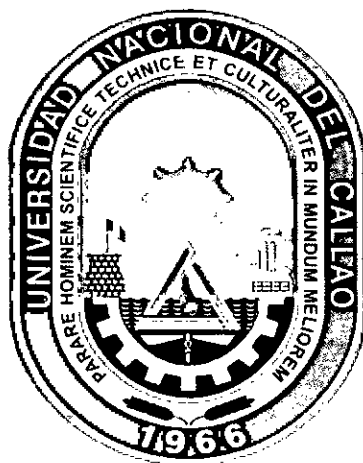


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON
LA ACTITUD FRENTE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN
PACIENTES PRE-OPERATORIOS DEL HOSPITAL DE APOYO
HUANTA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN" HUAMANGA.
AYACUCHO - 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EN CENTRO QUIRÚRGICO**

AUTORES:

REINER JORGE SÁNCHEZ

GLADYS MARÍA MENACHO GAMBOA

BERTHA HERLINDA HEREDIA JANAMPA

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS PRESIDENTE
- MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ SECRETARIA
- MG. MIRIAN CORINA CRIBILLERO ROCA VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 188-2017

Fecha de Aprobación de tesis: 05/11/2017

Resolución de Decanato N° 2833-2017-D/FCS de fecha 27 de Octubre del 2017, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

A Dios, por bendecir mis días y mantener unida a mi familia. A mis padres, por todo el apoyo que me brindaron.

Reiner

A Dios, a mis padres, por las muestras de amor y virtud que han infundido en mí .Ahora es mi filosofía de vida.

Gladys

A mis hijos; por apoyarme y darme todo su amor.

Bertha

AGRADECIMIENTO

- A la Universidad Nacional del Callao, por ser el gestor de la descentralización de los estudios de segunda especialización en enfermería en convenio con el Colegio de Enfermeros del Perú.
- A la Dra. Arcelia Olga Rojas Salazar, decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, por promover e incentivar el desarrollo de la segunda especialización de enfermería en Centro Quirúrgico (sede Ayacucho).
- Al Lic. Axel Acori Tinoco Decano del colegio de Enfermeros Regional de Ayacucho X, por ser el gestor del convenio con la universidad del Callao- Lima, con el Colegio de Enfermeros del Perú (filial Ayacucho) para los estudios de la segunda especialización .

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1. Identificación del problema	6
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Objetivos de la investigación	8
1.4. Justificación	9
II. MARCO CONCEPTUAL	
2.1. Antecedentes del estudio	10
2.2. Marco Teórico - Conceptual	15
2.3. Definición de términos básicos	35
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	
3.1 Definición de las variables	37
3.2 Operacionalización de variables	38
3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas	39
IV. METODOLOGÍA	
4.1 Tipo de investigación	40
4.2 Diseño de la investigación	40
4.3 Población y muestra	41
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
4.5 Procedimiento de recolección de datos	43
4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos	43
V. RESULTADOS	44
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados	52
6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares	55

VII. CONCLUSIONES	59
VIII. RECOMENDACIONES	60
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	64
- Anexo 1.-Matriz de consistencia	
- Anexo 2.-Instrumento	
- Anexo 3.-Prueba de fiabilidad	
- Anexo 4.- Consentimiento informado	

INDICE DE TABLAS

	PÁG.
TABLA N° 5.1 : ACTITUD FRENTE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PAQCIENTES PREOPERATORIOS DEL HOSPITAL DE APOYO HUANTA. AYACUCHO – 2017.	44
TABLA N° 5.2: CARACTERÍSTICAS SOCIALES SEGÚN ACTITUD FRENTE A LA INTERVENCION QUIRURGICA EN PACIENTES PREOPERATORIOS DEL HOSPITAL DE APOYO HUANTA, AYACUCHO – 2017.	45
TABLA N° 5.3: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SEGÚN ACTITUD FRENTE A LA INTERVENCION QUIRURGICA EN PACIENTES PRE OPERATORIOS DEL HOSPITAL APOYO HUANTA. AYACUCHO – 2017	47
TABLA N°5.4: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS RELACIONADAS CON LA ACTITUD FRENTE A LA INTERVENCION QUIRURGICA EN PACIENTES PREOPERATORIOS DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. AYACUCHO – 2017.	50

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene por Objetivo. Determinar las características sociodemográficas relacionados con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta. Ayacucho, 2016.

Metodología. Investigación correlacional y transversal con la técnica de encuesta, aplicando la escala de actitud frente a la cirugía sobre una muestra intencional de 30 pacientes pre-operatorios mayores de 18 años atendidos en el servicio de cirugía entre mayo y julio de una población de 135 (100%).

Resultados. El 40% de pacientes pre-operatorios presenta una actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica, 33,3% de indiferencia y 26,7% de rechazo.

Conclusión. El lugar de procedencia, el tipo de familia, la funcionalidad familiar, edad, sexo, nivel de instrucción y ocupación están relacionadas significativamente con la actitud frente a la intervención quirúrgica ($p < 0,05$). Por tanto, se confirma la hipótesis propuesta porque las características sociodemográficas se relacionan significativamente con la actitud frente a la intervención quirúrgica.

Palabras clave. Características sociodemográficas, actitud, intervención quirúrgica.

ABSTRACT

El presente trabajo de investigación tiene por **Objective**. Determine the sociodemographic characteristics related to attitudes toward surgery in patients pre-operative Support Hospital Huanta. Ayacucho, 2016.

Methodology. correlational and cross with the technique of survey research, using the scale of attitude towards surgery on an intentional sample of older 30 patients pre-surgery 18 years attended at the surgery between May and July a population of 135 (100 %).

Results. 40% of patients pre-operative has an accepting attitude against surgery, 33.3% and 26.7% indifference rejection.

Conclusion. The place of origin, type of family, family functioning, age, sex, education level and occupation are significantly related to attitudes toward surgery ($p < 0.05$). Therefore, the proposed hypothesis is confirmed because the sociodemographic characteristics are significantly related to attitudes toward surgery.

Palabras clave. sociodemographic characteristics, attitude, surgery.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación del problema

La intervención quirúrgica, por mínima que sea, genera un sinnúmero de emociones negativas como el miedo, angustia, preocupación, inseguridad y ansiedad, eventos con incidencia substancial en la actitud de los pacientes frente a la intervención quirúrgica.

La cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias (1). Si a esto le añadimos las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente (2).

En Ecuador, en el Hospital General N° 01 de Quito, los pacientes preoperatorios con frecuencia presentan síntomas de ansiedad y depresión que pueden confundirse con los síntomas de la enfermedad que originó la intervención quirúrgica. Se ha demostrado que elevados niveles de ansiedad y depresión preoperatoria se asocian con resultados pobres, tanto a nivel clínico como psicológico. A pesar de causar considerable sufrimiento e implicaciones clínicas, las mismas que no son

reconocidas por los médicos que realizan la visita pre anestésica (3).

En Brasil, en el Hospital Universitario del Estado de Sao Paulo, el sexo, grado de escolarización, experiencia de evento estresante, tipo de familia y raza estuvieron asociados a los significados y actitudes frente a la intervención quirúrgica (4).

En la Región de Ayacucho, en el Servicio de Cirugía del Hospital II EsSalud Huamanga, el paciente pre operatorio experimenta una serie de reacciones negativas que le impiden permanecer en bienestar consigo mismo. Es común que muchos de ellos piensen en la muerte, porque son conscientes que toda intervención quirúrgica, por mínima que sea, implica riesgos para la salud; aspectos que, por su ostensible repercusión psicológica, requieren de intervención de enfermería en las necesidades espirituales (5).

En el Hospital de Apoyo de Huanta, de la región de Ayacucho, se ha observado que los pacientes preoperatorios con cirugía programada exhiben manifestaciones de temor, preocupación y angustia frente a la intervención quirúrgica, sea por falta de información sobre el proceso, los comentarios mal intencionados de algún conocido o la repercusión mediática de algún caso desafortunado, actitudes negativas que afectan el proceso de recuperación del paciente.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características sociodemográficas relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes preoperatorios del Hospital de Apoyo de Huanta, Ayacucho - 2017?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuáles son las características sociales relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta?
- b) ¿Cuáles son las características demográficas relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta?
- c) ¿Cuál es la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características sociodemográficas relacionados con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta. Ayacucho - 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Identificar la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta.
- b) Identificar las características sociales relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta.
- c) Identificar las características demográficas relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta.

1.4. Justificación

El hecho de que el paciente afronte la intervención quirúrgica con una determinada actitud puede influir positiva o negativamente en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica.

La actitud negativa hacia la intervención quirúrgica se ha asociado a estancias hospitalarias prolongadas o una mayor necesidad de analgésicos, lo que supondría un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por un mayor costo económico.

Por esta razón, resulta imprescindible la preparación psicológica del paciente consistente en facilitar la información (6) y apoyo emocional (7) en todo el proceso quirúrgico.

Los resultados obtenidos aportan información relevante al departamento de enfermería del Hospital de Apoyo Huanta para fortalecer la educación pre quirúrgica, considerando que la intervención quirúrgica constituye uno de los eventos más estresantes entre los pacientes pre-operatorios.

Los resultados de la presente investigación deben ser socializados a nivel del departamento de enfermería y entre el equipo de salud para el diseño de estrategias que permitan mejorar la calidez en la atención del paciente pre-operatorio. Por otro lado, constituirá parte del marco referencial para posteriores investigaciones.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.2.1 Antecedentes internacionales

Castro F, Prado M y Zurita J. efectuaron la investigación *"Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes ASAI – II sometidos a cirugía, en el Hospital General N° 01 de Quito en el período de febrero a abril del 2010"*, Ecuador, con el objetivo de determinar la incidencia de ansiedad y depresión en pacientes perioperatorios. El estudio fue descriptivo y transversal sobre una muestra al azar simple de 171 pacientes con intervención quirúrgica programada, aplicando la escala HADS y el formulario de recolección de datos. Los resultados describen que los pacientes permanecieron 24 horas hospitalizados debido a que la mayoría de las cirugías que se realizaron fueron programadas. La prevalencia de ansiedad y depresión fue mayor cuando los pacientes permanecían hospitalizados un tiempo mayor a 8 días. Un 7.2% de pacientes con ansiedad y depresión que requieren evaluación profesional, pero si analizamos con los casos probables, esta prevalencia se incrementa a 25%, esto significa que las personas en su tiempo perioperatorio están afectadas y este factor debería tomarse en cuenta al momento de realizar la visita preanestésica. En conclusión, la ansiedad y depresión preoperatoria aumenta en la mujer debido a que, a diferencia del hombre, en ella predominan factores de tipo hormonales como son cambios de humor justo antes de la menstruación y después del parto (depresión postparto), y en patología de la tiroides (hiper y/o hipotiroidismo) (3).

