



**Universidad
de La Sabana**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA PARA MODULAR EL NIVEL DE
INCERTIDUMBRE DE PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS**

SHIRLEY YOHANA BUITRAGO MEDELLÍN

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

BOGOTÁ, COLOMBIA

2019

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA PARA MODULAR EL NIVEL DE
INCERTIDUMBRE DE PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS**

SHIRLEY YOHANA BUITRAGO MEDELLÍN

**Tesis para optar por el título de
Magister en Enfermería**

Directora

**DOCTORA GLORIA CARVAJAL CARRASCAL
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

BOGOTÁ, COLOMBIA

2019

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos a Dios, por jamás soltarme de su mano.

A mi asesora de tesis profesora Gloria Carvajal, mi más sincera gratitud, quien con sus conocimientos y apoyo me hicieron crecer como persona y profesional durante este proceso

A ms padres, por haberme enseñado a nunca desistir y a vencer obstáculos

A mis hijos, que son mi motivación

A la institución de salud, que hizo parte del estudio, permitiendo abordar a los pacientes que accedían a la valoración pre anestésica.

A los pacientes, que decidieron ser parte de este estudio, con sus aportes ayudan a fortalecer el cuidado de enfermería.

TABLA DE CONTENIDO

1. Marco de referencia	5
1.1. Planteamiento del problema	5
1.2. Pregunta de investigación	15
1. 2. Justificación	16
1.2.1 Relevancia social	16
1. 2.2 Relevancia disciplinar	18
1. 2.3 Relevancia teórica	21
1. 3. Objetivos de la investigación	22
1.3.1 Objetivo general	22
1.3.2 Objetivos específicos	22
1.4. Conceptos mayores de la investigación	23
1.4.1 Incertidumbre	23
1.4.2 Paciente pre-quirúrgico	23
1.4.3 Intervención de Enfermería.	23
2. Marco teórico	24
2.1 Teoría de la incertidumbre	24

2.2	Estado del Arte de la Investigación.	28
2.2.1	Consulta de Enfermería.	28
2.2.2	Seguimiento Telefónico.	36
2.2.3	Visita Domiciliaria.	38
3.	Marco Metodológico	43
3.1	Diseño de la investigación	43
3.2	Universo	43
3.3	Población, Muestra y Muestreo	44
3.3.1	Población	44
3.3.2	Muestra	44
3.3.2	Tipo de Muestra	44
3.3.4	Tamaño de la Muestra	44
3.5	Hipótesis	47
3.6	Descripción de la intervención	47
3.7	Instrumentos	50
3.6.1	MUIS	50
3.6.2	Inventario de la Ansiedad	52
3.7	Consideraciones Éticas	54
4.	Resultados	56
4.1	Análisis de Variables	56
4.2	Análisis de Ansiedad	60
4.3	Análisis Descriptivo	66
4.4	Análisis Inferencial	69
4.5	Análisis Correlacional	76
5.	Conclusión	79
6.	Recomendaciones	81
7.	Limitaciones	82
8.	Anexos	83

RESUMEN

Objetivo: Determinar el efecto de una intervención de enfermería comparada con la intervención informativa habitual sobre el nivel de incertidumbre de un grupo de pacientes pre-quirúrgicos, controlando el nivel de ansiedad, en una institución privada de III nivel de atención de la ciudad de Girardot en el periodo noviembre del 2017 a mayo del 2018

Metodología: Abordaje cuantitativo, cuasi experimental, con pre y pos prueba, en un grupo experimental y control. Midiendo la ansiedad rasgo y estado con la escala de Idare y valorando el nivel de incertidumbre mediante la aplicación de la escala de incertidumbre del adulto (MIUS), elaborada por Merle Mishel, la muestra incluye pacientes que acuden a la valoración pre anestésico de una institución de salud, privada, de III nivel de la ciudad de Girardot

Resultados: se encontraron niveles de ansiedad moderados y altos tanto para el grupo experimental como para el grupo comparación. Al igual que niveles de incertidumbre, medios y altos, en los dos grupos. El nivel de incertidumbre se modificó en el grupo experimental, lo cual se evidencio en los 4 factores de incertidumbre, teniendo marcada influencia en el factor ambigüedad, la cual aumento en 7 puntos después de la intervención, los demás factores aunque se modificaron, no fueron tan significativos. Al estimar la correlación entre ansiedad e incertidumbre, el coeficiente de correlación fue de 0.035 p (<0.05), con un coeficiente de determinación de 0.238 lo que nos indica que a mayor ansiedad mayor incertidumbre; en los pacientes del estudio, la correlación es débil, pero significativamente diferente de 0.

