosuprarrenales.

3. Efectos del Mecanismo Medular Suprarrenal.

OJOS Dilatación pupilar.

CORAZÓN Mayor ritmo, contractilidad y gasto.

VASOS SANGUÍNEOS Contraídos.

PULMONES Relajación de musculatura bronquial.

APARATO DIGESTIVO Menor movilidad y menos secreción.

PANCREAS Menor secreción.

HÍGADO Glucogenólisis, gluconeogénesis.⁸

⁸Barbara, Op. cit., pp. 107-108.

b. ANSIEDAD.

La ansiedad es una reacción normal al estrés y a las amenazas percibidas, surge ante la percepción de peligro real o imaginario, que se experimenta de manera fisiológica, psicológica y conductual.

El nivel de ansiedad producido y sus manifestaciones dependen de la madurez y preparación de las personas, de su comprensión de la tensión creada por una necesidad de su nivel de autoestima y sus mecanismos de defensa, la ansiedad es una energía que no se puede objetivar solo se puede deducir por la conducta del individuo.

La ansiedad se considera un proceso que incluye los siguientes pasos:

1. Se espera que ocurra algo.
2. No ocurre lo esperado.
3. Surge una tensión interna.
4. Se manifiestan conductas de alivio de la tensión.
5. Se experimenta dicho alivio.⁹

1. Niveles de Ansiedad.

i. LEVE.

Paciente alerta, motivado y productivo, se considera un nivel normal y beneficioso.

ii. MODERADO.

Produce molestia, preocupación y desasosiego, este paciente es menos capaz para aprender, concentrarse y realizar alguna actividad.

iii. GRAVE.

El paciente se observa con insomnio, tembloroso, taquicardia, irritable, diaforesis, anorexia, con signos vitales alterados, resequead de boca y se torna poco cooperador.

⁹Brunner Op. Cit. p.p. 143.

iv. ANSIEDAD INTENSA.

Hay pánico, pérdida de control, se observa el paciente desorganizado y definitivamente no cooperará para la cirugía " LA ANSIEDAD SURGE CUANDO UNA PERSONA SE VE AMENAZADA "

v. PANICO.

La enfermera debe proporcionar bienestar, comprensión y actuaciones tangibles, atendiendo a las necesidades psicológicas y proporcionando un ambiente de comodidad, no olvidar que la ansiedad puede transmitirse por lo tanto cuidar que el paciente no nos transmita su ansiedad y ayudar a que los familiares no la transmitan al paciente, nuestra conducta será siempre positiva, tranquila y conocer bien nuestras indicaciones verbales y no verbales, debemos movernos con seguridad, lentitud, confianza, constante, congruente y amable.¹⁰

2. Mecanismos de Defensa

i. CONDUCTA AGRESIVA.

En algunas ocasiones cuando el individuo se ve amenazado, responde con agresión, lo que lo hace sentir menos indefenso y más poderoso, la agresión es una forma de manejar la ansiedad, porque las personas se enfadan a menudo por la pérdida de salud y ponen en duda lo que está sucediendo; se vuelven irritables y poco cooperadores y pueden proyectar su enfado contra el personal de salud y volverse más exigente. Por lo que la enfermera debe tomar las siguientes medidas:

1. Dar la oportunidad al paciente de expresar lo que siente y las razones de esos sentimientos.
2. Aguantar expresiones de hostilidad sin contestar ni hacer que la persona se sienta culpable.

¹⁰Brunner Op. Cit. p.p. 144.

3. Establecer unos límites y prever las exigencias del paciente.

ii. CONDUCTA DEPRESIVA.

La depresión es una respuesta normal ante la enfermedad una vez que ha sido aceptada, la persona refiere sentimientos de tristeza y amargura y podemos encontrar alguno de los comportamientos.

1. Disminución de sus relaciones interpersonales.
2. Falta de interés en sus actividades.
3. Expresar preocupación por su enfermedad.
4. Deseo expreso de morir o preocupación por la muerte.
5. Conducta dependiente.
6. Disminución de la actividad.
7. Quejas de cansancio o insomnio.
8. Sollozos.

iii. RETRAIMIENTO.

Permite al individuo conservar la energía mental y física necesaria para enfrentar al estrés y recuperar la salud, estos pacientes presentan pocos problemas y se etiquetan como buenos pacientes aunque esto puede ser peligroso ya que pueden pasar desapercibidos.

iv. SUSPICACIA..

Los pacientes tienen una sensación de impotencia o falta de control como consecuencia del estrés y la ansiedad, les es difícil confiar y es posible que hayan tenido experiencias previas en las que aprendieron a desconfiar del equipo de salud.

v. CONDUCTA HIPOCONDRIACA.

Esto es lo que puede llamarse refugio en la enfermedad; estos pacientes suelen somatizar sus preocupaciones, es decir, aprenden a expresar su ansiedad mediante quejas sobre una variedad de síntomas físicos y todo esto para obtener la atención necesaria. "

¹¹ Freud Sigmund, esd. Altaya pp. 115-140.

vi. COLERA, IRA Y HOSTILIDAD.

Debemos estar preparados para enfrentar la cólera, ira y hostilidad que son respuestas normales y previsibles que suelen ser inadecuadas, terribles y desagradables pero que se presentan en un paciente encamado surgiendo en respuesta a la amenaza de... lo voy a , tenemos que ..., no puede, no debe ...

No olvidar que satisfaciendo las necesidades de nuestros pacientes en forma adecuada ayudamos al bienestar del mismo y reducimos el grado de sentimientos negativos, sintiéndose apoyado, comprendido y seguro.¹²

3. Signos de Ansiedad.

- PIEL. Pálida o húmeda.
- PUPILAS. Dilatadas.
- RESPIRACIÓN. Profunda y puede ser más rápida.
- PULSO. Rápido y fuerte.
- TEMPERATURA. Ligeramente elevada.
- APARATO DIGESTIVO. Anorexia, nausea y estreñimiento.
- APARATO URINARIO. Orinar con más frecuencia.
- APARATO LOCOMOTOR. Inquietud, movimientos frecuentes de las manos.

- DE CONDUCTA
 - Menor capacidad de atención.
 - Menor capacidad para seguir instrucciones.
 - Tendencia a fingir.
 - Tendencia a somatizar.

D. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES DE ENFERMERIA.

Cualquier técnica quirúrgica va precedida de algún tipo de reacción emocional, sea manifiesta u oculta, normal o anormal. Por ejemplo la angustia en el preoperatorio es una respuesta anticipada a una experiencia que, a los ojos del enfermo, puede ser una amenaza a su estilo de vida, integridad corporal e incluso su vida misma. La intranquilidad afecta las funciones del organismo, por lo que es preciso identificar el grado de angustia que sufre el paciente.

¹² Barbara Op. P.p. 112,113.

La anamnesis de enfermería cuidadosa sirve para conocer las dudas y preocupaciones del interesado, que pueden guardar relación directa con la experiencia quirúrgica. La persona a quien se le practicara una operación esta atemorizada, teme a lo desconocido, la muerte, la anestesia, el cáncer y aunado a esto la preocupación por llegar a perder el trabajo, su responsabilidad de mantener a su familia y la posibilidad de quedar incapacitado permanentemente, nos da una idea de la carga emocional tan grande de nuestro paciente ante la perspectivas de una operación. En consecuencia la enfermera debe ser tolerante y comprensiva.

La valoración psicológica de enfermería:

1. Observación:

La enfermera debe observar a su paciente para identificar su miedo por ejemplo cuando formula muchas preguntas y las repite constantemente independientemente de que se le respondieron y en otras ocasiones la respuesta puede ser de retraimiento y evitar la comunicación ó cuando comenta "Seguramente piensa que estoy un poco nervioso por lo de la operación". En este momento es cuando hay que abrir la comunicación y no contestar " POR FAVOR NO HAY NADA QUE TEMER".

2. Disipar el Temor:

Hace algunos años era injustificable el miedo a la anestesia dado que se conocía poco sobre el control y el efecto de los anestésicos, y en la actualidad con métodos mas refinados, fármacos probados y anestesistas expertos hoy son mínimos los riesgos, la facilidad con la que los pacientes aceptan en la actualidad la anestesia se atribuye a la adecuada preparación física y mental que reciben, las consecuencias de la preparación insatisfactoria son las dificultades de su inducción, seguidas de su recuperación. La enfermera con una adecuada relación con su paciente esta en la mejor posición para disipar conceptos y datos falsos, cuando el anestesista y la enfermera visitan al paciente un día antes de la operación, se obtiene su confianza verdadera y aceptación de la anestesia con mejor disposición, además de que siente menos temor porque son menos las dudas que tiene.

El temor a la muerte, algunos cirujanos no operan si el paciente está convencido de que morirá, temor que es real y no debe tomarse a la ligera, la relación satisfactoria paciente y enfermera junto con el tacto de parte de ella puede hacer que el individuo se percate de que sus temores son exagerados. " Es de gran utilidad despertar su confianza ante quienes lo atenderán".

Temor a lo desconocido, nace de la idea de que no se le señala todo lo que debe saber sobre el diagnóstico o enfermedad, cuando mejor conozca las probabilidades futuras, tanto mejor será su adaptación. La enfermera está en posición privilegiada para disipar las angustias del paciente e inducirle cierta tranquilidad. A menudo expresa miedos e ideas erróneas a la enfermera, no al cirujano y en estas circunstancias ella debe transmitir privadamente todos estos datos de angustia".¹³

3. Aprovechar las Experiencias positivas:

El paciente que ha tenido una experiencia positiva con la cirugía puede ser menos aprensivo. Sin embargo las vivencias negativas agravan los temores, las enfermeras tenemos que procurar que el enfermo considere la próxima operación como una situación nueva y singular no una repetición del pasado.

4. Miedo a los cambios de la imagen corporal, es común ya que en muchos casos la cirugía se ha vuelto radical, también hay mayor énfasis en la juventud belleza corporal y prendas de vestir menos recatadas, como lo muestran las revistas y los anuncios de televisión, es por esto el temor a la intervención quirúrgica por la cicatriz de la incisión.

Miedo a la separación del ser amado, de los sistemas de apoyo familiares y de actividades anteriores, no solo esto también puede despertar la angustia.

Además de los temores anteriores se pueden presentar otros como los problemas económicos, responsabilidades familiares y obligaciones laborales . Se teme al pronóstico sombrío o la probabilidad de una invalidez futura todos estos problemas los debe investigar la enfermera para poder buscar entre el equipo de salud quién mejor pueda ayudar a resolver los problemas del paciente.

Una vez que se expresan, esclarecen y examinan los temores mencionados es indispensable lograr que el individuo revele lo que significa la operación para el paciente a corto y largo plazo.

13 Avedo. donaveditan la calidad de la atención Op cit p p 64

5. La preparación psicológica para soportar el estrés ulterior incluye permitir al individuo cierto grado de preocupación e interés, es más provechoso que si no sintiera miedo anticipado o éste fuera mínimo. La información que despierta temor moderado aumenta la tolerancia al estrés al generar mecanismos eficaces para resolver los problemas; si el interesado no sintiera el menor temor, tampoco tendría la motivación que se precisa a fin de prepararse psicológicamente para una experiencia difícil.

También hay que tomar en consideración la trascendencia de la terapia espiritual y cualquiera que sea el credo religioso que profese, reconocer que la fe es la gran sanadora. Debe intentarse que obtenga el auxilio espiritual que pide. Esto puede lograrse si participa en oraciones, lee pasajes de la Biblia o recibe la visita de un sacerdote o ministro. La fe tiene enorme capacidad de apoyo, de manera que se deben respetar y reforzar las creencias individuales.

El medio más útil con que cuenta la enfermera es su capacidad de escuchar con atención al paciente, en especial durante la anamnesis, al participar en la conversación y usar los principios de una entrevista hecha con tacto, puede obtener datos útiles; la actitud reposada, comprensiva y amable de la enfermera despierta confianza en el enfermo. Todo paciente debe ser tratado como persona con miedos y esperanzas.

La comprensión y el auxilio pueden obligar al uso de técnicas y procedimientos distintos de los requeridos con otro. Dedicar tiempo suficiente a responder preguntas y brindar apoyo psicológico con la mejor garantía de que el postoperatorio siga un curso más tranquilo. El paciente duerme mejor, recuerda menos imágenes atemorizantes, necesita menos anestésicos y analgésicos, se recupera con mayor rapidez y puede volver mas pronto a su hogar.

E. NECESIDADES DEL INDIVIDUO (TEORIA DE MASLOW).

a. NECESIDADES FÍSICAS O DE SUPERVIVENCIA.