Najarro K y Salazar J , desarrollaron la investigación "*Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha marzo – octubre 2012*", Ecuador, con el objetivo de comparar el nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada con el grupo control en los hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha. La investigación analítica tuvo diseño de casos y controles sobre una muestra intencional de 55 pacientes por cada grupo con asignación 1 a 1 (50% - 50%), aplicando el cuestionario. Los resultados dan cuenta que el 60% de los pacientes presentan ansiedad. En conclusión, no se halló relación significativa entre el nivel de ansiedad y las variables demográficas. La visita pre anestésica se comporta como factor protector de la ansiedad con una $p = 0.00046$, al igual que el conocer al anestesiólogo con una $p = 0.00026$. El 71% de los pacientes que recibieron la visita pre anestésica se encontraron satisfecho con la realización de la misma (8).

Sánchez A, en la investigación "*Factores que ocasionan estrés al paciente quirúrgico*", México, con el objetivo de determinar el tipo de factores que provocan estrés al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente. El diseño fue descriptivo, observacional y transversal sobre una muestra de 60 pacientes que asistieron a cirugía electiva de las especialidades de cirugía general y ginecobstetricia entre el 1 de diciembre de 2005 y el 30 de abril de 2006. El instrumento utilizado fue un cuestionario semiestructurado con 128 ítems dividido en cinco secciones. Los resultados describen que las mujeres reportaron mayor frecuencia de ansiedad (35.0%) que los hombres (16.7%). Esta ansiedad se manifestó principalmente por miedo y nerviosismo. La depresión

fue manifestada por llanto, dificultad para dormir y tristeza, con una prevalencia más elevada en mujeres (11.9%) en relación con los hombres (5.6%). En conclusión, se halló diferencia significativa entre la claridad de la información proporcionada por el cirujano a hombres y mujeres ($p=0.02$), en detrimento de éstas últimas. Las actividades de enfermería en el periodo preoperatorio fueron factores desencadenantes de estrés, así como los procedimientos realizados por el anestesiólogo. También fue significativa la diferencia en lo que respecta a que en el trabajo estuvieran enterados de la cirugía, ya que menos de la mitad de las mujeres dijeron haber informado de esta situación en su trabajo ($p=0.05$) (9).

Garcés C, en la investigación "*Factores estresantes frente al proceso pre quirúrgico que generan niveles de ansiedad en los pacientes inmovilizados del área de traumatología del HCAM*", Ecuador, con el objetivo de identificar la relación entre factores estresantes frente al proceso quirúrgico, con niveles de ansiedad dependiendo las variaciones en su intensidad en pacientes de traumatología. El tipo de investigación fue descriptivo/no experimental, con método correlacional, sobre una muestra de cuarenta y cinco pacientes hospitalizados aplicando el test para evaluar la ansiedad: escala de ansiedad de Hamilton y cuestionario de estresores hospitalarios de Volicer y Bohanon. Los resultados establecieron la predominancia del estrés leve y la ansiedad moderada. En conclusión, el estrés pre-quirúrgico se asocia con los niveles de ansiedad en los pacientes inmovilizados del área de traumatología (10).

2.2.2 Antecedentes nacionales

Montenegro I , desarrolló la investigación "*Cuidado enfermero en el perioperatorio de histerectomía. Hospital Luis Heysen Incháustegui – Chiclayo, Perú 2013*", con el objetivo de analizar y explicar el cuidado de enfermería a las personas que son intervenidas quirúrgicamente de histerectomía. La técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada y el instrumento el guión de entrevista. Los resultados dan cuenta que el cuidado brindado a la persona histerectomizada fue humanizado y holístico; además permitió a la enfermera lograr una interacción recíproca y empática, favoreciendo un clima de confianza durante el proceso de cuidado perioperatorio. En conclusión, el cuidado enfermero durante el perioperatorio se fundamenta en la interacción con la persona que será intervenida quirúrgicamente de histerectomía, esta incluye diversos componentes que consolidan al cuidado que brinda la enfermera durante su labor asistencial. Dicha relación que se establece es recíproca y va acompañada de la empatía, la confianza, comprensión y el respeto (11).

Ataurima R, desarrolló la investigación "*Satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de URPA. Hospital de Apoyo Jesús de nazareno, 2015*", Ayacucho, con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de Unidad de Recuperación del Paciente Anestésico. El tipo de investigación fue descriptivo simple con diseño transversal sobre una población de 160 pacientes post operados de la Unidad de Recuperación del Paciente Anestésico del Hospital de Apoyo Jesús de Nazareno en el periodo de octubre a diciembre de 2015 y una muestra intencional de 40 pacientes, aplicando el cuestionario. Los resultados de la investigación determinaron que el nivel de

satisfacción alto sobre el aspecto humano del cuidado de enfermería se identificó en 37,5% y en el aspecto técnico en 57,5% de pacientes post operados. En conclusión, el nivel de satisfacción alto sobre el cuidado de enfermería se identificó en los 50% de pacientes post operados (12).

Bejar L, desarrolló la investigación "*Nivel de satisfacción del familiar de los pacientes que ingresan a sala de operaciones acerca de la orientación que le brinda la enfermera. Hospital Regional de Ayacucho, 2015*"; con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción del familiar de los pacientes que ingresan a sala de operaciones acerca de la orientación que le brinda la enfermera. Hospital Regional de Ayacucho. El tipo de investigación fue descriptivo con diseño transversal sobre una población de 350 familiares del paciente adulto intervenido quirúrgicamente en sala de operaciones del Hospital Regional de Ayacucho, en el periodo de abril y junio de 2015, tomando como muestra intencional a 50 familiares directos. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, la escala de Likert. Los resultados de la investigación determinaron que el 56% de familiares presenta un nivel de satisfacción bajo acerca de la comunicación verbal que le brinda la enfermera, 70% acerca de la comunicación no verbal y 68% acerca del apoyo emocional que le brinda la enfermera. En conclusión, el 64% de familiares directos de pacientes que ingresan a sala de operaciones presenta un nivel de satisfacción bajo acerca de la orientación que le brinda la enfermera (13).

2.2. Marco teórico y conceptual

2.2.1. ACTITUD

La actitud ha sido definida bajo una gran gama de conceptos. Indudablemente que este es un tema de los más estudiados en el campo de las ciencias humanas, lo que explica la heterogeneidad de definiciones que se puede encontrar. A continuación, se señalan en orden cronológico algunas de ellas:

La actitud corresponde a ciertas regularidades de los sentimientos, pensamientos y predisposiciones de un individuo a actuar hacia algún aspecto del entorno (14).

La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud (15).

La actitud es una disposición fundamental que interviene en la determinación de las creencias, sentimientos y acciones de aproximación-evitación del individuo con respecto a un objeto (16).

La actitud es la disposición permanente del sujeto para reaccionar ante determinados valores (17).

Para Chapman y McKnight (2010), la actitud es su disposición general, su "punto de partida" mental para ver la vida, las personas y los acontecimientos. Desde su punto de vista, la actitud es la manera de ver las cosas mentalmente, y todo comienza dentro de su cabeza. Para los otros, su actitud es el estado de ánimo general que ellos interpretan a partir de lo que ven que usted dice y hace. Piense en la actitud como en su enfoque mental del mundo que lo rodea. Al usar una cámara o videocámara, usted puede enfocarse en lo que desea. Puede enfocarse o fijar su mente de la misma forma, para ver ya sea oportunidades o problemas. Una tarea difícil

puede ser algo para quejarse o puede ser una oportunidad para mostrar lo que usted o su personal pueden hacer. Una reunión con los miembros de su personal es una oportunidad para resolver un problema, desarrollar una idea, transmitir información, o puede convertirse en una sesión de quejas. La percepción, el complicado proceso de ver el mundo e interpretar el panorama, es una actividad mental que está llena de opciones. Concentrarse en algunos aspectos de su mundo y dejar otros de lado depende de usted. Sencillamente, tome la cámara y saque la fotografía de la vida que usted desee tomar (18).

Para Ubillos, Mayordomo y Páez (2010), la actitud es un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones. Esta definición plantea ya algunas características centrales de la actitud: a) es un constructo o variable no observable directamente; b) implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos; c) tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción -aunque no se debe confundir con ella- y también influencia la percepción y el pensamiento; d) es aprendida; e) es perdurable; y, f) tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado (19).

Para Beltrán (2011), la actitud es una predisposición existente en el sujeto y adquirida por aprendizaje, que impulsa a este a comportarse de una manera determinada en determinadas situaciones. Se entiende que las bases de esa predisposición son un estado mental. Entendemos además que este estado mental cuenta con un elemento de conducta, un elemento afectivo y un elemento cognitivo (20).

Así, las actitudes, siendo uno de los principales constructos de la Psicología Social, han ido alcanzado una gran implicación en el campo educativo. Bajo esta concepción, es posible distinguir los siguientes elementos que las caracterizan (15):

a) Signo de las actitudes

Las actitudes se diferencian en, buenas o positivas si se dirigen a los valores; malas o negativas si se disponen a actos contrarios a nuestra naturaleza y nos orientan hacia los contravalores o si nos alejan de los objetos y situaciones que representan valores con cierto nivel de intersubjetividad social.

b) Dirección de las actitudes

Se deriva del signo de la actitud y que se evidencia con el acercamiento/aceptación o con el alejamiento/rechazo hacia el objeto de la actitud. Se indica en términos bipolares (acepto/rechazo, positiva/negativa).

c) Magnitud o intensidad de las actitudes

Se refleja por el grado de acercamiento/aceptación o alejamiento/rechazo hacia el objeto o situación de la actitud. Queda indicada por el nivel de polarización de la actitud.

Uno de los métodos para valorar las actitudes es la Escala Licker. Este método fue desarrollado por Rensis Likert en los años treinta, sin embargo, es un enfoque vigente y popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se administra.

Se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

Las actitudes se pueden definir como tendencias psicológicas que son expresadas al evaluar una entidad particular con algún nivel de agrado o desagrado; es decir son asociaciones entre objetos del mundo social y evaluaciones duraderas que pueden manifestarse en las creencias, sentimientos o comportamientos de una persona (21).

La condición de las actitudes como estado psicológico interno constituye la mayor dificultad para su estudio y determinación de manera directa; sin embargo, existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple como vía mediante la cual se manifiestan sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conativo.

La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno (la actitud), explica la complejidad de dicho estado y también que muchos autores hablen de los tres componentes o elementos de la actitud (22).

a) Componentes cognitivos

Incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.

b) Componentes afectivos

Son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado o apenado).

c) Componentes Conativos

Muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.

Todos los componentes de las actitudes llevan implícito el carácter de acción evaluativa hacia el objeto de la actitud. De allí que una actitud determinada predispone a una respuesta en particular (abierta o encubierta) con una carga afectiva que la caracteriza. Frecuentemente estos componentes son congruentes entre sí y están íntimamente relacionados; "... la interrelación entre estas dimensiones: los componentes cognitivos, afectivos y conductuales pueden ser antecedentes de las actitudes; pero recíprocamente, estos mismos componentes pueden tomarse como consecuencias. Las actitudes preceden a la acción, pero la acción genera/refuerza la actitud correspondiente" (15).

