

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE POSGRADO



**INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA DISMINUCIÓN DE
ANSIEDAD EN PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL PREOPERATORIO
INMEDIATO. INEN. JULIO – SETIEMBRE. 2013**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN GERENCIA EN SALUD**

AUTORAS:

**EMILIA DELFINA CABRERA SALAS
MARÍA IBIS RIVERA MORALES**

**Callao, 2016
PERÚ**



DEDICATORIA

A nuestros Seres Queridos, por el aliento diario que nos imparten para hacer realidad el reto planteado.

Emilia e Ibis

AGRADECIMIENTO

A la honorable Alma Mater Universidad Nacional del Callao y Escuela de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, damos especial gratitud por los conocimientos impartidos en la Maestría en Gerencia en Salud, además por facilitar la elaboración del presente trabajo de investigación que beneficiará al individuo, familia y comunidad.

Las Autoras

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.	6
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1. Identificación del Problema.....	8
1.2. Formulación del Problema.....	10
1.3. Objetivos de la Investigación.....	10
1.4. Justificación.....	11
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del Estudio.....	16
2.2 Base Epistémicas, Bases Científicas y Bases Culturales.....	18
2.2.1 Bases Epistémicas de la Intervención Educativa.....	18
2.2.2 Intervención Educativa.....	22
2.2.3 Importancia de la Intervención Educativa.....	28
2.2.4 Teorías que Sustentan la Intervención Educativa.....	32
2.2.5 Bases Epistémicas de la Ansiedad.....	34
2.2.6 Ansiedad de Paciente Oncológico.....	35
2.2.7 Teorías que Sustentan la Ansiedad.....	40
2.2.8 Paciente Oncológico en el Preoperatorio Inmediato.....	41
2.2.9 Proceso de Atención de Enfermería.....	45
2.2.10 Plan de Intervención de Enfermería.....	47
2.2.11 Cáncer de Mama y Cirugía Ambulatoria.....	49
2.3 Concepto Básicos.....	54
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	
3.1 Definición de las Variables.....	56
3.2 Operacionalización de Variables.....	56
3.3 Hipótesis general e hipótesis específica.....	57
3.3.1 Hipótesis General.....	57
3.3.2 Hipótesis Específica.....	57

IV. METODOLOGÍA	
4.1 Tipo de Investigación.....	58
4.2 Diseño de la Investigación.....	58
4.3 Población y Muestra.....	58
4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	60
4.4.1 Ficha de Datos Personales.....	60
4.4.2 Encuesta con su Instrumento el Cuestionario.....	61
4.4.3 Encuesta con su Instrumento el Cuestionario STAI.....	61
4.5 Procedimientos de Recolección de Datos... ..	62
4.6 Procesamiento Estadístico y Análisis de Datos.....	63
V. RESULTADOS	65
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados.....	72
6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares.....	74
VII CONCLUSIONES	76
VIII RECOMENDACIONES	77
IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	93

TABLAS DE CONTENIDO

	Pág.
A. Cuadro N° 5.1: Nivel de Información del Paciente Oncológico de la Sala de pre anestesia, sobre su enfermedad y tratamiento antes de la intervención educativa.....	66
B. Cuadro N° 5.2: Nivel de Información del Paciente Oncológico de la Sala de pre anestesia, sobre su enfermedad y tratamiento después de la intervención educativa.....	67
C. Cuadro N° 5.3: Nivel de Ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, en los Grupos Control y Estudio antes de la Intervención Educativa.....	68
D. Cuadro N° 5.4: Nivel de Ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, en los Grupos Control y Estudio después de la Intervención Educativa.....	69
E. Cuadro N° 5.5: Manifestaciones de Ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, en los Grupos Control y Estudio antes de la Intervención Educativa.....	70
F. Cuadro N° 5.6: Manifestaciones de Ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, en los Grupos Control y Estudio después de la Intervención Educativa.....	71

RESUMEN

Los pacientes oncológicos que serán sometidos a intervención quirúrgica, precisan ser orientados para tener una comprensión clara de los objetivos del tratamiento y de sus consecuencias, a fin de disminuir la ansiedad que genera reacciones diversas. OBJETIVO: Determinar la efectividad de la intervención educativa, en la disminución de ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia. MATERIAL Y METODOS: El estudio fue de tipo cuantitativo, con diseño experimental y aleatorio. Participaron 110 pacientes que fueron sometidas por primera vez a cirugía de mama, entre julio y setiembre del 2013, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; se dividió en 55 pacientes para el grupo control y 55 para el estudio. Se aplicó dos cuestionarios antes y después de la intervención educativa, uno para conocer el nivel de información del paciente sobre su enfermedad y tratamiento, y otro para medir manifestaciones de ansiedad. En el análisis estadístico, los datos fueron codificados e ingresados a una base de datos creada en el programa estadístico SPSS versión 15.0 RESULTADOS: El nivel de información predominante en el grupo control (56.4%) y estudio (61.8%) antes de la intervención educativa fue poca y las diferencias encontradas no resultaron ser significativas ($p=0.560$); mientras que después para el grupo control fue poca (61.8%) y para el estudio suficiente (100%), las diferencias encontradas resultaron ser significativas ($p=0.000$). El nivel de ansiedad para ambos grupos antes de la intervención educativa fue alto; y después predominó para el grupo control el nivel alto (98.2%) y para el grupo estudio el nivel bajo (96.4%). La diferencia encontrada en las manifestaciones de ansiedad antes de la intervención educativa, no resultó significativa ($p=0.513$), sin embargo después resultó significativa ($p=0.000$). CONCLUSIONES: La Intervención Educativa disminuye la ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia.

PALABRAS CLAVE: Efectividad. Intervención educativa. Disminución de ansiedad. Paciente oncológico. Sala de Pre Anestesia.

ABSTRACT

Cancer patients, who will undergo surgery, need to be oriented to have a clear understanding of the objectives of the treatment and its consequences in order to reduce the anxiety generated mixed reactions. OBJECTIVE: To determine the effectiveness of the educational intervention in reducing patient anxiety Cancer of the Board of Anesthesia Pre MATERIALS AND METHODS: The study was quantitative, quasi- experimental and randomized design. They involved 110 patients who underwent first breast surgery between July and September 2013, at the National Institute of Neoplastic Diseases; it was divided into 55 patients and 55 control group for the study. Two questionnaires before and after the educational intervention, one to determine the level of patient information about their disease and treatment, and another was applied to measure manifestations of anxiety. In the statistical analysis, data were coded and entered into a database created in SPSS version 15.0 RESULTS : The predominant level of information in the control group (56.4 %) and study (61.8 %) before the educational intervention was short and the differences were not significant ($p = 0.560$) ; while following to the control group was small (61.8%) and sufficient study (100%) , the differences were significant ($p = 0.000$) . The level of anxiety for both groups before the educational intervention was high; and then he prevailed to control the high level group (98.2 %) and the lowest level study group (96.4 %). The difference found in the manifestations of anxiety before the educational intervention was not significant ($p = 0.513$), however after significant ($p = 0.000$). CONCLUSIONS: Educational Intervention reduces anxiety Cancer Patient Room of Pre Anesthesia.

KEYWORDS: Effectiveness. Educational intervention. Decreased anxiety. Cancer patient. Pre Anesthesia room.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con cáncer, precisan ser orientados para tener una comprensión clara de los objetivos del tratamiento y de sus consecuencias ⁽¹⁾. Durante el periodo preoperatorio, los pacientes presentan estado de tensión, ansiedad o miedo, como consecuencia de la incertidumbre de lo desconocido, la anestesia, la mutilación e incluso la posibilidad de muerte. ⁽²⁾ Según Grieve ⁽³⁾ para reducir la ansiedad se requiere de: información de procedimiento (explicación del mismo); información del comportamiento (explicación sobre lo que debe hacerse antes, durante y después del procedimiento); e información sensorial (descripción de las sensaciones que puede experimentar).

Según la ⁽⁴⁾ Ansiedad es la sensación de malestar, aprehensión o amenaza, con frecuencia de origen desconocido para el paciente; y la ⁽⁵⁾ la define como una reacción emocional, de la persona, cuando percibe una situación específica como amenazante, aunque no exista peligro presente, involucra sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo y preocupación, así como activación del sistema autónomo. Florio y Galvao, identificaron en el periodo preoperatorio el diagnóstico enfermería "ansiedad" en el 86,6% de los casos, provocada por una intervención quirúrgica que afecta tanto al paciente, como a la familia ⁽⁶⁾. Cuñado Barrio, concluyó que la visita enfermera reduce la ansiedad-estado pre quirúrgica ⁽⁷⁾. Según el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, en el 2008 se diagnosticaron 1,38 millones de casos de cáncer de mama en todo el mundo, siendo esta la principal causa de defunción por cáncer entre las mujeres. Las tasas de supervivencia del cáncer de mama van desde un 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, a un 60% en los países de medianos ingresos y menos del 40% en países de bajos ingresos. ⁽⁸⁾

En la Sala de Pre Anestesia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se observó que los pacientes llegan hipertensos, taquicárdicos, sudorosos, negativistas, irritables, inseguros, inquietos; hicieron preguntas como: ¿En esta sala me van a operar?, ¿Qué me van hacer?, ¿Cuánto tiempo dura la operación?, ¿Cuándo me darán los resultados?; o expresando frases como: ¡Me

van a dormir!, ¡Voy a estar despierto!, ¡La operación es dolorosa!; conllevando a cancelaciones de la cirugía, complicaciones como difícil inducción a la anestesia, retardo en la recuperación post anestésica y, hospitalizaciones previsibles.

Ante esta situación, sugerimos realizar un Trabajo de Investigación, cuyo objetivo fue determinar la efectividad de la intervención educativa en la disminución de ansiedad del paciente oncológico en el Pre operatorio inmediato, para demostrar con base científica que la Intervención Educativa, disminuye la ansiedad del Paciente Oncológico, en el Preoperatorio Inmediato. El estudio fue: prospectivo, de cohorte y de intervención. La Población de estudio, estuvo constituida por pacientes de Clínica de Día que fueron sometidas por primera vez a cirugía oncológica de mama; la muestra del estudio fue de tipo probabilística, se organizó en dos grupos, uno estudio y otro control, ambos grupos fueron obtenidos a través de una fórmula para estudios comparativos. Se aplicó análisis estadístico. Se utilizó como instrumentos el Cuestionario y un Plan de Enseñanza. Luego de la Recolección de Datos se realizó la Tabulación y Análisis con una computadora, mediante el programa estadístico SPSS. Se trabajó con un nivel de confianza de 95 % y un margen de error de 5%. Las variables se describieron con tablas y estadísticas descriptivas; y la discusión de resultados se realizó considerando la contrastación de hipótesis con los resultados y la contrastación de resultados con otros estudios similares.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación del Problema

La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas ⁽⁹⁾; en los pacientes quirúrgicos la ansiedad se debe al miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales (mutilación) y a la posibilidad de morir ⁽¹⁰⁾.

Reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) informan que la incidencia a nivel mundial de cáncer en el 2008 se estimó en 12.700 millones de nuevos casos, de esos el 10.86% fueron cáncer de mama ⁽¹¹⁾. Otras estadísticas revelan que un 21% de los pacientes con cáncer manifiestan síntomas de ansiedad y que en 21% de esos casos cumplen con criterios de trastornos adaptativos ansioso ⁽¹²⁾. El Dpto. de Epidemiología y Estadística del INEN indica que la magnitud global del cáncer en el año 2012 fue: 14.1 millones de casos nuevos, 8.2 millones de muertes y 32.5 millones de personas viviendo con cáncer. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú el segundo lugar ⁽¹³⁾. Según datos estadísticos de la OMS, un 20% de la población mundial padecerá algún tipo de trastorno de ansiedad en algún momento de su vida; la Universidad de Virginia, el 18.1% de adultos entre 18 y 54 años en Estados Unidos, presentan anualmente algún trastorno de ansiedad; en España, este tipo de patología afecta entre el 3 y el 5% de la población adulta, y la frecuencia en las mujeres es el doble que en los hombres. Dentro de estos parámetros, la ansiedad no implicaría ningún problema para la salud, sin embargo, hay casos en que los mecanismos en lugar de movilizar al individuo para salvaguardarlo de un posible peligro, lo inmoviliza frente a la presencia de estímulos cotidianos e inofensivos ⁽¹⁴⁾. En el Perú, las estadísticas de las atenciones psiquiátricas del Hospital

Hermilio Valdizán en el 2010, sustentan la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad, de 49438 atenciones, el 2.2% presenta ansiedad generalizada; en Lima y Callao este trastorno es el más frecuente (9.9%), la edad de inicio se encuentra entre los 20 y 30 años, siendo más prevalentes en mujeres (11.2%) que en los varones (8.5%) ⁽¹⁵⁾.

La experiencia personal de las autoras y siempre desde un punto de vista observacional porque no existe ningún tipo de estudio ni programa educativo aprobado que lo constate, evidenció que en la Sala de Pre Anestesia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se brinda atención preoperatoria inmediata en promedio a 30 pacientes por día, de ellos se observa que el 95 % (29) presentan algún signo o síntoma: Hipertensión, taquicardia, sudoración, negativismo, irritabilidad, inseguridad, inquietud. Asimismo hacen preguntas como: ¿En esta sala me van a operar?, ¿Qué me van hacer?, ¿Cuánto tiempo dura la operación?, ¿Cuándo me darán los resultados?; o expresan frases como: ¡Me van a dormir!, ¡Voy a estar despierto!, ¡La operación es dolorosa!; conllevando a cancelaciones de la cirugía al 7% (2) en promedio por día, debido a difícil inducción a la anestesia, alteración hemodinámica y retardo en la recuperación post anestésica. Se atribuye a niveles elevados de ansiedad una mayor frecuencia de complicaciones para el paciente como: problemas de oxigenación o circulación (disnea, taquicardias, arritmias, hipertensión), vómitos, alteraciones de la temperatura, dolor y malestar, mayor consumo de analgésicos, alargamiento de la estancia hospitalaria, etc.; también dificulta el seguimiento del tratamiento y de las recomendaciones terapéuticas; así la ansiedad en el paciente se asocia a peor calidad de vida y mayor coste sanitario ^(16,17,18).

A. Donabedian y K. Ishikawa refieren: “La calidad empieza con la educación y termina con la educación”. La intervención educativa, reduce en el paciente el miedo a la cirugía, disminuye las necesidades de sedación, aumentan los conocimientos y habilidades, disminuye el malestar emocional y mejora la realización de los ejercicios postquirúrgicos y por tanto tienen

una mejor y más pronta recuperación ⁽¹⁹⁾. Entregar al paciente quirúrgico información escrita mejora el estado de ansiedad, dolor, cumplimiento de las actividades prescritas y la recuperación física ⁽²⁰⁾.

La intervención quirúrgica oncológica, provoca ansiedad antes de iniciarse el tratamiento, por la anticipación a los síntomas y complicaciones relacionadas con el postoperatorio inmediato, dolor, malestar físico y, desfiguración y/o pérdida de funciones importantes. ^{(21), (22)} refieren que algunos estudios en pacientes con cáncer de mama muestran como la ansiedad aumenta con el diagnóstico, alcanza su nivel más elevado antes de la mastectomía, se mantiene elevada tras la cirugía y comienza a descender después del primer año tras la intervención quirúrgica.

Por lo expuesto, se realizó en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas el trabajo de investigación: “Intervención Educativa y Disminución de Ansiedad en Paciente Oncológico en el Preoperatorio Inmediato”; con una población de estudio constituida por pacientes de Clínica de Día que fueron sometidos por primera vez a cirugía oncológica de mama.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la efectividad de la intervención educativa en la disminución de ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Julio – Setiembre. 2013?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General:

Determinar la efectividad de la intervención educativa, en la disminución de ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- a) Determinar el nivel de información del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, sobre su enfermedad y tratamiento, antes y después de la intervención educativa.
- b) Identificar las manifestaciones de ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, antes y después de la intervención educativa.

1.4 Justificación

La presente investigación se realizó porque las manifestaciones, interrogantes y alteraciones hemodinámicas observadas y escuchadas del paciente en el preoperatorio inmediato y la información insuficiente que demuestra tener en relación a su enfermedad y tratamiento, conducen a las autoras hacia el reto de alcanzar la calidad total de atención; por consiguiente se realizó para demostrar que el nivel de información del Paciente Oncológico de la Sala de Pre anestesia sobre su enfermedad y tratamiento después de la intervención educativa evidencia cambios significativos que no se deben a su aprendizaje frente a la necesidad de enfrentar la enfermedad, si no es el efecto de la intervención educativa como consecuencia de la aplicación de los principios de la enseñanza efectiva; asimismo demostró que las manifestaciones de ansiedad en este tipo de paciente luego de la intervención educativa se presentan con un nivel bajo, confirmando la hipótesis planteada: “La intervención educativa disminuye la ansiedad del paciente oncológico de la Sala de Pre anestesia”. Esta justificación teórica es sustentada por ⁽²³⁾ quien refiere que “Uno siente que tiene más control cuando sabe lo más que se puede sobre su cáncer y su tratamiento, es más fácil tomar decisiones cuando se sabe qué esperar”.

Así pues, el paciente se benefició mejorando su calidad de vida y su bienestar social a través de modificaciones de actitudes, aptitudes y hábitos en sentido positivo; siendo esta la justificación social, porque el cáncer no solo cambiará la vida del paciente, sino también las vidas de quienes le

rodean, las rutinas de la vida familiar, las relaciones pueden hacerse tirantes o fortalecerse, los asuntos de dinero y de seguro médico son difíciles, es posible que necesite cambiarse de donde vive y con quien vive al menos por un tiempo ⁽²⁴⁾.

Utilizó como justificación práctica un marco de educación e intervención para disminuir la ansiedad en el paciente Oncológico en preoperatorio inmediato, a fin de utilizar esta información en su auto cuidado, adquirir conocimientos que aumenten su capacidad de toma de decisiones, poner en práctica los tratamientos prescritos y modificar ciertos patrones de vida, garantizando de esta forma los cuidados necesarios tanto en el pre como en el postoperatorio; evitándose cancelaciones de la cirugía, complicaciones en la inducción a la anestesia, retardo en la recuperación y hospitalizaciones previsibles, a fin de no incrementar la lista de espera de pacientes para cirugía electiva, disminuir los indicadores de morbimortalidad, disminuir ingresos de cirugías de emergencia y no incrementar costos intrahospitalarios.

La justificación metodológica se reflejó en los resultados del estudio, que benefició en promedio a 456 pacientes que fueron sometidos a un tipo de intervención quirúrgica de mama durante el año 2013, permitiendo protocolizar la intervención educativa de la Enfermera Oncóloga en el preoperatorio inmediato, con el fin de incorporar nuevos conocimientos en forma efectiva y contribuir a la disminución de la ansiedad generadora de numerosas complicaciones en el tratamiento y los elevados costos tanto económicos como en el ámbito familiar; cumpliendo de esta forma con el proceso de enseñanza – aprendizaje, parte integral del Proceso de Atención de Enfermería. Los médicos, las enfermeras y otros proveedores de asistencia médica pueden enseñar mucho sobre cáncer y su tratamiento, pero, a veces la gente tiene problemas para aprender porque tiene miedo o está confusa, estos sentimientos pueden dificultar que se aprenda información nueva, cuando la ansiedad aumenta, es más difícil acordarse de las cosas ⁽²⁵⁾.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

Los artículos de investigación más relevantes para este problema fueron:

GAVILANES SALAZAR, G. M. y COL. (Ecuador-2015), en su trabajo de tipo descriptivo, titulado “Niveles de ansiedad en el preoperatorio y su influencia en la recuperación postanestésica inmediata en pacientes de 18 a 65 años de edad con ASA I, ASA II y ASA III que serán sometidos a cirugía programada en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo”, refieren que los pacientes programados para cirugía electiva presentan altos niveles de ansiedad lo cual concuerda con la elevada demanda de información detectada; la mayoría de pacientes registró una buena recuperación postanestésica inmediata independiente de su nivel de ansiedad previo. ⁽²⁶⁾

MORENO CARRILLO, P. Y COL. (España-2015), en su trabajo de investigación tipo descriptivo “Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica”, refieren que cada día son más numerosos los estudios que muestran que el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación posquirúrgica; además que el control de la ansiedad preoperatoria disminuye la incidencia de eventos adversos durante la anestesia y la cirugía. Concluye que frente a la ansiedad pre-quirúrgica se brinda cuidado emocional basándose en la experiencia profesional y en el criterio personal. ⁽²⁷⁾

DOÑATE MARÍN, M y COL. (España-2015), en su estudio de investigación titulado “Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía”, refieren que los resultados han evidenciado que existe asociación entre el grado de información y el nivel de ansiedad; asimismo concluye que los pacientes que creen necesitar más conocimientos sobre el procedimiento quirúrgico

presentan niveles de ansiedad mayores que los pacientes que creen necesitar menos. ⁽²⁸⁾

HINOJOSA LEÓN, Y. (Ecuador-2013), en su investigación tipo descriptivo titulado “Importancia de la intervención de enfermería en el área psicológica para disminuir el grado de ansiedad y sus complicaciones en el paciente preoperatoria”, refiere que la atención de enfermería en pacientes que van a ser sometidos a cirugía y recibir anestesia, requiere un conocimiento profundo, el mismo que empieza desde el momento que se toma la decisión de realizar la intervención quirúrgica, hasta su resultado final y esperado que esta sea el alta hospitalaria. ⁽²⁹⁾

CANIÇALI PRIMO, C y COL. (España-2012), en su investigación de tipo descriptivo, titulado “Ansiedad en mujeres con cáncer de mama”, refieren el que la mujer participe en un programa de rehabilitación interdisciplinar, tal vez, explique que los resultados no muestren niveles más altos de ansiedad. ⁽³⁰⁾