Son las necesidades que deben satisfacerse para sobrevivir Incluye necesidades de alimento, agua, oxígeno, desechos corporales, descanso y eliminación, Además de las anteriores se incluye la satisfacción sexual.

b. **NECESIDADES PSICOLÓGICAS.**

Se encuentra incluida la sensación de miedo, la cual se cubre a través de:

1. Cortesía y respeto.
2. La actitud de la enfermera tiene suma importancia al disminuir el temor que el paciente tiene hacia la unidad hospitalaria.
3. El estrés, forma parte de una necesidad psicológica, así como lo es la angustia.

c. **NECESIDAD DE SEGURIDAD Y CONFIANZA.**

Son las cosas que hacen las personas para sentirse segura y cómoda.

Esta necesidad, se cubre proporcionando abrigo y protección, explicando al paciente cada procedimiento que se le realiza y el motivo de este, así como también sus posibles molestias.

Para satisfacer estas necesidades, se requiere proporcionar al paciente la información relativa a su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, esta debe ser expuesta en forma lógica, ordenada, veraz y oportuna.

Es importante no emplear terminología médica cuando se explica al paciente.

d. **NECESIDADES DE AMOR Y PROPIEDAD.**

Es la necesidad de dar y recibir afecto y amor

Se proporciona a través del trato al paciente como persona, como ser humano con afecto, cercanía, contacto físico, propiedad y favoreciendo a una verdadera empatía con el paciente.

Se considera dentro de estas necesidades el derecho a la privacidad, tanto física, como de la información relativa a su padecimiento, incluye manejo de expediente clínico, secreto profesional y la protección de la individualidad.

El tacto es también una forma de cubrir estas necesidades, proporcionando consuelo, cuidado, cariño y confianza, siendo parte además de la comunicación no verbal.

En función de la comunicación, es muy importante impedir los comentarios personales con los pacientes, para evitar involucrarse sentimentalmente.

e. **NECESIDADES DE RECONOCIMIENTO O ESTIMA.**

Son las cosas que hace una persona para sentirse bien consigo misma, orgullosa de su capacidad y logros.

Se satisfacen reforzando el valor y la autoestima del paciente, tratándolo como un ser biopsicosocial.

Se requiere capacidad para detectar los problemas y frustraciones de los pacientes.

Es necesario comprender al paciente y permitir que exprese sus temores, esperanzas y deseos.

f. **NECESIDAD DE AUTOACTUALIZACIÓN O AUTORREALIZACIÓN.**

Es la necesidad de seguir creciendo y cambiando; trabajar hacia el logro del objetivo futuro, se refiere a la potencialidad de cada paciente, para crear y pensar en ello, se requiere que el mismo sienta seguridad y confianza.¹⁴

¹⁴ At Kitson Leslie G. y Col. Proceso Atención Enfermería. Ed. Manual Moderno. México 1993, p. 214.

F. NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

Antecedentes:

Virginia Henderson nació en 1897 durante la primera guerra mundial desarrollo su interés por la enfermería y en 1918 ingreso en la army school of nursing de washigton D.C., se gradúo en 1921 y en 1922 inicio su actividad como profesora de enfermería, a través de su carrera profesional tiene una larga carrera como autora e investigadora.

Henderson publico por primera vez su definición de enfermería en la revisión que en 1955 hizo con Harmer de la obra the principles and practice of nursing, en la cual ve la necesidad de aclarar las funciones de la enfermera.

Definición de la enfermería según Henderson:

La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyan o que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude hacer independiente lo antes posible.

Necesidades de Henderson.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber en forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir las prendas de vestir, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar practicas religiosas según la fe de cada uno.

12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar a participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales y utiliza los recursos sanitarios disponibles.

Afirmaciones Teóricas.

La relación enfermera – paciente.

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera – paciente.

1. La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente.
2. La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente.
3. La enfermera como compañera del paciente.

La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo sea este la independencia o un o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser que el día del transcurso con una mayor normalidad posible. La promoción de la salud es otro de los objetivos importantes para la enfermera. Henderson afirma que se consigue más ayudando a que cada persona aprenda a estar sana que preparando a los terapeutas más capacitados para servir a los que lo necesitan.

La relación enfermera – médico.

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la que los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo la forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico y subraya que las enfermeras no siguen las órdenes de los médicos, ya que cuestiona una filosofía que permita al médico dar órdenes a los pacientes o los profesionales sanitarios.

I. Investigación.

Henderson recomienda la investigación de biblioteca, pues ella misma ha realizado una revisión de las fuentes bibliográficas y de la investigación de enfermería

Considera que el desarrollo de la enfermería se debe realizar en un clima de investigación, introduciéndola en el bachillerato, así como la investigación des necesaria para evaluar y mejorar el ejercicio profesional.

Las enfermeras tienen que adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que basar su actitud profesional, piensa Henderson. Recomienda una mayor utilización de las fuentes bibliográficas entre las enfermeras y confía en que éstas realicen investigaciones para perfeccionar el ejercicio de la profesión y no simplemente para lograr un reconocimiento académico.

En una revisión y valoración de la investigación en enfermería realizaba por Henderson y Leo W. Simmons en 1964, se encontraron varias razones que explican la ausencia de investigación n enfermería de investigación en enfermería clínica, a saber:

1. La mayor parte de las energías de la profesión se ha invertido en mejorar la preparación para ser enfermera.
2. aprender a atraer y mantener un número suficiente de enfermeras para satisfacer la creciente demanda una cantidad consistente de las energías.
3. La necesidad de administradoras y formadores ha agotado aún más el número de enfermeras tituladas.
4. La pérdida de apoyo por parte de los administradores, de los administradores de servicios de enfermería y de los médicos ha desarrollado a los investigadores.

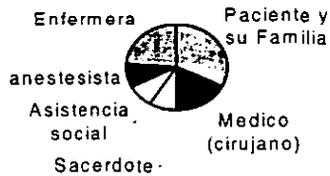
La asistencia de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería surgen cuestiones que han de investigarse, y la función de la enfermería es asumir la responsabilidad de identificar los problemas para dar una validez continua a su función para perfeccionar los métodos que utiliza y para asegurar la eficacia de la asistencia de enfermería.

Henderson concluye que “ninguna profesión, ocupación o industria de esta época puede evaluar correctamente o mejorar su actividad sin investigación”. La investigación es el análisis con mayor grado de fiabilidad.

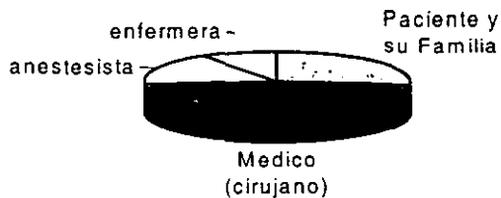
Opina que hasta que las enfermeras en activo no aprendan a utilizar las fuentes bibliográficas, tales como los índices de al National Library of medicine, las “enfermeras no habrán dado el más elemental de los pasos para formar parte de una profesión basada en la investigación algo que las enfermeras quieren reivindicar en este momento.”¹⁵

¹⁵ Antología, textos filosóficos UNAM. MEXICO 1998. pp.274-283

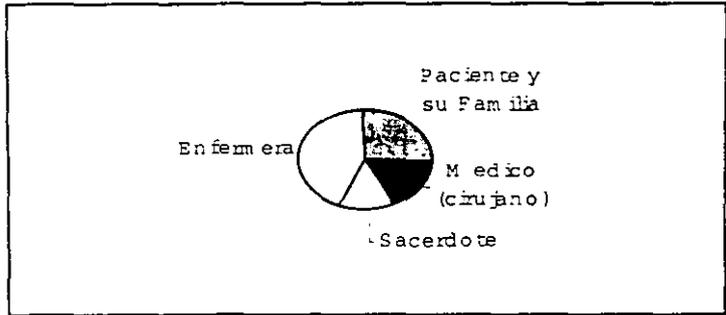
Ejemplo de cómo disminuye el papel del personal de enfermería a medida que progresa la rehabilitación en el caso de un hombre que le han amputado una pierna.



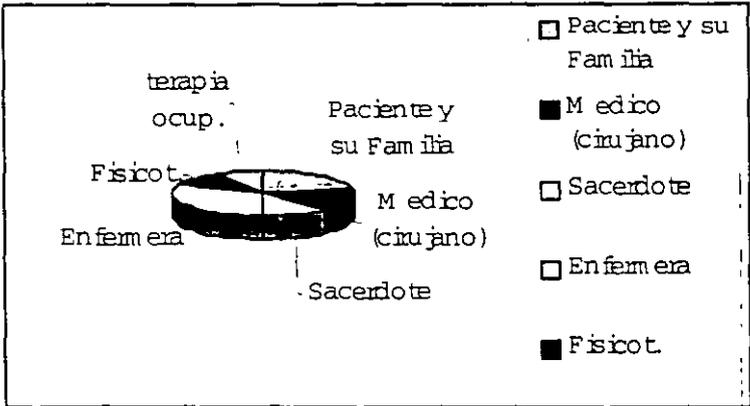
Paciente M. Un día antes de la operación.



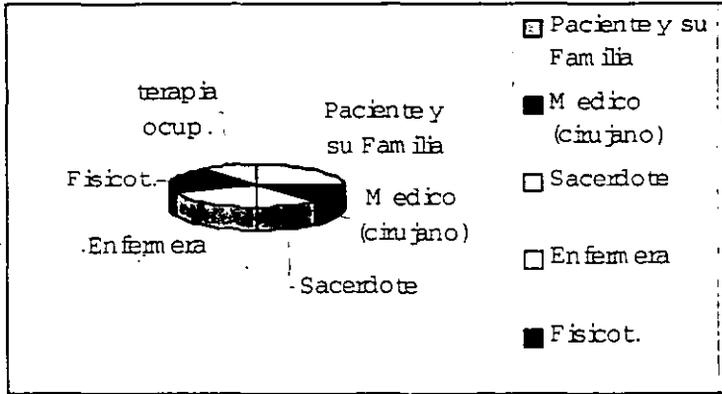
Día de la operación.



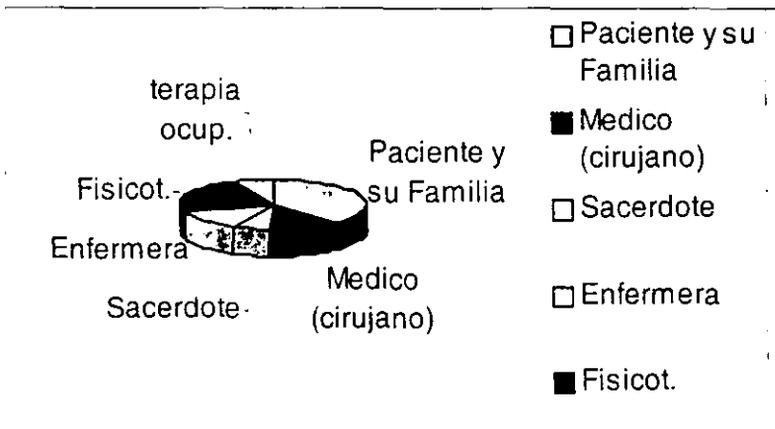
Primer día después de la operación.



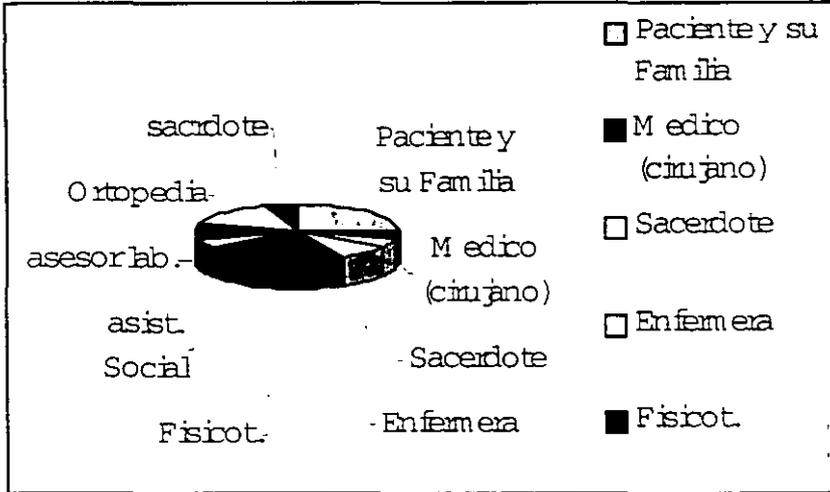
Segundo día después de la operación.