Por otra parte, es conveniente insistir que la consideración de los tres tipos de respuestas (componentes), no significa de ninguna manera que la actitud pierda su carácter de variable unitaria. Como ya se ha señalado, la actitud es la condición interna de carácter evaluativo y tal como indican diversos autores las respuestas cognitivas, afectivas y conativas no son más que su expresión externa.

2.2.2. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

La cirugía constituye una parte de la medicina que ha adquirido extraordinaria importancia en la curación de los enfermos. Etimológicamente deriva de la palabra griega cheirurgia, de cheir: mano, y ergon: trabajo manual. Puede definirse entonces como una rama de la medicina, que trata las enfermedades por medio de operaciones realizadas con las manos y/o con ayuda de instrumentos. La intervención quirúrgica es un paso del proceso total del acto quirúrgico para la recuperación o conservación de la salud (23).

Es una competencia en el diagnóstico y tratamiento de las patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, tanto electivos como de urgencia de origen benigno, inflamatorio, traumático o neoplásico (24).

Principios de cirugía preoperatoria y operatoria

▪ Preparación preoperatoria del paciente

La preparación moderna de un paciente para una operación representa la convergencia del arte y de la ciencia de la disciplina quirúrgica. El contexto en el que se lleva a cabo la preparación preoperatoria varía desde la consulta externa hasta el ingreso hospitalario y a la evolución del paciente en el servicio de urgencias. Los métodos de evaluación preoperatoria difieren de

forma sustancial, dependiendo de la naturaleza del problema y de la intervención quirúrgica indicada, salud del paciente y evaluación de los factores de riesgo, y de los resultados de la investigación e intervención directa para mejorar el estado general del paciente y de su preparación para la operación. Este capítulo revisa los componentes de la valoración del riesgo aplicables a la evaluación de un paciente para la cirugía e intenta aportar algunos algoritmos básicos para ayudar a la preparación de los pacientes para la cirugía (25).

- **Principios y preparación de la cirugía operatoria**

El uso de una técnica operatoria adecuada es de una importancia fundamental (26) para la consecución de resultados óptimos y para favorecer el proceso de cicatrización de las heridas. Nada puede reemplazar a una operación bien planificada y bien desarrollada cuando se desean obtener los mejores resultados quirúrgicos posibles. Una de las formas más fiables de garantizar que los cirujanos ofrecen una asistencia de calidad en el quirófano es la participación en programas de formación en cirugía de alta calidad, que proporcionan la oportunidad de proceder a una observación y a una actuación repetida de las técnicas quirúrgicas en un entorno adecuadamente estructurado. Por medio de esta participación, los jóvenes cirujanos en fase de formación pueden desarrollar las capacidades técnicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones quirúrgicas más exigentes y complejas (25).

- **Determinación de la necesidad de la operación**

Los pacientes son enviados al cirujano a menudo con un diagnóstico quirúrgico de sospecha, y con los resultados de las pruebas que lo sustentan en la mano. En este contexto, el encuentro inicial del cirujano con el paciente puede estar dirigido a

la confirmación de los hallazgos físicos relevantes y a la revisión de la historia clínica y de las pruebas de laboratorio y complementarias que sustentan el diagnóstico. El cirujano puede dar después una recomendación sobre la necesidad de tratamiento quirúrgico, que la comenta con los miembros de la familia del paciente. La decisión de ampliar las pruebas diagnósticas o la indicación de opciones terapéuticas alternativas pueden retrasar la decisión de intervenir quirúrgicamente a otro momento. Es importante que el cirujano explique el contexto de la enfermedad y el beneficio de diferentes intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas adicionales y posibles alternativas no quirúrgicas cuando esto sea adecuado, así como lo que pasaría si no se realizara ninguna intervención (25).

El acercamiento al paciente y a la familia durante el encuentro inicial debe establecer una corriente de confianza y abrir una vía de comunicación entre todos los implicados. Es obligatorio un acercamiento profesional y sin prisas, dedicando el tiempo necesario a escuchar los problemas y a responder las preguntas planteadas por el paciente y los miembros de su familia. El encuentro inicial del cirujano con un paciente debe conseguir que el paciente sea capaz de alcanzar un conocimiento básico de su enfermedad, de la necesidad de ampliar la investigación y de un posible tratamiento quirúrgico. Es esencial un plan de seguimiento bien articulado (25).

- **Toma de decisiones perioperatorias**

Una vez tomada la decisión de realizar un tratamiento quirúrgico, hay que solventar una serie de consideraciones sobre la programación, lugar de intervención, tipo de anestesia y preparación preoperatoria necesaria para conocer los riesgos del paciente y optimizar los resultados. Estos componentes de la valoración del riesgo tienen en cuenta tanto el período

perioperatorio (desde el intraoperatorio hasta las 48 h del postoperatorio), y el postoperatorio tardío (hasta el día 30) y buscan identificar los factores que pueden contribuir a la morbilidad del paciente durante estos períodos (25).

Riesgo anestésico

Desde el inicio de su historia moderna, la administración de anestesia se ha identificado como un procedimiento arriesgado por los diferentes peligros para el paciente y los riesgos laborales para los que la administran. Desde la perspectiva de la salud pública, es importante comprender tanto la naturaleza como la magnitud de estos riesgos a múltiples niveles. Para el paciente individual, es un requisito previo recibir información exacta sobre la probabilidad de complicaciones perioperatorias específicas, para que pueda tomar una decisión informada en relación con la anestesia y la cirugía. En un sentido más amplio, entender la extensión en que varían la morbilidad y mortalidad en los diferentes pacientes, médicos y hospitales aporta una importante oportunidad para valorar y mejorar la calidad de la atención sanitaria (27).

Los esfuerzos para determinar los riesgos anestésicos se complican con la variedad de perspectivas potenciales desde las que pueden definirse dichos riesgos. El uso de períodos alternativos de observación de la morbilidad y mortalidad –solo en el período intraoperatorio, en las primeras 48 horas tras la cirugía, durante todo el ingreso hospitalario, o en los primeros 30 días o más tras la cirugía– dificultan la obtención de conclusiones sencillas sobre los riesgos a los que se enfrenta cada paciente de manera individual sometido a anestesia y cirugía, y en qué momento vuelve a la línea basal la probabilidad de episodios adversos adicionales. Por ejemplo, los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria tienen el riesgo más bajo de muerte el día de la

cirugía en contraposición con 1 mes después. En el extremo opuesto del espectro, la liberación asintomática de enzimas cardíacas en el período perioperatorio puede tener implicaciones durante meses o años. También se esperarían conclusiones divergentes de los estudios que consideran que los episodios adversos que son únicamente atribuibles a la administración de anestesia frente a los que examinan la tasa global de morbilidad y mortalidad tras la cirugía, la cual puede modificar la atención anestésica. Los estudios que se centran exclusivamente en el período intraoperatorio han caracterizado la atención anestésica contemporánea como una «historia exitosa» de seguridad del paciente como resultado de la baja frecuencia de muerte directamente atribuible a la anestesia. Como consecuencia, la anestesia ha sido aclamada por el Institute of Medicine como «un área en la que se han hecho mejoras impresionantes» en términos de seguridad del paciente (27).

Marco del riesgo perioperatorio

El riesgo perioperatorio es multifactorial y depende de la interacción de factores específicos de la anestesia, el paciente y la cirugía. Con respecto a la anestesia, son importantes la selección y los efectos de los medicamentos, incluidos los anestésicos inhalados e intravenosos, y las habilidades del profesional. Igualmente, las habilidades del cirujano y la técnica quirúrgica en sí influyen también en el riesgo perioperatorio. Además, los especialistas pueden influir en los resultados en múltiples puntos de la evolución postoperatoria. Aunque el índice de complicaciones locales específicas o de órganos puede modificarse con la atención anestésica o quirúrgica, por ejemplo, infarto de miocardio perioperatorio o infección del torrente sanguíneo relacionada con la vía central, la variación en los cuidados adecuados que se aportan

a los pacientes que ya han presentado una complicación (es decir, que no se ha solucionado) puede explicar en gran medida las diferencias en los resultados quirúrgicos entre un hospital y otro. Es importante que, aunque en el pasado los investigadores han señalado que las relaciones ~ volumen-resultado atenúan potencialmente estas diferencias de resultados entre hospitales, los últimos datos han indicado que los esfuerzos por mejorar la calidad local, como la regionalización de la atención de cirugías electivas, son los que tienen el mayor potencial de aportar mejoras significativas en los resultados quirúrgicos, más que los esfuerzos a gran escala (27).

El potencial de la atención anestésica de influir en el peligro global de la cirugía en múltiples puntos resalta tanto la complejidad de la determinación de los riesgos de la anestesia y la cirugía como la gama de posibles oportunidades que pueden existir para reducir dichos riesgos. Dados estos retos y oportunidades, el objetivo de la siguiente sección es resumir el estado actual de conocimientos en esta área, incluyendo los puntos fuertes y débiles de los diseños de estudios aleatorizados y no aleatorizados (es decir, observacionales) usados para intentar entender el patrón de resultados después de la cirugía y la anestesia (27).

Tratamiento perioperatorio

- El ejercicio de la anestesia se ha ampliado más allá del ámbito quirúrgico tradicional a otras áreas de los centros hospitalarios y ambulatorios. Simultáneamente, la anestesia ha evolucionado hasta incluir el tratamiento del dolor agudo y crónico, la medicina intensiva, los cuidados paliativos y la medicina del sueño (27).

- La ampliación del ámbito de la anestesia ofrece oportunidades a los anestesiólogos para actuar de forma más amplia en la asistencia perioperatoria, atendiendo al paciente de manera continua, durante el período perioperatorio y de transición hacia la asistencia ambulatoria (27).
- Lamentablemente, los costes de la asistencia hospitalaria y perioperatoria siguen aumentando. En respuesta al incremento de los costes y de la importancia de la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, las entidades pagadoras están modificando las formas de pago para alcanzar mejor los objetivos asistenciales. Tanto los pagadores estatales (p. ej., Medicare) como los privados (p. ej., compañías de seguros) están implementando formas de pago global, entre otras, con el fin de transferir a los proveedores de atención sanitaria (p. ej., hospitales y facultativos) el riesgo asociado al tratamiento de las complicaciones y de los daños evitables (27).
- La prestación de una asistencia perioperatoria óptima en estas circunstancias requiere una mayor interacción colaborativa entre los profesionales y nuevos modelos asistenciales. Se han introducido muchos modelos de prestación de asistencia sanitaria con resultados variables. Es fundamental definir las funciones y las responsabilidades del cirujano, el anestesiólogo y otros proveedores sanitarios para proporcionar una asistencia rentable y de alta calidad. Aunque los profesionales no anestesiólogos, como los internistas, pueden ser muy eficaces para abordar algunas necesidades clínicas de los pacientes quirúrgicos, los anestesiólogos se encuentran en una situación privilegiada para desempeñar una función más relevante en el tratamiento perioperatorio general y beneficiar a los pacientes, optimizar la

calidad y los resultados asistenciales, y mejorar la eficiencia durante las intervenciones quirúrgicas y después de ellas (27).