VARGAS, R. y COL. (Costa Rica-2012), en su estudio de investigación tipo descriptivo, titulado: “Inducción preoperatoria para pacientes y familiares en caso de cirugía mayor y su relación con la ansiedad”, refieren que a medida que avanza el conocimiento científico, los procedimientos quirúrgicos que se realizaban con pacientes hospitalizados, se llevan a cabo, ahora, de forma ambulatoria; sin embargo, es necesario preparar a los pacientes, pues ello beneficia el proceso de recuperación. ⁽³¹⁾

GORDILLO LEÓN, F. y COL. (España-2011), en su investigación de tipo descriptivo, titulado “Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos”, refieren que para evitar niveles de ansiedad perjudiciales se requiere un trato personalizado, un modelo de comunicación adecuando entre el personal sanitario y los pacientes, enseñar al enfermo el manejo del control interno y entender la infraestructura y la rutina hospitalaria a partir de las necesidades de los usuarios. ⁽³²⁾

CARRASCOSA LÓPEZ M. y COL. (España-2011), en su trabajo de tipo descriptivo titulado “Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico

mediante una intervención de enseñanza individual”, refieren que la enseñanza individual mejora el nivel de los conocimientos de los pacientes sometidos a intervención oncológica quirúrgica urológica y esto hace que disminuya más la ansiedad del estado del paciente.⁽³³⁾

MANRIQUE CARBONEL, J. (Perú-2011), en su trabajo de tipo descriptivo titulado “Efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12-36 meses”, refiere que el programa educativo sobre la prevención de la anemia ferropénica fue efectivo en el incremento de conocimientos de los cuidadores.⁽³⁴⁾

VALENZUELA-MILLÁN, J. y COL. (México-2010), en su estudio de investigación tipo descriptivo titulado “Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos”, refieren que los resultados de este estudio sugieren la presencia de grados elevados de ansiedad preoperatoria en pacientes electivos; el origen de la ansiedad parece relacionarse a factores que pueden ser evaluados en la consulta preanestésica.⁽³⁵⁾

JA P. y KIM H. (España-2010), en la investigación de tipo descriptivo, titulada “Efectos de una Intervención Psicosocial breve en Pacientes con Cáncer que reciben Tratamiento Adyuvante”, refieren que la intervención permite mejor utilización de espíritu de lucha y las conductas de auto cuidado en los participantes del estudio. Los resultados apoyan parcialmente la eficacia de la intervención para la adaptación entre los pacientes con cáncer que reciben tratamiento adyuvante.⁽³⁶⁾

GAITAN T. y COL. (Argentina-2008), en su estudio de investigación tipo descriptivo “Educación preoperatoria y nivel de ansiedad”, refieren que la ansiedad en los pacientes quirúrgicos se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales (mutilación) y a la posibilidad de morir; y concluye en síntesis, que el efecto preventivo de la cantidad de información recibida marca la tendencia a los niveles de ansiedad en el paciente prequirúrgico.⁽³⁷⁾

NARVÁEZ A. Y COL. (España-2008), en la investigación de tipo descriptivo, titulado “Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (Ansiedad y Depresión) en pacientes de cáncer de mama”, refieren que el cáncer de mama influye, al igual que su tratamiento, de manera significativa en aspectos psicológicos de las personas que han sido diagnosticadas y tratadas por esta enfermedad; además que es eficaz el tratamiento cognitivo-conductual en grupo para la mejora de la autoestima, la imagen corporal y la sexualidad después de tener cáncer de mama.⁽³⁸⁾

MORE CAROL (Perú-2008), en su investigación tipo descriptiva, titulada “Efectividad de la educación individualizada en la preparación física y psicológica de los pacientes que serán sometidos a la prueba de ecocardiografía de estrés farmacológico”, refiere que el nivel de conocimiento de los pacientes luego de la educación individualizada es alto; por lo tanto, la utilización de metodologías de enseñanza adecuadas, las cuales consideren las características individuales de los pacientes, resulta eficaz para brindar educación a los pacientes que acuden al Servicio de Consulta Externa, para la prueba de Ecocardiografía.⁽³⁹⁾

MELO AM. y COL. (Brasil-2007), en el trabajo de investigación tipo descriptivo, titulado “ Ansiedad en el Período Preoperatorio de Cirugías de Mama: Estudio Comparativo entre Pacientes con Sospecha de Cáncer a Ser Sometidas a Procedimientos Quirúrgicos Estéticos”, refieren que las pacientes con sospecha de cáncer de mama a ser sometidas a la retirada del tejido mamario para diagnóstico presentaron niveles y prevalencia de ansiedad-estado alta, mayores que las pacientes a ser sometidas a mamoplastias.⁽⁴⁰⁾

CHIRVECHES EA. y COL. (España2006), en su trabajo de tipo descriptivo, titulado “Efecto de una visita pre quirúrgica de enfermería peri operatoria sobre la ansiedad y el dolor” refieren que la visita pre quirúrgica estructurada de enfermería reduce la ansiedad situacional, mejora la

satisfacción hacia el proceso asistencial quirúrgico y no modifica la percepción del dolor agudo postoperatorio.⁽⁴¹⁾

LUGO M. y COL. (Venezuela-2006), en su trabajo de investigación tipo descriptivo, titulado “Pacientes oncológicos con diagnóstico reciente: Valoración e intervención sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención”, refieren que el programa de intervención secundaria es efectivo al lograr disminuir los niveles de depresión, ansiedad y mejorar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer. ⁽⁴²⁾

MARTÍN-CRESPO M. y COL. (España-2006), en su investigación de tipo descriptivo, titulado “Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico”, refieren que el paciente que está ingresando o que va a ser operado se encuentra en una realidad que puede ser percibida como una amenaza, y que por tanto, puede originar un sentimiento de ansiedad. Proporcionar apoyo emocional e información es fundamental para permitir potenciar la expresión de los sentimientos de angustia previos a la intervención quirúrgica. ⁽⁴³⁾

CEREIJO C. y COL. (España-2005), en su trabajo de tipo descriptivo, titulado “Información y Educación del Paciente en Cirugía Ambulatoria”, refieren que la cirugía ambulatoria facilita al paciente los beneficios que proporcionan la recuperación en el ámbito familiar y la independencia para realizar sus cuidados. Para potenciar la autonomía del paciente y que éste se implique de una manera activa y responsable en su recuperación postoperatoria son claves la información y la educación para la salud; resulta imprescindible la atención de enfermería al complementar la información, proporcionar apoyo emocional e impartir educación para el auto cuidado que capacite al paciente para asumir responsabilidades. ⁽⁴⁴⁾

ACEA B. (España-2004), en su estudio de investigación tipo descriptivo, titulado “Cáncer de mama y cirugía ambulatoria. Quién, cómo, dónde y por qué”, refieren que la experiencia acumulada en cirugía ambulatoria y los progresos en la técnica anestésica permiten en la actualidad un nuevo

planteamiento en la asistencia a la mujer con cáncer de mama, que hace posible ofrecer un tratamiento quirúrgico ambulatorio como alternativa al ingreso ordinario. ⁽⁴⁵⁾

2.2 Bases Epistémicas, bases científicas y bases culturales.

Con el fin de que el presente estudio de investigación tenga una base científica que nos permita analizar los datos obtenidos en ambos grupos: Estudio y Control, y realizar una interpretación de acuerdo a los conocimientos científicos y con ello fundamentar las conclusiones obtenidas, se estableció la base teórica enfocando los siguientes aspectos:

2.2.1 Bases Epistémicas de la Intervención Educativa

En el caso de las investigaciones educativas, cuyo objeto expresado de manera amplia es la educación; debido a que esta opera con conocimientos y tiene entre uno de sus propósitos el aprendizaje de los mismos por parte de los estudiantes, el proceso de enseñanza-aprendizaje no puede estar desvinculado del proceso de gestación y validación de los conocimientos con los cuales opera, de su formalización y de su ubicación dentro del edificio científico, de ahí las estrechas relaciones de la epistemología de las Ciencias de la Educación y la de las investigaciones educativas.

La ciencia y la actividad científica se caracterizan por la objetividad, una ciencia como realidad hermética que nadie pueda captar es una ciencia cuya realidad no puede ser certificada y cuya existencia carece de fundamento. Los conocimientos científicos son necesariamente contrastables por una pluralidad de individuos capaces de reconstruirlos y garantizar su veracidad.

La enseñanza es una actividad interna de la ciencia misma, es un operador científico, la ciencia sin la enseñanza se detendría, un conocimiento científico que no es enseñable no es objetivo y la objetividad es condición de la ciencia; entonces, la enseñanza es la

prueba definitiva de una teoría, un sistema didáctico es una demostración de la propia teoría. ⁽⁴⁶⁾.

Watson Jean, considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal. A través de su pensamiento y basándose en teorías filosóficas elabora su teoría llamada "Del cuidado humano". A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos: 1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal. 2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas. 3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar. 4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser. 5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado. 6. El cuidado es más "salud-genético" que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación. 7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Para Watson, el foco principal de la Enfermería está en sus diez factores de cuidado derivados de una perspectiva humanista, combinada con una base de conocimientos científicos: 1. Formación de un sistema humanístico - altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de

cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud. 2. Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo. 3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás. 4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. 5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás. 6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado. 7. Promoción de la enseñanza –

aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza - aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

10. Permisión de fuerzas existenciales - fenomenológicas: la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud ⁽⁴⁷⁾.

Nascimento KC, Erdmann AL, en su investigación, menciona que “El Cuidado educativo” se refiere a las informaciones, a la enseñanza y a los programas de educación formal e informal;

asimismo que es un resorte propulsor de la búsqueda de conocimientos para la evolución de la sociedad; no se puede dissociar el cuidado de la educación. El cuidado educativo es el ejercicio del pensamiento crítico, del espíritu de ciudadanía y la continua búsqueda por nuevos horizontes. Cuidado es tener conocimiento; la práctica educativa potencializa al equipo de enfermería para practicar un cuidado más auténtico. El reeducar, significa que los cuidadores sienten la necesidad del problema y van a ayudar a otros seres a cambiar ⁽⁴⁸⁾.

2.2.2 Intervención Educativa

El proceso de intervención educativa se fundamenta en principios que sirven de soporte para establecer el modelo de acción educativa. Siendo los siguientes:

El tratamiento de la diversidad: Aprendizaje individualizado y personalizado.

El tratamiento de la diversidad es posible si se parte de una evaluación inicial que ayude a definir qué necesita cada joven (paciente) para alcanzar los objetivos planteados, cuáles son sus intereses, sus expectativas, sus necesidades de manera que se puedan diseñar las respuestas más adecuadas, motivadoras y enriquecedoras posibles. (Por ejemplo, evaluar las manifestaciones, interrogantes y alteraciones hemodinámicas observadas y escuchadas en el pre operatorio inmediato).

Aprendizaje constructivo, significativo y funcional.

La preparación para una inserción en el mundo del trabajo da pie a la construcción de nuevos aprendizajes y permite que estos sean significativos y funcionales.

Aprender significativamente quiere decir que el nuevo aprendizaje se puede relacionar con conocimientos previos de la persona que aprende; que los contenidos propuestos en el proceso de enseñanza-

aprendizaje se caractericen por la estructuración, claridad y relevancia; y lo que se aprende pueda ser utilizado para la resolución de problemas (Ejemplo, Enseñar el concepto de cáncer de mama con claridad y precisión, hace que la paciente modifique el concepto previo y pueda darlo a conocer en su medio).

El interés por la funcionalidad del aprendizaje implica seleccionar los objetivos teniendo en cuenta lo que es necesario para vivir en sociedad, insertarse laboralmente como trabajador/a y ciudadano/a (Ejemplo, fomentar en la paciente el autocuidado durante el pre y postoperatorio para que pueda satisfacer sus necesidades personales y regresar pronto a su vida cotidiana).

El gran reto del educador/a es conseguir que los aprendizajes resulten de utilidad en la vida, capacitando al alumno (paciente oncológico) para planificar y guiar la solución de problemas que se le presenten y prepararle para un mundo cambiante.

El aprendizaje cooperativo y participativo.

Los jóvenes (paciente oncológico) deben participar en primer lugar en la toma de decisión de incorporarse al programa o no, es decir debe ser parte de una decisión personal, para luego participar en el proceso de evaluación inicial y en el programa educativo donde se especifican metas, objetivos, contenidos y modo de conseguir su aprendizaje. La participación se refiere al proceso de toma de decisiones y a la asunción de responsabilidades en las diversas tareas encomendadas, siempre con el asesoramiento de los educadores. (Ejemplo, Solicitud de participación del paciente oncológico en la aplicación del Plan de Enseñanza de Enfermería en el Pre operatorio).

Aprendizaje globalizado-interdisciplinar.

La intervención de los educadores debe facilitar que el aprendizaje de los contenidos se lleve a cabo de una forma global, por tanto las propuestas educativas deben presentar en forma clara la relación

entre los aprendizajes, para conseguir los objetivos que se pretenden alcanzar, como la inserción laboral y participación en la vida activa. Surge así la globalización como una propuesta metodológica que da respuesta a la necesidad de presentar los contenidos de aprendizaje de forma interrelacionada. (Ejemplo, el Plan de Enseñanza de enfermería aplicado al paciente oncológico ha globalizado en su contenido los temas: cáncer de mama, tratamiento quirúrgico en cirugía de mama, indicaciones pre y post operatorias, resultados de la cirugía de mama y circuito ambulatorio, a fin que la paciente se sienta orientada).

El clima educativo, elemento facilitador del crecimiento personal

El clima educativo, lo dan las características psicosociales, determinadas por factores estructurales, personales y funcionales de la institución. Entre los aspectos que posibilitan un buen clima formativo tenemos: Estructuración de las situaciones educativas para facilitar la comprensión de los objetivos, procedimientos e instrumentos a utilizar; participación conjunta de los educadores (profesionales de enfermería) y jóvenes (paciente oncológico) en la toma de decisiones de carácter didáctico; apertura de expectativas positivas de los educadores respecto a los logros de los jóvenes remarcándoles los progresos que experimentan; potenciación del mayor tiempo posible del joven en la actividad de aprendizaje, garantía de acompañamiento socioeducativo en el proceso formativo;

El desarrollo del autoconcepto y la autoestima

El desarrollo de autoconcepto y autoestima es una estrategia educativa, que abre expectativas para el desarrollo personal y social, y encamina la toma de decisiones con relación a su incorporación a la vida activa en sentido positivo y estimulante. Se entiende por autoconcepto, la percepción que cada uno tiene de sí mismo y, por autoestima, la actitud valorativa emocional hacia uno mismo. La persona (paciente oncológico), dotada de una autoestima positiva

será capaz de asumir riesgos y aceptar responsabilidades al mismo tiempo que sobrellevará las frustraciones y conflictos que la vida le depare; mientras que las personas con autoestima negativa se sentirán infravaloradas e insatisfechas, generando comportamientos depresivos o agresivos hacia el entorno.

El educador intentará producir en sus educandos efectos positivos, con una actitud de acercamiento al alumno, interesándose por su mundo y sus cambiantes altibajos. Muchas veces esta actitud motivadora se traduce en una serie de palabras, gestos y otras manifestaciones no verbales, que ayudan al alumno a descubrir y potenciar sus propios recursos. (Ejemplo, enseñar a la paciente que por primera vez será intervenida sobre su enfermedad y tratamiento quirúrgico, le permite asumir riesgos, aceptar responsabilidades, sobrellevar frustraciones y conflictos que el cáncer le genere).⁽⁴⁹⁾

En la ⁽⁵⁰⁾ se publicó el siguiente grupo de pequeños pero poderosos principios, que pueden hacer la enseñanza tanto más efectiva como eficiente, ayudando a los profesores (profesionales de enfermería) a crear condiciones que apoyen el aprendizaje de los estudiantes (paciente oncológico). Así tenemos:

La enseñanza efectiva implica adquirir conocimientos relevantes sobre los estudiantes y usar esta información en el diseño del curso y en la enseñanza en clases. Se enseñan contenidos para que aprendan esos contenidos. Existen características que pueden afectar el aprendizaje. Por ejemplo, la edad de los estudiantes (paciente oncológico) influye en su manera de encarar los problemas de diferentes formas y, el conocimiento previo sea preciso o impreciso modela el aprendizaje nuevo. Reunir información relevante puede mejorar el diseño del curso (intervención educativa), ayudar a comprender las dificultades de los estudiantes (paciente oncológico), y orientar los ajustes a la enseñanza.

La enseñanza efectiva implica alinear los tres principales componentes de la enseñanza: objetivos de aprendizaje, evaluación, y actividades de enseñanza. La enseñanza es más efectiva y el aprendizaje aumenta cuando los profesores (profesional de enfermería) articulan e integran los objetivos de aprendizaje (Por ejemplo, información que se espera adquiriera el paciente oncológico); las actividades de enseñanza (Por ejemplo, diálogos, muestra de diapositivas y alcance de trípticos) para lograr la meta; y las evaluaciones (Por ejemplo, pre y post test) proveen a los estudiantes (paciente oncológico) oportunidad para demostrar y practicar sus conocimientos de manera articulada con los objetivos, y ofrecen a los profesores (profesional de enfermería) oportunidad para retro-alimentar y guiar el aprendizaje adicional.

La enseñanza efectiva implica articular las expectativas explícitas de los profesores con los objetivos de aprendizaje y políticas. Relacionar nuestros objetivos de aprendizaje con los desempeños esperados (por ejemplo, información que se espera adquiriera el paciente oncológico) le entrega al estudiante un propósito claro a lograr y le permite supervisar su progreso y avances. De igual manera, ser explícito en las políticas y normas del curso (intervención educativa), permite resolver interrogantes y reduce tensiones que podrían surgir.

La enseñanza efectiva implica priorizar el conocimiento y destrezas en las que se elige focalizar. No trate de abarcar mucho en un solo curso (intervención educativa). Demasiados temas operan en contra del aprendizaje de los estudiantes (paciente oncológico). Esto implica reconocer parámetros del curso (por ejemplo, número de participantes, tiempo y metodología), y determinar un conjunto de objetivos que pueda ser razonablemente logrado.

La enseñanza efectiva implica reconocer y superar nuestros puntos ciegos de expertos. Los estudiantes (paciente oncológico) necesitan

profesores (profesionales de enfermería) que den a conocer de manera explícita los contenidos de aprendizaje, aunque sea difícil para los expertos hacer esto, es necesario identificar y comunicar explícitamente a los estudiantes el conocimiento (Por ejemplo utilizar medios audiovisuales que permitan retener la información).

La enseñanza efectiva implica adoptar roles de enseñanza apropiados para apoyar las metas de aprendizaje. Se puede asumir variados roles en la enseñanza, estos deben estar acorde con los objetivos de aprendizaje. Por ejemplo, si el objetivo para el estudiante (paciente oncológico) es lograr que adquiera información, el rol más productivo del profesor (profesional de enfermería) puede ser aplicar la técnica participativa, la técnica expositiva y la retroalimentación).

La enseñanza efectiva implica mejorar progresivamente nuestro curso, en base a la reflexión y a la retroalimentación. Necesitamos reflexionar continuamente sobre nuestra enseñanza y estar dispuestos a hacer cambios y ajustes. Saber qué y cómo cambiar requiere examinar información relevante sobre la efectividad de nuestra enseñanza (por ejemplo, resultados negativos del post test). Basados en tales resultados podemos modificar los objetivos del curso (intervención educativa).

Castro (2011). Refiere que la intervención educativa en pacientes quirúrgicos se basa en la combinación de educación oral y escrita; la mayoría de las intervenciones se llevan a cabo en la etapa preoperatoria. Chaudhri et al (2005) en su estudio: compararon una educación intensiva preoperatoria con la convencional postoperatoria tras cirugía electiva y concluyeron que la educación para el manejo del estoma era más efectiva si se realizaba en el periodo preoperatorio, además facilitaba el alta hospitalaria más temprana. (p75, 76)

Los contenidos de las intervenciones incluirán información preoperatoria y postoperatorias (en esta se centran en funciones y ejercicios relacionados con la actividad al alta hospitalaria, tratamiento y recuperación en el domicilio) (p62). No es posible observar un patrón en los métodos educativos probados para los pacientes quirúrgicos, sino se utilizan una variedad, destaca la charla formativa, buscando la interactividad con el paciente, acompañado de la entrega de material educativo por escrito, pudiendo considerarse programas educativos. Respecto al profesional del cual el paciente recibe la información, la mayoría de los estudios indican ser de médicos y enfermeras (p63).

El autor concluyó que las guías de educación al paciente recogerían la información necesaria y las instrucciones escritas reforzarían los conceptos ya aprendidos y ayudarían en la retención del conocimiento (p74) ⁽⁵¹⁾.

El psicólogo y magister en Desarrollo Cognitivo, Ignacio Figueroa Céspedes, afirma: *“Es interesante visualizar que la educación tiene el desafío de liderar cambios necesarios en nuestra sociedad, la educación debe ser una herramienta de cambio real más allá del discurso”*; con estas palabras plantea un desafío en la evolución del rol de las educadoras, hacia la búsqueda de una pedagogía inclusiva y transformadora; también expresa: *“La relación entre la teoría y la práctica es crítica en estos momentos en la educación, no podemos seguir transmitiendo contenidos que no tienen que ver con las necesidades prácticas y las motivaciones que tienen los sujetos para aprender”* ⁽⁵²⁾.