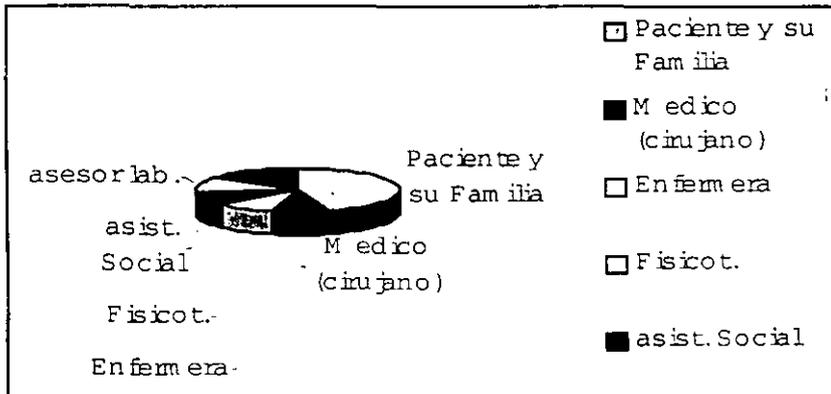
Cuarta semana después de la operación.



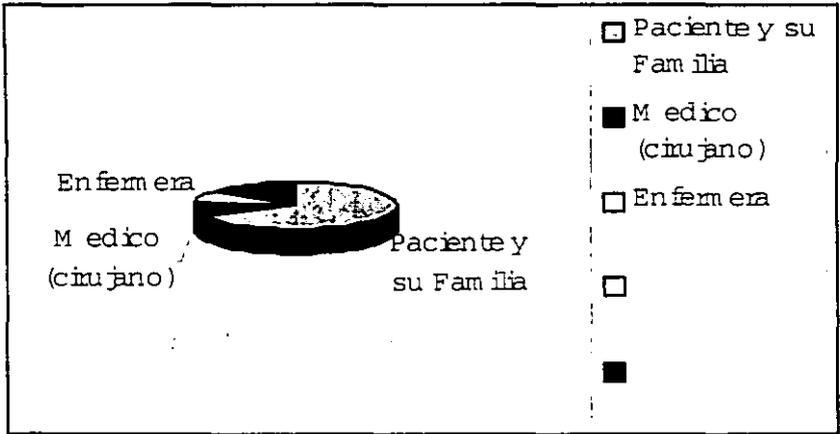
Octava semana después de la operación.



Cuatro meses después de la operación.



Seis meses después de la operación.



Un año después de la operación.

G. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA.

a. FASE PREOPERATORIA.

La fase preoperatoria, comienza con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica y termina con el transporte del individuo al quirófano, las principales responsabilidades del personal de enfermería durante este periodo son: preparar al paciente físicamente y psicológicamente para enfrentar el estrés de la cirugía y de la anestesia y educarlos para reducir la ansiedad en el postoperatorio, facilitando así su recuperación y disminuyendo su estancia hospitalaria.

Al ingresar el paciente a hospitalización y realizando cuidadosamente la anamnesis nos ayuda para conocer las dudas y preocupaciones del paciente y establecer nuestro plan de trabajo. Una parte importante de la valoración psicológica es precisar la importancia de la participación de la familia o de las personas que le son más significativas y también es necesario identificar la confianza que le tiene al material y equipo de salud.

1. Guía para la Admisión del Paciente.

En cada institución sanitaria se cuenta con procedimientos para la admisión del paciente, tales como los siguientes.

La enfermera (o) que lo recibe deberá identificarse con él en forma cordial amistosa, para que perciba el interés por su bienestar.

Es de gran importancia recordar que se presentan diversas reacciones emocionales al ser hospitalizado, incrementándose los sentimientos de aprensión, temor e inseguridad por lo cual es básico aceptar al paciente con los diversos cambios de conducta, como mostrar interés por su bienestar.

La enfermera (o) le asignará su habitación, entregará su pijama y se le explicarán las actividades diarias, ubicación de las instalaciones y sus normas a través de una hoja de bienvenida.

La enfermera al recibirlo le explicará sobre la cirugía que se le realizará y los cuidados pre y postoperatorios de forma que aclare todas sus dudas y sobre todo decirle quién es su médico tratante.

Le indicará quién se hará cargo de los objetos de valor y ropa, los cuales serán entregados a la oficina de trabajo social para su resguardo.

La enfermera (o) efectuará una valoración general por medio de la información, observación y percepción a través de la toma de signos vitales y somatometría, con objeto de detectar necesidades inmediatas tanto físicas como emocionales del paciente que servirán de base para la realización de la investigación.

Después de realizar las acciones referentes a la tranquilidad y comodidad del enfermo, procede a integrar el expediente, anexando las hojas de datos personales, antecedentes de la enfermedad, resultados de laboratorio y gabinete así como la realización de la terapéutica del padecimiento y las actividades de enfermería.¹⁷

Nota: La enfermera es la responsable de que la terapéutica se lleve a efecto por lo cual debe interpretar las ordenes médicas escritas en el expediente con precisión respecto a la ministración de medicamentos, líquidos, tratamientos especiales, evolución del padecimiento y el registro de las actividades de enfermería.

2. Cómo comunicarse con los pacientes.

Existen diversos elementos que forman la base de una comunicación efectiva enfermera - paciente:

- a. Entender y respetar al paciente como persona.
- b. Tratarlo como ser humano físico, psicológico y social.
- c.

¹⁷ Manual de aspectos técnicos de Enfermería Edt. SEDENA México 1999 p.p. 39-40.

- d. La enfermera necesita ser capaz de detectar los problemas y necesidades del paciente.
- e. Reconocer y respetar los derechos del paciente.
- f. Aceptar y respetar su religión y cultura.
- g. Usar palabras que tengan el mismo significado para ambos.
- h. No debe usar terminología médica y palabras que no sean familiares.
- i. Comunicarse de manera lógica y ordenada.
- j. La comunicación es verbal y no verbal, en la verbal se usa la palabra y estas pueden ser habladas y escritas.
- k. La enfermera puede conversar con el paciente e intercambiar información, controlando su tono de voz, hablar con claridad, evitando los modismos y el lenguaje vulgar , no gritar, susurrar u murmurar , no comprometerse sentimentalmente con el paciente. La palabra escrita se usa cuando el paciente no puede hablar u oír, la comunicación no verbal se vale de gesticulaciones, expresiones faciales, posturas, movimientos corporales, tacto y olfato. Los mensajes que envía una persona de manera no verbal se considera un mensaje real de sus sentimientos ya que estos son involuntarios y por tanto difíciles de controlar. El tacto es una forma importante de comunicación no verbal, porque se transmite consuelo, cuidado, cariño, afecto y confianza

3. Apoyo Psicológico de Enfermería. (Propuesta.)

- i. FAVORECER EL DESCANSO DE NUESTRO PACIENTE.

El descanso es sumamente importante para mantener el aporte de energía necesario para las funciones metabólicas esenciales para la vida.

ii. MANTENER UN AMBIENTE CONFORTABLE.

Un ambiente confortable, con una temperatura adecuada y sin ruidos, favorecen el bienestar del paciente.

iii. ALIVIAR EL DOLOR.

Las molestias deben reducirse al mínimo para evitar tensión y sin ruido, favorecer el bienestar del paciente.

iv. PROPORCIONAR LA INFORMACION NECESARIA

Una buena información disminuye la ansiedad por lo tanto tenemos que explicar qué cirugía se le va a realizar, la preparación que se requiere y las razones que lo hacen necesario, todo esto con un lenguaje sencillo, con frases cortas y claras de tal manera que nuestro paciente y sus familiares entiendan y puedan discutir sus preocupaciones, repitiendo la información cuantas veces sea necesario.

v. ESTIMULAR LA COMUNICACIÓN.

La enfermera debe alentar al paciente a expresar lo que sienta y esto se logra estableciendo una buena comunicación, para ayudarlo a buscar salidas para su angustia, temores y miedos, hay que escucharlo con interés y sin hacer juicios, la enfermera debe cuidar de no terminar con la conversación y recordar que no tenemos que tomar decisiones por ellos sino proporcionarles un soporte emocional. La comunicación terapeuta consiste en escuchar a los pacientes, observar sus cambios de expresión facial, movimientos de manos y cuerpo, podemos utilizar el contacto físico y sentarnos junto a ellos. Permitirle al paciente que participe en la toma de decisiones respecto a su propio cuidado cuando sea posible.

vi. APOYAR LOS MECANISMOS DE LUCHA.

El único método ideal para luchar contra la angustia es enfrentarse con los factores estresantes, es por esto que debemos conseguir datos que permitan conocer las estrategias habituales de lucha del paciente y preguntarle

¿qué suele hacer cuando tiene algún problema y tiene que resolverlo? Y con estos datos ayudarle.

vii. EVALUACION.

Con toda la información obtenida podemos concluir en el diagnóstico de enfermería y actuar en base a un plan establecido.

4. Apoyo Psicológico a la Familia en el Preoperatorio.

En algunos hospitales se cuenta con una sala de espera donde los familiares pueden permanecer mientras el paciente es operado y una vez concluida la cirugía el médico acude a dicha sala para proporcionarles la información sobre los resultados de la cirugía. Debe advertirse a quienes pasarán a visitar o cuidar al paciente que lo encontrarán con drenes, catéteres y equipo de monitoreo y por lo consiguiente enseñarles como colaborar con el equipo para un mayor beneficio del paciente. La familia nunca debe juzgar la importancia de una operación por el tiempo que el paciente está en el quirófano ya que puede retrasarse por las siguientes razones:

1. Es común transferir al paciente un tiempo antes de iniciar la cirugía.
2. Los anestesiistas suelen realizar preparativos adicionales que duran de 30 a 60 minutos.
3. En algunas ocasiones, el cirujano tarda más tiempo del esperado con el paciente anterior.
4. Después de la operación se transfiere paciente a la sala de recuperación, para que recupere satisfactoriamente la conciencia.

Si el pronóstico es más negativo que positivo, no es prerrogativa de la enfermera transmitir la información a la familia, aún cuando las posibilidades de recuperación parezcan estar a favor del Paciente.

5. Enseñanza en el Preoperatorio.

RESPIRACION DIAFRAGMÁTICA.

La respiración diafragmática denota el aplanamiento de la cúpula diafragmática durante la inspiración y como resultado el ensanchamiento de la porción inferior del abdomen conforme penetra aire. Durante la espiración se contraen los músculos abdominales.

Practicar en la misma posición que asumiría el enfermo en su lecho después de la operación: Posición de fowler, impulsarse en el lecho con el dorso y los hombros perfectamente apoyados sobre la almohada.

Con los puños medio cerrados, apoyar las manos un poco por delante de las costillas inferiores: Las uñas sobre la porción inferior del tórax para percibir el movimiento.

Expulsar el aire con suavidad en la forma más completa posible, a medida que las costillas se hundan hacia abajo y adentro en dirección a la línea media.

Inspirar profundamente por nariz y boca y dejar que el abdomen aumente de volumen conforme se llenen de aire los pulmones.

Contener la respiración mientras se cuenta hasta cinco.

Expulsar todo el aire por la boca y nariz.

Respirar 15 veces, con un descanso breve después de cada grupo de respiraciones.

Practicar esta maniobra dos veces al día antes de la operación.

TOS.

Flexionar moderadamente el tronco desde la posición sédente, entrelazar los dedos y colocar las manos sobre el sitio de la incisión, como una especie de apoyo mientras se tose.

Respirar con el diafragma.

Con la boca entreabierta, inspirar y espirar a plenitud.
Toser durante tres respiraciones breves.

Después con la boca abierta, inspirar rápida y profundamente y toser de inmediato con fuerza, una o dos veces. De este modo se expulsan las secreciones del tórax. Esta maniobra puede causar algunas molestias, pero no afecta la incisión.

EJERCICIOS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES.

Reposar en posición semifowler y hacer los siguientes ejercicios sencillos para mejorar la circulación.

Flexionar la rodilla, elevar el pie, sostenerlo unos cuantos segundos y después extender la pierna y descenderla hasta el lecho.

Hacer el ejercicio unas cinco veces con la misma pierna y repetirlo con la otra.

Describir círculos con el pie, flexionándolo hacia abajo, adentro, arriba y afuera.

Repetir el ejercicio unas cinco veces.

CAMBIO DE POSICION HACIA UN COSTADO.

Girar el cuerpo hacia un costado con la pierna que ésta por arriba flexionada al máximo y apoyada en una almohada.

Tomar el barandal para apoyarse en las maniobras.

Practicar la respiración diafragmática y la tos mientras se está sobre el costado.

FORMA DE LEVANTARSE DEL LECHO.

Cambiar de posición hacia un costado.

Impulsarse con una mano mientras se desplazan los miembros inferiores hasta que cuelgan de la cama.

EMPLEO DEL COMODO U ORINAL.

Cuando un paciente estará en cama debemos enseñarle como usar el orinal si es hombre y el cómodo cuando se trate de una dama.

6. Resultados Esperados.

Que se disipe la angustia del enfermo.