- El logro de estos objetivos requiere la reevaluación de las estrategias de tratamiento perioperatorio general, como la valoración preoperatoria, la asistencia intraoperatoria y el tratamiento postoperatorio. Estos objetivos dependen también de la accesibilidad a los datos clínicos y económicos, y de la disponibilidad de personal capacitado para analizar la información, con el fin de prestar una asistencia óptima, a la vez que se mejora la eficiencia (27).
- Se han introducido muchos modelos de tratamiento perioperatorio con resultados variables. Un ejemplo es el nuevo modelo de asistencia quirúrgica integral perioperatoria (PSH, del inglés perioperative surgical home), que podría beneficiar en gran medida a una población determinada de pacientes al acercar los objetivos del paciente a los de los profesionales, del hospital, de las entidades pagaderas y mejorar el tratamiento perioperatorio (27).

2.2.3. ROL DE LA ENFERMERA

- **Enfermera instrumentista**

La enfermera instrumentista es el miembro de enfermería del equipo estéril. El papel de instrumentista puede cubrirlo una enfermera titulada, una enfermera licenciada o un técnico quirúrgico. El término enfermera instrumentista se aplica en todo su texto al personal específico que desempeñe este papel y que realice las técnicas características de este trabajo.

La enfermera instrumentista es responsable de conservar la integridad, seguridad y eficiencia del campo estéril durante toda la operación. Los conocimientos y experiencia con las técnicas asépticas y estériles preparan a esta enfermera para que disponga de los instrumentos y suministros, y para ayudar al cirujano y ayudantes durante todas las operaciones al proporcionarles los instrumentos y suministros estériles que requieran. Esto hace necesario que la instrumentista prevea, planifique y cubra las necesidades del cirujano y demás miembros del equipo, al observar en forma constante el campo estéril. Se requiere destreza manual y resistencia física. El temperamento estable y la capacidad para trabajar bajo presión también son características deseables de la enfermera instrumentista, además del agudo sentido de responsabilidad y el interés por la exactitud al realizar todas las tareas (23).

- **Enfermera circulante**

- a) **Antes de la cirugía**

- Controlar que tanto el quirófano como todo su equipamiento estén limpios.
- Colocar una sábana limpia y una banda o tira para fijar los brazos del paciente, sobre la mesa de operaciones.
- Colocar la mesa de operaciones debajo de la lámpara quirúrgica superior o sistema de iluminación central.
- Encender la lámpara para controlar su funcionamiento.
- Revisar y tener listo el equipo eléctrico que se va a usar.
- Conectar y revisar el sistema de aspiración para estar segura que el sistema de vacío funciona correctamente.
- Cubrir todas las cubetas o lebrillos para desechos con bolsas de plástico, con el borde doblado hacia fuera.

- Colocar el paquete de ropa estéril sobre la mesa de instrumentos.
- Seleccionar los guantes según el número que usa cada miembro del personal médico.
- Tener listos todos los elementos para la mesa de operaciones y almohadones, almohadillas y bandas de sujeción para colocar al paciente en posición operatoria.
- Controlar la integridad del paquete de ropa y que los controles de esterilización (cinta testigo), estén virados.
- Manejar los materiales respetando la técnica aséptica al momento de abrirlos y alcanzar su contenido a la instrumentadora quirúrgica o a cualquier miembro del equipo.
- Abrir el paquete de ropa sin contaminar su contenido.
- Anudar las tiras de la bata o camisolín de la instrumentadora y a los cirujanos.
- Saludar e identificar al paciente cuando ingresa al quirófano.
- Cubrir el cabello del paciente con un gorro para evitar la diseminación de micro organismos, protegerlo contra la suciedad e impedir la producción de chispas estáticas cerca del aparato de anestesia.
- Colocar correas de seguridad sobre las piernas y asegurar los brazos del paciente.
- Proteger la intimidad del paciente cubriéndolo con una sábana o cubre paciente.
- Colocar el brazo en el que se iniciará una venoclisis sobre la tabla de Grey Turner y fijarlo con una tira de tela, sin comprimir vasos ni nervios.
- Asegurarse de que el ángulo de abducción del brazo nunca sea mayor de 90° con respecto al cuerpo del

paciente para evitar lesiones de los nervios del plexo braquial.

b) Actividades durante la inducción de la anestesia general:

- Permanecer en el quirófano y cerca del paciente para transportarlo y ayudar al anestesiólogo por si ocurre alguna etapa de excitación o cualquier otra contingencia.
- Guardar el mayor silencio posible. La excitación puede presentarse durante la inducción, debido a estímulos auditivos y táctiles. El oído es el último sentido que se pierde.

c) Actividades después que el paciente ha sido anestesiado:

- Colocar en posición operatoria al paciente una vez que el anestesiólogo le indique si la profundidad de la anestesia permite movilizarlo o tocarlo.
- Constatar que se hayan tomado todas las medidas de seguridad necesarias.
- En caso de usar electro bisturí, colocar la placa del electrodo inactivo en contacto con la piel del paciente para su conexión adecuada a tierra. Evite colocarla sobre tejido cicatrizal, vello y huesos.
- Dejar expuesta el área indicada para la preparación de la piel, llevando hacia abajo la sábana cubre paciente y la bata hacia arriba, para dejar una zona libre alrededor del sitio de la operación.
- Dirigir la luz de la lámpara cialítica sobre el sitio de la incisión.

- Verter la solución antiséptica seleccionada en el recipiente estéril para la realización de la antisepsia de la piel (23).

d) Actividades posteriores al lavado quirúrgico del cirujano y ayudantes:

- Ayúdeles a colocarse la bata o camisolín estéril introduciendo las manos hasta las costuras de las mangas y tírelas hasta dejar descubiertas las manos.
- Anude las tiras de la bata.
- Observar atentamente para ver que no se cometan errores al colocar los campos quirúrgicos. Permanecer cerca de la cabecera de la mesa de operaciones para ayudar al anestesiólogo a fijar las sábanas sobre el marco de anestesia o formar la tienda del anestesista, y alrededor del nivel de la venoclisis.
- Colocar tarimas para los miembros del equipo quirúrgico que lo necesiten, o taburetes si el cirujano prefiere operar sentado Colocar los lebrillos a los lados de la mesa de operaciones (uno para el cirujano, uno para los ayudantes, otro para la instrumentadora y otro para el anestesiólogo).
- Conectar el equipo de aspiración en caso necesario.
- Conectar el cable del electrodo quirúrgico o de cualquier equipo eléctrico que vaya a emplearse. Coloque los pedales necesarios para el cirujano y/o los ayudantes, indicándoles donde colocó los aparatos.

e) Actividades durante la operación

- Estar atenta para anticiparse a las necesidades del equipo quirúrgico, como ajustar la lámpara, secar el sudor de la frente del cirujano, proporcionarle a la instrumentadora el material necesario como gasas, suturas, solución fisiológica caliente, etc.
- Permanecer en el quirófano el mayor tiempo posible. Comunicar a la instrumentadora se necesita salir.
- Conservar las gasas contaminadas que con cuidado han sido recogidas, separarlas por tamaños y contarlas. Se usan pinzas o manos con guantes, nunca las manos desnudas, para manipular y contar las gasas contaminadas.
- Asistir al equipo en la vigilancia de pérdida de sangre.
- Obtener sangre o hemoderivados según se necesite, ya sea de la heladera del servicio, o del banco de sangre.
- Conocer el estado del paciente en todo momento, informando al enfermero jefe sobre cualquier cambio notorio del estado del paciente y procedimiento no anticipado, a efectos de reordenar la programación quirúrgica si fuere necesario.
- Preparar y etiquetar las piezas operatorias para enviarlas al laboratorio de Anatomía Patológica. Cada recipiente se etiqueta con el nombre de la persona, hospital, sala y N° de cama, examen histopatológico que el cirujano desea que se practique; se anota el día (fecha), nombre del cirujano, diagnóstico preoperatorio y postoperatorio, procedimiento quirúrgico y tejido a examinar, incluido su origen. Las piezas quirúrgicas se manipulan al mínimo y nunca con las manos desnudas, use guantes. Si emplea

instrumentos, tenga cuidado de no dañar o romper el tejido.

- Complete la Historia clínica del paciente, los registros permanentes del quirófano, también requisiciones para exámenes de laboratorio y de artículos que pueden cobrarse al paciente, cuando sea necesario.
- Estar alerta para captar cualquier falla de la técnica estéril (23).

f) Actividades durante el cierre o síntesis

- Contar las gasas, agujas e instrumentos con la instrumentadora. Informar al cirujano si el recuento es correcto o incorrecto. Recoger las gasas sucias y colocarlas en una bolsa en el lebrillo.
- Si está programada otra intervención, solicite al camillero el traslado del paciente que va a ingresar a cirugía, desde su unidad de internación al quirófano.
- Preparar todo para limpiar la sala de operaciones y evitar la pérdida de tiempo entre las cirugías. Antes de retirarse, la circulante pregunta a la instrumentadora si no hay alguna tarea faltante.

g) Actividades después de la operación:

- Desatar las tiras de las batas al nivel del cuello y espalda, para que el cirujano y sus ayudantes puedan quitárselas sin contaminarse.
- Fijar con tela adhesiva los apósitos que cubrirán la herida operatoria. La instrumentadora deberá quitar los campos quirúrgicos del paciente antes de que se aplique la última capa de apósitos.

- Conectar como se indique, todos los sistemas de drenaje.
- El paciente debe salir limpio del quirófano por lo que la enfermera debe quitar la sangre, materia fecal o yeso; utilizando agua y jabón; cambiar la bata y sábanas del paciente, por otras limpias.
- Solicitar al camillero que traiga una camilla o cama limpia de la Unidad de Cuidados Intensivos o de la Sala de Recuperación. Verificar el nombre del paciente en la camilla para estar seguro de que se le devuelve a la misma cama después de la intervención quirúrgica. Fijar las ruedas antes de mover al enfermo.
- Ayudar a trasladar al enfermo a la camilla o cama. Antes de hacerlo se deberán quitar los aditamentos de la mesa y bandas de fijación para brazos y piernas.
- El traslado debe realizarse de manera suave y lenta para evitar la depresión circulatoria. Se necesita que ayuden por lo menos cuatro personas; una para levantar la cabeza; otra, para levantar los pies; otra, junto a la camilla o cama para tirar del enfermo y la última, junto a él para levantarlo de la mesa de operaciones.
- La acción de todos debe sincronizarse.
- Colocar al enfermo en posición cómoda con el objeto de conservar la respiración y circulación adecuadas
- No olvide levantar los barandales antes de trasladar al paciente fuera del quirófano.
- Colocar el frasco de solución intravenosa en un portasueros cerca de la parte distal de la camilla o cama, para disminuir el peligro de lesionar al paciente en caso de que el frasco caiga o se rompa.