2.2.3 Importancia de la Intervención Educativa

La información es la base de la educación al paciente, es uno de los pilares básicos en la relación profesional-paciente; tiene como finalidad garantizar el éxito del tratamiento porque proporciona al paciente datos que le permiten aceptar y conocer su enfermedad,

organizar y adecuar su conducta ante el tratamiento y, a los profesionales ofrecer explicaciones coherentes a lo largo de todo el proceso patológico (p36). Un paciente que se siente capaz tiene la habilidad de reconocer los conocimientos que posee, saber los que necesita, entender los que obtiene, tomar decisiones, resolver problemas y actuar proactivamente frente a su enfermedad y tratamiento (p40).

La atención del paciente que va a someterse a anestesia y cirugía requiere conocimiento del circuito perioperatorio, (pre, intra y postoperatorio). Las necesidades emocionales del paciente están determinadas por su capacidad de adaptarse a las situaciones que representen peligro, al riesgo que la cirugía represente y por su capacidad de enfrentarse a temores y ansiedades asociadas con el procedimiento (López-Roig 1991). La enfermedad y el proceso quirúrgico, lleva asociado una serie de pérdidas: intimidad, autodeterminación, confort del hogar, imagen corporal y otras. Durante todo el proceso quirúrgico el paciente vive una serie de temores, los más habituales son (Sáez 1996): pérdida de control asociada con la anestesia así como la sensación de dependencia total, temor a lo desconocido consecuencia de la incertidumbre ante el resultado quirúrgico, temor al dolor postoperatorio, temor a la muerte, lo cual constituye un miedo legítimo porque el paciente es informado de que, a pesar de los avances anestésico/quirúrgicos, ninguna operación ofrece seguridad completa, temor a la separación del grupo de apoyo usual, siendo atendido por extraños durante ese periodo altamente estresante, temor a la alteración de los patrones de vida ya que el ingreso hospitalario y el procedimiento quirúrgico interfieren con las actividades familiares, laborales y sociales. La aceptación de la realidad del cuerpo como vulnerable y mortal, así como la posibilidad de daños en la imagen corporal a consecuencia de la cirugía son fuente de ansiedad preoperatoria que activa sus

mecanismos psicológicos de defensa impidiéndole escuchar o comprender la información, sobre todo la oral. Por esto la información y la educación al paciente es importante, debe ser adecuada a sus necesidades y debe asegurar mecanismos que favorezcan su comprensión y la capacidad para ser recordada (P.50-53) ⁽⁵³⁾.

La necesidad de investigar en Educación surge desde el momento en que pretendemos conocer mejor el funcionamiento de una situación educativa determinada: sea un sujeto, un grupo de sujetos, un programa, una metodología, un recurso, un cambio observado, una institución o un contexto ambiental, o dar respuesta a preguntas acerca de cómo mejorar nuestras actuaciones educativas. (p11)

La investigación educativa se hace conveniente y necesaria porque facilita realizar las siguientes acciones: Dar respuesta a la necesidad de conocer y mejorar una determinada realidad educativa; innovar en educación y analizar los resultados y eficacia de dichas innovaciones para avanzar en la mejora de los resultados educativos; formular juicios de valor sobre la situación estudiada (evaluación), y establecer las causas que inciden sobre ella (diagnóstico), esto facilita poder intervenir para potenciar, modificar y mejorar las situaciones educativas, tomar decisiones y formular conclusiones. (p13). Estas razones ayudan a entender la conveniencia de investigar en Educación para conocer en qué consisten los procesos educativos, ya sean individuales, grupales, institucionales o ambientales; sus características y sus condicionantes, para poder orientar mejor las intervenciones educativas (ya sean de potenciación, asesoramiento, clasificación, selección o modificación) y, en suma, para introducir mejoras en las situaciones educativas, en los procesos implicados en ellas y en los productos que se obtengan. Ello lleva a considerar la necesidad de formar docentes, educadores y otros profesionales afines en teorías, métodos y técnicas de investigación, para que,

llegado el caso, puedan analizar e interpretar su propia práctica o la de otros en sus contextos profesionales con el fin de mejorarla. (p14)

Entre los aspectos que se pueden investigar en educación tenemos: Un sujeto (alumno, educador, padre, madre, etc.); un grupo de sujetos (un grupo de personas, de alumnos de educadores, de padres, de madres, etc.); un método (de enseñanza, de aprendizaje, de convivencia, de disciplina, etc.); un programa (docente, de centro, de desarrollo de habilidades y competencias, de política educativa, etc.); un recurso (docente, tecnológico, personal, económico, institucional, etc.); una institución (centros e instituciones educativas de distinta tipología, centros de recursos para el profesorado, etc.); un contexto ambiental educativo (un aula, una institución educativa, una familia, un entorno comunitario, etc.); un cambio observado, espontáneo o como resultado de una intervención o innovación educativa (en el comportamiento de un alumno o de un grupo de educandos, en el profesorado, en la dirección del centro, en las familias, etc.); los efectos a los que las combinaciones de efectos dan lugar (grado de satisfacción en un centro por parte del profesorado, del alumnado y de los padres y madres, grado de conflictividad, niveles de rendimiento académico, grado de consecución de determinados niveles de calidad educativa, etc.) (p17)

La finalidad de la investigación en Educación es conocer (describir, comprender) con cierta precisión una determinada realidad educativa, sus características y funcionamiento, así como la relación que existe entre los elementos que la configuran. Ello facilita posteriormente, si es el caso, hacer valoraciones y diagnósticos adecuados de la misma, así como ciertas predicciones de su futuro funcionamiento, e identificar los factores que causan en ella determinados efectos. Estas posibilidades que brinda la investigación sientan las bases para la intervención educativa, que tiene como finalidad actuar sobre una situación para mejorarla. (p18)

De modo, que investigar en Educación requiere llevar a cabo un plan pensado y ordenado en etapas sucesivas para obtener un conocimiento más científico del funcionamiento de la situación analizada que permita, si es el caso, realizar una adecuada valoración de la misma en función de los factores que inciden en ella (diagnóstico) y tomar decisiones adecuadas sobre cómo actuar para mejorarla (intervención). (p19) ⁽⁵⁴⁾.

2.2.4 Teorías que Sustentan la Intervención Educativa

Zamudio Gómez. 2012, afirma: la teoría de la educación es la justificación teórica de las actividades prácticas del proceso educativo. (p177). Las teorías educativas no son explicativas, sino prácticas; sólo prescriben no explican. Nos dicen qué debemos hacer, no cómo suceden las cosas. Las teorías de la educación son un conjunto de principios coherentes, de consejos y de recomendaciones a influir en la práctica. Las teorías educacionales intentan aproximarse, cada día más, a las científicas, porque además de fundarse en presupuestos filosóficos, como el pasado, aprovechan las investigaciones de la Psicología, Sociología y Biología aplicables a tema educacionales. Y esto es una novedad en las últimas décadas del presente siglo. La teoría educacional, en cuanto prescriptiva y práctica, tienen su principio en la fijación de los fines y objetivos. (P178).

La teoría educacional posible es una teoría práctica general, que prescribe acerca de los fines educativos, de la naturaleza de los educandos, del conocimiento y de los métodos apropiados en la enseñanza (p179). (Ejemplo, El Plan de Enseñanza aplicado al paciente oncológico en el preoperatorio tiene como finalidad que el paciente utilice la información impartida en su autocuidado tanto en el pre como en el posoperatorio, utilizando la técnica participativa, expositiva y de retroalimentación como metodología educativa) ⁽⁵⁵⁾.

Rodríguez E., afirma que una teoría educativa adhiere una postura epistemológica que sirve de sustrato para conceptualizar el aprendizaje, los contenidos a ser enseñados y las estrategias pedagógicas. Asimismo detalla las siguientes teorías: 1. Teoría conductista, donde el aprendizaje estaría relacionado con los cambios de comportamiento, logrados a través del ensayo y del error; este proceso depende de las experiencias (estímulos) del sujeto, quién produce necesariamente nuevas conductas (respuestas) o modifica las ya existentes. Para esta teoría el término aprendizaje significa cualquier cambio relativamente permanente en la conducta, que se produce como consecuencia de una experiencia. Esta vieja teoría, presentó una repercusión negativa en todo el sistema educativo, principalmente en el docente, pues limitó su acción pedagógica al rol de transmisor de conocimiento y valores morales. 2. Teoría cognitiva, aquí los contenidos, han de relacionarse de manera sustantiva y coherente y no arbitrariamente. Ausubel (1976) menciona que este aprendizaje supone tres condiciones básicas: (a) los materiales de enseñanza deben ser en potencia interesantes y sustanciosos; (b) la estructura cognoscitiva previa que posea el aprendiz ha de ser relevante a objeto de establecer relaciones con los nuevos contenidos; (c) el alumno tiene que manifestar una actitud activa para el aprendizaje, de tal manera que lo obtenido sea un producto derivado de la relación entre la información que posee y las nuevas ideas, conceptos o nociones. Para Ausubel “aprender es sinónimo de comprender y lo que comprendemos es lo que queda integrado a nuestra estructura conceptual”.

Robbins (1994) plantea tres teorías que explican el proceso por medio del cual se adquieren patrones de comportamiento, y afirma que implícitamente en cada una de ellas la atención, la retención, la reproducción motora y el reforzamiento, están presentes como procesos básicos que determinan la influencia de un modelo de

comportamiento en el individuo. Las teorías planteadas son: (a) El condicionamiento clásico, ocurre cuando una respuesta condicionada da lugar a la creación de una asociación entre un estímulo condicionado y un estímulo no condicionado. Así, frente a una situación acaecida el individuo reacciona de una manera concreta, como producto de la respuesta a un hecho específico e identificable. (b) El condicionamiento operante, sostiene que la conducta está en función de sus consecuencias, representando un comportamiento voluntario o aprendido. (c) El aprendizaje social, pregona que el sujeto aprende por la observación y por la experiencia directa ⁽⁵⁶⁾.

2.2.5 Bases Epistémicas de la ansiedad

En todos los momentos de su desarrollo, las ciencias se caracterizan por la vigencia de unos determinados modelos o paradigmas. La percepción de la realidad es el resultado de un proceso de aprendizaje y construcción social. Uno de los resultados de esta construcción son los modelos que constituyen marcos de referencia, es decir formas de ver la realidad que es objeto de su estudio. (p5)

En la práctica médica, la influencia de los modelos recae sobre el concepto de enfermedad y el concepto de efecto terapéutico. En la enfermedad existen lesiones o alteraciones fisiopatológicas; también existen modificaciones psicológicas, como por ejemplo, la forma en que cada persona interpreta y valora lo que le sucede o, en un sentido patológico, el estrés. Las diferencias respecto a cómo se concibe la enfermedad en un modelo dualista y en un modelo de interacción se manifiestan cuando se plantea la cuestión de cómo se relacionan estas dos órdenes de factores causales. Un modelo dualista sostiene que las causas actúan de forma independiente, por eso considera lícito estudiar los factores lesionales de las enfermedades, por un lado, y las interpretaciones y significados que el paciente les otorga, por otro. Según el tipo de factor al que se atribuye la responsabilidad del proceso patológico, se hablará de enfermedades somáticas o de

enfermedades psicosomáticas, a la posibilidad de que la enfermedad sea psicosomática "y a que se trate de algo psicológico, en general" suele llevarse siempre en un segundo tiempo, cuando no ha habido manera de encontrar pruebas que permitan atribuir la enfermedad a una causa estrictamente biológica. En la psicología médica el objeto de estudio es el comportamiento del individuo en un contexto constituido por la salud o por la enfermedad. El individuo estudiado es tanto el paciente como el profesional; en el paciente se observa sus relaciones con la enfermedad y como genera recursos adaptativos, y en el profesional se estudia el comportamiento en sus funciones: la promoción de la salud, la investigación y la búsqueda de información, el diagnóstico, el tratamiento o la rehabilitación. Por lo tanto, la psicología médica recoge y sintetiza las aportaciones provenientes de varios campos disciplinarios: la psicología, la medicina, la educación para la salud y la comunicación. Entre las principales áreas estudiadas por la psicología médica tenemos: Explicar en términos de interacción el dolor, otros procesos de enfermar y los efectos terapéuticos; los hábitos y estilos de vida, su influencia en la salud y en la enfermedad; las influencias recíprocas entre el proceso de enfermar, el comportamiento y los estilos de vida, con especial referencia a los procesos crónicos; la eficacia al transmitir información; el profesional como educador o modificador de hábitos de comportamiento; y .otros (p 13,14) ⁽⁵⁷⁾.

2.2.6 Ansiedad del Paciente Oncológico

Maté (2004) refiere: "La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas"; también afirma que: la prevalencia de la ansiedad en enfermedades oncológicas es diferente según los instrumentos de evaluación que se utilicen, en algunos estudios se

considera que del 25% de pacientes diagnosticados de cáncer, el (4%) manifiestan síntomas de ansiedad y el (21%) cumplen criterios de Trastorno adaptativo con ansiedad (p218). Considera que los síntomas de ansiedad pueden ser: 1. Somáticos, donde puede haber alteración del ritmo cardíaco, sensación de ahogo, disnea, opresión torácica, náuseas, vómitos, mareos, cefalea, tensión muscular, sudoración, escalofríos, sofocaciones, temblores, cansancio, dolor, pérdida de apetito e insomnio; 2. Cognitivos, donde puede existir pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes acerca de la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento; miedos acerca de la muerte y la dependencia de los demás; magnificación de los aspectos negativos y minimización de los positivos; pensamientos de culpa; despersonalización; y miedo a perder el control y volverse loco; 3. Conductuales, donde se puede observar aislamiento social, irritabilidad; mutismo; verborrea; inquietud interna; agitación psicomotriz e hiperactividad. Asimismo resalta que todos los síntomas de ansiedad mencionados pueden aparecer juntos formando trastornos de ansiedad que se han de diagnosticar y tratar de forma adecuada; y que los trastornos de ansiedad crónicos pueden verse intensificados ante el diagnóstico neoplásico o el tratamiento (p219). Maté (2004), acerca de la etiología de la ansiedad, dice: que en los pacientes oncológicos se han de valorar la percepción de cercanía de la muerte, el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias, problemas emocionales (como la anticipación del sufrimiento propio y de los allegados, la dificultad para ventilar y expresar sentimientos, y la sensación de pérdida de control), problemas sociales de tipo económico por pérdida del empleo, problemas familiares de relación interpersonal, problemas de índole espiritual y existencial, y problemas del entorno como la privación o exceso de estimulación, la falta de cuidados o la sobreprotección familiar (p220). Como factores de riesgo, considera que existe mayor

ansiedad en estadios avanzados del cáncer y que el tratamiento oncológico (cirugía, quimioterapia y radioterapia) puede ser inductor de ansiedad; el tipo de tratamiento y la respuesta del tumor tienen influencia en los niveles de ansiedad (p221). Para evaluar la ansiedad en el paciente con cáncer, precisa que existen varias escalas, entre ellas mencionó: a. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), autoinforme de 14 ítems, de ellos 7 miden depresión y 7 ansiedad. b. Perfil del estado de ánimo (POMS), autoinforme compuesto por 6 escalas: ansiedad, depresión, activación, desorientación/confusión, cansancio y hostilidad. c. Brief Symptom Inventory (BSI), inventario breve de síntomas que mide el malestar emocional mediante 9 subescalas: ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal, obsesividad, hostilidad, ansiedad fóbica, paranooidismo, somatización, y psicoticismo. d. Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI), consta de dos subescalas con 20 ítems cada una: ansiedad estado (circunstancial) y ansiedad rasgo (atributo estable de la personalidad). Finalmente Maté (2004), refiere que el tratamiento de los síntomas y trastornos de ansiedad debe ser multimodal e interdisciplinar, englobando: 1. Medidas farmacológicas, basadas en la administración de ansiolíticos (benzodiazepinas), para tratar los trastornos adaptativos que cursan con ansiedad, las crisis de ansiedad y los trastornos del sueño. Las benzodiazepinas disminuyen la ansiedad y favorecen la conciliación y el mantenimiento del sueño, por su efecto ansiolítico, sedativo y relajante muscular. 2. Medidas de psicoterapia de soporte emocional y técnicas cognitivo-conductuales. La paciente debe aprender a reconocer síntomas y fuentes de ansiedad y, sus posibilidades de modificación; a modelar el diálogo interno mediante técnicas cognitivas de control de pensamientos; fomentar la prevención de respuesta; potenciar la atención selectiva y la distracción; manejar la sintomatología ansiógena y favorecer la resolución de conflictos. Para ello existen

estrategias terapéuticas como: La respiración profunda y abdominal, la relajación muscular progresiva y la relajación en imaginación, la exposición gradual a los estímulos temidos (por ejemplo la quimioterapia), las técnicas de distracción, el entrenamiento en resolución de problemas, habilidades de comunicación (asertividad), reestructuración cognitiva, ventilación emocional y escucha activa. (p222) ⁽⁵⁸⁾.

La ⁽⁵⁹⁾ refiere que los trastornos por ansiedad son temores muy fuertes que pueden obedecer a tensión física o emocional; casi la mitad de los pacientes con cáncer dicen que sienten algo de ansiedad y alrededor de un cuarto de todos los pacientes con cáncer dicen que sienten mucha ansiedad. Los pacientes que viven con cáncer encuentran que se sienten más o menos ansiosos en diferentes momentos; un paciente se puede volver más ansioso cuando el cáncer se disemina o el tratamiento pasa a ser más intensivo. Para algunos pacientes, los sentimientos de ansiedad se pueden volver abrumadores y pueden afectar el tratamiento del cáncer, esto es cierto para los que sufren períodos de intensa ansiedad antes del diagnóstico de un cáncer. Los pacientes con más probabilidades de sufrir de un trastorno por ansiedad durante el tratamiento de cáncer son quienes tienen cualquiera de las siguientes características: 1. Antecedentes de un trastorno por ansiedad; 2. Antecedentes de trauma físico o emocional; 3. Ansiedad en el momento del diagnóstico; 4. Pocos familiares o amigos que le puedan proporcionar apoyo emocional; 5. Dolor que no está bien controlado; 6. Cáncer que no mejora con el tratamiento; 7. Dificultad para atender sus necesidades personales como bañarse o alimentarse.

También informa que hay diferentes causas para los trastornos de ansiedad en los pacientes con cáncer, además de la ansiedad que causa el diagnóstico de cáncer, los siguientes factores pueden causar ansiedad en estos pacientes: a. Dolor, si no se controla

con medicinas , la ansiedad se incrementa y esto aumenta el dolor; b. Otros problemas médicos, como infección grave, neumonía, sepsis, coágulo de sangre en el pulmón, desequilibrio en los electrolitos y cambio en el metabolismo (concentración baja de azúcar en la sangre); c. Ciertos tipos de tumores, como los que segregan hormonas y los tumores que se diseminaron al cerebro, la médula espinal, y los pulmones; d. Ingesta de ciertos medicamentos, como corticoides, broncodilatadores, antihistamínicos y otros.

Asimismo se considera que un diagnóstico de cáncer puede hacer que los trastornos por ansiedad aparezcan de nuevo en pacientes con antecedentes de estos trastornos, debido al gran temor que pueden sentir, haciéndoles incapaces de recordar la información que se les trasmite; pueden presentar síntomas como falta de aliento, sudores, sensación de desmayo y, taquicardia. (p5)

En la ⁽⁶⁰⁾ refiere que los estados de ansiedad elevados en los periodos previos a la intervención quirúrgica se ven reflejados en el intraoperatorio, el organismo reacciona de diferente forma ante la anestesia en estado de ansiedad, y en los periodos postoperatorios, retardando la recuperación y retrasando el abandono del centro hospitalario, lo que podría producir saturación en el centro hospitalario y un mayor costo económico. Comprender las variables que afectan a este incremento de la ansiedad antes de la operación resulta de vital importancia para su tratamiento; a este respecto se aporta las siguientes recomendaciones: 1. Tratar individualmente los trastornos de ansiedad en el ámbito hospitalario. Si bien la aplicación de un protocolo que ayude al profesional es efectivo, nunca debe ir separado de una entrevista personal que le permita observar las reacciones del paciente, evitando que se pasen por alto estados de ansiedad no reflejados en los cuestionarios estándar; en este sentido es recomendable conocer el tipo de personalidad del paciente mediante la aplicación de test que permitan la mejora en la

efectividad de los tratamientos psicológicos orientados a reducir la ansiedad preoperatoria.

Piqueras (2008), afirma que la ansiedad como emoción negativa implica las siguientes respuestas: a. Fisiológica, donde el sistema nervioso autónomo se activa automáticamente y de forma involuntaria al identificar alguna amenaza, presentándose síntomas como: Sudoración, temblor, palpitaciones, taquicardia, mareo, dificultad respiratoria, cefalea, náuseas, etc.; b. Cognitiva, se observa preocupación, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de cambios fisiológicos como cardíacos y/o respiratorios, pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros, dificultad para concentrarse, dificultad para decidir, etc.; c. Motriz, las conductas están orientadas a afrontar el distanciamiento, el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, y a evitar situaciones de intranquilidad motora (movimientos repetitivos, tocarse, ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, etc.) (p 49-52) ⁽⁶¹⁾.

2.2.7 Teorías que sustentan la Ansiedad

Meza Galván y Col. 2009; afirman: El cuidado integral que brinda enfermería al paciente debe permitirle una visión amplia de las necesidades del ser humano. Así como velar y responder a ellas, en el ámbito de lo que Aristóteles denominó "sabiduría práctica", que permite *cuidar a las personas con sus problemas en lugar de cuidar únicamente los problemas que presentan las personas*; lo que implica que el cuidado profesional de enfermería se ve reflejado en el respeto de la dignidad, tratando al paciente como humano y como persona. De esta manera debemos considerar que los pacientes son el centro de la atención del cuidado enfermero, que va más allá del conocimiento científico, en busca del saber del sentido común y de la vivencia de los pacientes. Quien no conciba así el cuidado profesional de enfermería, urge reforzar su práctica asistencial con

modelos y teorías como el de la teórica que dice " *que el paciente debe ser el centro de nuestra atención*" y que para saber lo que realmente necesita, la enfermera debe "*meterse en la piel del paciente*". (P.109-111) ⁽⁶²⁾.