Que el paciente exprese su tranquilidad porque los costos de su hospitalización son menores de los que pensaba después de hablar con la Trabajadora Social.

Que comunique a su pareja sobre su angustia.

Que pregunte al anestesiista sus dudas.

Explicarle sobre la medicación preanestesica y la anestesia general.

Que pregunte al personal sobre cuestiones que le preocupan de ultima hora.

Que pida la visita de un ministro religioso o sacerdote.

Que se relaje después de recibir la visita del personal asistencial que le atenderá.

Que conozca lo referente a la intervención quirúrgica y se prepare para esta.

Que participe voluntariamente en la preparación preoperatoria.

Que describa los ejercicios que deberá realizar en el postoperatorio.

Que revise la información sobre la atención postoperatoria.

Que acepte la medicación preanestésica.

Que permanezca en la cama y la enfermera le indique el porque de los barandales.

Que se relaje y cierre los ojos durante el transporte a la unidad quirúrgica.

b) FASE TRANSOPERATORIA

Las funciones asistenciales propias de la fase transoperatoria comienzan cuando se recibe al enfermo en el departamento de cirugía y termina cuando lo transfieren al área de recuperación. Las actividades de la enfermera son diversas sin olvidar el apoyo constante al paciente.

1. CONSERVACIÓN DE LA SEGURIDAD MEDIANTE:

- i. Cambiar de posición al enfermo.
- ii. Alineación funcional.
- iii. Exposición del sitio quirúrgico.
- iv. Conservación de la posición durante la cirugía.
- v. Brindarle apoyo físico continuo.
- vi. Calcular los efectos de la pérdida de líquidos.
- vii. Diferenciar los datos cardiopulmonares normales de los anormales.
- viii. Vigilancia estrecha de los parámetros vitales.

2. VIGILANCIA PSICOLOGICA.

- i. Antes de la inducción de la anestesia y si el individuo esta consciente.
- ii. Continuar proporcionando apoyo emocional al enfermo.
- iii. Estar cerca de la persona y tocarla durante los procedimientos.
- iv. No interrumpir la valoración del estado emocional.
- v. Transmitir el estado emocional del enfermo al equipo de salud.

3. ASISTENCIA DE ENFERMERIA

- i. Brindar seguridad física al paciente.
- ii. Conservar el medio ambiente aséptico y controlado.
- iii. Manejar eficazmente los recursos humanos para una mejor atención al paciente.
- iv. Establecer una buena relación enfermera -familiares.
- v. Recordarle al personal en forma continua la importancia de proporcionar atención de calidad.¹⁸

c) FASE POSTOPERATORIA.

El periodo postoperatorio comienza desde que es recibido del área de recuperación hasta que el paciente es dado de alta, es en esta fase donde el paciente y familiares aplican los conocimientos que la enfermera les enseñó para ayudar a su pronta recuperación.

¹⁸ Brunner. Op. cit. p.p. 460.

La cirugía impone estrés físico y psíquico, pero los adelantos en las técnicas de valoración, métodos quirúrgicos, anestesia y monitoreo permiten que los pacientes toleren las operaciones planeadas o electivas, la enfermera no debe olvidar que los ancianos tienen menos reserva fisiológica que los pacientes jóvenes, además hay que tomar en cuenta los padecimientos coexistentes y su gravedad, así como la naturaleza y duración de la intervención quirúrgica.

ENSEÑANZA

Es una importante función de la enfermera en la fase preoperatoria y ayuda a aliviar la ansiedad cuando el paciente sabe qué va a pasar, porqué y cómo se irán realizando los procedimientos, en que forma él y sus familiares pueden cooperar con el equipo de salud para ayudar a su pronta recuperación, debemos iniciar la enseñanza cuando el paciente esté tranquilo, de otra manera puede no ser eficaz.

G. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

El desarrollo de una nueva generación de drogas ansiolíticas en los años 50's y 60's creo la necesidad de tener una forma de medir síntomas de ansiedad. El Dr. Max Hamilton publicó su escala en 1959, la escala consiste en 12 incisos, referentes cada uno a grupos de síntomas (estado de animo ansioso, tensión, miedos, etc.) junto con una variable que es el inciso 13 (conducta durante la entrevista). Desde su publicación, esta escala ha sido utilizada a nivel mundial y en la mayoría de los reportes de investigación clínica es un instrumento básico cuando se requiere la evaluación de ansiedad.

Clasificación de la severidad de la ansiedad en base al resultado final obtenido en la escala de Hamilton.

Originalmente ésta escala fue diseñada como un instrumento para su utilización en la investigación clínica. Su uso a nivel clínico ha sido limitado principalmente por dos factores:

1. Por que no incluye todas las presentaciones de los trastornos de ansiedad como es el caso de los ataques de pánico.

2. Por que no se propone ninguna clasificación de la ansiedad en base al resultado de la escala, ni en el artículo original ni en ninguna otra clasificación psiquiátrica.

Sin embargo, ofrece la posibilidad de evaluar tanto síntomas psíquicos como físicos, que en la práctica general puede ser de gran utilidad, además de poder utilizarse repetidamente para evaluar la evolución del cuadro. De cualquier modo es importante recordar que ésta escala es únicamente un auxiliar en el diagnóstico del paciente ansioso. De la misma manera el tratamiento debe ser diseñado en forma individual y teniendo en cuenta otros factores que juegan un papel importante en la decisión diagnóstica.¹⁹

¹⁹ CI E-10 Trastornos mentales y del comportamiento. pp. 482.

V. HIPÓTESIS

A. HIPOTESIS VERDADERA

El proporcionar una adecuada preparación psicológica a los pacientes que ingresan para cirugía electiva favorece su pronta recuperación.

B. HIPOTESIS NULA.

El proporcionar una adecuada preparación psicológica a los pacientes que ingresan para cirugía electiva no favorece a su pronta recuperación.

VI. VARIABLES.

A. VARIABLE DEPENDIENTE

Pacientes que ingresan para cirugía electiva.

INDICADORES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Sexo.

Edad.

Nivel cultural.

Conocimientos de su cirugía.

Conocimientos de las consecuencias de la cirugía.

Nivel de ansiedad del paciente.

Disponibilidad para aprender y cooperar.

B. VARIABLE INDEPENDIENTE.

Preparación psicológica.

INDICADORES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

Definición de cirugía.

Clasificación de las cirugías.

Disponibilidad del paciente para el aprendizaje.

Preparación psicológica.

VII METODOLÓGIA.

A. TIPO DE ESTUDIO.

Se efectuara un estudio longitudinal - comparativo - causa - efecto.

B. UNIVERSO Y MUESTRA.

1. El proyecto se realizará en el servicio de Cirugía Mixta 2 con el fin de investigar los factores que afectan a los pacientes que ingresan para ser sometidos a cirugía electiva y los aspectos que el personal de enfermería debe tener presente al proporcionar los cuidados preoperatorios.

2. Se tomara como marco muestral el 100 % de pacientes que ingresen para cirugía electiva de los cuales se harán dos grupos a un 50% se le proporcionara la preparación psicológica establecida y al otro grupo no se le dará la preparación psicológica , se efectuara a partir del 16 de julio al 16 de septiembre de 1998, siendo criterios de exclusión pacientes que presenten algún otro padecimiento que pueda complicar la cirugía, analfabetas, que hablen algún dialecto, a los que se les suspenda la cirugía, menores de edad y aquellos que no deseen cooperar con la investigación y como criterios de inclusión todos aquellos que ingresen referidos por consulta externa de cirugía, ambos sexos.

3. La realización del estudio se efectuara al azar.

C. RECOLECCION DE DATOS .

La recolección de datos será a través de encuestas descriptivas prospecta dirigida a los pacientes que ingresen por consulta externa en el periodo establecido, asimismo, otras al personal de enfermería las encuestas se conformaran por preguntas directas de respuesta cerrada. La recopilación de datos se realizará diariamente.

Para cada encuesta se aplicara una prueba piloto de 2 días. y la aplicación de las encuestas definitivas se hará diariamente de 08.00hrs. a 18.00 hrs.

D. PROCEDIMIENTOS.

La recopilación de datos se tabulará diariamente en el periodo comprendido del 16 de julio al 16 de septiembre de 1998 de las 18:00 hrs. a las 20:00 hrs., utilizando papel cuadriculado comprendiendo los datos de las encuestas, se realizara por las personas responsables del proyecto .

se anexa cronograma de actividades.

E. INSTRUMENTOS.

a) INSTRUCTIVO SOBRE LOS CUESTIONARIOS.

Con el fin de obtener información que nos permita comprobar la hipótesis establecida, se aplica el presente cuestionario a los pacientes a su ingreso con la cédula de evaluación, así como con la guía elaborada, de igual forma se encestará al mismo paciente 2 hrs. previas a la cirugía con un test psicológico que medirá el grado de estrés en el cual se encuentra el paciente y por último se encestará con el mismo cuestionario psicológico posterior a la cirugía.

Los resultados a obtener serán aplicados a la misma institución.

La información obtenida será anónima.

La encuesta la aplicará el personal que elabora la investigación.

Marcar con una X la respuesta que nos refiera el paciente.

Solo marcar una respuesta.

Es importante no dejar preguntas sin contestar porque altera los resultados de la investigación.

Gracias por su cooperación.

c) CEDULA DE EVALUACION

FECHA _____

1. EL PACIENTE RESPONDE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA CIRUGIA.

2. LA EXPLICACION QUE LE PROPORCIONARON SOBRE LA CIRUGIA FUE.

3. LOS RIESGOS QUE IMPLICA LA OPERACIÓN PARA EL PACIENTE SON.

4. HA SIDO SOMETIDO A OTRAS CIRUGIAS CON ANTERIORIDAD.

5. EL PACIENTE OPINA SOBRE EL TRATO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA.

6. LA OPINION DEL PACIENTE SOBRE LA CONFIANZA QUE LE BRINDO EL PERSONAL ES.

7. PACIENTE OPINA SOBRE ALGUNA POSIBLE COMPLICACION EN LA CIRUGIA.

8. SOBRE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS EL PACIENTE MANIFIESTA.

9. LA EXPLICACION SOBRE LA CIRUGIA FUE SUFICIENTE.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

NOMBRE DE _____
 PACIENTE _____ FECHA _____

ESTADO DE ANIMO	Calificación
PREOCUPACIONES, ANTICIPACION DE LO PEOR, ANTICIPACION MIEDOSA, IRRITABILIDAD.	()
TENSION	
SENSACION DE TENSION, FATIGABILIDAD, RESPUESTA ASUSTADA, LLANTO FACIL, TEMBLOR, SENSACION DE INQUIETUD, INCAPACIDAD PARA RELAJARSE.	()
TEMORES	
DE LA OSCURIDAD, DE EXTRAÑOS, DE ESTAR SOLO, DE ANIMALES, DEL TRAFICO, DE MULTITUDES.	()
INSOMNIO	
DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, SUEÑO INTERRUMPIDO, SUEÑO INSATISFACTORIO, FATIGA AL LEVANTARSE, SUEÑOS, PESADILLAS, TERRORES NOCTURNOS.	()
INTELECTO	
DIFICULTAD EN CONCENTRARSE, MEMORIA POBRE.	()
ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO	
PERDIDA DE INTERES, AUSENCIA DE PLACER EN DIVERSIONES, DEPRESION, DESPERTAR TEMPRANO, VARIACION DIURNA DEL AFECTO.	()
SOMATICO (MUSCULAR Y SENSORIAL)	
DOLORES, PUNZADAS, TORCEDURAS, RIGIDEZ, SACUDIDAS MIOCLONICAS, BRUXISMO, VOZ INESTABLE, AUMENTO DEL TONO MUSCULAR, TINITUS, VISION BORROSA, OLEADAS DE CALOR Y DE FRIO. SENSACION DE DEBILIDAD, SENSACION DE PUNZADAS.	()
SINTOMAS CARDIOVASCULARES	
TAQUICARDIA, PALPITACIONES, DOLOR PECTORAL, PALPITACION DE VASOS, SENSACION DE DESMAYO.	()
SINTOMAS RESPIRATORIOS	
PRESION CONSTRICTORA EN EL PECHO, SENSACION DE AHOGO, SUSPIROS, DISNEA.	()
SINTOMAS GASTROINTESTINALES	
DIFICULTAD PARA TRAGAR, FLATULENCIA, DOLOR ABDOMINAL, SENSACION DE QUEMADURA, SACIEDAD ABDOMINAL, NAUSEAS, VOMITO, BORBORIGMOS, DIARREA, PERDIDA DE PESO, ESTREÑIMIENTO.	()
SINTOMAS GENITOURINARIOS	
FRECUENCIA DE ORINAR, URGENCIA DE ORINAR, AMENORREA, MENORRAGIA, DESARROLLO DE FRIGIDEZ EYACULACION PRECOZ, PERDIDA DE APETITO SEXUAL E IMPOTENCIA.	()
SINTOMAS AUTONOMICOS	
BOCA SECA, RUBOR, PALIDEZ, TENDENCIA A LA SUDORACIÓN, VERTIGO, CEFALEA TENSIONAL, JALARSE LOS PELOS.	()
CONDUCTA EN LA ENTREVISTA	
IMPACIENCIA, INQUIETUD O CAMINANDO DE UN LADO AL OTRO, TEMBLOR DE MANOS, ENTRESEÑO ARRUGADO, FACES DE TENSION, SUSPIROS O RESPIRACION RAPIDA, PALIDEZ FACIAL.	()

TOTAL: _____

0 = AUSENTE , 1 = LEVE , 2 = MODERADO , 3 = SEVERO , 4 = MUY SEVERO ALTAMENTE INCAPACITANTE.