- Asegúrese de enviar junto con el paciente, la Historia Clínica y el plan de cuidados asistenciales, unidades adicionales de sangre, estudios de diagnóstico por imágenes, análisis, etc. (23).

2.3. Definición de términos básicos

- **Factores sociales.** Características de las relaciones interpersonales del paciente con el entorno.
- **Factores demográficos.** Características generales o de la estructura de la población.
- **Actitud.** Disposición del paciente para afrontar la intervención quirúrgica.
- **Anestesia.** Medicamento administrado para el alivio del dolor y la sensación durante la cirugía.
- **Anestesia local.** Medicamento anestésico inyectado en el sitio de la operación para adormecer temporalmente esa área.
- **Centro quirúrgico.** Conjunto de dependencias o ambientes que incluyen un cierto número de quirófanos y varios locales anexos, absolutamente integrados funcional y físicamente.
- **Intervención quirúrgica.** Proceso del acto quirúrgico para la recuperación o conservación de la salud.
- **Paciente preoperatorio.** Paciente que será sometido a intervención quirúrgica.
- **Cirugía electiva (opcional).** Operación que el paciente elige tener, la cual no necesariamente es esencial para continuar su vida en óptimas condiciones.
- **Cirugía invasiva mínima.** Cualquier técnica involucrada en cirugía que no requiere una incisión amplia.
- **Cirugía programada.** Operación que es necesaria practicar para continuar la calidad de vida. La cirugía programada no

necesita practicarse inmediatamente como la cirugía de urgencia.

- **Cirugía abierta.** Corte de piel y de tejidos durante la cirugía para exponer una visión completa de las estructuras y órganos relacionados con el procedimiento.
- **Cirugía de emergencia.** Una operación que debe realizarse de inmediato como resultado de una condición médica urgente.
- **Cirugía de urgencia.** Una operación realizada inmediatamente como resultado de una condición médica de urgencia.
- **Cirugía invasiva mínima.** Cualquier técnica involucrada en cirugía que no requiere una incisión amplia.
- **Cirugía para paciente ambulatorio.** Cirugía que permite que el paciente regrese a casa el mismo día de la intervención.
- **Cirugía para pacientes internados.** Cirugía que requiere que el paciente sea admitido y que permanezca en el hospital.
- **Cirugía requerida.** Operación que es necesaria practicar para continuar la calidad de vida. La cirugía requerida no necesita practicarse inmediatamente como la cirugía de emergencia.

CAPITULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Definición de variables

X1: Características sociodemográficas:

Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un evento negativo.

X2: Actitud frente a la intervención quirúrgica:

Predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud (15).

3.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	SUB INDICADORES	ESCALA DE EVALUACION DE VARIABLES
Características sociodemográficas	Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un evento negativo.	Características sociales y demográficas que inciden en la actitud del paciente frente a la cirugía.	Sociales	Lugar de procedencia	Urbano – Marginal-Rural	Adecuadas : 1 Inadecuadas : 0
				Tipo de familiar	Nuclear, Monoparental, Extensa	
				Funcionalidad familia	Funcional. Disfuncional	
			Demográficos	Edad	En quinquenios a partir de los 19 años.	
				Sexo	Masculino y Femenino	
				Nivel de instrucción	Primaria, Secundaria y Superior.	
				Ocupación	Empleado, Eventual. Desocupado	
Actitud frente a la intervención quirúrgica	Predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud (Bolívar, 1995).	Disposición para afrontar la intervención quirúrgica.	Comportamiento	Actitud frente a la colocación de anestesia	Aceptación (positiva), indiferencia y rechazo (negativa)	Fiable: 1 No fiable : 0
				Actitud frente al procedimiento		
				Actitud frente a las reacciones		

3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas

3.3.1. Hipótesis general

Las características sociodemográficas se relacionan con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta. Ayacucho, 2017.

3.3.2. Hipótesis específicas

- a) El lugar de procedencia y la funcionalidad familiar son las principales características sociales relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta.
- b) La edad y el sexo son las principales características demográficas relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta.
- c) La actitud frente a la intervención quirúrgica es de rechazo en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Tipo de Investigación

Aplicado

La presente investigación tiene propósitos prácticos inmediatos bien definidos, es decir, se investiga para actuar, transformar, modificar o producir cambios en un determinado sector de la realidad. Esta investigación se base en aportes de las teorías científicas, que son producidas por la investigación básica o sustantiva (28).

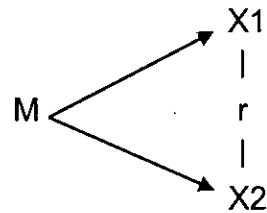
4.2. Diseño de la investigación

No experimental – transversal correlacional

Son aquellas cuyas variables independientes carecen de manipulación intencional, no poseen grupo de control, ni mucho menos experimental. Analizan y estudian los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia (28).

Es transversal correlacional, porque tienen la particularidad de permitir al investigador analizar y estudiar la relación de hechos y fenómenos de la realidad (variables), para conocer su nivel de influencia o ausencia de ellas, buscan determinar el grado de relación entre las variables que se estudia (28).

La sistematización gráfica que precisa la determinación de relación entre variables y en un tiempo único es la siguiente:



Donde:

M : Muestra

X1 : Variable 1 (Características sociodemográficas)

X2 : Variable 2 (Actitud frente a la intervención quirúrgica)

r : Relación entre variables

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

Constituida por 30 (100%) pacientes pre-operatorios mayores de 18 años Programados en el servicio de cirugía del Hospital de Apoyo de Huanta entre mayo y julio de 2017.

4.3.2.- Muestra

No probabilístico intencional constituida por 30 pacientes pre-operatorios mayores de 18 años programados en el servicio de cirugía del Hospital de Apoyo de Huanta entre mayo y julio de 2017.

Criterios de inclusión:

- Pacientes pre-operatorios programados mayores de 18 años con cirugía programada LOTEPE.
- Pacientes pre-operatorios mayores de 18 años con cirugía programada que sepan leer y escribir.
- Consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes pre-operatorios pediátricos.
- Pacientes pre-operatorios mayores de 18 años con cirugía programada no LOTEPE.
- Pacientes pre-operatorios mayores de 18 años con cirugía programada que sepan leer y escribir (iletrados).
- Pacientes pre-operatorios mayores de 18 años con cirugía de emergencia.

4.4. Técnica e instrumento de recolección de datos

4.4.1. Técnica

- Encuesta.

4.4.2. Instrumento

- Escala de actitud frente a la cirugía consta de dos bloques: I. Datos sociodemográficos que incluye la edad, sexo, ocupación, nivel de instrucción, lugar de procedencia y funcionalidad familiar. II. Datos de la actitud, constituida por 12 ítems distribuidos en tres dimensiones: actitud frente a la colocación de anestesia (1 - 4), actitud frente al procedimiento (5 - 8) y actitud frente a las reacciones (9 - 12). Las opciones de respuesta son: Si (1), Algo (2) y No (3). La escala de evaluación es como sigue:

- Rechazo (12 – 20 puntos)
- Indiferencia (21 – 28 puntos)
- Aceptación (29 – 36 puntos)

4.5. Procedimiento de recolección de datos.

- **Gestión de permisos.** Se solicitó el consentimiento informado de los pacientes preoperatorios.
- **Preparación de instrumentos.** Se elaboró una escala de actitud para determinar la respuesta de los pacientes preoperatorios frente a la intervención quirúrgica.
- **Validez de expertos.** Consistió en el juicio de expertos para constatar la idoneidad de la escala.
- **Prueba de fiabilidad.** Fue determinada con la prueba piloto, aplicando el Alpha de Cronbach en una muestra de 10 pacientes pre-operatorios mayores de 18 años del servicio de cirugía. El coeficiente de fiabilidad obtenido fue de 0,891y es indicativo de una alta confiabilidad (aceptable).
- **Redacción y sustentación de la tesis.** Los datos han sido presentados en tablas y figuras estadísticas, interpretadas y contrastadas con investigaciones previas. Finalmente, se concluirá con la sustentación de la tesis.

4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos.

Los datos fueron vaciados y codificados en el Software IBM-SPSS versión 23,0. En el análisis descriptivo se realizó el cálculo de las proporciones (frecuencias relativas simples), que dieron lugar a la presentación de tablas y figuras estadísticas. El inferencial, ameritó el cálculo de la prueba Chi cuadrado para determinar la relación entre variables. Un nivel de significancia menor que el 5% fue suficiente para aceptar la hipótesis de relación.

Las consideraciones éticas del proceso de investigación contemplaron la confidencialidad y el consentimiento informado, principios que forman parte del respeto de la autonomía.

CAPITULO V

RESULTADOS

TABLA Nº 5.1

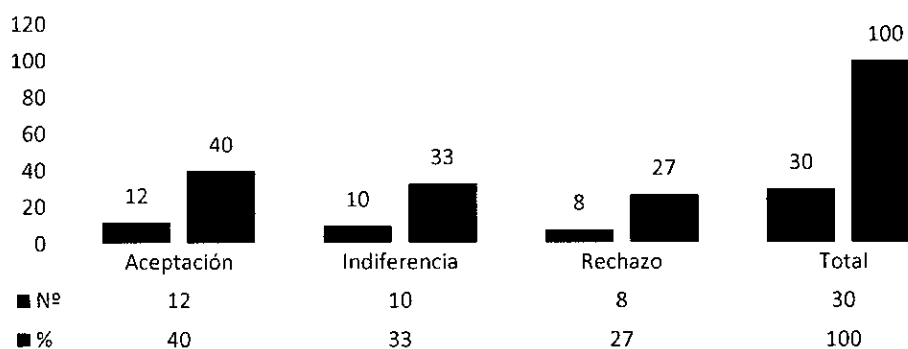
ACTITUD FRENTE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. AYACUCHO, 2017.

Actitud frente a la intervención quirúrgica	Nº	%
Aceptación	12	40,0
Indiferencia	10	33,3
Rechazo	8	26,7
Total	30	100,0

Fuente. Base de datos.

FIGURA Nº 5.1

ACTITUD FRENTE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. AYACUCHO, 2017.



Fuente. Base de datos.

Del 100% (30) de pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta el 40% presenta una actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica, 33,3% de indiferencia y 26,7% de rechazo.