2.2.8 Paciente Oncológico en el Preoperatorio Inmediato.

Martínez (2012), refiere que el paciente oncológico presenta necesidades físicas y psicológicas complejas durante la evolución de la enfermedad; entonces su cuidado demanda utilizar los siguientes principios: a. Buenos cuidados profesionales, que permitan brindar un tratamiento de calidad; b. Cuidados centrados en el paciente, porque el tratamiento debe estar organizado en función de las necesidades y deseos del paciente; c. Cuidado holístico, se dirige de forma más amplia a las necesidades y deseos del paciente, excluyendo el aspecto clínico del tratamiento (p5). Asimismo informa que las precauciones más importantes del enfermo oncológico son psicológicas, porque no existe alguna forma única de enfrentar el cáncer; el adaptarse se debe considerar un proceso dinámico y flexible que depende: a. Variables personales, estas dependen de la edad del paciente, su nivel de desarrollo psicológico y el grado de comprensión de la enfermedad; b. Variables propias de la enfermedad, implican el tipo de cáncer, pronóstico, fase de la enfermedad, (diagnóstico, tratamiento, recurrencias, supervivencia, muerte y el duelo de la familia); c. Variables ambientales, están relacionadas a la adaptación de cada miembro de la familia a cada etapa de la enfermedad, las características del funcionamiento familiar, la presencia de otros estresores concurrentes, el apoyo social y económico que ésta tenga y el medio sociocultural (p6) ⁽⁶³⁾. Peix Sagués, menciona que las Funciones Asistenciales de la Enfermería de Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor (EARTD) en la Consulta Preanestésica tiene como objetivo planificar los cuidados del paciente en relación con los problemas identificados,

para realizar una atención individualizada en todas las fases que el paciente atraviesa en su proceso. Consideró como objetivos específicos: 1. Realizar una valoración preanestésica extensa, junto con el anestesiólogo, para identificar los factores de riesgo anestésico quirúrgico; 2. Identificar las causas de ansiedad preoperatoria y proceder a las medidas de enfermería, para disminuirlas; 3. Tener en cuenta los aspectos legales y éticos relacionadas con el consentimiento informado; 4. Describir y comunicar la preparación preoperatoria del paciente; 5. Desarrollar un plan de enseñanza, diseñado para fomentar la recuperación del paciente y evitar complicaciones postanestésicas y postoperatorias; 6. Orientar al paciente, con respecto a las diferentes fases referentes de su proceso. Preciso la necesidad de realizar entrevista al paciente, complementado con un cuestionario, donde quede reflejada la siguiente información: a. Valoración física; b. Valoración psicológica (Nivel de ansiedad); c. Planificación de los métodos de enseñanza al paciente en función de su estado físico, del riesgo anestésico-quirúrgico, y de sus necesidades; d. Información específica, si el paciente es candidato a Cirugía Mayor Ambulatoria; e. Implicar a la familia en los métodos de enseñanza y preparación; f. Registro del plan de asistencia de enfermería (p14, 15) ⁽⁶⁴⁾.

Riquelme (2006), precisa que el equipo de enfermería que atiende a pacientes con cáncer de mama, tiene un papel fundamental en el pre y post operatorio, así como también en la preparación e indicaciones del alta. Las pacientes afectadas con esta patología necesitan ser orientadas e informadas, idealmente junto con sus familiares para que tengan una comprensión clara de los objetivos del tratamiento y de sus consecuencias. Los profesionales de enfermería identificamos a la paciente como “un todo” cuyas necesidades en muchas ocasiones, la convierten en un gran conjunto de temores, dudas, angustias, que la hacen necesitar “una mano amiga”, una palabra de

aliento, comprensión y orientación. Uno de los principales objetivos alcanzados con la visita de enfermería preoperatoria es reducir el nivel de ansiedad de la paciente, a través de la entrega de información clara y oportuna que contemple las acciones que serán desarrolladas durante en esta etapa. Asimismo, resalta en la Intervención de Enfermería en la etapa Pre-Operatoria, que la entrevista pre-quirúrgica con la enfermera especialista es de vital importancia por ser una instancia de diálogo franco con la paciente y su familiar cercano. Es muy importante que la paciente perciba a la enfermera muy receptiva a su angustia, inquietud e incertidumbres, este encuentro se enfoca a disminuir los temores a través de la racionalización de ellos, por ejemplo: el miedo al dolor o a la anestesia. En esta instancia, se le entrega toda la información que sea pertinente para cada paciente, con el apoyo de medios audiovisuales. No se trata solamente de decir el nombre de la cirugía sino de explicar de qué se trata, por qué, cuándo, con quién, cómo, dónde y las posibles complicaciones, con la finalidad de lograr que la paciente esté consciente e informada sobre su patología y tratamiento, y colabore en su recuperación. Se refuerzan las indicaciones médicas, confirmando que sean comprendidas por la paciente. Verificamos la realización y el resultado de los exámenes pre operatorio solicitado. (P 245,246) ⁽⁶⁵⁾.

Entre las conclusiones dadas en la publicación “El Valor Terapéutico en Oncología” (2009), se indica: 1. Los profesionales de la oncología consideran que un paciente puede asumir una decisión terapéutica consensuada con su médico, sólo si dispone de la información suficiente acerca de las alternativas diagnósticas y terapéuticas disponibles para su caso y se siente acompañado por el profesional que delibera junto a él estas opciones, en base al conocimiento y a la propia experiencia, en el proceso de toma de decisiones. 2. El valor terapéutico en los pacientes oncológicos

reside en: Recibir información sensible y adaptada a las propias preferencias y necesidades; comprender la información que reciben y poder integrarla en la toma de decisiones; confiar en el médico y establecer una relación basada en el diálogo y en el respeto mutuo; disponer de un oncólogo de referencia; y recibir una atención integral y continuada (p8, 9). Además refiere que la información es considerada una de las variables fundamentales en el proceso de toma de decisiones, y por tanto se habla no sólo de información, sino de comunicación, considerada como el proceso que sirve de vehículo para la transmisión de aquellos datos que necesita conocer el paciente. Gracias a una buena comunicación, el paciente entiende la información proporcionada y es capaz de informar al médico sobre aquellas cuestiones que son de su interés y que representan sus deseos y valores personales. La información debe presentarse además, en diferentes soportes, no sólo a través de la comunicación oral, sino a través de gráficos, esquemas y el aporte de información escrita en la consulta (p26) ⁽⁶⁶⁾.

Sánchez Vergara (2007), afirma que la evaluación pre quirúrgica del paciente oncológico sigue las mismas directrices que la población quirúrgica en general; sin embargo, sabemos que la fisiología del paciente oncológico se altera a consecuencia del cáncer, del tratamiento antineoplásico o por los dos factores. Nos referiremos a las alteraciones en los sistemas orgánicos principales, por su frecuencia de afección. También se debe tener en cuenta que toda la economía se afecta en menor o mayor grado (p160) ⁽⁶⁷⁾.

Andreu Atik, afirma que Preanestesia es el primer contacto que tiene el paciente con el Área Quirúrgica y al recibirle deberíamos transmitirle seguridad y tranquilidad, y cumplir así las funciones de: Acogida e identificación del paciente; valoración del estado del paciente; comprobación de la preparación previa a la entrada en el Área Quirúrgica; y preparación específica inmediata antes del

procedimiento quirúrgico. Si estamos preocupados por cómo preparar al paciente, olvidamos de que ese paciente es una persona que va a someterse a un proceso quirúrgico y que en esta situación ve agredida su integridad. La desorganización de las tareas, la falta de previsión, las prisas, la falta de habilidad, las dudas pueden transmitir inseguridad al paciente y aumentar su ansiedad. Por el contrario si somos capaces de estandarizar y sistematizar estas tareas podemos individualizar los cuidados facilitando la relación enfermera-paciente (relación de ayuda) y permitir su posterior evaluación. (p5)⁽⁶⁸⁾.

Rosales (2012), precisa que las acciones de enfermería en el periodo preoperatorio inmediato tienen como objetivo preparar psíquica y físicamente al paciente. Cita entre las acciones básicas en enfermería en el periodo inmediato: 1. Control y registro de signos vitales; 2. Preparación física; 3. Administración de medicamentos pre anestésicos 30 o 45 minutos antes de la intervención quirúrgica; 4. Realizar medidas específicas de acuerdo con el tipo de intervención quirúrgica; 5. Traslado del paciente al quirófano correspondiente con historia clínica completa⁽⁶⁹⁾.

2.2.9 Proceso de Atención de Enfermería

En la⁽⁷⁰⁾, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a los profesionales de Enfermería prestar los cuidados que demanda el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática; asimismo considera al PAE como la base del ejercicio de la profesión de Enfermería (p1), que consta de: 1. Valoración, basado en un plan para recoger y organizar la información, proporciona datos útiles en la formulación de juicios éticos referidos a los problemas que se van detectando; 2. Definición de diagnósticos (NANDA), son respuestas humanas que el profesional de enfermería puede tratar de forma independiente

como consecuencia del proceso de valoración; 3. Criterios de Resultado (NOC), es el objetivo o el resultado esperado en un proyecto de salud, los datos, una vez cuantificados, pueden utilizarse para proporcionar información en la investigación sobre efectividad y eficacia y en la administración de los cuidados; 4. Intervenciones (NIC), son las actividades o acciones enfermeras encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el PAE, debemos de definir las Intervenciones necesarias; 5. Evaluación. También menciona que el Modelo de Dorothea Orem, basado en el autocuidado, cimienta la forma de actuar de la enfermería en un sistema compensatorio actuando en el lugar del paciente cuando él no puede realizar los autocuidado, finalmente refiere que la finalidad de este modelo es mejorar la salud, aumentar el bienestar y preparar al paciente para afrontar su enfermedad. (p6)

La ⁽⁷¹⁾ refiere que el Proceso de Atención de Enfermería, es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud. Considera los siguientes objetivos: Permitir a la persona participar en su propio cuidado; garantizar la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales; ofrecer atención individualizada continua y de calidad y ayudar a identificar problemas únicos de la persona. Asimismo afirma que las etapas del P.A.E. son: 1. Valoración: Se obtiene datos objetivos y subjetivos del paciente, a través de la entrevista, observación y exploración física de enfermería. Se determina el Grado de dependencia / independencia en la satisfacción de las 14 necesidades, propuestas por V. Henderson, para establecer qué necesidad está afectada y formular un diagnóstico de enfermería (p1); 2. Diagnóstico: Pueden ser reales, potenciales y de salud; 3. Planeación: Sirve para formular objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas. Se elige el modo de

intervención y se determina actividades que implique a la persona en su propio cuidado; 4. Ejecución: Se ayuda a la persona a mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila. Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona; 5. Evaluación: Ayuda a determinar los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución. Permite a la persona conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las 14 necesidades lo más rápidamente posible. La enfermera y la persona deben establecer si el plan ha sido efectivo y si hay algún cambio en el mismo (p2).

2.2.10 Plan de Intervención de Enfermería en Paciente Oncológico en el Preoperatorio Inmediato.

Diagnóstico de Enfermería	Intervención de Enfermería	Cuidados de Enfermería	Evaluación de Enfermería
Afrontamiento ineficaz R/C falta de oportunidad para prepararse para los agentes estresantes.	Apoyo emocional Asesoramiento	Comentar experiencia emocional con el paciente y proporcionar apoyo. Ayudar a reconocer y expresar los sentimientos de ansiedad y tristeza. Identificar frustración y negación. Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, demostrando a la vez simpatía, calidez y autenticidad. Proporcionar información objetiva, identificar fortalezas y favorecer el desarrollo de habilidades.	Superación de problemas
Ansiedad R/C Intervención quirúrgica	El paciente será capaz de afrontar sus preocupaciones y miedo.	Valorar conocimientos sobre la cirugía y rutina preoperatoria. Proporcionar información sobre su enfermedad y tratamiento.	Paciente explicará rutina preoperatoria y cirugía.

Interrupción de procesos familiares R/C la enfermedad	Fomento de la normalización familiar	Facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente	Adaptación psicosocial: Cambio de vida
	Estimulación de la integridad familiar	Proporcionar información a los familiares sobre el estado del paciente de acuerdo con los deseos de éste.	Normalización de la familia
Déficit de conocimiento o conocimientos deficientes R/C poca familiaridad con los recursos para obtener información.	Enseñanza pre quirúrgica	Informar al paciente y sus familiares del circuito pre quirúrgico. Ayudar al paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el periodo de recuperación post operatorio.	Conocimiento: Proceso de la enfermedad. Conocimiento: Régimen terapéutico.
	Enseñanza del proceso enfermedad	Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con su proceso de enfermedad.	
	Enseñanza: Procedimiento/tratamiento	Preparar al paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para su procedimiento o tratamiento prescrito.	
Ansiedad R/C su enfermedad	Disminución de ansiedad	Escuchar con atención y utilizar enfoque sereno que de seguridad.	Control de la ansiedad.
		Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo, creando un ambiente que facilite la confianza.	Superación de problemas.
		Ayudar al paciente a realizar descripción realista del suceso que se avecina.	Aceptación del estado de salud.
		Administrar medicamentos prescritos que reduzcan ansiedad.	
Temor R/C la hospitalización y diagnóstico reciente.	Aumentar el afrontamiento	Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas que interfieran en su vida.	Control del miedo.
		Valorar el ajuste del paciente a los cambios de la imagen corporal.	Superación de problemas.

		<p>Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.</p> <p>Alentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>Mostrar calma y acompañar al paciente, sobre todo en periodos de ansiedad.</p>	
Deterioro del patrón del sueño R/C su ansiedad y temor.	<p>Potenciación de la seguridad</p> <p>Fomento del sueño</p> <p>Terapia de relajación</p>	<p>Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad.</p> <p>Usar técnicas para favorecer e inducir la relajación con el objeto de disminuir signos y síntomas como: dolor, tensión muscular o ansiedad.</p>	Nivel de comodidad. Descanso.
Trastorno de la imagen corporal	Potenciación de la imagen corporal	<p>Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.</p> <p>Conversar con el paciente sobre los factores estresantes que afectan a la imagen corporal, debido a la cirugía.</p>	<p>Autoestima</p> <p>Adaptación psicosocial a un cambio de vida.</p> <p>Imagen corporal.</p>
Riesgo de baja autoestima situacional	Potenciación de la autoestima	Ayudar al paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.	Autoestima. Toma de decisiones.

2.2.11 Cáncer de Mama y Cirugía Ambulatoria

Acea Benigno. (2004) Refiere: La cirugía sin ingreso en los próximos años será una opción importante en el tratamiento del cáncer de mama, que tradicionalmente ha precisado un ingreso hospitalario. Considera como requisitos para la puesta en marcha de un programa de cirugía mayor ambulatoria en mujeres con cáncer de mama los siguientes: 1. ¿En qué mujeres con cáncer de mama debe proponerse un tratamiento

quirúrgico ambulatorio? Sólo en las mujeres incluidas en las categorías ASA I y II de la Asociación Americana de Anestesia, así como aquellas ASA III que han permanecido estables al menos tres meses antes de la intervención; asimismo en las que se practicará cirugías cortas que no impliquen complicaciones de hematomas o dolor intenso; y finalmente en las pacientes capaces de comprender el proceso ambulatorio y sus cuidados postoperatorios, con posibilidad de disponer de un adulto responsable; 2. ¿Cómo realizar cirugía sin ingreso en mujeres con cáncer de mama? Aquí se requiere de las siguientes pautas: a. Progresión en la técnica quirúrgica, que hace necesaria la experiencia y la aplicación de técnicas mínimamente invasivas; b. Intensificación del proceso informativo, sobre todo en relación a la técnica quirúrgica y los circuitos intra y extra hospitalarios; c. Educación de la paciente, con objeto de permítele asumir sus cuidados postoperatorios e incorporarse de forma inmediata a su medio familiar; d. Establecimiento de nuevos circuitos, siempre acompañado de información escrita (díptico, tríptico), para consolidar la confianza de la paciente en el equipo de salud. 3. ¿Por qué realizar cirugía ambulatoria en mujeres con cáncer de mama? Porque disminuyen los costos y, permite a la paciente tener autonomía y mayor flujo de información. En relación a la cirugía ambulatoria, Acea Benigno. (2004), requiere la participación de la paciente y un cambio en su actitud frente a la enfermedad, con el objeto de incrementar su participación en la toma de decisiones, disminuir su pasividad y resignación, fomentar la sensación de control sobre su enfermedad y una mayor seguridad en sus cuidados; y facilitar la incorporación inmediata al medio familiar. (P65-67)⁽⁷²⁾.

Erin Davis (2009), informa que los factores de riesgo aumentan la posibilidad de contraer cáncer de mama: con la edad; si tienen una madre, hermana o hija que haya padecido cáncer del seno; cuando el resultado de una biopsia del seno es anormal; si la primera menstruación a se presentó antes de los 12 años; si la menopausia se

inició después de los 55 años; si tuvo el primer hijo a una edad avanzada; si nunca tuvo una gestación; si utiliza terapia hormonal para la menopausia; si tiene sobrepeso; con el consumo de bebidas alcohólicas; haber nacido con alteración en los genes; recibir tratamientos de radiación a temprana edad (p3)⁽⁷³⁾.

La ⁽⁷⁴⁾ informa que los signos de advertencia del cáncer de mama pueden ser distintos en cada persona; es posible que algunas pacientes no tengan ningún tipo de signos o síntomas y pueden descubrir que tiene cáncer de mama por medio de una mamografía de rutina. Algunos signos de advertencia del cáncer de mama son: Aparición de un bulto en las mamas o debajo del brazo (axila); endurecimiento o hinchazón de una parte de las mamas; irritación o hundimientos en la piel de las mamas; enrojecimiento o descamación en el pezón o las mamas; hundimiento del pezón o dolor en esa zona; secreción del pezón, que no sea leche, incluso de sangre; cualquier cambio en el tamaño o la forma de las mamas; y dolor en cualquier parte de las mamas.

En la ⁽⁷⁵⁾, se manifiesta que el cáncer de mama precoz generalmente no causa síntomas; razón por la cual los exámenes regulares de las mamas son importantes. A medida que el cáncer crece, los síntomas pueden incluir: Tumor mamario o tumoración en la axila que es dura, tiene bordes irregulares y generalmente no duele; cambio en el tamaño, forma o textura de las mamas o el pezón (Por ejemplo, se puede presentar enrojecimiento, agujeros o fruncimiento que luce como cáscara de naranja); y líquido del pezón, que puede ser sanguinolento, de claro a amarillento o verdoso, y lucir como pus. También da a conocer que los síntomas del cáncer de mama avanzado pueden abarcar: Dolor óseo, dolor o molestia en las mamas, pérdida de peso, úlceras cutáneas e hinchazón de los ganglios linfáticos en la axila próxima a la mama con cáncer.

En la ⁽⁷⁶⁾, se menciona que entre las medidas de prevención eficaz y necesaria para prevenir el cáncer de mama tenemos: 1. Visitas

periódicas al ginecólogo si observa: cambio de color y textura de la piel; abultamientos en las mamas (nódulos); endurecimientos, hundimiento del pezón o de la piel; arrugamiento o enrojecimiento de la piel de las mamas; enrojecimiento o rugosidad del pezón; secreción oscura o sanguinolenta del pezón; aumento de los ganglios linfáticos de las axilas; aumento de la red venosa de la piel mamaria; y cambio de tamaño en uno de las mama. 2. Mamografías anuales, el cáncer mamario precoz detectado por medio de una mamografía tiene buenas probabilidades de curarse. 3. Autoexamen mamario debería realizarlo todas las mujeres. En el caso de las mujeres en edad fértil la deberán realizar una vez al mes, preferentemente una semana después de que ha finalizado la menstruación; en las mujeres postmenopáusicas la deberán realizar también una vez al mes, en alguna fecha fácil de recordar para que no se olvide. Los pasos para realizar esta exploración son fáciles de aprender y no se tarda más de 5 minutos. Asimismo refiere las mujeres entre 20 y 35 años deben realizar autoexamen de las mamas y examen ginecológico anual; las mujeres entre 35 y 50 años deben realizar autoexamen de las mamas, examen ginecológico anual y mamografía cada 2 años; y las mujeres mayores de 50 años deben realizar autoexamen de las mamas, examen ginecológico anual y mamografía cada año.

E. Soler, precisa que la anestesia general es un estado inconsciente, con efectos de analgesia, relajación muscular y depresión de los reflejos; presenta tres fases: a) inducción; b) mantenimiento; c) recuperación (p779) ⁽⁷⁷⁾; mientras que Hurlé (2011), manifiesta que los anestésicos locales son compuestos que bloquean de manera reversible la conducción nerviosa en cualquier parte que se apliquen. Pasado su efecto, la recuperación de la función nerviosa es completa; se utilizan con la finalidad de suprimir o bloquear los impulsos nociceptivos (p295) ⁽⁷⁸⁾.