VIII. PLAN DE TABULACION.

A. ESCALA EVALUATIVA.

a. EXCELENTE.

Logro del objetivo de la atención médica y de la satisfacción del paciente, como resultado de una atención oportuna y un proceso de atención correctamente realizado, en un ambiente confortable, con trato personalizado y amable, con una comunicación abierta con el paciente, que favorezca o que conduzca a su satisfacción plena por los servicios recibidos.

b. SUFICIENTE.

Logro del objetivo de la atención médica como consecuencia de la integración de dos elementos esenciales :

Un proceso realizado conforme a las normas institucionales, conocimientos médicos y técnica vigentes, congruentes con la complejidad del problema de salud y el nivel de atención.

La oportuna realización del proceso de atención que permite conseguir la solución integral del problema, el máximo factible de mejoría y la ansiedad de secuelas o complicaciones, sobre la premisa de un proceso bien llevado. La conjunción de oportunidad y un proceso de atención correctamente realizados, permitirá alcanzar un mínimo indispensable de calidad.

c. INSUFICIENTE.

Logro incompleto o nulo de los objetivos de la atención médica, como resultado de la combinación de fallas que impiden un mínimo indispensable de calidad, tales como:

El proceso de atención fue otorgado en forma incorrecta, por desconocimiento o acción deficiente de normas y conocimientos vigentes de la medicina, carencia o acción inadecuada de la tecnología requerida para la atención del problema de salud.

Realización correcta del proceso, pero fuera del momento oportuno para llevarlo a cabo, logro parcial del objetivo.

B. ESCALA VALORATIVA.

EXCELENTE 85-100 %

SUFICIENTE 84-75 %

INSUFICIENTE 74-65 %

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO.

Se aplicaron 8 cuestionarios con las respectivas cédulas de evaluación y su escala de Hamilton, por el término de 2 días las cuales arrojaron los siguientes resultados.

- A. Los pacientes comprendieron los cuestionarios por lo cual no fue necesario cambiar algún reactivo.

- B. La edad y la falta de información incrementan la ansiedad de los pacientes que serán sometidos a cirugía electiva.

IX Interpretación y análisis de resultados.

Resultados de la escala de Hamiltón.

CUADRO (1)
A. ESCALA RESULTADOS DE LA DE ANSIEDAD DE HAMILTON, MÉXICO 1998.

CONCEPTO	PREOPERATORIO								POSTOPERATORIO							
	1	%	2	%	3	%	TOTAL	%	1	%	2	%	3	%	TOTAL	%
ESTADO DE ANIMO	220	44	280	56			500	100	250	50	250	50			500	100
TENSION	170	34	330	66			500	100	270	54	230	46			500	100
TEMORES	150	30	350	70			500	100	210	42	290	58			500	100
INSOMNIO			180	36	320	64	500	100			240	48	260	52	500	100
INTELECTO	230	46	270	54			500	100	240	48	260	52			500	100
ESTADO DE ANIMO	170	34	330	66			500	100	220	44	280	56			500	100
SOMATICO (MUSCULAR Y SENSORIAL)			160	32	340	68	500	100			210	42	290	58	500	100
SINTOMAS CARDIOVASCULARES	270	54	230	46			500	100	260	52	240	48			500	100
SINTOMAS RESPIRATORIOS	190	38	310	62			500	100	330	66	170	34			500	100
SINTOMAS GASTROINTESTINALES	220	44	280	56			500	100			240	48	260	52	500	100
SINTOMAS GENITOURINARIOS	120	24	380	76			500	100	180	36	320	64			500	100
SINTOMAS AUTONOMICOS	160	32	340	68			500	100	210	42	290	58			500	100
CONDUCTA EN LA ENTREVISTA	240	48	260	52			500	100	230	46	270	54			500	100

FUENTE: RESPUESTA DIRECTA DE LOS CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS PACIENTES DEL 16 DE JULIO AL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1998.

IX Interpretación y análisis de resultados.

Interpretación de los resultados de la escala de Hamilton. (Cuadro 1).

1. El estado de animo en el preoperatorio resulto leve con un 44% y con un 56% moderado y el postoperatorio se encontró entre el 50% leve y moderado respectivamente lo cual muestra que el paciente siempre cuenta con signos de cambios en su estado de animo por las diversas circunstancias que rodean su medio ambiente.
2. Tensión en el preoperatorio mostró un 34% leve y 66% moderado con el 54% leve y 46% moderado del postoperatorio dando como muestra que en el preoperatorio se nota mas la tensión disminuyendo en el postoperatorio por lo cual la mayoría de los pacientes manifiestan mas dolo posterior a la cirugía por la incapacidad de lograr una relajación adecuada.
3. Temores en el preoperatorio el 30% es leve y un 70% moderado y en el postoperatorio el 42% es leve y el 58% moderado esto nos indica que el paciente es toda circunstancia están aumentados sus temores lo cual puede ser por no tener a su lado algún ser querido o por estar rodeado de extraños antes o después de la cirugía.
4. Insomnio en el preoperatorio el 36% es moderado y el 64% es severo así como en el postoperatorio el 48% es moderado y el 52% es severo lo cual nos muestra que la mayoría de los pacientes generalmente deben de ser promedicados por el anesthesiólogo porque en el preoperatorio su temor es si va a despertar de la cirugía o anestesia aplicada y no como en el postoperatorio que la causa mas frecuente es el dolor lo cual puede tenerse mas control.
5. Intelecto el 46% es leve y el 54% moderado en el preoperatorio y en el postoperatorio el 48% es leve y el 52% moderado con lo anterior se pueden decir que la mayoría de los pacientes pierden la capacidad de la concentración y por lo tanto no logran disminuir sus malestares o inquietudes.

6. Estado de animo deprimido el 34% es leve y el 66% moderado en el preoperatorio y en el postoperatorio el 44% leve y el 56% moderado logrando observar que los pacientes se deprimen por no conocer generalmente que pasara antes y después de la cirugía además de que no han resultado muchos de sus problemas pero por ser una cirugía programada casi sometemos al paciente sin tomarle su parecer o no los cuestionamos por carecer del tiempo necesario.
7. Somático EL 32% es moderado y el 68 % es severo en el preoperatorio y en el postoperatorio el 42% es moderado y el 56% es severo en la mayoría de los pacientes aparte de la sintomatología que refleja la propia enfermedad presentan otros síntomas que generalmente no se detectan con facilidad solo sería al encuestar al paciente o platicar con el, esto sería de gran importancia porque permitirá que los pacientes externaran sus temores hacia lo que es la cirugía, que piensan de su medio ambiente, de las experiencias de otros pacientes y así lograr controlar esas inquietudes.
8. Síntomas cardiovasculares el 54% es leve y el 46% moderado en el preoperatorio y en el postoperatorio el 52% es leve y el 48% moderado con lo anterior se deduce que estos problemas pueden ser propios de la enfermedad y no se detectarían con facilidad sobre todo si el paciente generalmente se inquieta con otras circunstancias que no sean propias del padecimiento o de la cirugía por lo cual se hace necesario la encuesta antes y después de la cirugía.
9. Síntomas respiratorios el 38% es leve y el 62% moderado en el preoperatorio y en el postoperatorio el 66% es leve y el 34% moderado esto indica que en el preoperatorio se refleja mas angustia sobre todo en el preoperatorio se refleja mas angustia sobre todo se detectaría por el tipo de respiración por lo tanto es importante tomar en cuenta siempre los signos vitales en el preoperatorio.
10. Síntomas gastrointestinales el 44% es leve y el 56% moderado en el preoperatorio y en el postoperatorio el 48% es moderado y el 52% severo esto indica que importe es explicarle al paciente en el preoperatorio que debe levantarse lo mas pronto posible para que se restablezca su intestino y no muestra datos de complicación.

11. Síntomas genitourinarios, 24% es leve y el 76% moderado en el preoperatorio y en el postoperatorio el 36% es leve y el 64% moderado puede afectar tanto antes como después de la cirugía como la amenorrea, eyaculación precoz, pérdida de apetito sexual, etc., sería importante que conociera el paciente todos estos factores que se pueden presentar y que son parte de un proceso normal.
12. Síntomas autonómicos el 32% es leve y el 68% moderado en el preoperatorio y el 42% es leve y el 58% moderado se puede apreciar que estos síntomas en ambos casos se incrementan como la boca seca, palidez, vértigo, cefalea tensional, etc., lo cual nos indica que es un estado aparentemente normal por el paciente y que no ocasiona ninguna complicación.
13. Conducta en la entrevista el 48% es leve el 52% moderado en el preoperatorio y en el postoperatorio el 46% es leve y el 54% moderado este resultado muestra que la mayoría de los pacientes entrevistados se encuentran con angustia a los desconocidos tanto en la cirugía como al término de esta y a las personas con las que se encontrara, así como a no poder resolver su problemática familiar y a su desconocido interior.

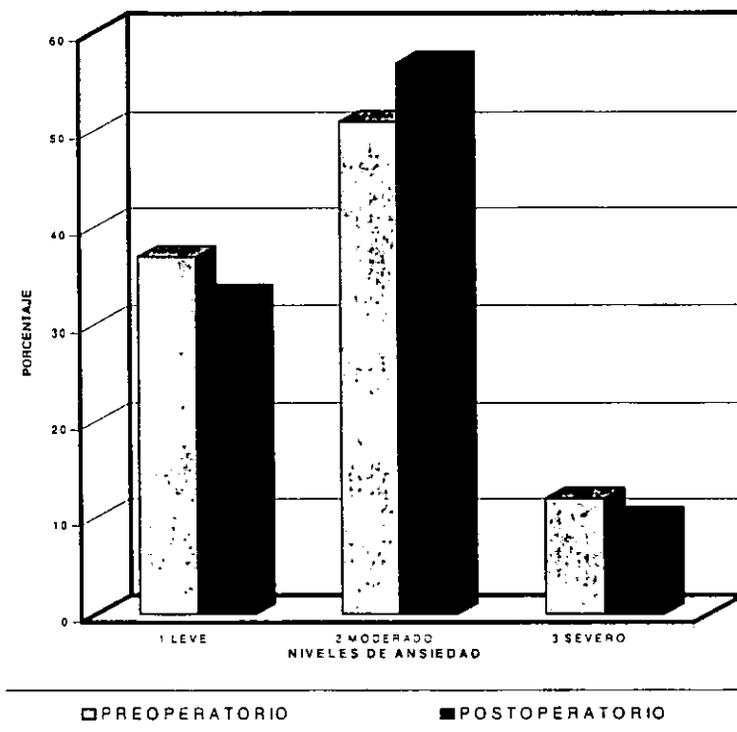
Cuadro 2.

B. ANÁLISIS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON,
MÉXICO 1998

CONCEPTOS	ANÁLISIS					
	1	%	2	%	3	%
PREOPERATORIO	2140	37	3290	51	810	12
POSTOPERATORIO	2400	33	3700	57	660	10
TOTAL	4540	35	6990	54	1470	11

FUENTE: RESPUESTA DIRECTA DE LOS CUESTIONARIOS APLICADOS LOS PACIENTES DEL 16 DE JULIO AL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1998

GRAFICA (1)
B. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE
ANSIEDAD DE HAMILTON
MEXICO 1998



FUENTE= CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS PACIENTES EN EL PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO EN EL H.C.M.

B. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE HAMILTON

(Cuadro 2).

PREOPERATORIOS.

En base a la escala de Hamilton se deduce que el 51% de las personas que serán sometidas a cirugía presentan ansiedad moderada por diversas causas que pueden ser tanto familiares como personales, así mismo ingreso a una institución hospitalaria y el 37% restante manifiesta ansiedad leve, lo cual indica que independientemente de las causas que se expresaron anteriormente generalmente se presenta ansiedad y el 12% restante presento una ansiedad severa en la cual el paciente presenta temblores, insomnio, taquicardia, signos vitales alterados, etc.