Conclusión : estos hallazgos, indican la necesidad de valorar la incertidumbre, e identificar factores que pueden estar relacionados ,al ser altos predictores de la misma , como el dolor, la información y el apoyo social, que inciden positiva o negativamente en la aparición de la misma ,las estrategias de enfermería utilizadas en este estudio, pueden considerarse, una herramienta, que permite el afrontamiento y la modulación del nivel de incertidumbre del paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente .

Discusión: aunque hay poca literatura al respecto, la existente señala, que la falta de información y el uso de estrategias de afrontamiento, facilitan la adaptación del proceso de vivir la cirugía, del paciente que será intervenido quirúrgicamente.

Recomendaciones: el estudio de estos fenómenos, permite a la disciplina de enfermería, utilizarlos como sustento teórico-práctico en el desarrollo de programas que se ajusten a las necesidades de cuidado del paciente que será intervenido quirúrgicamente.

Palabras claves: Incertidumbre; Enfermedad; Cirugía; Enfermería

ABSTRACT

Objective: To determine the effect of a nursing intervention compared with the usual informative intervention on the level of uncertainty of a group of pre-surgical patients, controlling the level of anxiety, in a private institution of III level of care of the city of Girardot in the period November 2017 to May 2018

Methodology: Quantitative, quasi-experimental approach, with pre- and post-test, in an experimental and control group. Measuring the trait and state anxiety with the Idare scale and assessing the level of uncertainty through the application of the adult uncertainty scale (MIUS), developed by Merle Mishel, the sample includes patients who come to the pre-anesthetic assessment of an institution of health, private, of III level of the city of Girardot

Results: moderate and high levels of anxiety were found for both the experimental group and the comparison group. As Levels of uncertainty, medium and high, in the two groups. The level of uncertainty was modified in the experimental group, which was evidenced in the 4 uncertainty factors, having a marked influence on the ambiguity factor, which increased by 7 points after the intervention, the other factors, although modified, were not so significant When estimating the correlation between anxiety and uncertainty, the correlation coefficient was 0.035 p (<0.05), with a coefficient of determination of 0.238, which indicates that the greater the anxiety, the greater the uncertainty; in the Study patients, the correlation is weak, but significantly different from 0.

Conclusion: these findings indicate the need to assess uncertainty, and identify factors that may be related to being high predictors of it, such as pain, information and social support, which have a positive or negative impact on the appearance of it, The nursing strategies used in this study can

be considered a strategy that allows coping and modulation of the level of uncertainty of the patient who is going to be operated on.

Discussion: although there is little literature on the subject, the existing one points out that the lack of information and the use of coping strategies, facilitate the adaptation of the process of living the surgery, of the patient that will be operated surgically.

Recommendations: the study of these phenomena allows the nursing discipline to be used as a theoretical and practical support in the development of programs that adjust to the needs of the patient who will be operated onAbstract

Keywords: Uncertainty; Disease; Surgery; Nursing

INTRODUCCION

La presente investigación parte de abordar el fenómeno Incertidumbre, en los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente. Para enfermería, el conocimiento de la incertidumbre frente a la enfermedad, no solo en el ámbito quirúrgico, adquiere gran importancia, pues este, permite profundizar en las necesidades de cuidado, aportando conocimiento desde la investigación disciplinar a la práctica clínica interdisciplinar en el contexto de la atención de todo tipo de pacientes.

De este modo, los profesionales de enfermería que tienen a su cargo el cuidado del paciente quirúrgico, podrán incorporar estos resultados, al aportar, estrategias cuya labor puede extenderse más allá de la clínica hospitalaria, a la atención de enfermería en la práctica domiciliaria, la rehabilitación, la orientación en salud y la consejería, para la adaptación del paciente a su condición, y cotidianidad: Los aportes no sólo son al mejoramiento del proceso peri operatorio del paciente, es importante fortalecer el papel de los proveedores de estructura, pues estos inciden directa e indirectamente en la aparición de la incertidumbre y sobre los cuatro factores de la misma.