La ⁽⁷⁹⁾, considera que las opciones quirúrgicas de mama son: 1. La Cirugía conservadora, que es la extirpación del tumor con un margen de tejido mamario sano, más o menos amplio, manteniendo intacto el resto de la mama; puede ser una Tumorectomía o una cuadrantectomía 2. Mastectomía, en la que se extirpa la mama por completo y algunas veces, tejidos adyacentes. Puede ser: a. Mastectomía con conservación del pezón, opción en mujeres con cáncer en etapa temprana, sin ningún signo de cáncer en la piel o cerca del pezón; b. Mastectomía simple o total, el cirujano extirpa toda la mama, incluyendo pezón, no extirpa ganglios linfáticos axilares ni el tejido muscular que se encuentra debajo de la mama, es la mastectomía más usada para tratar el cáncer; c. Mastectomía radical modificada, es una mastectomía simple más la extirpación de los ganglios linfáticos axilares; d. Mastectomía radical, se extirpa toda la mama, los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales (pared torácica). Sin embargo se mencionan otras cirugías como: Ganglio centinela, donde se identifica y extrae el primer ganglio linfático a donde probablemente se propagó el cáncer, este es evaluado por un patólogo y si existe cáncer se puede continuar con una disección axilar completa o recomendar una disección de los ganglios linfáticos axilares (ALND) completa en una fecha posterior; si no hay cáncer en el ganglio centinela, es poco probable que el cáncer se haya propagado a otros ganglios linfáticos. Aquí se considera como posibles efectos secundarios de la mastectomía a las infecciones de la herida, hematoma (acumulación de sangre en la herida) y ceroma (acumulación de líquido transparente en la herida).

En la ⁽⁸⁰⁾, se precisa que la Cirugía Mayor Ambulatoria ofrece ventajas como: la realización de procedimientos quirúrgicos más eficientes y de mejor calidad en relación con el costo, la obtención de niveles superiores de satisfacción del paciente, la realización de una atención profesional personalizada y ética, el control del paciente sin someterlo a las rutinas y riesgos que significan el proceso de hospitalización, menor

riesgo de adquirir infecciones intrahospitalarias al estar poco tiempo en contacto con el medio hospitalario, pronto retorno a las actividades cotidianas, laborales y de ejercicio físico y sobre todo, un ahorro muy importante en recursos económicos cuando se comparan con el sistema tradicional de hospitalización.

Alfonso, Griselda (2011), en la ⁽⁸¹⁾ menciona las principales ventajas de la Cirugía Mayor Ambulatoria para el paciente: a. disminuye el riesgo de infección hospitalaria, b. el paciente se encuentra controlado y atendido en sus mínimas demandas por el personal médico y de enfermería; c. el cuidado post-operatorio es realizado bajo protocolos por personal entrenado; d. el paciente se encuentra acompañado de sus familiares con la consecuente eliminación de la ansiedad y soledad que ocasiona el separarse del entorno habitual. La ⁽⁸²⁾, refiere que los beneficios de la Cirugía Mayor Ambulatoria, recaen en el paciente y sus familiares, ya que reduce las alteraciones de la vida cotidiana que conlleva el hecho de ser operado, desdramatiza el acto quirúrgico, contribuye a la reducción de las infecciones nosocomiales y permite la incorporación del paciente a su vida normal en menor tiempo. Además, este tipo de cirugía incide en una gestión eficiente de las estancias hospitalarias, ya que permite liberar un número importante de camas (ahorro de estancias hospitalarias), que se destinan a pacientes que requieren ingreso por la complejidad de sus intervenciones quirúrgicas o para los pacientes que ingresan de modo urgente en el Hospital.

2.3 Conceptos Básicos

El ⁽⁸³⁾ precisa los siguientes conceptos:

2.3.1 Efectividad: Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera.

2.3.2 Intervención: Acción y efecto de intervenir.

2.3.3 Educativa: Que educa o sirve para educar.

2.3.4 Disminución: Irse perdiendo.

- 2.3.5 Ansiedad:** Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.
- 2.3.6 Paciente:** Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica.
- 2.3.7 Oncológico:** Perteneciente o relativo a la oncología.
- 2.3.8 Sala:** Edificio de una sola pieza de recepción.
- 2.3.9 Pre:** Prefijo. Indica anterioridad local o temporal, prioridad o encarecimiento.
- 2.3.10 Anestesia:** Pérdida temporal de las sensaciones de tacto y dolor producida por un medicamento.

III. VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 Definición de Variable: El trabajo fue univariable. Además tuvo una variable interviniente: “Efectividad de la intervención educativa”.

3.2 Operacionalización de Variable

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Disminución de Ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia	Variable 1	Reducción de sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo y preocupación, que se presentan ante una situación amenazante, potencialmente peligrosa y de incertidumbre, en el Paciente con cáncer, que se encuentra en un ambiente Pre operatorio inmediato.	Nivel de ansiedad antes y después de la intervención educativa, según Escala de Medida del Estado de Ansiedad (STAI).	<p>Manifestaciones Cognitivas</p> <p>Manifestaciones Conductuales</p> <p>Manifestaciones Físicas</p>	<p>1. Pensamientos distorsionados: No despertar de la anestesia; sentir dolor al despertar y morir por complicación de la cirugía.</p> <p>2. Sentimientos de culpa por sufrimiento de familiares.</p> <p>1. Comportamiento mostrado: Contrariado y alterado (irritable); parece ausente cuando se le dirige la palabra; habla sin parar de distintos temas (verborrea); permanece silencioso (mutismo).</p> <p>1. Expresiones corporales: Angustia con falta de aire; suspiros constantes; sudoración; micción frecuente; cefalea; hiperventilación; hipertensión arterial; taquicardia.</p>	<p>Cuestionario: Escala de Medida del Estado de Ansiedad (STAI).</p> <p>Para identificar manifestaciones de ansiedad del paciente oncológico de la Sala de Pre Anestesia. Se aplicó al total de la muestra en dos oportunidades antes y después de la intervención educativa.</p>

3.3 Hipótesis general e hipótesis específica

3.3.1 Hipótesis general

Hi: La Intervención Educativa, disminuye la ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia.

Ho: La Intervención Educativa, no disminuye la ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia.

3.3.2 Hipótesis Específica

El nivel de información del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, sobre su enfermedad y tratamiento, es suficiente después de la intervención educativa.

Las manifestaciones de ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, disminuyen significativamente después de la intervención educativa.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Investigación

El tipo de estudio fue cuantitativo, porque los objetivos se abordaron en base a análisis estadístico y se basó en información objetiva, utilizando hipótesis y variables; según el análisis y alcance de los resultados el estudio fue: prospectivo, porque los hechos se registraron a medida que ocurrieron, en un tiempo dado, no se utilizó archivos; de cohorte, porque partió de una causa para llegar a un efecto, se hizo evaluación pre y post test; y de intervención, porque se manipuló la variable independiente y se estudió la efectividad de la intervención educativa, evaluando el proceso, ejecución e impacto del Plan de enseñanza que se impartió.

4.2 Diseño de la Investigación

En la presente investigación se empleó el diseño experimental, utilizando la forma cuasi experimental; el método de muestreo utilizado fue aleatorio, porque cada unidad de la población tuvo igual posibilidad de formar parte del grupo estudio o del grupo control, al iniciar el estudio no estuvieron formados los grupos. Se realizó medición basal, para observar el comportamiento de la variable independiente en el inicio.

De acuerdo al alcance que se pensó lograr observamos que la intervención educativa fue efectiva porque disminuyó la ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre anestesia.

4.3 Población y Muestra

La población de estudio, estuvo constituida por 110 Pacientes de Clínica de Día que fueron sometidos por primera vez a cirugía oncológica de mama; se calculó en base a la producción mensual de octubre a diciembre del 2012 y enero a Junio del 2013, obteniéndose un total de 342 intervenciones.

Se consideró como criterios de inclusión: 1. Paciente de Clínica de Día que en forma voluntaria participa y será sometida por primera vez a cirugía oncológica de mama; 2. Pacientes con ASA I: Paciente sin patología asociada; 3. Pacientes con ASA II: Paciente con patología asociada moderada; 4. Pacientes con cita programada para evaluación por anestesiología; 5. Paciente sin diagnóstico previo de cáncer. Asimismo se tuvo en cuenta como criterios de exclusión: 1. Paciente con enfermedades infectocontagiosas: TBC, Hepatitis, influenza, VIH, rubéola y otras relacionadas.

La muestra del estudio fue de tipo probabilística, se utilizó el método aleatorio simple, luego se dividió la muestra en dos grupos, al primer grupo se le llamó control y al segundo grupo estudio; solo al grupo estudio se aplicó la variable independiente, y en ambos grupos se midió la variable dependiente, para comparar el efecto de la variable independiente. El tamaño de la muestra se calculó utilizando la siguiente fórmula para estudios comparativos:

a. FÓRMULA:

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 (P1 \times q1 + P2 \times q2)}{(P1 - P2)^2}$$

b. Donde:

$Z\alpha$ = Nivel de confiabilidad (95%) = 1.96

$Z\alpha$ = 1.96

$Z\beta$ = Potencia (80%) = 0.84

$Z\beta$ = 0.84

$P1$ = Proporción de la Población con manifestaciones de ansiedad, en el Grupo Control; se estima 50%.

$$\underline{P1 = 0.5}$$

q1 = Proporción de la Población que no tienen manifestaciones de ansiedad, en el Grupo Control.

$$q1 = 1 - P1; \quad q1 = 1 - 0.5;$$

$$\underline{q1 = 0.5}$$

P2 = Proporción de la Población con manifestaciones de ansiedad, en el Grupo Experimental; se estima 25%.

$$\underline{P2 = 0.25}$$

q2 = Proporción de la Población que no tienen manifestaciones de ansiedad, en el Grupo Experimental.

$$q2 = 1 - P2; \quad q2 = 1 - 0.25;$$

$$\underline{q2 = 0.75}$$

c. Entonces:

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2 (0.5 \times 0.5 + 0.25 \times 0.75)}{(0.5 - 0.25)^2}$$

$$n = \frac{7.84 + 0.4375}{0.0625}$$

$$\underline{n = 54.88}$$

d. Por tanto:

n = 55, es el Tamaño de Muestra por Grupo.

4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

Para el desarrollo del presente estudio se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

4.4.1 Ficha de datos Personales.

Se utilizó como instrumento, para conocer las características generales del paciente oncológico de la Sala de Pre Anestesia.

4.4.2 Técnica de la Encuesta con su instrumento el Cuestionario.

El cuestionario sobre enfermedad y tratamiento del cáncer estuvo conformado por preguntas dicotómicas, que permitió conocer el nivel de información del paciente oncológico de la Sala de Pre Anestesia, sobre su enfermedad y tratamiento, tanto antes como después de la intervención educativa. La interpretación de los resultados se realizó de acuerdo al puntaje obtenido por cada paciente en la evaluación del nivel de información, este puntaje fue calculado mediante la escala vigesimal: a. Suficiente: 15 a 20 puntos obtenidos; b. Poca: 11 a 14 puntos obtenidos; c. Deficiente: hasta 10 puntos obtenidos.

4.4.3 Técnica de la Encuesta con su instrumento el Cuestionario: Escala de Medida del Estado y el Rasgo de Ansiedad (STAI).

Este cuestionario consta de dos partes: Ansiedad Estado (A/E) y Ansiedad Rasgo (A/R), cada una está constituida por 20 ítems, pero solo se trabajó con Ansiedad Estado, por ajustarse a nuestra necesidad de investigación, pues mide el estado emocional transitorio que se caracteriza por sentimientos, conscientemente percibidos, de tensión, aprehensión y actividad elevada del sistema nervioso, evalúa como se siente el paciente en ese instante en que se le aplica el cuestionario; mientras que la Ansiedad Rasgo, mide cómo responde el paciente a situaciones que perciben como alarmantes y evalúa como se siente en general. La interpretación de los resultados se realizó en base a la escala de clasificación de ansiedad según técnica de Estanino: a. Bajo: < 27; b. Medio: 28 a 43; c. Alto 44 a 60.

4.5 Procedimientos de Recolección de Datos

La ejecución de la presente investigación se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en un ambiente de Consulta Externa, y en la Sala de Pre Anestesia; se informó a las pacientes de su participación en el estudio, de los objetivos planteados y de los posibles beneficios que se deriven del estudio, así como de la aplicación de los instrumentos. En la Recolección de Datos, se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos utilizados, solicitándose revisión de los mismos a expertas en la atención del paciente oncológico en el pre y post operatorio inmediato, y a un profesional en psicología; a fin de hacer las correcciones necesarias. En la codificación, tabulación y análisis del Plan, se transformó las respuestas esperadas en códigos numéricos y en tablas según las variables del estudio.

Se solicitó al Paciente Oncológico, en forma escrita y verbal su consentimiento para su participación, luego se seleccionó la muestra en forma aleatoria: 55 para grupo control y 55 para grupo estudio, de acuerdo a los criterios de exclusión; considerando la llegada a la consulta externa como aleatoria. Al total de la muestra se aplicó un Cuestionario sobre enfermedad y tratamiento del cáncer, y una Escala de medida del Estado de Ansiedad. (STAI), en dos oportunidades, primero en el ambiente de Consulta Externa, el día de la consulta con el médico anestesiólogo y segundo en la sala de Pre Anestesia, el día operatorio. Al grupo estudio se impartió el Plan de Enseñanza y al grupo control se dio las indicaciones establecidas en la consulta externa. Se solicitó a toda la muestra, que por favor lean detenidamente los instrumentos antes de responder y se explicó que serán anónimos y se mantendrá la más absoluta confidencialidad.

En relación a la aplicación de instrumentos: 1. La ficha de datos personales, se aplicó al total de la muestra en la Sala de Pre – Anestesia, utilizando las Historias Clínica como fuente de información; 2. El cuestionario sobre enfermedad y tratamiento del cáncer, se aplicó al total de la muestra, antes de la intervención educativa en un ambiente de

consulta externa, y después de la intervención educativa en la sala de Pre – Anestesia; con el objetivo de identificar el nivel de información del paciente oncológico de la Sala de Pre Anestesia; 3. El Cuestionario: Escala de Medida del Estado de Ansiedad (STAI), se aplicó al total de la muestra antes de la intervención educativa en un ambiente de consulta externa, y después de la intervención educativa en la sala de Pre – Anestesia; con el objetivo de identificar manifestaciones de ansiedad del paciente oncológico de la Sala de Pre Anestesia.

En relación a la Intervención Educativa, se aplicó un Plan de Enseñanza de Enfermería a las pacientes de Clínica de Día que fueron sometidas por primera vez a cirugía de mama y que conformaron el grupo estudio. con el fin de incorporar nuevos conocimientos en forma efectiva y contribuir a la disminución de la ansiedad del paciente oncológico de la Sala de Pre anestesia. Recibieron información sobre cáncer de mama, tratamiento quirúrgico, indicaciones pre y posoperatorias, resultados esperados y circuito ambulatorio desde su ingreso hasta el momento del alta; como metodología educativa se utilizó la técnica participativa, expositiva y de retroalimentación, reforzada con medios audiovisuales: Tríptico, diapositivas y dialogo e interrogatorio. Se aplicó en el ambiente de consulta externa, luego de firmar el consentimiento informado. A este grupo se realizó evaluación pre y post intervención educativa.

4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos

Los datos fueron codificados y luego ingresados a una base de datos creada en el programa estadístico SPSS versión 15.0 (Programa estadístico para las ciencias sociales) para su análisis.

Para determinar la efectividad de la intervención educativa, en la disminución de ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, se comparó el puntaje promedio de las puntuaciones de ansiedad del grupo control y estudio, después de la intervención en el grupo estudio; para ello se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann

Whitney, ya que las puntuaciones de la variable ansiedad no cumplieron el requisito de distribución normal, según lo demostró la prueba de Kolmogorov-Smirnov, donde la variable ansiedad antes de la intervención educativa: $p = 0.006$ y después de la intervención educativa: $p = 0.000$.

Para determinar el nivel de información del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, sobre su enfermedad y tratamiento, antes y después de la intervención educativa se obtuvieron tablas de distribución de frecuencias según las escalas del instrumento (Deficiente, poco suficiente, suficiente) y grupo de estudio (Control y Estudio).

Para identificar las manifestaciones de ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre anestesia, antes y después de la intervención educativa para ambos grupos, según nivel, se determinó la escala de clasificación de ansiedad de acuerdo a técnica de Estanino (Bajo, medio, alto); asimismo se utilizó la media y desviación estándar de un libro de psicología que tenía características psicosométricas del test de ansiedad STAI ⁽⁸⁴⁾; obteniéndose tablas de distribución de frecuencias según los indicadores de la variable. Se trabajó a un nivel de significancia de 0.05 ($p < 0.05$); los resultados fueron presentados en tablas y cuadros según los objetivos y contrastando las hipótesis.

V. RESULTADOS

En este capítulo presentamos los resultados del trabajo de investigación en seis cuadros con el respectivo análisis estadístico.

En los cuadros N° 1 y N° 2 mostramos el nivel de información del paciente oncológico de la sala de pre anestesia, sobre su enfermedad y tratamiento antes y después de la intervención educativa; en los cuadros N° 3 y N° 4 damos a conocer el nivel de ansiedad del paciente oncológico de la sala de Pre Anestesia, antes y después de la intervención educativa; y en los cuadros N° 5 y N° 6 hacemos llegar las manifestaciones de ansiedad del paciente oncológico de la sala de Pre Anestesia, antes y después de la intervención educativa.

CUADRO N° 5.1

**NIVEL DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DE LA SALA
DE PRE ANESTESIA, SOBRE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO
ANTES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

INFORMACIÓN ANTES	GRUPO				TOTAL	
	CONTROL		ESTUDIO		N	%
	N	%	N	%		
DEFICIENTE	24	43.6	20	36.4	44	40
POCA	31	56.4	34	61.8	65	59.1
SUFICIENTE	0	0	1	1.8	1	0.9
TOTAL	55	100.0	55	100.0	110	100.0

Chi²= 1.442; P= 0.560

Fuente: Encuesta al Paciente Oncológico sobre su Enfermedad y Tratamiento

En el cuadro N° 5.1, se observa que el nivel de información en el grupo control, antes de la intervención educativa, fue poca con un 56.4%, seguida de deficiente en 43.6%; mientras que en el grupo de estudio fue poca en un 61.8% y deficiente con 36.4%. El nivel suficiente solo fue demostrado por los pacientes del grupo estudio con el 1.8%.

Las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas (Chi²= 1.442; P= 0.560).

CUADRO N° 5.2

NIVEL DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DE LA SALA DE PRE ANESTESIA, SOBRE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

INFORMACIÓN DESPUÉS	GRUPO				TOTAL	
	CONTROL		ESTUDIO		N	%
	N	%	N	%		
DEFICIENTE	15	27.3	0	0	15	13.6
POCA	34	61.8	0	0	34	30.9
SUFICIENTE	6	10.9	55	100.0	61	55.5
TOTAL	55	100.0	55	100.0	110	100.0

Chi²= 88.361; P=0.000

Fuente: Encuesta al Paciente Oncológico sobre su Enfermedad y Tratamiento

En el cuadro N° 5.2, se aprecia que el nivel de información en el grupo control, después de la intervención educativa, fue poco suficiente en un 61.8%, seguida de deficiente con el 27.3%, y un 10.9% presentó nivel suficiente de información; mientras que en el grupo estudio, el nivel de información, fue suficiente en el 100.0%. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas (Chi²= 88.361; P=0.000).

CUADRO N° 5.3**NIVEL DE ANSIEDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DE LA SALA DE PRE ANESTESIA, EN LOS GRUPOS CONTROL Y ESTUDIO ANTES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

NIVEL DE ANSIEDAD ANTES	GRUPO			
	CONTROL		ESTUDIO	
	N	%	N	%
BAJO	0	0	1	1.8
MEDIO	1	1.8	1	1.8
ALTO	54	98.2	53	96.4
TOTAL	55	100.0	55	100.0

Chi²= 1.186; P=1.000**Fuente:** Encuesta al Paciente Oncológico sobre Manifestaciones de Ansiedad

El cuadro N° 5.3, muestra que el 98.2 % y 96.4% de paciente oncológico de la sala de pre anestesia del grupo control y estudio respectivamente tienen antes de la intervención educativa, un nivel de ansiedad alto; solo el 1.8% en ambos grupos muestran un nivel de ansiedad medio; y el nivel de ansiedad bajo es de 1.8% para el grupo estudio y ningún paciente oncológico para el grupo control. Las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas (Chi²= 1.186; P=1.000)

CUADRO N° 5.4**NIVEL DE ANSIEDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DE LA SALA DE PRE ANESTESIA, EN LOS GRUPOS CONTROL Y ESTUDIO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

NIVEL DE ANSIEDAD DESPUÉS	GRUPO			
	CONTROL		ESTUDIO	
	N	%	N	%
BAJO	0	0	53	96.4
MEDIO	1	1.8	1	1.8
ALTO	54	98.2	1	1.8
TOTAL	55	100.0	55	100.0

Chi²=133.06; P=0.000**Fuente:** Encuesta al Paciente Oncológico sobre Manifestaciones de Ansiedad

En el cuadro N° 5.4, se muestran los niveles de ansiedad del paciente oncológico de la sala de pre anestesia del grupo control y estudio, después de la intervención educativa; así tenemos que el nivel de ansiedad bajo en el grupo control no existe, mientras que en el grupo estudio lo tiene el 96.4% (53) de paciente oncológico. También muestra que el nivel de ansiedad medio en ambos grupos se mantiene inalterable con un 1.8%; finalmente se aprecia en este cuadro que el nivel de ansiedad alto se encuentra en el grupo control con el 98.2% (54) de paciente oncológico y, con el 1.8% en el grupo estudio. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas (Chi²=133.06; P=0.000).