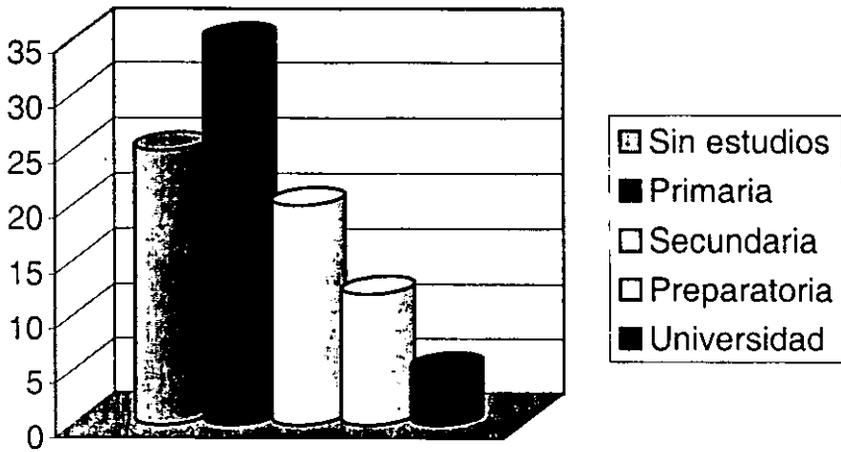
Por lo descrito anteriormente se deduce que importante es explicar con detalle a un paciente que se le va hacer y porque además de plantearsele la citación de que de ser posible si se suspende la cirugía no se va a morir o complicar y que su miedo a la anestesia o cirugía es normal independientemente si es su primera o segunda intervención quirúrgica.

POSTOPERATORIOS.

En el postoperatorios la escala de Halmilton arrojó los siguientes resultados el 57% presento ansiedad moderada por el desconocimiento de saber cuanto tiempo estará internado de acuerdo al padecimiento por el cual fue intervenido quirúrgicamente, en que tiempo disminuirán las molestias propias de la cirugía así como que poder hacer para evitar complicaciones y cuando podrá reanudar sus actividades normales con su familia y el 33% presento ansiedad leve por las causas descritas anteriormente además de que es imposible evitar la ansiedad que generalmente presentamos ante casos desconocidos y aun a pesar del conocimiento y el resto 11% manifestó ansiedad severa por la poca cooperación para escuchar tanto al personal de salud como a sus familiares y sentir que se le abandonaba.

C). ANALISIS DEL RESULTADO DE LOS CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS PACIENTES EN EL H.C.M.

GRAFICA (2)
C. NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS EN EL H.C.M., MEXICO 1998.



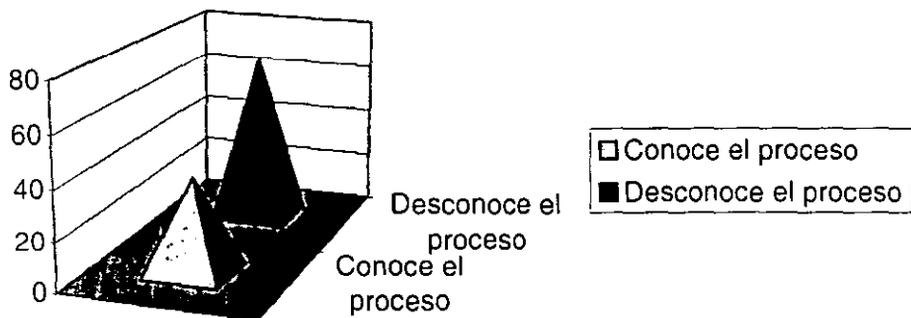
FUENTE: cuestionario aplicado a pacientes del 16 de julio al 16 de septiembre de 1998.

Descripción

Nivel de estudios el 25% de personas encuestadas manifestó no haber realizado algún estudio, con nivel primaria fue un 35% secundaria, 20 % preparatoria 12% y con universidad, 8%, lo cual manifiesta que el mayor numero de personas encuestadas desconocen como deben cuidar su salud.

GRAFICA (3)

CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR EN EL H.C.M. MEXICO 1998.



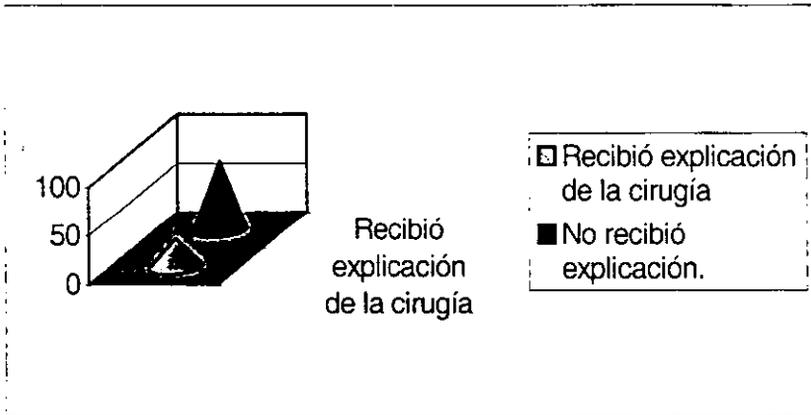
Fuente: cuestionario aplicado a pacientes del 16 de julio al 16 de septiembre 1998.

En la pregunta Núm. 2 sobre si sabia el paciente que se le va

DESCRIPCION.

En la pregunta Núm. 2 sobre si sabia el paciente que se le va hacer el 32% contesto que si y que el 68% dio una respuesta negativa, esto deduce que por el tiempo establecido de 15 minutos por una consulta, no es suficiente para explicarle al paciente todo lo que se refiere a su padecimiento además de no disiparle su angustia por el procedimiento que se le realizara. (Gráfica 3).

GRAFICA (4)
EXPLICACIÓN SOBRE LA OPERACIÓN
EN EL H.C.M. MEXICO 1998.

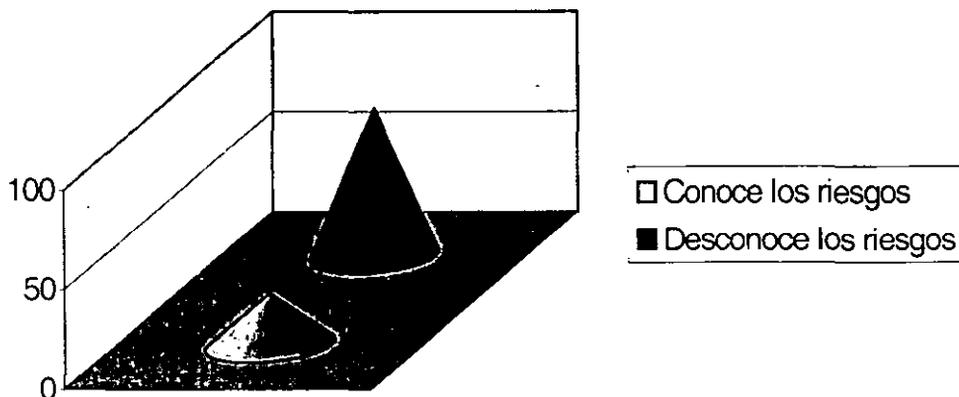


Fuente: cuestionario aplicado a los pacientes del 16 de julio al 16 de septiembre de 1998.

DESCRIPCION.

Le explicaron como es la operación, en lo que se refiere a esta pregunta el 29% contestó que si y el 71% no, este resultado refleja que solo algunas personas preguntan al medico sobre el procedimiento al cual será sometido ya sea por el nivel de estudios con el que cuenta o por no desear saber mas y así evitar angustiarse o simplemente por falta de confianza al medico o la enfermera. (Gráfica 4).

GRAFICA (5)
CONOCIMIENTO Y DESCONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS DE LA OPERACIÓN EN EL H.C.M. MEXICO 1998.

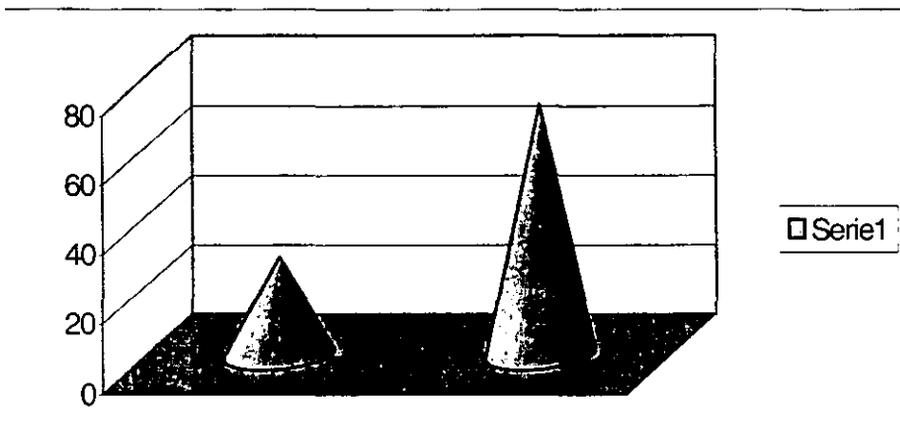


Fuente: cuestionario aplicado a los del 16 de julio al 16 de septiembre de 1998.

DESCRIPCION.

Sobre los riesgos de la operación el 26% manifestó que si sabía los riesgos a los cuales se exponía al ser intervenido y el resto 74% los desconocía, lo cual explica que tiene suma importancia el darle confianza y tiempo al paciente para comprender la razón por la que será sometido a cirugía y los riesgos que implica. (Gráfica 5).

GRAFICA (6)
PACIENTES ENCUESTADOS QUE HAN SIDO INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE CON ANTERIORIDAD CON EL H.C.M., MEXICO 1998

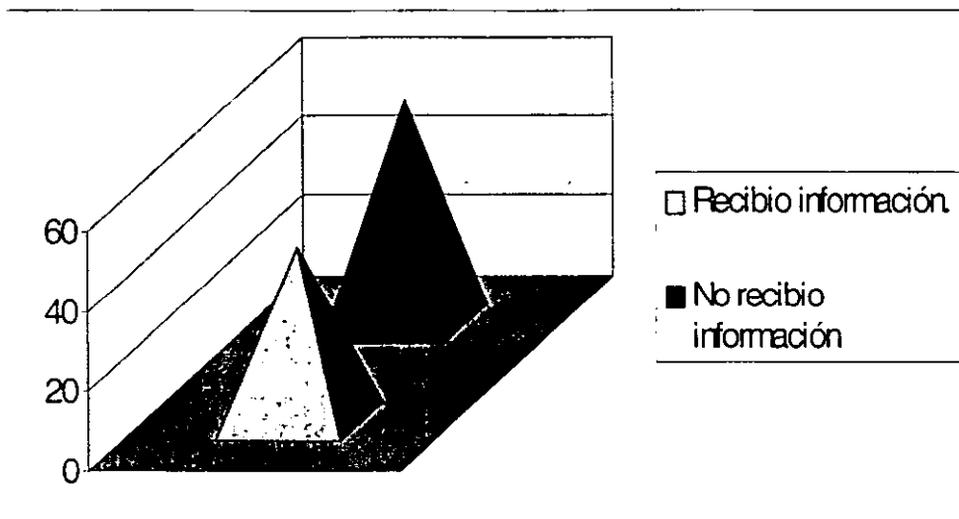


Fuente: cuestionario aplicado a pacientes del 16 de julio al 16 de septiembre de 1998.

DESCRIPCION.

En lo que se refiere al haber sido con anterioridad sometido a cirugía el 28% contestó que si el resto 72% no, lo cual indica que la mayoría de las personas encuestadas eran sometidas a su primer cirugía. (Gráfica 6).

GRAFICA (7)
PACIENTES ENCUESTADOS QUE RECIBIERON INFORMACIÓN
PREVIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL H.C.M.,
MEXICO 1998.

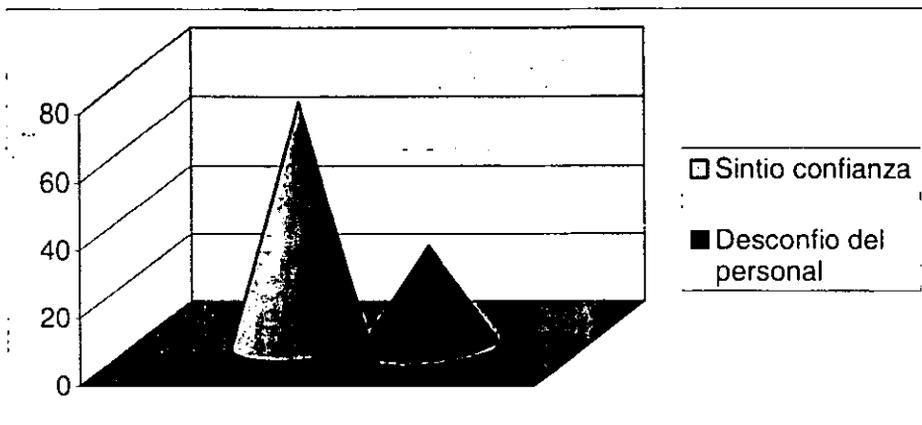


Fuente: cuestionario aplicado a pacientes del 16 de julio al 16 de septiembre de 1998.