Ante la proximidad de una intervención quirúrgica, el paciente puede experimentar sentimientos de incertidumbre, considerada un síndrome asociado a la expectativa de no tener la certeza de qué va a pasar, cuyas manifestaciones principales se asocian con estrés y alteraciones de tipo físico y psicológico entre ellos la ansiedad, la depresión y la desesperación

Mishel aborda en profundidad el fenómeno de la incertidumbre, definiéndolo como "la inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad". Esta inhabilidad ocurre en situaciones en que debe tomar decisiones, y se traduce en la incapacidad de asignar valores definitivos a objetivos y eventos, y de predecir consecuencias con exactitud debido

a la escasez de información y conocimientos". Esta teoría permite valorar y planificar el cuidado de enfermería cuando se genera una respuesta de incertidumbre. Este proceso se ve influenciado por 3 factores: el estado cognitivo; el marco de los estímulos, referido a la tipología de los síntomas o la coherencia y familiaridad de los hechos; y aquellas entidades sociales proveedoras de estructura tales como la educación, el apoyo social, la autoridad con credibilidad, etc.. Esto contribuye a que la persona atendida genere mecanismos de afrontamiento, para finalmente lograr la adaptación a la enfermedad

1. Marco de Referencia

1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de procedimientos quirúrgicos mayores, lo que equivale a un procedimiento por cada 25 personas; igualmente se considera que cada año, 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos. Se estima que el número de procedimientos quirúrgicos aumenta, dada la creciente incidencia de trauma, del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares. Esto va de la mano de los avances en la ciencia y la tecnología, y de la necesidad de capacitación y generación de competencias y habilidades en atención en salas de cirugía del personal de la salud que cumple con estas funciones⁽¹⁾

En relación a especialidades quirúrgicas, en Colombia, no se encuentra reporte que indique cuántos procedimientos quirúrgicos se realizan al año por especialidad. Solo se encuentra disponible información de la Clínica Marly de la Ciudad de Bogotá, la cual reporta que durante el año 2012 fueron intervenidos 9.166 pacientes, el 58% de estas cirugías fueron ambulatorias, las especialidades quirúrgicas que más volumen de pacientes atendieron fueron Urología (21%), Cirugía General (20,6%), Ortopedia (15,8%), Ginecología y Obstetricia (15,8 %) y Otorrinolaringología (6,6 %).⁽²⁾

En el contexto local, la ciudad de Girardot reportó para el año 2017 aproximadamente 16.438 procedimientos quirúrgicos discriminados por institución en la tabla que se muestra a continuación:

Tabla 1. Procedimientos quirúrgicos por institución en la ciudad de Girardot, 2017

Institución	Total Cirugías	Especialidad	Subtotal por especialidad
CLINICA DUMIAN	5952	Cirugía General	1829
		Ortopedia	2012
		Ginecología	1034
		Urología	656
		Dermatología	220
		Otorrinolaringología	201
Clínica de Especialistas	2935	Cirugía General	891
		Ortopedia	935
		Ginecología	563
		Urología	312
		Cirugía Plástica	234
San Sebastián	7551	Cirugía General	1765
		Ortopedia	2312
		Ginecología	1910
		Urología	545
		Cirugía Plástica	512
		Otorrinolaringología	275
		Dermatología	232

Fuente propia: Buitrago Shirley. Revisión manual de los libros de procedimientos quirúrgicos - Clínicas de la ciudad de Girardot. Enero a diciembre del 2017

De acuerdo con la estructura del proceso, la atención quirúrgica tiene 3 fases: pre-quirúrgica, quirúrgica y postquirúrgica.

La fase pre-quirúrgica es la fase que precede a la cirugía, en esta, el paciente pasa por un proceso, en el que tiene contacto con profesionales y técnicos que, conforme a sus responsabilidades, ofrecen información, aclaran dudas clínicas y administrativas, realizan revisión detallada de la documentación requerida y de la historia clínica previa; todo esto para garantizar que el procedimiento sea llevado a cabo de manera exitosa. En esta fase es importante la obtención del consentimiento informado, la confirmación de la identidad del paciente, del lugar anatómico de la intervención quirúrgica y del procedimiento que ha de realizarse, la comprobación de la

seguridad de la máquina de anestesia y el tratamiento farmacológico, y la preparación adecuada de los acontecimientos intraoperatorios. ⁽¹⁾

En la fase operatoria se debe garantizar un resultado satisfactorio de la intervención quirúrgica a partir de la vigilancia permanente del paciente y la monitorización de la actividad quirúrgica, se debe planificar la asistencia de enfermería estableciendo prioridades y realizar los cuidados de enfermería encaminados a la satisfacción de las necesidades físicas del paciente. ⁽¹⁾