CUADRO N° 5.5

MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DE LA SALA DE PRE ANESTESIA, EN LOS GRUPOS CONTROL Y ESTUDIO ANTES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

GRUPO	N	Media	Desviación Típica
CONTROL	55	50,78	3,207
ESTUDIO	55	51,33	5,264

U – Mann Whitney=1191, p= 0.513

Fuente: Encuesta al Paciente Oncológico sobre Manifestaciones de Ansiedad

El cuadro N° 5.5, muestra que el puntaje promedio de manifestaciones de ansiedad del paciente oncológico de la sala de pre anestesia, antes de la intervención educativa fue de 50.78 en el grupo control y 51.33 en el grupo de estudio. La diferencia encontrada no resultó estadísticamente significativa (U – Mann Whitney=1191, p= 0.513)

CUADRO N° 5.6

MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DE LA SALA DE PRE ANESTESIA, EN LOS GRUPOS CONTROL Y ESTUDIO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

GRUPO	N	Media	Desviación Típica
CONTROL	55	51,98	3,171
ESTUDIO	55	18,29	5,656

U – Mann Whitney= 7.00; p= 0.000

Fuente: Encuesta al Paciente Oncológico sobre Manifestaciones de Ansiedad

En el cuadro N° 5.6, el puntaje promedio de manifestaciones de ansiedad del paciente oncológico de la sala de pre anestesia, después de la intervención educativa fue de 51.98 en el grupo control y 18.29 en el grupo de estudio. La diferencia encontrada resultó estadísticamente significativa (U – Mann Whitney= 7.00; p= 0.000)

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados.

6.1.1 Las Hipótesis planteadas fueron:

Ho: La Intervención Educativa, no disminuye la ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia.

Hi: La Intervención Educativa, disminuye la ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia.

6.1.2 Nivel de Significancia Estadística: Se trabajó a un nivel de significancia estadística de 0.05 ($p < 0.05$)

6.1.3 Análisis Estadístico:

MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DE LA SALA DE PRE ANESTESIA, EN LOS GRUPOS CONTROL Y ESTUDIO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

GRUPO	ANTES			DESPUÉS		
	N	Media	Desviación Típica	N	Media	Desviación Típica
CONTROL	55	50,78	3,207	55	51,98	3,171
ESTUDIO	55	51,33	5,264	55	18,29	5,656

U – Mann Whitney = 1191; $p = 0.513$ U – Mann Whitney = 7.00 $p = 0.000$

Fuente: Encuesta al Paciente Oncológico sobre Manifestaciones de Ansiedad

Estadísticos de Contraste^a

	ANSIEDAD ANTES	ANSIEDAD DESPUÉS
U de Mann- Whitney	1191,000	7,000
W de Wilcoxon	2731,000	1547,000
Z	-1,933	-9,013
Sig. asintótica (bilateral)	0,513	,000

a. Variable de agrupación: GRUPO

6.1.4 Decisión Estadística:

Como el valor de significancia estadística ($p=0.000$), de la prueba U de Mann- Whitney, resultado inferior a 0.05 ($p<0.05$) se rechaza la hipótesis nula.

6.1.5 Conclusión de la Contrastación de hipótesis con los resultados:

Después de la Intervención Educativa el puntaje promedio del cuestionario: Escala de Medida del Estado y el Rasgo de Ansiedad (STAI), aplicado al Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, para el grupo control fue de 51.98, mientras que para el grupo estudio dicho promedio fue de 18.29; resultando la diferencia estadísticamente significativa, por ser inferior el puntaje del grupo estudio en relación al grupo control, lo cual demuestra la efectividad de la intervención educativa. ($p<0.05$).

6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares

El nivel de información predominante del Paciente Oncológico de la Sala de Pre anestesia sobre su enfermedad y tratamiento antes de la intervención educativa en ambos grupos (estudio y control) fue poca; mientras que el nivel de información predominante después de la intervención educativa para el grupo control fue poca, y para el grupo estudio fue suficiente. Los resultados obtenidos antes de la intervención educativa sirvieron de punto de referencia para la elaboración y ejecución de un plan de enseñanza, con el fin de incorporar nuevos conocimientos en forma efectiva y contribuir a la disminución de la ansiedad del paciente oncológico de la Sala de Pre anestesia. Comparando estos datos obtenidos en el grupo control y estudio, antes y después de la intervención educativa, podemos decir que los cambios significativos del nivel de información no se deben a su aprendizaje frente a la necesidad de enfrentar la enfermedad, si no es el efecto de la intervención educativa como consecuencia de la aplicación de los principios de la enseñanza efectiva. Los resultados de este estudio guardan relación con los hallazgos de Manrique Carbonel, J., quien en el 2011, en su investigación concluye: “Antes de la aplicación del programa educativo la mayoría de cuidadores no conoce sobre: los signos y síntomas de la anemia ferropénica, alimentos de origen vegetal que aportan mayor cantidad de hierro, las consecuencias de la anemia ferropénica; después de la ejecución del programa educativo, la totalidad de cuidadores conoce sobre las creencias erradas de la anemia; así como, la mayoría de cuidadores conoce sobre las consecuencias de la anemia, los alimentos que disminuyen la absorción del hierro en las comidas.”

El nivel de ansiedad que predominó en el Paciente Oncológico de la Sala de Pre anestesia antes de la intervención educativa para ambos grupos (estudio y control) fue alto; sin embargo el nivel de ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre anestesia después de la intervención educativa que predominó fue alto para el grupo control y bajo en el grupo estudio. El puntaje promedio mayor de manifestaciones de ansiedad del paciente

oncológico de la sala de pre anestesia, antes de la intervención educativa, no difiere significativamente en ambos grupos (control y estudio) a pesar de ser más homogéneo el grupo control; y después de la intervención educativa el puntaje promedio mayor de manifestaciones de ansiedad lo obtuvo el grupo control. Estos resultados indican que la intervención educativa en el paciente oncológico se fundamenta en principios que sirven de soporte para diseñar el plan de enseñanza, tales como: El tratamiento de la diversidad; aprendizaje constructivo, significativo y funcional; aprendizaje cooperativo y participativo; aprendizaje globalizado; clima educativo y; desarrollo de autoconcepto y la autoestima. Asimismo, observamos que los resultados obtenidos se relacionan con el estudio de investigación de Vargas, R. & col. (2012): “Inducción preoperatoria para pacientes y familiares en caso de cirugía mayor y su relación con la ansiedad”, donde refieren que “La educación preoperatoria intensa a familiares y al paciente pediátrico disminuye el nivel de ansiedad que generan las intervenciones quirúrgicas. El desarrollo de programas apropiados prequirúrgicos ayuda a aliviar la ansiedad de los niños y padres durante la experiencia quirúrgica.” Finalmente, Maté (2004), refiere: “los pacientes con cáncer se sienten más o menos ansiosos en diferentes momentos; un paciente se puede volver más ansioso cuando el cáncer se disemina o el tratamiento pasa a ser más intensivo”; Gaitán & Col. (2008), concluyen que “la información preoperatoria influye en el nivel de A-E, disminuyendo si recibió mucha y/o bastante información”; y Lugo M. y Col. (2006), indican que “el programa de intervención secundaria es efectivo al lograr disminuir los niveles de ansiedad y mejorar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer.”

De lo antes expuesto podemos decir que la intervención educativa ha producido cambios significativos en la disminución de las manifestaciones de ansiedad, confirmando la hipótesis planteada: “La intervención educativa disminuye la ansiedad del paciente oncológico de la Sala de Pre anestesia”

VII. CONCLUSIONES

En función a los objetivos formulados en el presente estudio se concluyó:

1. El nivel de información del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, sobre su enfermedad y tratamiento antes de la intervención educativa, tanto para el grupo control y estudio que predominó fue poca, con un 56.4 % para el grupo control y 61.8 % para el grupo estudio; lo cual indica que la información inicial no difiere significativamente.
2. El nivel de información del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, sobre su enfermedad y tratamiento después de la intervención educativa predominante fue suficiente para el grupo estudio y poca para el grupo control; lo que se atribuye a la falta de intervención educativa.
3. Las manifestaciones de ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, en los grupos control y estudio antes de la intervención educativa, fue alto; alcanzando un puntaje promedio similar en ambos grupos; esto debido a la falta de información.
4. Las manifestaciones de ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, que predominó después de la intervención educativa, en el grupo control fue alto y en el grupo estudio fue bajo; obteniendo un puntaje promedio alto en el grupo control y bajo en el grupo estudio; destacando así la importancia de la intervención educativa.

VIII. RECOMENDACIONES

En base a los resultados del presente estudio de investigación, se establece las siguientes recomendaciones:

1. Hacer llegar al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas la sugerencia de establecer un programa de educación continua con un contenido acerca del cáncer y su tratamiento quirúrgico, dirigido al paciente oncológico en el preoperatorio, y llevado a cabo por los Profesionales de Enfermería que laboran en la Sala de Pre Anestesia; cumpliendo de esta forma con la función educativa y permitiendo al paciente oncológico utilizar la información en su auto cuidado, adquirir conocimientos que aumenten su capacidad de toma de decisiones, poner en práctica los tratamientos prescritos y modificar ciertos patrones de vida.
2. Fomentar la consolidación de los programas de cirugía mayor ambulatoria para el cáncer de mama en los estadios I y II, por considerarla económicamente ventajosa y por no incrementar el riesgo de complicaciones.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ayoub AC et al. Planejando o cuidar na enfermagem oncológica - São Paulo: Lemar, 2002; 312p.
- (2) Oliveira MS de, FERNANDES AFC. Cuidados de enfermagem em mulheres no preoperatorio de mastectomia. In: XXII ENCONTRO UNIVERSITÁRIO DE INICIAÇÃO À PESQUISA, Fortaleza. Anais... CD ROOM, Fortaleza: UFC, 2003.
- (3) Grieve RJ: Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. Br J Nursing 2002; 11(10): 670-8
- (4) North American Nursing Diagnosis Association. NANDA internacional, diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificaciones. Madrid: Elsevier España SA; 2005.
- (5) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, Seisdodos N. STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. 6ª ed. Madrid: TEA Ediciones SA; 2002.
- (6) Florio MCS, Galvao CM. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período peri operatorio. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2003; 11(5):630-7.
- (7) Cuñado BA, Legarre GM, Ruiz CJ, Silveira TJ, Caballero ML, García LF. Efecto de una "visita enfermera" estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Ensayo clínico aleatorizado. Enferm Clín. 1999; 9(3):98-104.
- (8) www.actualidadhumanitaria.com/index.php OMS. cáncer de mama PDF, Imprimir, E-mail. lunes, 23 de abril de 2012 8:40
- (9) Maté J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, Ansiedad y Depresión en el Paciente Oncológico. Psicooncología. 2004; 1(2-3): 218-222.
- (10) Herrera EC, Rodríguez AM, Rodríguez CM, Aguayo HE, Quero RA, Martínez CC et al. Evaluación de un programa de atención sanitaria con

- enfermera tutora en cirugía de traumatología en un hospital de Granada en 2004. Rev. Especial Salud Pública. 2008; 82(1):69-80.
- (11) Montenegro GM. Efecto de un programa psicoeducativo en ansiedad, en mujeres con cáncer de seno, que asisten a una institución en Bogotá. 2013.
 - (12) Caro A. Estudio de Control emocional: “Estilo represivo de afrontamiento y cáncer – ansiedad y cáncer”, Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, 2005.
 - (13) [PDF].www.inen.sld.pe/.../01102014_Epidemiologia_Dr%20Poquioma.pdf f. Ebert Poquioma Rojas Dpto. de Epidemiología y Estadística. Situación del cáncer de mama en el Perú.
 - (14) Carámbula P. La ansiedad en números. 2010. www.sanar.org/salud-mental/estadisticas-ansiedad.
 - (15) Campos FO. Validez de constructo y eficacia diagnóstica de las escalas depresión mayor y trastorno de ansiedad del inventario clínico Multiaxial de Millon III (MCMIII) Lima – 2012.
 - (16) Castellero AY. Intervención psicológica en cirugía cardíaca. 2007; 25(1):52-63. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S179447242007000100006&lng=es&nrm=iso>.ISSN1794-4724. ycastillero@cimeq.sld.cu
 - (17) Cárdenas A, Quiroga C, Restrepo M, Cortés D. Histerectomía y Ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica pre quirúrgica. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005; 56:209-215. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1952/195214311003.pdf>.
 - (18) Herrera EC, Rodríguez AM, Rodríguez CM, Aguayo HE, Quero RA, Martínez CC et al. Evaluación de un programa de atención sanitaria con enfermera tutora en cirugía de traumatología en un hospital de Granada en 2004. Rev. Especial Salud Pública. 2008; 82(1):69-80.
 - (19) Rodríguez GA. Evaluación de la efectividad clínica de intervenciones psico-educativas para disminuir la ansiedad peri operatoria del paciente oncológico. Centro/institución Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España. Dirección e-mail arodriguezg.hrc@salud.madrid.org

- (20) Joanna B. Retención de la información preoperatoria recibida por los pacientes. Cuidados de salud Basados en la Evidencia. 2000.
- (21) Agresividad de las Terapias Oncológicas Según los Propios Pacientes. www.ucm.es/info/fmed/medicina.edu/Oncologia/terapias.htm. Universidad complutense de Madrid
- (22) Maté J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, Ansiedad y Depresión en el Paciente Oncológico. Psicooncología. 2004; 1(2-3): 211-230.
- (23) <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tomese-su-tiempo./NationalCancerInstitute page,30>
- (24) <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tomese-su-tiempo./NationalCancerInstitute page,23>
- (25) <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tomese-su-tiempo./NationalCancerInstitute page,30>
- (26) Gavilanes SG, Ortiz SJ. Niveles de ansiedad en el preoperatorio y su influencia en la recuperación postanestésicas inmediata en pacientes de 18 a 65 años de edad con ASA I, ASA II y ASA III que serán sometidos a cirugía programada 2015. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/9858>
- (27) Moreno CP, Calle PA. Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica. CIR MAY AMB 2015; 20 (2): 74-78. Barcelona. pimoreno72@hotmail.com.
- (28) Doñate MM, Litago CA, Monge SY, Martínez SR. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. Rev. Enfermería Global. Enero 2015. (37): 170 – 180.
- (29) Hinojosa LY. Importancia de la intervención de enfermería en el área psicológica para disminuir el grado de ansiedad y sus complicaciones en el paciente preoperatoria. 2013. Ecuador.
- (30) Caniçali PC, Nunes GL, Pires OP, Costa LF, Costa AM. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. 2012; 11(28), versión On-line ISSN 1695-6141

- (31) Vargas R, Herrera C. Inducción preoperatoria para pacientes y familiares en caso de cirugía mayor y su relación con la ansiedad. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 2012. Disponible World Wide Web: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/inducción.pdf>. ISSN1409-4568
- (32) Gordillo LF, Arana MJ, Mestas HL. Tratamiento de la ansiedad en pacientes pre quirúrgicos. *Clínica de Medicina de Familia*. Oct. 2011; 4(3) <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300008>
- (33) Carrascosa LM, Aguilar MR. Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. No 118. *Abril/Mayo/Junio 2011*; España.
- (34) Manrique CJ. Efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12-36 meses que asisten al Programa "Sala de Educación Temprana" Lima – Cercado. 2011. *Cybertesis Perú*
- (35) Valenzuela MJ, Barrera SJ, Ornelas AJ. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Marzo-Abril 2010*; 78(2):151-156.
- (36) Ja P, Kim H. Efectos de una Intervención Psicosocial breve en Pacientes con Cáncer que reciben Tratamiento Adyuvante. *Diario de Enfermería Oncológica*. 2010; 37(2-3): 98-104.
- (37) Gaitán TI, Pérez MF, Polo MM. Educación Preoperatoria y Nivel de Ansiedad. 2008. <https://esmg42.mail.yahoo.com/neo/launch?.rand=903orfkvdc57g>
- (38) Narváez A. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (Ansiedad y Depresión) en pacientes de cáncer de mama. 2008; 5(1): 93-102.
- (39) More Alarcón, Carol. Efectividad de la educación individualizada en la preparación física y psicológica de los pacientes que serán sometidos a la prueba de ecocardiografía de estrés farmacológico en el Servicio de Consulta Externa del INCOR: EsSalud. Lima, Perú: Universidad Nacional

- Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Post-Grado. 2008; 72h.URI:<http://hdl.handle.net/123456789/3116>.
- (40) Melo ML. Ansiedad en Período Preoperatorio de Cirugías de Mama: Estudio Comparativo entre Pacientes con Sospecha de Cáncer a Ser Sometidas a Procedimientos Quirúrgicos Estéticos. *Revista Brasileira de Anestesiología*. Marzo - Abril 2007; 57(2): 84-89.
- (41) Chirveches EA. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería Clínica*; 2006; 16 (1): 3-10.
- (42) Lugo M. Pacientes oncológicos con diagnóstico reciente: Valoración e intervención sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención. Enero-junio 2006; 52 (106).
- (43) Martín CM. Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico. 2006. PDF/AdobeAcrobatwww.nureinvestigacion.es/.../pdf_proyecto_30_ansiedad1172007113628.pdf.
- (44) Cereijo C. Atención de Enfermería a Pacientes con Cáncer de mama en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cirugía Mayor Ambulatoria*. 2005; 15(4): 106-110. e-mail:mccereijo@canalejo.org
- (45) Acea NB. Cáncer de mama y cirugía ambulatoria. Quién, cómo, dónde y por qué. *Cirugía Española*. 2004; 75(2):64-68.
- (46) http://www.ecured.cu/Bases_epistemol%C3%B3gicas. Epistemología y educación.
- (47) Watson Jean. El Cuidado. teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/jean-watson.html. 12 jun.2012. Publicado por Fundamentos UNS en 21:01
- (48) Nascimento KC, Erdmann AL. Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2009 março-abril; 17(2) www.eerp.usp.br/rlae. Artigo Original. Online. Recibido en: 18.7.2007 Aprobado en: 1º.4.2009
- (49) principios de intervención educativa - Escuela de Postgrado, (P105-110) www.postgradoune.edu.pe/documentos/psicologia/marc_c11.Pdf.

- (50) Principios de Enseñanza. Eberly Center for Teaching Excellence
<http://www.cmu.edu/teaching/eberly/index.html> Traducing S. Schmidt,
 enero 2009.
- (51) Castro PM. Programa Educativo Participativo Centrado en el Paciente de
 Cirugía oncológica Colorrectal Ciencias y Tecnologías, curso 2011/12.
 Serie Tesis Doctorales. I.S.B.N.: 978-84-15910-34-3.
- (52) Entrevista a Ignacio Figueroa La educación como herramienta
 transformadora, publicada en la Revista FEM Patagonia. Blog del Centro
 de Desarrollo Cognitivo de la Universidad Diego Portales. lunes, 21 de
 julio de 2014.
- (53) Castro PM. Programa Educativo Participativo Centrado en el Paciente de
 Cirugía oncológica Colorrectal Ciencias y Tecnologías, curso 2011/12.
 Serie Tesis Doctorales. I.S.B.N.: 978-84-15910-34-3.
- (54) Martínez GR. La investigación en la práctica educativa: Guía
 metodológica de investigación para el diagnóstico y evaluación en los
 centros docentes. Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de
 Investigación y Documentación Educativa (CIDE). NIPO: 651-07-114-5.
 ISBN: 978-84-369-4440-2. Impresión: FARESO, S. A. - Paseo de la
 Dirección, 5 - 28039 Madrid
- (55) Zamudio GJ. Epistemología y Educación ISBN 978-607-733-050-9.
 Primera edición. 2012: p 177-179
- (56) Rodríguez EM. Fundamentos Epistemológicos de las Teorías Educativas
 Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
www.geocities.ws/filoipb/ensayos/ensa_12.html
- (57) BASES EPISTEMOLÓGICAS DE LA PSICOLOGÍA, p (5, 13,14).
<http://www.ub.edu/iasc/sites/default/files/file/3-Texto-CMS.pdf>
- (58) Maté J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, Ansiedad y Depresión en el
 Paciente Oncológico. Psicooncología. 2004; 1(2-3): 218-222.
- (59) Trastornos por ansiedad - National Cancer Institute.
www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-médicos-apoyo/.../page5

- (60) Gordillo LF, Arana MJ, Mestas HL. Tratamiento de la ansiedad en pacientes pre quirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. oct. 2011; 4(3). <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300008>.
- (61) Piqueras RJ, Martínez GA, Ramos LV, Rivero BR, García LL, Oblitas GL. Ansiedad, Depresión y Salud Suma Psicológica. *Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia*. Marzo 2008; 15(1): 43-73.
- (62) Meza GM, Rodríguez NF, Gómez LO. Humanismo en enfermería. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2009; 17(2): 109-111
- (63) Martínez OE. La Intervención de Enfermería con el Paciente Oncológico. 2012. <http://www.edicollege.com/pdf/Educacioncontinua.PDF>.
- (64) Peix SM, Castro PA. Competencias y Funciones de la Enfermería de Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor (EARTD). p.14-15 www.aseedar-td.org/.../41-competencias-y-funciones-de-la-enfermeria
- (65) Riquelme EB, Sepúlveda PB, Vargas VX. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. *Rev. Médica Clínica Condes*. 2006; 17(4): 244 – 47.
- (66) El Valor Terapéutico en Oncología. Publicaciones Estudios y Proyectos Edición y distribución Fundación Josep Laporte. Barcelona. 2009. E-mail: universidad.pacientes@uab.es www.universidadpacientes.org.
- (67) Sánchez VJ. Valoración preoperatoria del paciente oncológico. *Abril-Junio 2007*; 30 (1): 160
- (68) Andreu AP, Pinillos BM. Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor. <http://www.aseedar-td.org/revistas/articulos/09-5.pdf>
- (69) Rosales BS. Enfermería Quirúrgica. 2012. <http://carlaiserl.blogspot.Pe/2012/03/periodo-pre-operatorio.html>
- (70) [http://enfermeriaactual.com/metodologia-pae/Actualización en Enfermería. NANDA, NOC, NIC, Metodología Enfermera](http://enfermeriaactual.com/metodologia-pae/Actualización%20en%20Enfermería.NANDA,NOC,NIC, Metodología%20Enfermera)
- (71) Salazar HI. Proceso Atención de Enfermería. www.eneo.unam.mx/.../Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf

- (72) Acea NB. Cáncer de mama y cirugía ambulatoria. Quién, cómo, dónde y por qué. *Cirugía Española*. 2004; 75(2):64-68.
- (73) Erin DB, Schechtel RN, Bruin RM, Hickam D. Reduzca el riesgo de cáncer del seno con medicamentos. 2009. <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/50/507/breast%20cancer%20spanish.pdf>.
- (74) CDC - ¿Cuáles son los síntomas del cáncer de mama? Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud. dic. 2013. www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/symptoms.htm
- (75) Cáncer de mama | University of Maryland Medical Center <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/cancer-demama#ixzz3t6wBsCRj>. Last reviewed on 11/17/2012
- (76) https://www.pfizer.es/salud/prevencion_habitos_saludables/consejos_salud/prevencion_cancer_mama.html# Prevención del cáncer de mama Fecha actualización: 07/09/2007
- (77) Soler E, Faus M, Burguera R, Fernández J, Mula P. Anestesiología. <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/cap02.pdf>
- (78) Hurlé MA. Anestésicos locales <http://www.fcunp.edu.ar/sitio/farmacologia/wpcontent/uploads/2011/04/anest-loc.pdf>
- (79) <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-tratamiento-cirugia> Fecha de última actualización: 10/22/2014
- (80) Centro de Cirugía Ambulatoria de Lima. Torre de Consultorios de la Clínica San Borja, Lima – Perú 2012. <http://www.cirugiaendoscopica.net/cirugia-mayor-ambulatoria.html>
- (81) Alfonso G. Ventajas de la Cirugía Mayor Ambulatoria para el Paciente. <http://www.grupogamma.com/2011/07/ventajas-de-la-cirugia-mayor-ambulatoria-para-el-paciente/>
- (82) Beneficios de la Cirugía Mayor Ambulatoria. <http://www.lasprovincias.es/valencia/20090418/salud/beneficios-cirugia-mayor-ambulatoria-20090418.html>

- (83) Diccionario de la lengua española /Ed. Del Tricentenario// RAE.es
- (84) Antony MM, Orsillo SM, Roemer L. Practitioner's Guide to Empirically-Based Measures of Anxiety. Hingham, MA, USA: Kluwer Academic Publishers. Retrieved from <http://www.ebrary.com>. 2001.