DESCRIPCION.

Al preguntarle al paciente sobre si el personal de enfermería le proporciono la orientación necesaria el 44% refiere que si y el 56% contesto negativamente por lo tanto se puede observar que por el reducido numero de enfermeras es difícil darle una orientación adecuada al paciente. (Gráfica 7)

GRAFICA (8)
PACIENTES ENCUESTADOS QUE MANIFESTARON
CONFIANZA EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL H.C.M.
MEXICO 1998.

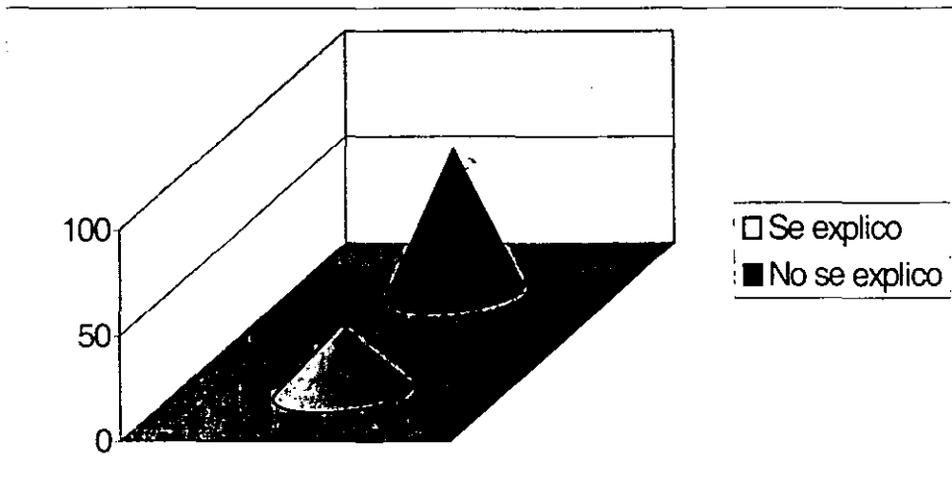


Fuente: cuestionario aplicado a pacientes DEL 16 de julio al 16 de septiembre de 1998.

DESCRIPCION.

El 71% de los encuestados manifestó que el personal de enfermería le .
brindo confianza y solo el 29% que no, por lo cual se puede inferir que la
mayoría de las enfermeras fueron amables con los pacientes pero no es
suficiente para lograr disminuir la angustia del paciente hacia lo
desconocido. (Gráfica 8).

GRAFICA (9)
PACIENTES ENCUESTADOS QUE MANIFESTARON CONOCER
LOS RIESGOS AL POSPONER LA CIRUGÍA EN EL H.C.M.,
MEXICO 1998.

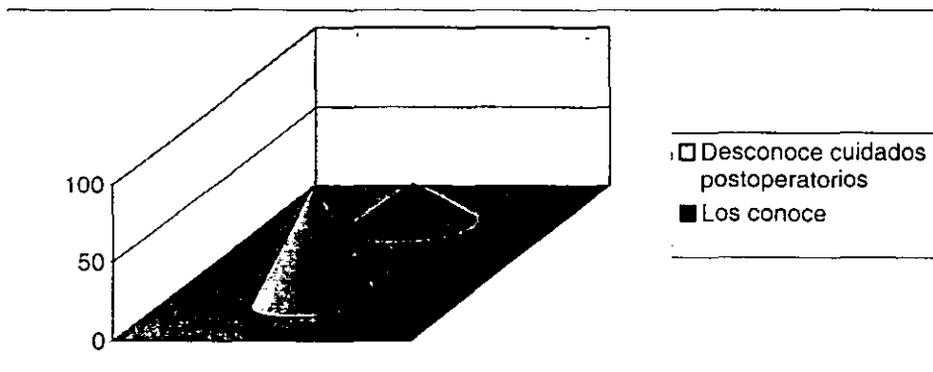


Fuente: cuestionario aplicado a pacientes del 16 de julio al 16 de septiembre de 1998.

DESCRIPCION.

Sobre si le habian explicado al paciente que tendría algún riesgo al posponerle su cirugía el 32% manifestó que si y el resto 68% dijo que no, lo cual explica que la mayoría de los pacientes prefieren someterse a cirugía con desconocimiento de que pueda existir alguna complicación en su cirugía. (Gráfica 9).

GRAFICA (10)
PACIENTES ENCUESTADOS QUE MANIFESTARON COMO PARTICIPAR EN LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN EL H.C.M., MEXICO 1998.

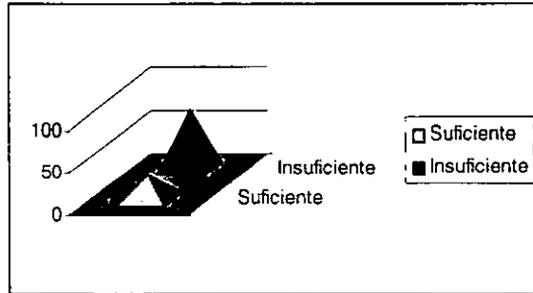


Fuente: cuestionario aplicado a pacientes del 16 de julio al 16 de septiembre de 1998.

DESCRIPCION.

En lo que se refiere a la participación del paciente en los cuidados que se le proporcionarían después de la cirugía el 74% manifestó que no sabía cómo realizarlos y el resto 26% sí, estos datos arrojarían que la mayoría de los pacientes no cooperan con sus cuidados postoperatorios y por el desconocimiento de los mismos además se refleja que por la angustia no se permite poner atención en lo que se le explica en poco tiempo. (Gráfica 10).

GRAFICA (11)
PACIENTES ENCUESTADOS QUE MANIFESTARON COMO PARTICIPAR EN LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN EL H.C.M., MEXICO 1998.



Fuente: cuestionario aplicado a pacientes del 16 de julio al 16 de septiembre de 1998.

En cuanto a que si la explicación sobre lo que se le va a hacer al paciente fue suficiente el 30% dijo que si y el 70% no, de lo cual se puede deducir que la mayoría de los pacientes no tienen interés sobre lo que se les va a realizar o simplemente confían en todo al equipo de salud y se evaden de la realidad.(Gráfica 11).

RESULTADOS SOBRE LA CEDULA DE EVALUACION.

1. El paciente responde sobre el conocimiento de la cirugía, la mayoría de los pacientes contestó que desconocía en su totalidad en que consistía esta, puesto que acudieron al medico por manifestar malestar y se les realizaron estudios de los cuales al obtener los resultados se derivó su cirugía, la minoría fue sometida a cirugía con conocimiento.
2. La explicación que le proporcionaron sobre la cirugía fue, la mayoría refirió no es posible, que en las consultas le expliquen con claridad el procedimiento al cual será sometida, puesto que el tiempo de consulta es poco y generalmente habla solo el doctor con su terminología medica misma que no entienden.
3. Los riesgos que implica la operación para el paciente son, los encuestados manifestaron que desconocían en su totalidad en que consistía la cirugía que se les realizaría, por lo mismo que no le tenían confianza al medico para preguntarle y las enfermeras siempre estaban corriendo.
4. Ha sido sometido a otras cirugías con anterioridad, el mayor numero de personas encuestadas no sabían que era estar encamados, por lo tanto menos que era entrar a un quirófano para ser intervenido quirúrgicamente.
5. El paciente opina sobre el trato por el personal de enfermería, un gran numero de pacientes manifestó que las enfermeras eran amables y su trato fue bueno, lo recibieron con explicaciones sobre las reglas del servicio y de la institución hospitalaria.
6. La opinión del paciente sobre la confianza que le brinda el personal es, manifestaron los pacientes que todo el equipo de salud le brinda confianza , médicos, enfermeras, dietistas, trabajadora social, afanadoras etc., pero que la falta de personal impide tener una adecuada comunicación, pues desearían externar sus inquietudes tanto personales como acerca de la intervención a la que serán sometidos.

7. El paciente opina sobre alguna posible complicación en la cirugía, en lo referente a este punto opinaron que preferían no saber sobre complicaciones pues aumentarían su angustia, creyendo que se alargaría su estancia en el hospital, pues la mayoría tiene asuntos personales y familiares que dejan inconclusos y que desearían resolver estando encamados.
8. Sobre los cuidados postoperatorios el paciente manifiesta, que si realmente conocieran sus cuidados ellos cooperarían, pues su deseo es egresar lo mas pronto posible del hospital y no regresar por alguna complicación por desconocimiento de sus cuidados postoperatorios o incluso que se les suspendiera su cirugía.
9. La explicación sobre la cirugía fue suficiente, un gran numero manifestó que no puesto que si desconocían porque los iban ha operar y no entendían la terminología medica, no sabían que preguntar.

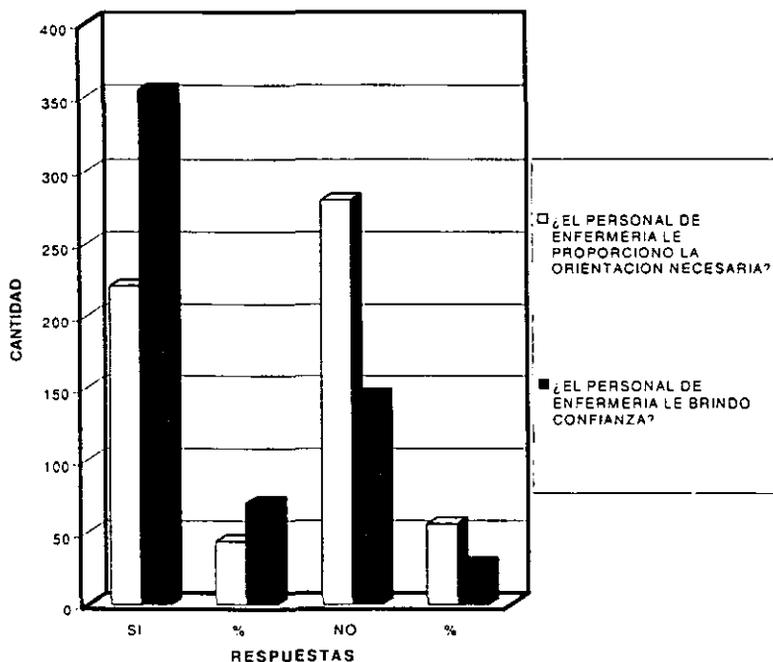
CUADRO (3)
INTERPRETACION DEL CUESTIONARIO PARA PACIENTES EN EL
H.C.M.
MEXICO 1998.

SEGURIDAD Y CONFIANZA						
PREGUNTA	SI	%	NO	%	TOTAL	%
3. ¿SABE USTED LOS RIESGOS QUE IMPLICA LA OPERACIÓN?	130	26	370	74	500	100
4. ¿HA SIDO SOMETIDA CON ANTERIORIDAD A ALGUNA OPERACIÓN?	140	28	360	72	500	100
8. ¿LE EXPLICARON QUE TENDRIA ALGÚN RIESGO AL POSPONERLE SU CIRUGÍA?	160	32	340	68	500	100
9. ¿LE ENSEÑARON COMO PUEDE PARTICIPAR CON LOS CUIDADOS DESPUES DE LA CIRUGÍA?	130	26	370	74	500	100
TOTAL	560	28	1440	72	2000	400

FUENTE: RESPUESTAS DIRECTAS DE LOS PACIENTES DEL 16 DE JULIO AL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1998

GRAFICA (12) SEGURIDAD Y CONFIANZA

INTERPRETACION DEL CUESTIONARIO PARA PACIENTES EN EL H.C.M., MEXICO 1998.



Fuente = Respuesta directa de los pacientes del 16 de julio al 16 de septiembre de 1998.

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS. CUESTIONARIOS PARA PACIENTES.

Por medio de los resultados obtenidos se puede analizar en base a la escala valorativa y de acuerdo a la teoría de Abraham Maslow las necesidades fisiológicas se cubrieron en forma suficiente puesto que se le proporciono a los pacientes la comodidad de la Unidad del paciente y se verifico la adecuada alimentación, con lo que respecta a la seguridad y confianza fue insuficiente puesto que solo el 28% considero sentir confianza con el personal medico o enfermeras los cuales le proporcionaron información completa y el resto 72% no sabia que se le realizaría y cuales eran los cuidados preoperatorios y postoperatorios que deberían de conocer. (Cuadro 3, Gráfica 11).