TABLA Nº 5.2

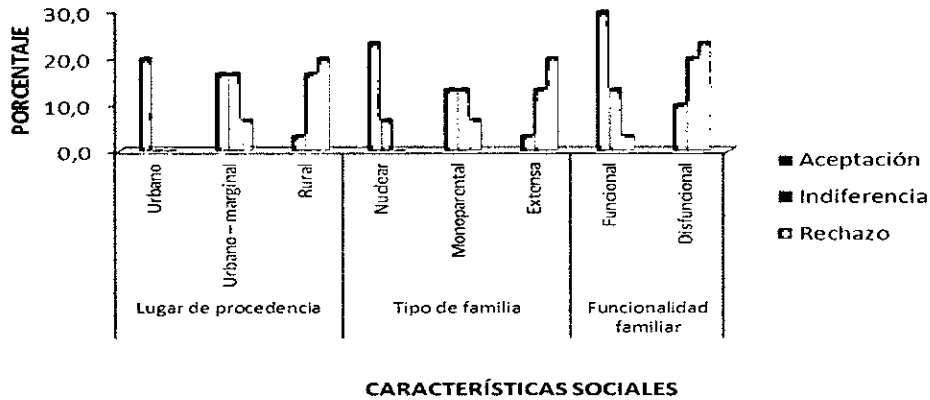
CARACTERÍSTICAS SOCIALES SEGÚN ACTITUD FRENTE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. AYACUCHO, 2017.

Características sociales	Actitud frente a la intervención quirúrgica						Total	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Lugar de procedencia								
Urbano	6	20,0	0	0,0	0	0,0	6	20,0
Urbano – marginal	5	16,7	5	16,7	2	6,7	12	40,0
Rural	1	3,3	5	16,7	6	20,0	12	40,0
Tipo de familia								
Nuclear	7	23,3	2	6,7	0	0,0	9	30,0
Monoparental	4	13,3	4	13,3	2	6,7	10	33,3
Extensa	1	3,3	4	13,3	6	20,0	11	36,7
Funcionalidad familiar								
Funcional	9	30,0	4	13,3	1	3,3	14	46,7
Disfuncional	3	10,0	6	20,0	7	23,3	16	53,3
Total	12	40,0	10	33,3	8	26,7	30	100,0

Fuente. Base de datos.

FIGURA Nº 5.2

CARACTERÍSTICAS SOCIALES SEGÚN ACTITUD FRENTE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. AYACUCHO, 2017.



Fuente. Base de datos.

En cuanto al lugar de procedencia del 40% de pacientes pre-operatorios del área rural predominó en 20% la actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica. Sin embargo, del 20% de pacientes pre-operatorios del área urbana la totalidad de ellos presentó una actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

Referente al tipo de familia, del 36,7% de pacientes pre-operatorios de familias extensas predominó en 20% la actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica. Sin embargo, del 30% de pacientes pre-operatorios de familias nucleares predominó en 23,3% la actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

Respecto a la funcionalidad familiar, del 53,3% de pacientes pre-operatorios de familias disfuncionales predominó en 23,3% la actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica. Sin embargo, del 46,7% de pacientes pre-operatorios de familias funcionales predominó en 30% la actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

TABLA Nº 5.3

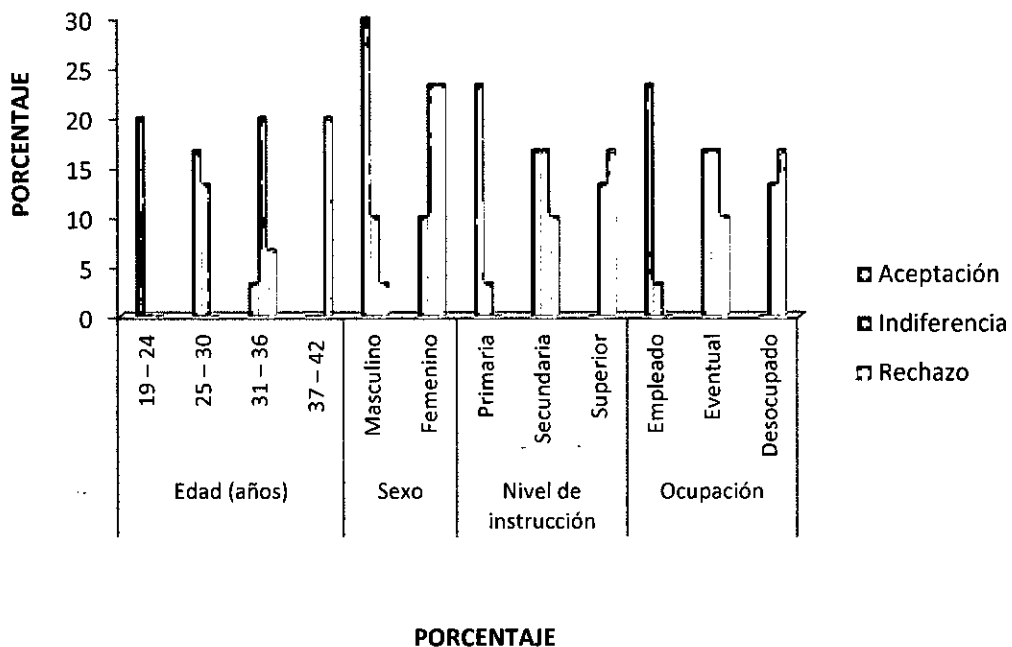
**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SEGÚN ACTITUD FRENTE A
LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES PRE-
OPERATORIOS DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA.
AYACUCHO, 2017.**

Características demográficas	Actitud frente a la intervención quirúrgica						Total	
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Edad (años)								
19 – 24	6	20,0	0	0,0	0	0,0	6	20,0
25 – 30	5	16,7	4	13,3	0	0,0	9	30,0
31 – 36	1	3,3	6	20,0	2	6,7	9	30,0
37 – 42	0	0,0	0	0,0	6	20,0	6	20,0
Sexo								
Masculino	9	30,0	3	10,0	1	3,3	13	43,3
Femenino	3	10,0	7	23,3	7	23,3	17	56,7
Nivel de instrucción								
Primaria	7	23,3	1	3,3	0	0,0	8	26,7
Secundaria	5	16,7	5	16,7	3	10,0	13	43,3
Superior	0	0,0	4	13,3	5	16,7	9	30,0
Ocupación								
Empleado	7	23,3	1	3,3	0	0,0	8	26,7
Eventual	5	16,7	5	16,7	3	10,0	13	43,3
Desocupado	0	0,0	4	13,3	5	16,7	9	30,0
Total	12	40,0	10	33,3	8	26,7	30	100,0

Fuente. Base de datos.

FIGURA Nº 5.3

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SEGÚN ACTITUD FRENTE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, AYACUCHO, 2017.



Fuente. Tabla Nº 03.

En cuanto a la edad, del 20% de pacientes pre-operatorios entre 37 y 42 años la totalidad de ellos presenta una actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica. Sin embargo, del 20% de pacientes pre-operatorios entre 19 y 24 años la totalidad de ellos presentó una actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

Referente al sexo, del 56,7% de pacientes pre-operatorios femeninos predominó en 23,3% la actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica. Sin embargo, del 43,3% de pacientes pre-operatorios masculinos predominó en 30% la actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

Respecto al nivel de instrucción, del 30% de pacientes pre-operatorios de instrucción superior predominó en 16,7% la actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica. Sin embargo, del 26,7% de pacientes pre-operatorios de instrucción primaria predominó en 23,3% la actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

En cuanto a la ocupación, del 30% de pacientes pre-operatorios desocupados predominó en 16,7% a actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica. Sin embargo, del 26,7% de pacientes pre-operatorios empleados predominó en 23,3% la actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

TABLA Nº 5.4

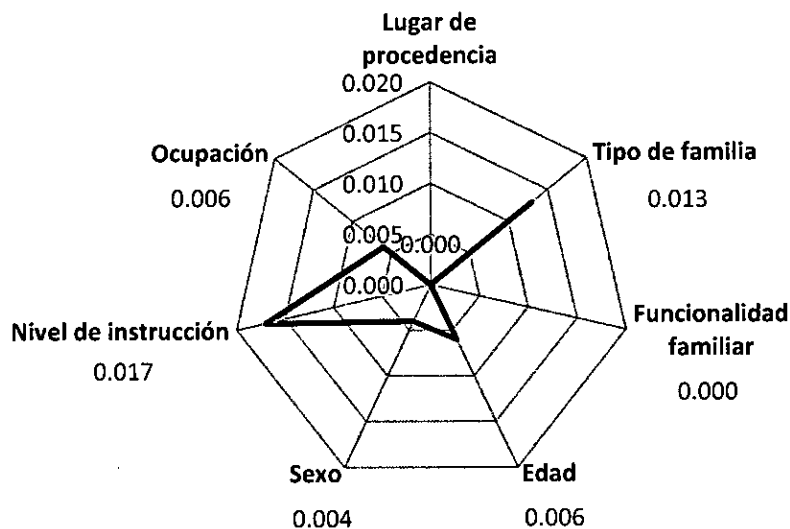
**CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS RELACIONADAS CON
LA ACTITUD FRENTE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN
PACIENTES PRE-OPERATORIOS DEL HOSPITAL DE APOYO DE
HUANTA. AYACJCHO, 2017.**

CARACTERÍSTICAS SOCIO- DEMOGRÁFICAS	χ^2_c	GL	P
Lugar de procedencia	33,722	6	0,000
Tipo de familia	8,722	2	0,013
Funcionalidad familiar	21,903	4	0,000
Edad	14,611	4	0,006
Sexo	15,417	4	0,004
Nivel de instrucción	12,108	4	0,017
Ocupación	7,801	2	0,006

Fuente. Base de datos.

FIGURA Nº 4.1

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS RELACIONADAS CON LA ACTITUD FRENTE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. AYACUCHO, 2017.



Fuente. Tabla Nº 04.

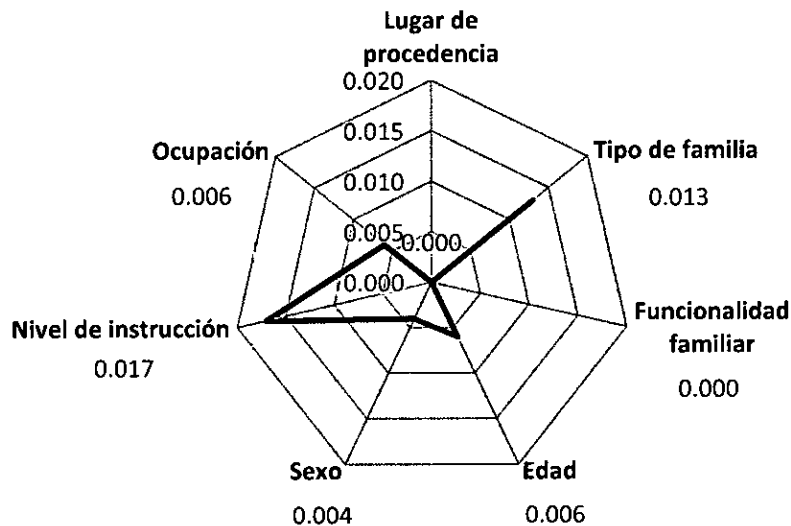
Sometidos los datos a la prueba estadística Chi Cuadrado se concluye que el lugar de procedencia, el tipo de familia, la funcionalidad familiar, edad, sexo, nivel de instrucción y ocupación están relacionadas significativamente con la actitud frente a la intervención quirúrgica ($p < 0,05$). Por tanto, se confirma la hipótesis propuesta porque las características sociodemográficas se relacionan significativamente con la actitud frente a la intervención quirúrgica.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

5.1. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

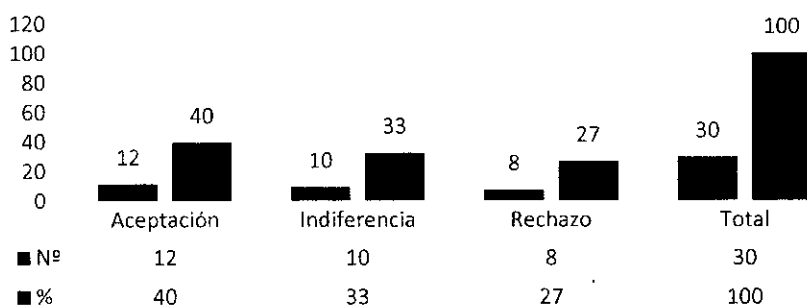
Las características sociodemográficas se relacionan significativamente con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta. Ayacucho, 2017.