Otros autores

1. Acea NB. Cáncer de mama y cirugía ambulatoria. Quién, cómo, dónde y por qué. *Cirugía Española*. 2004; 75(2):64-68.
2. Barsevick AM. Un Análisis Cualitativo Sistemático de las Intervenciones Psicoeducativas para la Depresión en Pacientes con Cáncer. *Diario de Enfermería Oncológica*. 2002; Tomo N° 1: 73-87
3. Benbunan BB, Cruz QF, Roa VJ, Villaverde GC. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. *Int j clin health psychol*. 2007; 7(1):197-205.
4. Bernier MJ. Preoperative teaching received and valued in a Day surgery setting. *AORN J* 2003; 77 (3): 563-582.
5. Cançali PC, Nunes GL, Pires OP, Costa LF, Costa AM. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. 2012; 11(28), versión On-line ISSN 1695-6141
6. Carrascosa LM, Aguilar MR. Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. No 118. Abril/Mayo/Junio 2011; España.
7. Castrillón MD, Borrero CP. Validación del Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC) en Niños Escolarizados entre los 8 y 15 años. *Universidad Pontificia Bolivariana Acta Colombiana de Psicología* 13, 79-90.
8. Cereijo GC. Atención de Enfermería a Pacientes con Cáncer de mama en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cirugía Mayor Ambulatoria*. 2005; 15(4): 106-110.
9. Chirveches EA. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería Clínica*. 2006; 16 (1): 3-10.

10. Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer. INEN. Base de Datos de Sala de Operaciones de Enero a diciembre 2011.
11. Díez AE. Efectividad de una intervención preoperatoria de Enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enfermería Clínica*. 2012; 22(1): 18-26.
12. Doñate MM, Litago CA, Monge SY, Martínez SR. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*. Enero 2015; No37: 170 – 180.
13. Fonseca PE, Sierra BS, Lemos GS, Muñiz J. Propiedades Psicométricas del “Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo” (STAI) en Universitarios. 2012; 20(3):547. <http://www.p3-info.es/PDF/PropiedadespsicomeetricasdelSTAI>
14. Font CA. Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.02.010>How to Cite or Link Using DOI. Barcelona, España.
15. Florio SM. Cirugía Ambulatoria: Identificación de diagnósticos de Enfermería en período perioperatorio. *Enfermería Latino Americana*. 2003; 11(5): 630-7.
16. Gaitán TI, Pérez MF, Polo MM. Educación Preoperatoria y Nivel de Ansiedad.2008.<https://esmg42.mail.yahoo.com/neo/launch?.rand=903orfkvdc57g>
17. Gálvez TA, Bonill NC, Torres LC, Rodríguez BM. Experiencia sobre la visita pre quirúrgica. *Evidentia* [internet]. 2006 [citado 16 febrero 2010]; 3(8). Disponible en: <http://www.indexf.com/evidentia/n8/r213articulo.php>
18. Gavilanes SG, Ortiz SJ. Niveles de ansiedad en el preoperatorio y su influencia en la recuperación postanestésicas inmediata en pacientes de 18 a 65 años de edad con ASA I, ASA II y ASA III que serán sometidos a cirugía programada. 2015. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/9858>
19. Gordillo LF, Arana MJ, Mestas HL. Tratamiento de la ansiedad en pacientes pre quirúrgicos. *Clinica de Medicina de Familia*. Oct. 2011; 4(3) <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300008>

20. Grive RJ. Reducción de la ansiedad preoperatoria en el día de la cirugía. 2002; 11(10): 670-678.
21. Guillén RA, Gualberto BC. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). 2011; 23(3): 510-515 www.psicothema.com
22. Gutierrez NA, Álvarez MJ, Del Rio MO, Villalta SM, Garoz MB. Educación sanitaria a pacientes jóvenes sometidos a cateterismo cardiaco. Enfermedades cardiológicas. 2004; 11(32-33):22-7.
23. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LM. Metodología de la investigación. Quinta edición México. www.FreeLibros.com. 2010.
24. Hinojosa LY. Importancia de la intervención de enfermería en el área psicológica para disminuir el grado de ansiedad y sus complicaciones en el paciente preoperatoria. 2013.
25. Ja P, Kim H. Efectos de una Intervención Psicosocial breve en Pacientes con Cáncer que reciben Tratamiento Adyuvante. Diario de Enfermería Oncológica. 2010; 37(2-3): 98-104.
26. Joanna B. Retención de la información preoperatoria recibida por los pacientes. Cuidados de salud Basados en la Evidencia. 2000.
27. Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas. Biblioteca Cochrane Plus. 2008; (2). Disponible en: <http://www.update-software.com/pdf/CD003716>.
28. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. 8a. ed. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
29. Kim H. Una Intervención para Aumentar el uso de la Mamografía en las Mujeres Estadounidenses de Corea. Diario de Enfermería Oncológica. Foro. Editorial Sociedad de Enfermería. 2004; 31(1): 105-110.
30. López RS. Preparación Psicológica del paciente quirúrgico. Ciencias Psicosociales Aplicadas II. Madrid: Ediciones Síntesis S.A... 1995.

31. Lugo M. Pacientes oncológicos con diagnóstico reciente: Valoración e intervención sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención. 2006; 52 (106).
32. Manrique CJ. Efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12-36 meses que asisten al Programa "Sala de Educación Temprana" Lima – Cercado. 2011. Cybertesis Perú
33. Martín CM. Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico. (2006). PDF/AdobeAcrobatwww.nureinvestigacion.es/.../pdf_proyecto_30_ansiada1172007113628.pdf.
34. Martín DJ, Hidalgo GM, Cerezo SM, Casas CM, Martín MJ. Efectividad de una intervención enfermera durante la transfusión de concentrados de hemáties sobre la ansiedad estado del paciente receptor. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTOL/NURE58_proyecto_transfusion.pdf
35. Martínez J. Cáncer de Mama. Boletín informativo editado por el Instituto Nacional de Salud Pública. Universidad #655, Cuernavaca, Morelos, México. PDF/Adobe Acrobat - Versión en HTML.
36. Matarán G. Estudio Experimental sobre la Acción de la Terapia Cráneo-Sacral en la Fibromialgia. Tesis Doctoral. España: Universidad de Granada. 2008.
37. Maté J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, Ansiedad y Depresión en el Paciente Oncológico. Psicooncología. 2004; 1(2-3): 211-230.
38. McDonald S, Hetrick S, Green S. Educación pre quirúrgica para el reemplazo de cadera o de rodilla. Biblioteca Cochrane Plus, 2008; (2). Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003526>.
39. Melo ML. Ansiedad en Período Preoperatorio de Cirugías de Mama: Estudio Comparativo entre Pacientes con Sospecha de Cáncer a Ser

- Sometidas a Procedimientos Quirúrgicos Estéticos. Revista Brasileira de Anestesiología. Marzo - Abril 2007; 57(2): 84-89.
40. Meza GM, Rodríguez NV, Gómez LO. Humanismo en enfermería. Rev. Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009; 17(2): 109-111. Dirección electrónica: imegama@yahoo.com.mx.
 41. More AC. Efectividad de la educación individualizada en la preparación física y psicológica de los pacientes que serán sometidos a la prueba de ecocardiografía de estrés farmacológico en el Servicio de Consulta Externa del INCOR: EsSalud. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Post-Grado. 2008; 72h.URI:<http://hdl.handle.net/123456789/3116>.
 42. Moreno CP, Calle PA. Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica. CIR MAY AMB 2015; 20 (2): 74-78. Barcelona. pimoreno72@hotmail.com.
 43. Narváez A. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (Ansiedad y Depresión) en pacientes de cáncer de mama. 2008; 5(1): 93-102.
 44. Navarrete E. Dolores de Pecho: Ansiedad que Provoca la Información del Cáncer en Mujeres que lo Padecen. Universidad Autónoma del Estado de México. navarretele@hotmail.com www.interpsiquis.com 2011 Psiquiatría.
 45. Negre A, Fortes I. Programa de educación sanitaria: estrategia para disminuir la ansiedad que provoca la transición del hospital a la casa, en los padres de niños con cáncer. Psicooncología. 2005; 2(1):157-162.
 46. Öznur U. La efectividad de la Educación de Enfermería como una Intervención para Disminuir la Fatiga en Pacientes Turcos que estaban recibiendo Quimioterapia. Diario de Enfermería Oncológica. Foro. Editorial Sociedad de Enfermería. Julio 2004; 36 (4): 215-222
 47. Pérez MJ, Pérez CM, Osuna E, Luna A. Información preoperatorio y consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente. Revista de Anestesiología y Reanimación. 1998; 45:130-135.

48. PRIMER MANUAL SEOM DE CUIDADOS CONTINUOS. Sociedad Española de Oncología Médica.12-04-05 // 14:18h.
49. Pulido AF, Arribas CP, Fernández FA. Satisfacción de los pacientes en la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2008; 11(3):167-172.
50. Robbins S. Comportamiento organizacional. México: McGraw-Hill. 1994.
51. Rodríguez GA. Evaluación de la efectividad clínica de intervenciones psico-educativas para disminuir la ansiedad perioperatoria del paciente oncológico. Centro/institución Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España. Dirección e-mail arodriguezg.hrc@salud.madrid.org
52. Rodríguez M. Efectividad de una intervención educativa individual y en grupo, en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Enfermería clínica. 2003; 13(3): 131-136.
53. Sáez VF. Atención integral al paciente quirúrgico. Enfermería Científica. Ediciones Gráficas Alberdi, S.A. Madrid 1996.
54. Secoli S, Pezo M, Alves M, Machado A. El Cuidado de la Persona con Cáncer. Índex de Enfermería. Versión impresa ISSN 1132-1296. 2005; 14 (51) Granada.
55. Solano AJ, Sánchez SS, Abad CE, Estrada LJ, Martínez CJ. Recuperando evidencias en pacientes Onco hematológicos (1ª Parte). Noviembre-Diciembre 2008; 5(37). Disponible en:
http://www.fuden.es/originales_detalle.cfm?ID_ORIGINAL=112&ID_ORIGINAL_INI=1
56. Spielberg C. Consulting Psychologists Press. 1970. Adaptación española: García GM, Cuesta L, Toro J. (Departamento de Psiquiatría. Universidad de Barcelona, 1986).
57. Valenzuela MJ, Barrera SJ, Ornelas AJ. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Marzo-Abril 2010; 78(2):151-156.
58. Vargas R, Herrera C. Inducción preoperatoria para pacientes y familiares en caso de cirugía mayor y su relación con la ansiedad. Enfermería Actual en

- Costa Rica, 2012. Disponible World Wide Web:
<http://www.revenf.ucr.ac.cr/inducción.pdf>. ISSN1409-4568
59. Zamudio GJ. Epistemología y Educación ISBN 978-607-733-050-9
Primera edición: 2012.
60. Agresividad de las Terapias Oncológicas Según los Propios Pacientes.
www.ucm.es/info/fimed/medicina.edu/Oncologia/terapias.htm. Universidad
complutense de Madrid.
61. Entrevista a Ignacio Figueroa La educación como herramienta
transformadora, publicada en la Revista FEM Patagonia. Blog del Centro de
Desarrollo Cognitivo de la Universidad Diego Portales. lunes, 21 de julio de
2014.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Nº

1. Matriz de Consistencia: “Intervención Educativa y Disminución de ansiedad en Paciente Oncológico en el preoperatorio inmediato. INEN. 2013”.
2. Ficha de Datos Personales.
3. Encuesta aplicada sobre su Enfermedad y Tratamiento.
4. Encuesta aplicada sobre Manifestaciones de Ansiedad.
5. Plan de Enseñanza de Enfermería.
6. Edad del Paciente Oncológico del Grupo Control y Estudio (GC y E).
7. Estado Civil del Paciente Oncológico del Grupo Control y Estudio.
8. Procedencia del Paciente Oncológico del Grupo Control y Estudio.
9. Dependencia Económica del Paciente Oncológico del GC y E.
10. Pruebas de chi-cuadrado: Información antes de la intervención.
11. Pruebas de chi-cuadrado: Información después de la intervención.
12. Pruebas de chi-cuadrado: Nivel de ansiedad antes de la intervención.
13. Evaluación de la distribución de las Manifestaciones de Ansiedad antes y después de la Intervención Educativa.
14. Pruebas no paramétricas U – Mann Whitney
15. Manifestaciones de Ansiedad antes de la Intervención. Grupo Control.
16. Manifestaciones de Ansiedad antes de la Intervención. Grupo Estudio.
17. Manifestaciones de Ansiedad después de la Intervención. Grupo Control.
18. Manifestaciones de Ansiedad después de la Intervención. Grupo Estudio.
19. Manifestaciones de Ansiedad según indicador, en los Grupos Control y Estudio antes de la Intervención Educativa.
20. Manifestaciones de Ansiedad según indicador, en los Grupos Control y Estudio después de la Intervención Educativa.
21. Escala de Clasificación del Test de Ansiedad según Técnica de Estanino.
22. Cronograma de Actividades.
23. Presupuesto.

ANEXO N° 1

**MATRIZ DE CONSISTENCIA: “INTERVENCIÓN EDUCATIVA Y
DISMINUCION DE ANSIEDAD EN PACIENTE ONCOLOGICO EN EL
PREOPERATORIO INMEDIATO. INEN. 2013”**

Problemas	Tipo de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables	Definición de Variables	Tipo y Naturaleza
¿Cuál es la efectividad de la intervención educativa, en la disminución de ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Julio – Setiembre. 2013?	Prospectivo cohorte e intervención	Objetivo General Determinar la efectividad de la intervención educativa, en la disminución de ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia.	Hipótesis General Hi: La Intervención Educativa, disminuye la ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia. Ho: La Intervención Educativa, no disminuye la ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia.	Interviniente Efectividad de la intervención educativa.	Actividades diseñadas y planeadas mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje, para favorecer la adopción de conductas y conocimientos que conduzcan al bienestar psicosocial del paciente.	Interviniente Cuantitativo
		Objetivos Específicos Determinar el nivel de información del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, sobre su enfermedad y tratamiento, antes y después de la intervención educativa.	Hipótesis Específica El nivel de información del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, sobre su enfermedad y tratamiento, es suficiente después de la intervención educativa	Variable 1 Disminución de ansiedad del Paciente Oncológico, de la Sala de Pre Anestesia.	Reducción de sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo y preocupación, que se presentan ante una situación amenazante, potencialmente peligrosa y de incertidumbre, en el Paciente con cáncer, que se encuentra en un ambiente Pre operatorio inmediato.	Univariable Cuantitativo
		Identificar las manifestaciones de ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, antes y después de la intervención educativa.	Las manifestaciones de ansiedad del Paciente Oncológico de la Sala de Pre Anestesia, disminuyen significativamente después de la intervención educativa.			

ANEXO N° 2

FICHA DE DATOS PERSONALES

I. Datos Generales de la paciente.

1. Edad:

- | | | |
|------------------|--------------------|-----|
| a) Adolescente | (de 12 a 19 años) | () |
| b) Adulto joven | (de 20 a 35 años) | () |
| c) Adulto maduro | (de 36 a 60 años) | () |

2. Estado civil:

- | | | | |
|----------------|-----|-----------|-----|
| a) Soltera | () | b) Casada | () |
| c) Conviviente | () | d) Viuda | () |

3. Procedencia:

- | | | | |
|----------|-----|-----------|-----|
| a) Costa | () | b) Sierra | () |
| c) Selva | () | | |

4. Dependencia económica:

- | | | | |
|---------------|-----|---------------------|-----|
| a) Esposo | () | b) Conviviente | () |
| c) Ella misma | () | d) Otros familiares | () |

II. Grupo.

- | | |
|------------|-----|
| a. Control | () |
| b. Estudio | () |

ANEXO N°3

ENCUESTA APLICADA AL PACIENTE ONCOLOGICO DE LA SALA DE PRE ANESTESIA, SOBRE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO

INTRODUCCIÓN

Señorita (a): buenos días, la Licenciada Emilia Cabrera Salas y la Licenciada María Ibis Rivera Morales, somos Enfermeras del INEN, estamos realizando un trabajo para determinar la Efectividad de la intervención educativa en la disminución de ansiedad del Paciente Oncológico en el preoperatorio inmediato, por lo que solicitamos a usted su colaboración para llevar a cabo este estudio. Por favor marque usted la respuesta que considere conveniente:

CONTENIDO:

I. Información del paciente de Clínica de Día sobre Cáncer de mama:

1. Sabe Ud. ¿Qué es cáncer de mama? Si () No ()
2. El cáncer de mama se puede presentar porque:
 - Las comidas son preparadas con mucha grasa Si () No ()
 - La persona fuma cigarro y bebe alcohol. Si () No ()
 - La mamá, la hermana o la hija tiene o tuvo esta enfermedad. Si () No ()
3. Puede tratarse de cáncer de mama si Ud. observa:
 - Tumor duro en la mama, que no duele. Si () No ()
 - Pezones hundidos. Si () No ()
 - Piel de la mama como cáscara de naranja Si () No ()
4. Para evitar el cáncer de mama, Ud. Debe:
 - Realizar auto examen de la mama, cada mes a partir de los 20 años. Si () No ()
 - Después de los 50 maños , visitar al médico cada año, para que la examine Si () No ()
 - Tomarse mamografía cada año después de los 40 años Si () No ()

5. La presencia de un tumor pequeño en la mama:
 - Indica menor peligro para tener cáncer de mama Si () No ()
 - Puede ser operado conservando la mama Si () No ()
6. La presencia de tumores en la axila indica mayor peligro para tener cáncer de mama Si () No ()

II. Información del paciente de Clínica de Día sobre el tratamiento quirúrgico de Cáncer de mama.

1. ¿ Conoce el tipo de anestesia que le aplicaran el día de la Operación? Si () No ()
2. ¿ Estar en ayunas y sin maquillaje son las únicas indicaciones que debe cumplir antes de la operación. Si () No ()
3. ¿ Conoce el recorrido que hará en el hospital desde su ingreso hasta el alta? Si () No ()
4. A su ingreso a la sala de operaciones UD:
 - Será operada de inmediato. Si () No ()
 - Conversará con el médico. Si () No ()
 - Tendrá preparación previa. Si () No ()
5. ¿Sabe el nombre de la operación que le van a realizar? Si () No ()
6. Sabe Ud. ¿Quién le informará de los resultados de la operación? Si () No ()
7. Las ventajas de operarse por Clínica de Día son:
 - Puede hacer sus actividades más rápido Si () No ()
 - Evita la ausencia prolongada en el hogar. Si () No ()
 - La operación es de corta duración Si () No ()
8. Después de la operación Usted debe:
 - Cuidar que su herida no sangre Si () No ()
 - Avisar si su herida está morada o hinchada Si () No ()
 - Hacer ejercicios con el brazo del lado operado Si () No ()

ANEXO N° 4

ENCUESTA APLICADA AL PACIENTE ONCOLOGICO DE LA SALA DE PRE ANESTESIA, SOBRE MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD

INTRODUCCIÓN:

Señorita (a): buenos días, usted encontrará unas frases que se utilizan para describirse. Lea cada frase y marque la puntuación de 0 a 3 que indique mejor como SE SIENTE USTED AHORA MISMO, en este momento.