CUADRO (4)

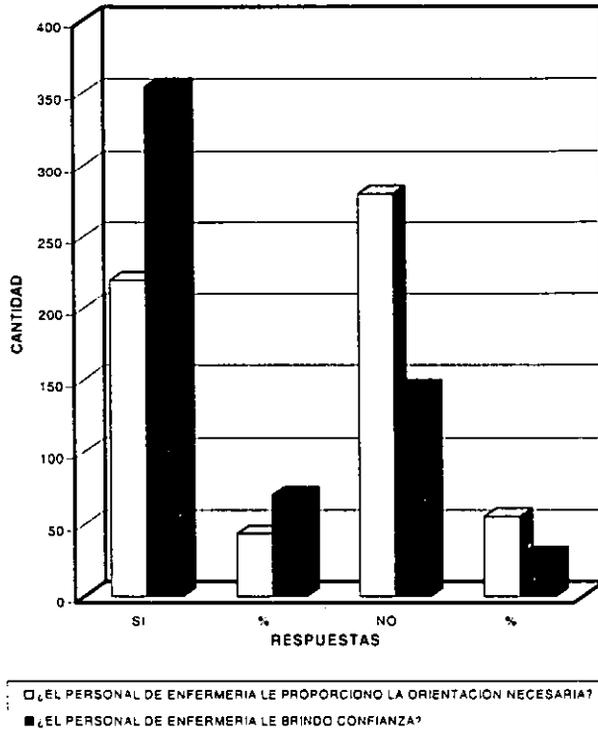
INTERPRETACION DEL CUESTIONARIO PARA PACIENTES EN EL H.C.M., MEXICO 1998.

AMOR Y PROPIEDAD							
PREGUNTA	SI	%	NO	%	TOTAL	%	
6. ¿EL PERSONAL DE ENFERMERIA LE PROPORCIONO LA ORIENTACION NECESARIA?	220	44	280	56	500	100	
7. ¿EL PERSONAL DE ENFERMERIA LE BRINDO CONFIANZA?	355	71	145	29	500	100	
TOTAL	575	57	425	43	1000	200	

FUENTE: RESPUESTAS DIRECTAS DE LOS PACIENTES DEL 16 DE JULIO AL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1998

GRAFICA (13) AMOR Y PROPIEDAD

INTERPRETACION DEL CUESTIONARIO PARA PACIENTES EN EL H.C.M., MEXICO 1998..



Fuente = Respuestas de los pacientes del 16 de julio al 16 de septiembre de 1998.

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS. CUESTIONARIOS PARA PACIENTES.

En lo que se refiere al amor y propiedad el 57% manifestó que se le dio buen trato en su persona lo cual le permitió no sentirse tan inseguro pero si sentir cerca ansiedad hacia lo que seria el procedimiento que se le realizaría y el 43% no se acerco al personal para disipar sus dudas lo cual incremento su ansiedad dando como resultado insuficiente (Cuadro 4, Gráfica 12).

CUADRO (5)
 INTERPRETACION DEL CUESTIONARIO PARA PACIENTES, EN EL
 H.C.M., MÉXICO 1998

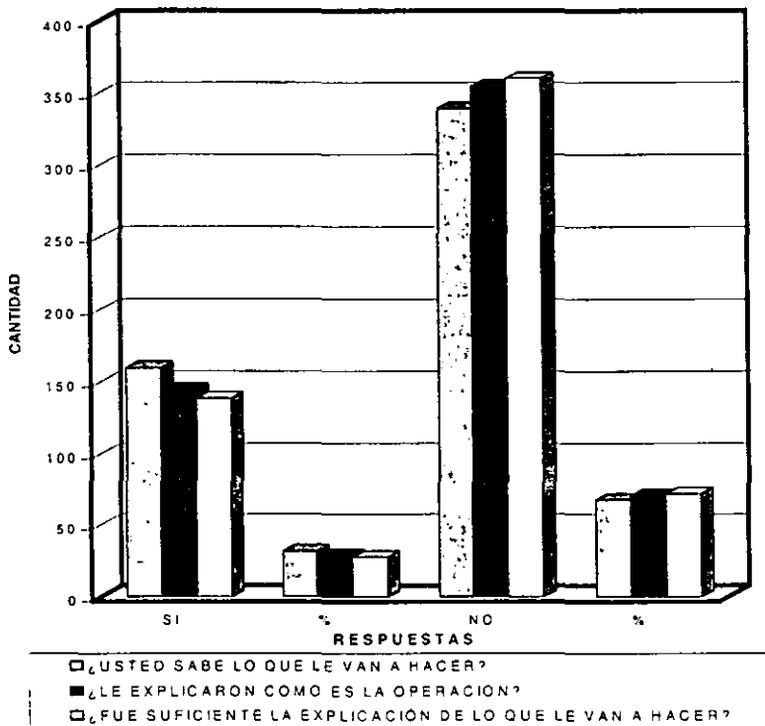
RECONOCIMIENTO Y ESTIMA						
PREGUNTA	SI	%	NO	%	TOTAL	%
2. ¿USTED SABE LO QUE LE VAN A HACER?	160	32	340	68	500	100
3. ¿LE EXPLICARON COMO ES LA OPERACIÓN?	145	29	355	71	500	100
10. ¿FUE SUFICIENTE LA EXPLICACION DE LO QUE LE VAN A HACER?	139	28	361	72	500	100
TOTAL	444	30	1056	70	1500	300

FUENTE: RESPUESTAS DIRECTAS DE LOS PACIENTES DEL 16 DE JULIO AL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1998.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

GRAFICA (14)
RECONOCIMIENTO Y ESTIMA
INTERPRETACION DEL CUESTIONARIO PARA PACIENTES
MÉXICO 1998

RECONOCIMIENTO Y ESTIMA



INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS. CUESTIONARIOS PARA PACIENTES.

En cuanto al reconocimiento y estima fue insuficiente puesto que el 70% considero no haber comprendido con claridad porque tenia que ser intervenido en determinado tiempo y no en el momento de detectar el padecimiento, además de no entender los términos médicos que se le expresaron al proporcionársele la información y solo el 30% comprendió las razones anteriores. (Cuadro 5, Gráfica 13).

Con lo que respecta al rubro de autorrealización se considera de importancia al nivel de estudio de los pacientes, puesto que una persona que tiene conocimientos mas elevados requiere de menos explicaciones y sabe pedir se le aclare la mayoría de sus dudas sin temor a que se le critique.

X. RECOMENDACIONES.

1. La creación de un departamento de cuidados preparatorios pre y postoperatorios, en el cual la enfermera planea la atención de los pacientes considerando las teorías mencionadas (Maslow t Henderson).
2. Continuar con la investigación aplicando la escala de hamilton en el pre y posoperatorio.
3. Que la enfermera realice, instrumentos de trabajo de acuerdo a las características de los pacientes y la cirugía a la cual será sometido.
4. Implementar un programa de orientación para los pacientes, de acuerdo a la intervención quirúrgica a que serán sometidos.
5. Establecer coordinación con el departamento de anestesia para poder colaborar en la preparación adecuada de acuerdo a las características de cada paciente.

XI. CONCLUSIONES.

La presente investigación se desarrollo en la sala de cirugía mixta número 2, con la aplicación de cuestionarios para pacientes respaldado por una cédula de evaluación, así como la escalada Hamilton en el preoperatorio y postoperatorio, lo cual se presento con la dificultad de que los pacientes al contestar por no entender bien o por no poner atención por la ansiedad que se presentaba tanto en el preoperatorio y en el posoperatorio.

En lo que se refiere a los resultados obtenidos se determino que es importante tener en cuenta el nivel de estudios para la aplicación de los cuestionarios así como para explicaciones, la cirugía que sería sometido para hablarles de los cuidados preoperatorios o postoperatorios y como sería su ayuda o como llegarían a su auto cuidado.

Así cómo explicar a los pacientes sobre los riesgos de la cirugía en caso de posponerse su realización y el que entienda que una cirugía programada no puede ser tan problemática..

Como ya se ha descrito anteriormente en los resultados de la investigación, la preparación psicológica que proporciona el personal de enfermería a los pacientes si es de utilidad o sea que la hipótesis ha sido comprobada por lo que es importante plantearle al paciente en el preoperatorio que su estado de ansiedad en parte es normal y que puede disminuir solo en caso de que coopere al comunicar cuales son sus inquietudes, que le representa el que le digan que va hacer intervenido, que problemática familiar le preocupa mas y en caso de posponerse la cirugía en que afectará y hasta que grado.

De acuerdo a la teoría de Abraham Maslow las cinco necesidades se cubrirán para el beneficio del paciente y bienestar del personal de enfermería pues colaboraría a que el paciente se sintiera mas tranquilo y con menor ansiedad para enfrentar un tema totalmente desconocido en su mayoría para los pacientes pues en ocasiones prefiere creer que no pasa nada y en otras desean saber casi todo sobre el procedimiento que se le realizara pero no les gusta externar que le produce en su interior o no saben como llamar a eso que están sintiendo.

Se menciona la teoría de Virginia Henderson la cual consta de catorce necesidades que se enfocan primordialmente a un objetivo común con Maslow el cual consiste en que el paciente sea independiente mediante una adecuada promoción de la salud. Además de mencionar que la participación de la enfermera con el autocuidado del paciente tiene una función única en relación a la de los médicos, que es la realización de un plan de cuidados para la atención de cada paciente y de acuerdo a su padecimiento.

El impacto para el personal de enfermería sería la creación de un departamento propio para este personal, así como continuar investigando y desarrollando sus preparación profesional, pero para lograrlo se requiere de la asistencia y preparación a cursos y seminarios de actualización, lo cual redundara en beneficio propio y del paciente pues continuamente se desarrollan nuevas técnicas para los pacientes que son sometidos a todo tipo de cirugías.

XII. BIBLIOGRAFIA.

1. Avedis D. La calidad de la atención, Edic. Científica, edit. La prensa Médica, México, 1991.
2. Bearre y Meyera, Enfermería Médico Quirúrgica, 2/a. Edic. vol. 1/o.
3. Barbara C. Long. y May Wykle, E. M. Q. 2/a. Edic., Edit. Interamericana.
4. Diccionario de los Términos Técnicos de Medicina, 2ª Edic., Edit Interamericana.
5. Diccionario enciclopédico adiestrado. Edit. Grijalbo, última edición.
6. Fundación Mexicana para la salud, institución privada al servicio de la comunidad, 1994.
7. Investigación sobre servicio de salud, una antología, Edit. Principal.
8. José Cuelli, Teorías de la personalidad, edit. Trillas, 3/a. edición, México, 1990.
9. L. Enrique Ruiz Amezcua, S.T.L., Etica profesional para la enfermera, 9/a. edición, México, D. F. 1997.
10. L.S.Bruner y D. S. Sudart, Enfermería Médico Quirúrgica, 6ª edic.
11. Lestie de Atkinson, Mary Ellen Monroy, P.A.E., Edic. Manual Moderno, México 1993.
12. Lipkin, Atención emocional del paciente, Edit., La Prensa Médica, 1/a. Edic. México, 1980.
13. Víctor Martínez B., El Derecho de la salud como un derecho humano, S. A. Sorrentino, Enfermería Práctica, editorial El Manual Moderno, S. A. México, 1984.
14. Marcel Garnier y Valery Delamare, Diccionario de Términos Médicos, volumen Nº 20.

15. Nordina C.K., R. N., Bases científicas de la enfermería, 3/a. Edic., Edit. La prensa Médica Mexicana, 1987.
16. Pérez S. A., Administración de los servicios de salud, Editorial Trillas, 1/a. Edic., México, 1992.
17. De la Fuente Ramón, Psicología médica, Edit., Fondo de Cultura Económica, México, 1992.
18. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Modelo para la atención a la salud, suplemento primero, volumen N° 32.
19. Revista de Sanidad Militar, volumen N° 47, México, junio de 1993.
20. Revista de Sanidad Militar, volumen N° 48, México, junio de 1994.
21. Walter O. S., Investigación sobre servicios de salud, Edit, kerr, Washington, 1992.
22. Freud Sigmund, Introducción al psicoanálisis, Edit. Altaya, México, 1999.
23. Antología, textos filosóficos UNAM, México 1998, pp. 274-283.
24. Manual de aspectos Técnicos de enfermería, Edit. SEDENA México 1999.
25. CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento editorial QMS editorial Meditor 1992.
26. Balseiro L., Investigación Enfermería Edit. Acuario ultimo Edit. México 1991.