Sometidos los datos a la prueba estadística Chi Cuadrado se confirma la hipótesis propuesta porque las características sociodemográficas se relacionan significativamente con la actitud frente a la intervención quirúrgica ($p < 0,05$).

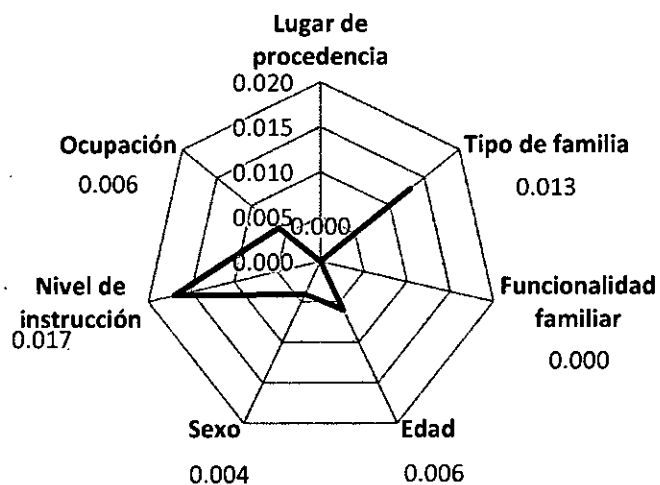
3.3.3. Hipótesis específicas

- a) La actitud frente a la intervención quirúrgica es de rechazo en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta.



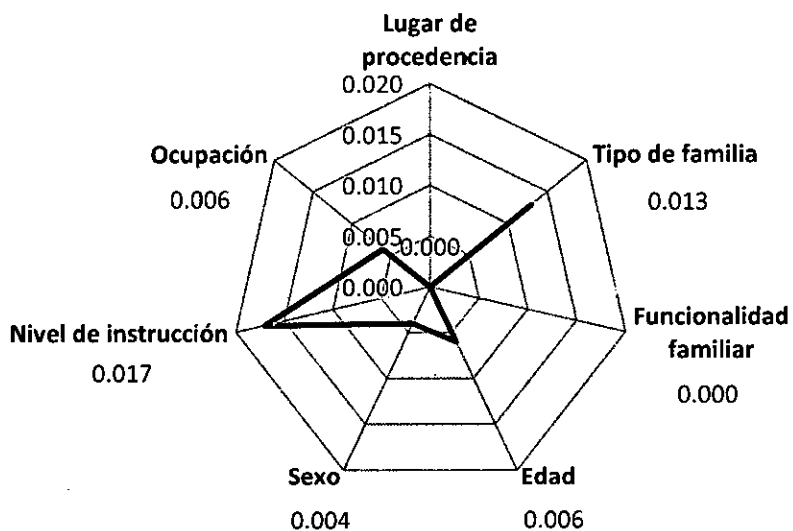
La actitud frente a la intervención quirúrgica fue de rechazo en el 26,7% de pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta

- b) El lugar de procedencia y la funcionalidad familiar son las principales características sociales relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta.



Sometidos los datos a la prueba estadística Chi Cuadrado se concluye que el lugar de procedencia, el tipo de familia ($p = 0,013$) y la funcionalidad familiar ($p = 0,000$) son las principales características sociales relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta ($p < 0,05$).

- c) La edad y el sexo son las principales características demográficas relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta.



Sometidos los datos a la prueba estadística Chi Cuadrado se concluye que la edad ($p = 0,006$) y sexo ($p = 0,004$) son las principales características demográficas relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta ($p < 0,05$).

6.2. CONTRASTACIÓN CON RESULTADOS DE OTROS ESTUDIOS

La investigación trata sobre las características sociodemográficas relacionados con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta. Los hallazgos más relevantes y contrastados con el marco bibliográfico se describen a continuación:

La actitud frente a la intervención quirúrgica fue de rechazo en el 26,7% de pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta. Es decir, uno de cada cuatro pacientes muestra manifestaciones de rechazo hacia la intervención quirúrgica por considerarla amenazante.

Najarro y Salazar (8), desarrollaron la investigación *“Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha marzo – octubre 2012”*, Ecuador, describen que el 60% de los pacientes presentan ansiedad.

La intervención quirúrgica por mínima que sea genera algún tipo de riesgo frente al cual los pacientes exhiben miedo, irritabilidad, nerviosismo y preocupación. De ahí, la necesidad de la educación pre-quirúrgica para acrecentar la actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

En cuanto a los factores sociales y específicamente al lugar de procedencia, del 40% de pacientes pre-operatorios del área rural predominó en 20% la actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica. Sin embargo, del 20% de pacientes pre-operatorios del área urbana la totalidad de ellos presentó una actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

Para el poblador rural, la intervención quirúrgica resulta más amenazante debido a sus creencias, por lo que el mayor porcentaje presenta una actitud de rechazo.

Referente al tipo de familia, del 36,7% de pacientes pre-operatorios de familias extensas predominó en 20% la actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica. Sin embargo, del 30% de pacientes pre-operatorios de familias nucleares predominó en 23,3% la actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

En los pacientes de familias adecuadamente estructuradas la actitud fue más favorable y refleja el apoyo de la familia.

Respecto a la funcionalidad familiar, del 53,3% de pacientes pre-operatorios de familias disfuncionales predominó en 23,3% la actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica. Sin embargo, del 46,7% de pacientes pre-operatorios de familias funcionales predominó en 30% la actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

Los pacientes que provienen de familias disfuncionales rechazan con mayor frecuencia la intervención quirúrgica, porque no perciben el apoyo.

En cuanto a los factores demográficos y específicamente a la edad, del 20% de pacientes pre-operatorios entre 37 y 42 años la totalidad de ellos presenta una actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica. Sin embargo, del 20% de pacientes pre-operatorios entre 19 y 24 años la totalidad de ellos presentó una actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

Los pacientes más jóvenes mostraron una actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica, porque tienen menos temor al acto operatorio.

Referente al sexo, del 56,7% de pacientes pre-operatorios femeninos predominó en 23,3% la actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica. Sin embargo, del 43,3% de pacientes pre-operatorios masculinos predominó en 30% la actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

Las mujeres expresaron con mayor frecuencia una actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica debido a la multiplicidad de roles que deben cumplir.

Respecto al nivel de instrucción, del 30% de pacientes pre-operatorios de instrucción superior predominó en 16,7% la actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica. Sin embargo, del 26,7% de pacientes pre-operatorios de instrucción primaria predominó en 23,3% la actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

En los pacientes con instrucción superior fue mayor la actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica, lo que hace suponer el mayor acceso a información genera temor sobre la cirugía.

En cuanto a la ocupación, del 30% de pacientes pre-operatorios desocupados predominó en 16,7% la actitud de rechazo frente a la intervención quirúrgica. Sin embargo, del 26,7% de pacientes pre-operatorios empleados predominó en 23,3% la actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.

Según, Najarro y Salazar (8), no existe relación significativa entre el nivel de ansiedad y las variables demográficas.

Al respecto, Sánchez (9), en la investigación "*Factores que ocasionan estrés al paciente quirúrgico*", México, halló diferencia significativa entre la claridad de la información proporcionada por el cirujano a hombres y mujeres ($p=0.02$), en detrimento de éstas últimas.

Por tanto, el lugar de procedencia, el tipo de familia, la funcionalidad familiar, edad, sexo, nivel de instrucción y ocupación estuvieron relacionadas significativamente con la actitud frente a la intervención quirúrgica ($p < 0,05$). Por tanto, se confirma la hipótesis propuesta porque las características sociodemográficas se relacionan significativamente con la actitud frente a la intervención quirúrgica.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

- a) El 26,7% pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta tuvieron una actitud de rechazo frente a las intervenciones quirúrgicas.
- b) Las características sociales asociados a la actitud frente a las intervenciones quirúrgicas de los pacientes pre-operatorios fueron el lugar de procedencia con pacientes procedentes de la zona urbana y actitud de aceptación y el mismo porcentaje de pacientes procedentes de la zona rural y actitud de rechazo ($p=0,000$); tipo de familia con 23.3% de pacientes con familias nucleares ($p=0,013$), funcionalidad familiar con 30.0% de pacientes con familias funcionales ($p=0,000$).
- c) Las características demográficas asociados a la actitud frente a las intervenciones quirúrgicas de los pacientes pre-operatorios fueron la edad con el 20.0% de pacientes con edades de 19 a 24 años y actitud de aceptación y el 20.0% de pacientes con edades de 37 a 42 años y actitud de rechazo, respectivamente($p=0,006$); el sexo con el 23.3% de pacientes masculinos y actitud de aceptación ($p=0,004$); nivel de instrucción con el 23,3% de pacientes con nivel primario ($0,017$) y la ocupación con el 23,3% de pacientes empleados y actitud de aceptación ($p=0,006$).
- d) Las características sociodemográficas como lugar de procedencia, tipo de familia, funcionalidad familiar, edad, sexo, nivel de instrucción y ocupación se encuentran asociados con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta ($p<0,05$).