1- Me siento calmado.	0	1	2	3
2. Me siento seguro.	0	1	2	3
3. Me siento tenso.	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6. Me siento alterado.	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias F.	0	1	2	3
8. Me siento descansado.	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.	0	1	2	3
10, Me siento confortable.	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mi mismo.	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14. Me siento muy atado (como oprimido).	0	1	2	3
15. Estoy relajado.	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17, Estoy preocupada.	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19. Me siento alegre.	0	1	2	3
20, En este momento me siento bien.	0	1	2	3

ANSIEDAD/ ESTADO: 0. No en absoluto; 1. Un poco; 2. Bastante; 3. Mucho

ANEXO N° 5

PLAN DE ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA APLICADO AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL PRE OPERATORIO INMEDIATO

I. INTRODUCCIÓN.

El presente Plan de Enseñanza, tiene el propósito de impartir información al paciente oncológico en el preoperatorio, siendo en esta oportunidad las pacientes de Clínica de Día, que serán sometidos por primera vez a cirugía de mama, las que recibirán información sobre cáncer de mama y su tratamiento quirúrgico; incluyendo los resultados esperados y circuito ambulatorio desde su ingreso hasta el momento del alta.

La intervención educativa será desarrollada por las investigadoras, para que posteriormente las pacientes utilicen la información impartida en su auto cuidado tanto en el pre como en el postoperatorio.

Como metodología educativa utilizaremos la técnica participativa, expositiva y de retroalimentación.

II. OBJETIVO GENERAL.

Determinar si la información impartida por el Profesional de Enfermería en el Plan de Enseñanza, permite a la paciente de Clínica de Día utilizarla en su auto cuidado, tanto en el pre como en el postoperatorio.

III.

OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	MEDIOS	EVALUACIÓN
-Lograr que la paciente de Clínica de Día, adquiera información sobre cáncer de mama.	Cáncer de Mama. -Definición. -Signos y síntomas. -Factores de riesgo. -Medidas de prevención.	Enseñar a la paciente de Clínica de Día, sobre cáncer de mama: -Definición. -Signos y síntomas. -Factores de riesgo. -Medidas de prevención	-Técnica participativa. -Técnica expositiva. -Retroalimentación	Audiovisual: .Triptico. .Diapositiva .Diálogo e interrogatorio	-Pre-test -Post-test
-Lograr que la paciente de Clínica de Día, adquiera información sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama.	Tratamiento Quirúrgico de mama. -Tipo de anestesia. -Tipos de cirugía. -Ventajas de la cirugía por Clínica de Día.	Enseñar a la paciente de Clínica de Día, sobre el tratamiento quirúrgico de mama: -Tipo de anestesia. -Tipos de cirugía. -Ventajas de la cirugía por Clínica de Día.	-Técnica participativa. -Técnica expositiva -Retroalimentación	Audiovisual: .Triptico. .Diapositiva .Diálogo e interrogatorio	-Pre-test -Post-test
Fomentar en la paciente de Clínica de Día, el autocuidado durante el pre y postoperatorio	-Indicaciones pre y post operatorias. -Resultados de la cirugía. -Circuito ambulatorio	Informar a la paciente de Clínica de Día: -Indicaciones pre y post operatorias. -Resultados de la cirugía. -Circuito ambulatorio desde el ingreso hasta el alta.	-Técnica participativa. -Técnica expositiva -Retroalimentación	-Audiovisual: .Triptico. .Diapositiva .Diálogo e interrogatorio.	-Pre-test -Post-test

ANEXO N° 6

**EDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DEL GRUPO CONTROL Y
ESTUDIO DE LA SALA DE PRE ANESTESIA
INEN. JULIO – SETIEMBRE. 2013**

EDAD	N	%
ADOLESCENTE	5	4,5
ADULTO JOVEN	39	35,5
ADULTO MADURO	66	60,0
Total	110	110,0

Fuente: Ficha de Datos Personales

ANEXO N° 7

ESTADO CIVIL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DEL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO DE LA SALA DE PRE ANESTESIA INEN. JULIO – SETIEMBRE. 2013

ESTADO CIVIL	N	%
SOLTERA	35	31,8
CASADA	17	15,5
CONVIVIENTE	52	47,3
VIUDA	6	5,5
Total	110	110,0

Fuente: Ficha de Datos Personales

ANEXO N° 8

**PROCEDENCIA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DEL GRUPO
CONTROL Y ESTUDIO DE LA SALA DE PRE ANESTESIA
INEN. JULIO – SETIEMBRE. 2013**

PROCEDENCIA	N	%
COSTA	56	50,9
SIERRA	39	35,5
SELVA	15	13,6
Total	110	110,0

Fuente: Ficha de Datos Personales

ANEXO N° 9

DEPENDENCIA ECONOMICA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DEL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO DE LA SALA DE PRE ANESTESIA INEN. JULIO – SETIEMBRE. 2013

DEPENDENCIA ECONÓMICA	N	%
ESPOSO	17	15,5
CONVIVIENTE	49	44,5
ELLA MISMA	43	39,1
OTROS	1	,9
Total	110	110,0

Fuente: Ficha de Datos Personales

ANEXO N° 10

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO INFORMACIÓN ANTES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,502 ^a	2	,472	,560
Razón de verosimilitudes	1,889	2	,389	,560
Estadístico exacto de Fisher	1,442			,560
Asociación lineal por lineal	,879 ^b	1	,349	,452
N de casos válidos	110			

- a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,50.

ANEXO N° 11

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO INFORMACIÓN DESPUES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	88,361 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	113,274	2	,000
Asociación lineal por lineal	71,503	1	,000
N de casos válidos	110		

- a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 7,50

ANEXO N° 12

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE ANSIEDAD ANTES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,009 ^a	2	,604	1,000
Razón de verosimilitudes	1,396	2	,498	1,000
Estadístico exacto de Fisher	1,186			1,000
Asociación lineal por lineal	,677 ^b	1	,411	,748
N de casos válidos	110			

- a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,50.
- b. El estadístico tipificado es -,823.

ANEXO N° 13
EVALUACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS MANIFESTACIONES
DE ANSIEDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DE LA SALA DE
PRE ANESTESIA, ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN
EDUCATIVA

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		ANSIEDAD ANTES	ANSIEDAD DESPUÉS
N		110	110
Parámetros normales ^{a,b}	Media	51,05	35,14
	Desviación típica	4,347	17,527
Diferencias más extremas	Absoluta	,164	,249
	Positiva	,113	,219
	Negativa	-,164	-,249
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,717	2,613
Sig. Asintótica. (bilateral)		,006	,000

Dónde: a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

ANEXO N° 14**PRUEBAS NO PARAMÉTRICAS U – MANN WHITNEY**

	ANSIEDAD ANTES	ANSIEDAD DESPUÉS
U de Mann- Whitney	1191,000	7,000
W de Wilcoxon	2731,000	1547,000
Z	-1,933	-9,013
Sig. asintótica (bilateral)	0,513	,000

ANEXO N° 15

**MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD ANTES DE LA INTERVENCIÓN
GRUPO CONTROL**

CONTROL	Nada		Un poco		Bastante		Mucho	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Me siento calmado	35	62.3	19	34.5	1	1.8	0	0
Me siento seguro	28	50.9	18	32.7	7	12.7	2	3.6
Me siento tenso	0	0	1	1.8	18	32.7	36	65.5
Estoy contrariado	1	1.8	4	7.3	11	20.0	39	70.9
Me siento cómodo (estoy a gusto)	54	98.2	0	0	1	1.8	0	0
Me siento alterado	10	18.2	12	21.8	11	20.0	22	40.0
Estoy preocupado ahora por posibles desgracias	0	0	0	0	3	5.5	52	94.5
Me siento descansado	50	90.9	1	1.8	0	0	4	7.3
Me siento angustiado	5	9.1	0	0	8	14.5	42	76.4
Me siento confortable	54	98.2	1	1.8	0	0	0	0
Tengo confianza en mi mismo	0	0	11	20.0	13	23.6	31	56.4
Me siento nervioso	0	0	1	1.8	5	9.1	49	89.1
Estoy desasosegado	1	1.8	9	16.4	27	49.1	18	32.7
Me siento muy atado (como oprimido)	9	16.4	15	27.3	10	18.2	21	38.2
Estoy relajado	55	100	0	0	0	0	0	0
Me siento satisfecho	53	96.4	1	1.8	0	0	1	1.8
Estoy preocupada	49	89.1	5	9.1	1	1.8	0	0
Me siento aturdido y sobreexcitado	1	1.8	5	9.1	23	41.8	26	47.3
Me siento alegre	55	100.0	0	0	0	0	0	0
En este momento me siento bien	55	100.0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta al Paciente Oncológico sobre Manifestaciones de Ansiedad

ANEXO N° 16

**MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD ANTES DE LA INTERVENCION
GRUPO ESTUDIO**

ESTUDIO	Nada		Un poco		Bastante		Mucho	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Me siento calmado	41	74.5	9	16.4	5	9.1	0	0
Me siento seguro	34	61.8	12	21.8	6	10.9	3	5.5
Me siento tenso	1	1.8	1	1.8	6	10.9	47	85.5
Estoy contrariado	0	0	2	3.6	8	14.5	45	81.8
Me siento cómodo (estoy a gusto)	50	90.9	3	5.5	1	1.8	1	1.8
Me siento alterado	3	5.5	7	12.7	22	40.0	23	41.8
Estoy preocupado ahora por posibles desgracias	0	0	1	1.8	0	0	54	98.2
Me siento descansado	49	89.1	2	3.6	1	1.8	3	5.5
Me siento angustiado	5	9.1	2	3.6	8	14.5	40	72.7
Me siento confortable	53	96.4	1	1.8	1	1.8	0	0
Tengo confianza en mi mismo	0	0	12	21.8	25	45.5	18	32.7
Me siento nervioso	1	1.8	0	0	3	5.5	51	92.7
Estoy desasosegado	0	0	1	1.8	16	29.1	38	69.1
Me siento muy atado (como oprimido)	19	34.5	10	18.2	9	16.4	17	30.9
Estoy relajado	46	83.6	5	9.1	3	5.5	1	1.8
Me siento satisfecho	48	87.3	2	3.6	2	3.6	3	5.5
Estoy preocupada	49	89.1	3	5.5	2	3.6	1	1.8
Me siento aturdido y sobreexcitado	1	1.8	3	5.5	26	47.3	25	45.5
Me siento alegre	55	100.0	0	0	0	0	0	0
En este momento me siento bien	52	94.5	2	3.6	1	1.8	0	0

Fuente: Encuesta al Paciente Oncológico sobre Manifestaciones de Ansiedad

ANEXO N° 17

**MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD DESPUES DE LA
INTERVENCION GRUPO CONTROL**

CONTROL	Nada		Un poco		Bastante		Mucho	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Me siento calmado	47	85.5	8	14.5	0	0	0	0
Me siento seguro	43	78.2	7	12.7	4	7.3	1	1.8
Me siento tenso	0	0	0	0	12	21.8	43	78.2
Estoy contrariado	0	0	0	0	8	14.5	47	85.5
Me siento cómodo (estoy a gusto)	53	96.4	2	3.6	0	0	0	0
Me siento alterado	12	21.8	3	5.5	5	9.1	35	63.6
Estoy preocupado ahora por posibles desgracias	0	0	0	0	10	18.2	45	81.8
Me siento descansado	48	87.3	4	7.3	2	3.6	1	1.8
Me siento angustiado	5	9.1	0	0	7	12.7	43	78.2
Me siento confortable	51	92.7	2	3.6	2	3.6	0	0
Tengo confianza en mi mismo	0	0	4	7.3	14	25.5	37	67.3
Me siento nervioso	0	0	2	3.6	10	18.2	43	78.2
Estoy desasosegado	0	0	1	1.8	30	54.5	21	43.6
Me siento muy atado (como oprimido)	9	16.4	6	10.9	11	20.0	29	52.7
Estoy relajado	51	92.7	3	5.5	0	0	1	1.8
Me siento satisfecho	49	89.1	2	3.6	3	5.5	1	1.8
Estoy preocupada	47	85.5	7	12.7	1	1.8	0	0
Me siento aturdido y sobreexcitado	0	0	6	10.9	20	36.4	29	52.7
Me siento alegre	55	100.0	0	0	0	0	0	0
En este momento me siento bien	55	100.0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta al Paciente Oncológico sobre Manifestaciones de Ansiedad

ANEXO N° 18

**MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD DESPUES DE LA
INTERVENCION GRUPO DE ESTUDIO**

ESTUDIO	Nada		Un poco		Bastante		Mucho	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Me siento calmado	6	10.9	12	21.8	34	61.8	3	10.9
Me siento seguro	1	1.8	6	10.9	44	80.0	4	7.3
Me siento tenso	26	47.3	25	45.5	3	5.5	1	1.8
Estoy contrariado	37	67.3	16	29.1	1	1.8	1	1.8
Me siento cómodo (estoy a gusto)	5	9.1	6	10.9	39	70.9	5	9.1
Me siento alterado	38	69.1	14	25.5	2	3.6	1	1.8
Estoy preocupado ahora por posibles desgracias	8	14.5	39	70.9	7	12.7	1	1.8
Me siento descansado	2	3.6	13	23.6	40	72.7	0	0
Me siento angustiado	40	72.7	13	23.6	2	3.6	0	0
Me siento confortable	2	3.6	14	25.5	38	69.1	1	1.8
Tengo confianza en mi mismo	1	1.8	1	1.8	39	70.9	14	25.5
Me siento nervioso	21	38.2	29	52.7	4	7.3	1	1.8
Estoy desasosegado	15	27.3	32	58.2	7	12.7	1	1.8
Me siento muy atado (como oprimido)	41	74.5	12	21.8	2	3.6	0	0
Estoy relajado	1	1.8	14	30.9	37	67.3	0	0
Me siento satisfecho	1	1.8	8	14.5	43	78.2	3	5.5
Estoy preocupada	1	1.8	5	9.1	30	54.5	19	34.5
Me siento aturdido y sobreexcitado	30	54.5	22	40.0	3	5.5	0	0
Me siento alegre	8	14.5	20	36.4	26	47.3	1	1.8
En este momento me siento bien	1	1.8	10	18.2	43	78.2	1	1.8

Fuente: Encuesta al Paciente Oncológico sobre Manifestaciones de Ansiedad

ANEXO N° 19

**MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DE LA
SALA DE PRE ANESTESIA, SEGÚN INDICADOR, EN LOS GRUPOS
CONTROL Y ESTUDIO ANTES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

INDICADOR	GRUPO							
	CONTROL				ESTUDIO			
	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
Me siento calmado	62.3	34.5	1.8	0	74.5	16.4	9.1	0
Me siento seguro	50.9	32.7	12.7	3.6	61.8	21.8	10.9	5.5
Me siento tenso	0	1.8	32.7	65.5	1.8	1.8	10.9	85.5
Estoy contrariado	1.8	7.3	20.0	70.9	0	3.6	14.5	81.8
Me siento cómodo (estoy a gusto)	98.2	0	1.8	0	90.9	5.5	1.8	1.8
Me siento alterado	18.2	21.8	20.0	40.0	5.5	12.7	40.0	41.8
Estoy preocupado ahora por posibles desgracias	0	0	5.5	94.5	0	1.8	0	98.2
Me siento descansado	90.9	1.8	0	7.3	89.1	3.6	1.8	5.5
Me siento angustiado	9.1	0	14.5	76.4	9.1	3.6	14.5	72.7
Me siento confortable	98.2	1.8	0	0	96.4	1.8	1.8	0
Tengo confianza en mi mismo	0	20.0	23.6	56.4	0	21.8	45.5	32.7
Me siento nervioso	0	1.8	9.1	89.1	1.8	0	5.5	92.7
Estoy desasosegado	1.8	16.4	49.1	32.7	0	1.8	29.1	69.1
Me siento muy atado (como oprimido)	16.4	27.3	18.2	38.2	34.5	18.2	16.4	30.9
Estoy relajado	100	0	0	0	83.6	9.1	5.5	1.8
Me siento satisfecho	96.4	1.8	0	1.8	87.3	3.6	3.6	5.5
Estoy preocupada	89.1	9.1	1.8	0	89.1	5.5	3.6	1.8
Me siento aturdido y sobreexcitado	1.8	9.1	41.8	47.3	1.8	5.5	47.3	45.5
Me siento alegre	100.0	0	0	0	100.0	0	0	0
En este momento me siento bien	100.0	0	0	0	94.5	3.6	1.8	0

Fuente: Encuesta al Paciente Oncológico sobre Manifestaciones de Ansiedad

ANEXO N° 20

MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DE LA SALA DE PRE ANESTESIA, SEGÚN INDICADOR, EN LOS GRUPOS CONTROL Y ESTUDIO DESPUES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

INDICADORES	GRUPO							
	CONTROL				ESTUDIO			
	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
Me siento calmado	85.5	14.5	0	0	10.9	21.8	61.8	10.9
Me siento seguro	78.2	12.7	7.3	1.8	1.8	10.9	80.0	7.3
Me siento tenso	0	0	21.8	78.2	47.3	45.5	5.5	1.8
Estoy contrariado	0	0	14.5	85.5	67.3	29.1	1.8	1.8
Me siento cómodo (estoy a gusto)	96.4	3.6	0	0	9.1	10.9	70.9	9.1
Me siento alterado	21.8	5.5	9.1	63.6	69.1	25.5	3.6	1.8
Estoy preocupado ahora por posibles desgracias	0	0	18.2	81.8	14.5	70.9	12.7	1.8
Me siento descansado	87.3	7.3	3.6	1.8	3.6	23.6	72.7	0
Me siento angustiado	9.1	0	12.7	78.2	72.7	23.6	3.6	0
Me siento confortable	92.7	3.6	3.6	0	3.6	25.5	69.1	1.8
Tengo confianza en mi mismo	0	7.3	25.5	67.3	1.8	1.8	70.9	25.5
Me siento nervioso	0	3.6	18.2	78.2	38.2	52.7	7.3	1.8
Estoy desasosegado	0	1.8	54.5	43.6	27.3	58.2	12.7	1.8
Me siento muy atado (como oprimido)	16.4	10.9	20.0	52.7	74.5	21.8	3.6	0
Estoy relajado	92.7	5.5	0	1.8	1.8	30.9	67.3	0
Me siento satisfecho	89.1	3.6	5.5	1.8	1.8	14.5	78.2	5.5
Estoy preocupada	85.5	12.7	1.8	0	1.8	9.1	54.5	34.5
Me siento aturdido y sobreexcitado	0	10.9	36.4	52.7	54.5	40.0	5.5	0
Me siento alegre	100.0	0	0	0	14.5	36.4	47.3	1.8
En este momento me siento bien	100.0	0	0	0	1.8	18.2	78.2	1.8

Fuente: Encuesta al Paciente Oncológico sobre Manifestaciones de Ansiedad

ANEXO N° 21

ESCALA DE CLASIFICACION DEL TEST DE ANSIEDAD SEGÚN TECNICA DE ESTANINO

DETERMINACION DE LOS PUNTOS DE CORTE:

Psychometric Properties

Sample Means and Norms. The manual reports the following means for working adults: Men had a mean STAI-S score of 35.72 ($SD = 10.40$) and mean STAI-T score of 34.89 ($SD = 9.19$); women had a mean STAI-S score of 35.20 ($SD = 10.61$) and a mean STAI-T score of 34.79 ($SD = 9.22$). As noted above, percentile rankings are available in the manual. A review of treatment outcome studies for GAD reports mean pretreatment STAI-T scores for individuals diagnosed with GAD ranging from 47 to 61 (Fisher & Durham, 1999), whereas another study found mean STAI-T scores for individuals diagnosed with PDA ranging from 51 to 54 and for those diagnosed with PD ranging from 44 to 46 (Oei, Evans, & Crook, 1990).

$A = MEDIA - 0.75 * DESV.EST$ $A = 35.72 - 0.75 * 10.40$ $A = 28$ $B = MEDIA + 0.75 * DESV.EST$ $B = 35.72 + 0.75 * 10.40$ $B = 43$	ESCALA CLASIFICACION < 27 BAJO 28 a 43 MEDIO 44 a 60 ALTO
--	---

Para determinar la escala de clasificación de ansiedad, según Estanino, se utilizó la media y desviación de las características psicométricas que muestra el creador de la escala, el libro de referencia es:

“Antony, M. M., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's Guide to Empirically-Based Measures of Anxiety*. Hingham, MA, USA: Kluwer Academic Publishers. Retrieved from <http://www.ebrary.com>”

ANEXO N° 22

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA									
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10
Fase 1: Fase de Planeación										
• Formulación del Plan.	XX	XX								
• Presentación y aprobación del Plan.			XX							
• Prueba Piloto y Juicio de Expertos.				XX						
Fase 2: Fase de Ejecución										
• Recolección de datos,					XX	XX	XX			
• Codificación, tabulación y Análisis del Plan.								XX		
Fase 3: Fase de Publicación										
• Preparación del Informe del Plan.									XX	
• Publicación del Informe.										XX

ANEXO N° 22
PRESUPUESTO

El presente estudio requerirá el siguiente presupuesto:

Cantidad	Insumo	Costo
03 millares	Papel bond A-4	S/. 120.00
01 Unidad	Notebook	S/. 1300.00
01 Unidad	Impresora	S/. 550.00
12 meses	Red de Internet	S/. 500.00
04 unidades	Tinta para impresora color negro	S/. 120.00
04 unidades	Tinta para impresora color amarillo	S/. 120.00
04 unidades	Tinta para impresora color celeste	S/. 120.00
04 unidades	Tinta para impresora color rosado	S/. 120.00
12 meses	Energía eléctrica	S/. 500.00
01 docena	Bolígrafos	S/. 36.00
06 unidades	Lápices	S/. 12.00
03 unidades	Correctores	S/. 15.00
03 unidades	Borradores de lápiz	S/. 3.00
04 unidades	USV	S/. 180.00
10 meses	Movilidad	S/. 300.00
TOTAL		S/. 3996.00