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

- a) A la Dirección del Hospital de Apoyo de Huanta promover el desarrollo de programas de educación pre-quirúrgica para acrecentar la actitud de aceptación frente a la intervención quirúrgica.
- b) Al departamento de enfermería del Hospital de Apoyo de Huanta protocolizar la educación pre-quirúrgica que incluya la orientación, información, el apoyo psicológico y espiritual de los pacientes.
- c) A los profesionales de enfermería del Hospital de Apoyo de Huanta brindar educación pre-quirúrgica a los pacientes para una mejor adaptación al pre, trans y post operatorio.
- d) A egresados de la segunda especialidad en Centro Quirúrgico, continuar con el desarrollo de investigaciones sobre la actitud frente a la anestesia.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López S. , et al.. Ansiedad y cirugía: Un estudio con pacientes oftalmológicos Madrid: Ediciones Pirámide S. A.; 1991.
2. Alorda C , Tomás M , Sánchez M. Paciente en el quirófano: Ediciones Rol S. A.; 1995.
3. Castro F , Prado M , Zuria J. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes ASAI – II sometidos a cirugía, en el Hospital General N° 01 de Quito en el período de febrero a abril del 2010. Tesis posgrado. Ecuador: Universidad Central de Ecuador, Unidad de Posgrado; 2012.
4. Miranda A , Gallini M. Significados y actitudes del enfermo delante la cirugía cardiaca: influencia de las variables sociodemográficas. Revista Brasileña de Enfermería. 2005; 58(3).
5. Acevedo O. Aplicación de un plan de satisfacción de necesidades espirituales en el nivel de ansiedad de pacientes quirúrgicos atendidos en el servicio de cirugía del Hospital II EsSalud Huamanga. Ayacucho, 2008. Tesis segunda especialidad. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2008.
6. Garcia I, et al. Enfermería e información al paciente quirúrgico. Revista Enfermería Científica. 1991.
7. Mandarás E. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. Barcelona: Ediciones Rol S. A.; 1980.
8. Najarro K , Salazar J. Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los hospitales Eugenio. Tesis Licenciatura. Ecuador: Universidad Central de Ecuador; 2012.
9. Sánchez A. Factores que ocasionan estrés al paciente quirúrgico. Tesis. México: Universidad Autónoma de Querétaro; 2011.
10. Garces C. Factores estresantes frente al proceso pre quirúrgico que generan niveles de ansiedad en los pacientes inmovilizados del área de traumatología del HCAM. Tesis. Ecuador: Universidad Central de Ecuador; 2011.

11. Montenegro I. Cuidado enfermero en el perioperatorio de histerectomía. Hospital Luis Heysen Incháustegui – Chiclayo, Perú 2013. Tesis Licenciatura. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
12. Ataurima R. Satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de URPA. Hospital de Apoyo Jesús de nazareno, 2015. Tesis segunda especialidad. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2015.
13. Bejar L. Nivel de satisfacción del familiar de los pacientes que ingresan a sala de operaciones acerca de la orientación que le brinda la enfermera. Hospital Regional de Ayacucho, 2015. Tesis segunda especialidad. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2015.
14. León J , Gómez T. Psicología Social: Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos. España: McGraw-Hill Interamericana; 1998.
15. Bolivar. La Evaluación de valores y actitudes Anaya , editor. España; 1995.
16. Summers G. Medición de actitudes México: Trillas; 1976.
17. Marín R. Valores, Objetivos y Actitudes en Educación Miñón , editor. España; 1946.
18. Chapman EN, McKnight W. Actitud. Quinta ed. Estados Unidos: Axzo Press; 2010.
19. Ubillos S, Mayordono S, Páez D. Actitudes, definición y medición componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. Psicología Social, Cultura y Educación. 2010; 1.
20. Beltrán García M. Actitudes de la sociedad hacia las personas con síndrome de Down y su relación con los medios de comunicación. Tesis doctoral. Babajoz - España: Universidad de Extremadura, Psicología y Sociología de la Educación; 2011.
21. Chiroque S. Diseños e instrumentos de investigación Lima: Universidad Peruana Unión; 2004.
22. Morales F. Psicología Social España: McGraw-Hill; 1999.
23. Amado Z. Atención de enfermería en los Centros Quirúrgicos Argentina: UNT; 2010.

24. Hepp J. Programa de la especialidad Cirugía General. Definiciones y propuestas de la Sociedad de Cirujanos de Chile. Revista Chilena de Cirugía. 2007; 60(1).
25. Neumayer I , Vargo D. Sabiston. Tratado de cirugía: Principios de cirugía preoperatoria y operatoria. Decimo novena ed. España: Elsevier; 2013.
27. Neuman MD , Fleisher LA. Anestesia. Riesgo anestésico.. Octava edición ed. España: Elsevier; 2016.
28. Carrasco Díaz S. Metodología de la investigación científica. Segunda ed. Lima: San Marcos; 2013.

ANEXOS

Anexo 01

Matriz de consistencia

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON LA ACTITUD FRENTE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. AYACUCHO, 2015.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
General	General	General	Uno	Tipo de investigación
¿Cuáles son las características sociodemográficas relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta? Ayacucho, 2015?	Determinar las características sociodemográficas relacionados con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta. Ayacucho, 2015	Las características sociodemográficas se relacionan significativamente con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta. Ayacucho, 2015.	Características sociodemográficas - Sociales - Demográficas	Estudio cuantitativo y de nivel aplicativo. Diseño de la investigación No experimental y transversal. Población 45 pacientes pre-operatorios mayores de 18 años atendidos en el servicio de cirugía del Hospital de Apoyo de Huanta entre noviembre y diciembre de 2015.
Específicos	Específicos	Específicas	Dos	Muestra:
a) ¿Cuáles son las características sociales relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta? b) ¿Cuáles son las características demográficas relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta? c) ¿Cuál es la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta?	a) Identificar las características sociales relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta. b) Identificar las características demográficas relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta. c) Identificar la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del	a) El lugar de procedencia y la funcionalidad familiar son las principales características sociales relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta. b) La edad y el sexo son las principales características demográficas relacionadas con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta.	Actitud frente a la intervención quirúrgica: - Anestesia - Procedimiento - Reacciones	30 pacientes pre-operatorios mayores de 18 años atendidos en el servicio de cirugía del Hospital de Apoyo de Huanta entre noviembre y diciembre de 2015 Técnica Encuesta.

	Hospital de Apoyo de Huanta.	c) La actitud frente a la intervención quirúrgica es de rechazo en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta.		Instrumento Escala de actitud frente a la cirugía. Procesamiento estadístico y análisis de datos. Chi Cuadrado y Odds Ratio.
--	------------------------------	---	--	---

Anexo 02

CUESTIONARIO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON LA ACTITUD FRENTE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES PRE-OPERATORIOS DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA. AYACUCHO, 2017.

OBJETIVO: Obtener información detallada y sistematizada sobre las características sociodemográficas y la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta.

INSTRUCCIONES

Apreciado (a) paciente. Le saludamos cordialmente y le presentamos esta escala que consta de preguntas referidas a su actitud frente a la intervención quirúrgica y algunas características sociodemográficas.

A continuación usted encontrará una serie de preguntas que deberá marcar un aspa (x) o llenar los espacios en blanco.

SECCION 1: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1.1. Edad _____ años
- 1.2. Sexo: Masculino () Femenino ()
- 1.3. Ocupación: Empleado () Estudiante () Eventual () Desocupado ()
- 1.4. Nivel de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()
- 1.5. Lugar de procedencia: Urbano () Urbano marginal () Rural ()
- 1.6. ¿Con quiénes vive actualmente?

- 1.7. ¿Cómo considera la interrelación con los miembros de su familia?
Buen (funcional) () Mala (disfuncional) ()

SECCION 2: DATOS LA ACTITUD

Nº	Afirmaciones	Si	Algo	No
	Actitud frente a la colocación de anestesia			
1	Pienso que quizá no podré despertar luego de la anestesia			

2	Temo que mi organismo reaccione mal a la anestesia			
3	La anestesia en la columna vertebral deja secuelas (dolores de cabeza)			
4	La anestesia en la columna vertebral podría dejarme sin movimiento			
	Actitud frente al procedimiento			
5	Temo a que no hagan bien el procedimiento			
6	Temo a que dejen olvidado algo en mi organismo			
7	Temo a que no resista a la cirugía			
8	Temo a quedar postrado por mucho tiempo			
	Actitud frente a las reacciones			
9	Sé que no quedaré igual después de la cirugía			
10	Todo operado es una persona enferma			
11	Tendré que vivir sin realizar esfuerzo			
12	Temo a la recaída			

Gracias

Anexo 03

PRUEBA DE FIABILIDAD

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,891	12

Estadísticos total-elemento				
ITEM	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	63,90	123,211	,089	,892
2	63,80	121,956	,217	,891
3	63,30	112,456	,575	,884
4	63,30	117,344	,493	,886
5	63,60	120,489	,214	,892
6	63,50	124,056	,000	,895
7	63,40	111,156	,823	,880
8	63,20	109,956	,803	,879
9	63,40	111,156	,681	,882
10	63,30	122,011	,150	,892
11	63,10	122,767	,128	,892
12	63,60	119,156	,298	,890

Anexo 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es representada por la **Lic. Bertha Herlinda Heredia Janampa**, estudiante de la segunda especialidad en Enfermería en centro quirúrgico de la Universidad Nacional del Callao. La meta de este estudio es determinar las características sociodemográficas relacionados con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta. Ayacucho, 2015.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas insertas en una escala (o completar la información solicitada). Esto le tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la escala serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez codificados los instrumentos, se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, representada por la **Lic. Bertha Herlinda Heredia Janampa**. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar las características sociodemográficas relacionados con la actitud frente a la intervención quirúrgica en pacientes pre-operatorios del Hospital de Apoyo de Huanta. Ayacucho, 2015.

Me han indicado también que tendré que responder una escala, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún

otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la **Lic. Bertha Herlinda Heredia Janampa**, al teléfono: **988892025**.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para ello, puedo contactar a la **Lic. Bertha Herlinda Heredia Janampa** al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
Fecha

Firma del Participante

Anexo 05
BASE DE DATOS

Número	Actitud	Procedencia	Tipo_fam	Funcionalidad	Edad	Sexo	Instrucción	Ocupación
1	1	3	1	1	1	1	2	2
2	2	3	2	2	2	1	3	1
3	2	2	1	1	2	2	2	2
4	1	1	1	1	1	1	1	1
5	2	3	2	2	3	1	3	3
6	1	1	1	1	2	2	1	1
7	2	2	1	1	3	2	2	2
8	1	2	2	1	1	1	1	1
9	2	3	3	1	2	1	2	3
10	3	3	3	2	4	2	3	3
11	3	3	2	1	4	2	3	2
12	2	2	2	1	3	2	3	2
13	1	1	1	1	1	1	1	2
14	2	3	3	2	3	2	2	3
15	2	2	2	2	3	2	3	2
16	1	2	2	2	2	1	2	1
17	2	3	3	2	3	2	2	3
18	1	1	1	2	1	1	1	2
19	2	2	3	2	2	2	3	2
20	3	2	3	2	3	2	3	2
21	3	2	2	2	4	1	3	2
22	1	2	3	1	2	2	2	1
23	1	1	2	1	1	1	1	2
24	1	2	1	1	2	1	2	1
25	1	1	1	1	3	2	1	2
26	1	2	2	2	2	1	2	1
27	3	3	3	2	3	2	3	3
28	3	3	3	2	4	2	2	3
29	3	3	3	2	4	2	3	3
30	3	3	3	2	4	2	3	3