En el postoperatorio se espera el desarrollo de un plan de cuidados claro, la atención de la enfermera (o) se centra, en torno a la valoración integral del paciente, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez. Es indispensable que el personal del área de recuperación tenga contacto (comunicación) con el paciente y sus familiares. ⁽³⁾

Si bien el tratamiento quirúrgico es considerado una opción eficaz en el manejo de muchas enfermedades e indicado cuando favorece la expectativa y calidad de vida, también se configura como un proceso de afrontamiento de los cambios en el estilo de vida que el procedimiento implica y las emociones o sentimientos generados alrededor de este. Así mismo, puede ser percibido por el paciente, como un evento relacionado con incapacidad y/o alteración de la imagen corporal y por

tratarse de una situación atípica y estresante, torna al individuo vulnerable, generando necesidades de cuidado que de no ser atendidas pueden ocasionar alteraciones en la recuperación. ^(1, 3,4,5)

Ante la proximidad de una intervención quirúrgica, el paciente puede experimentar sentimientos de ansiedad, depresión, miedo, angustia, estrés e incertidumbre que puede además afectar la percepción de su calidad de vida. **La incertidumbre** se identifica como el mayor factor de estrés psicológico individual, independientemente del género. ^(6, 7)

El procedimiento quirúrgico lleva implícitos una serie de temores tales como el no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la cirugía o después de ella, complejidad del procedimiento quirúrgico, revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía y acceso a un entorno desconocido, que les lleva a la desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno familiar y social y separación de la familia, por tanto, los pacientes se

encuentran inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de inquietud e incertidumbre ante la proximidad del procedimiento quirúrgico.^(8, 9, 10, 11 12, 13, 14,15)

Al respecto, Mishel afirma que ante un evento que amenaza o daña la vida de los pacientes, se provoca un desequilibrio, ante lo cual, se puede incorporar, un estado de continua incertidumbre en el que se pueden identificar tres tipos de fuentes para la misma:^(16,1718)

- La inconsistencia en el patrón de los síntomas, en donde la persona experimenta una serie de síntomas derivados de la patología de base que ocasionan sentimientos de inminencia de muerte o que indican la necesidad de instaurar un tratamiento médico o quirúrgico.

- Los eventos esperados y los relacionados con la enfermedad, en donde la persona experimenta miedo, ansiedad y temor. La incapacidad para prever el resultado de un procedimiento quirúrgico produce sentimientos de fragilidad y pérdida de control, alterando el desempeño del rol, aumentando la dependencia del paciente y condicionando su actividad diaria ante la expectativa del procedimiento.

- La poca familiaridad y la complejidad de los eventos, en este caso hace referencia a la información poco estructurada sobre el manejo y las sensaciones generadas en el procedimiento, lo cual desencadena alteraciones en la dinámica individual y familiar.

Por consiguiente, la incertidumbre, cobra mayor importancia cuando por un déficit de información, el paciente no sabe qué esperar de su situación de salud. Todo ello conduce a un estado de hipervigilancia y ansiedad, que disminuye el umbral de percepción del dolor, y abre la puerta a un auténtico círculo vicioso. ^(22,19,20.) La incertidumbre como tal no es un síntoma, es un Se ha comprobado que los indicadores objetivos y subjetivos tanto de la sintomatología de una enfermedad como de la amenaza de la muerte están, sin lugar a dudas, relacionados directamente con la incertidumbre, además que la sensación de incertidumbre influye de modo negativo en la calidad de vida, en la satisfacción con las relaciones familiares, en la satisfacción con el servicio de salud y en el mantenimiento de las propias actividades de autocuidado, lo que afecta tanto a pacientes como a familiares ⁽²¹⁾

Aunque McCornick et al (2006) sugieren que la experiencia de la incertidumbre puede ser vivida a la vez como amenaza y como oportunidad, y explican la no correlación en su estudio entre ansiedad e incertidumbre, ⁽²²⁾ otros autores presentan evidencia que determina que la presencia de incertidumbre se relaciona con la expresión de sintomatología ansiosa. ^(23, 24, 25, 26) La incertidumbre valorada como una amenaza, activa mecanismos de afrontamiento que pueden generar un impacto emocional de ansiedad capaz de modular la posterior recuperación, ya que los pacientes con incertidumbre negativa en el preoperatorio son pacientes con ansiedad elevada, es decir a más incertidumbre, más ansiedad y mayor impacto en los resultados del acto quirúrgico. ^(23,24)

Menucci (2011), en su estudio reportó que los pacientes percibieron la ausencia de información acerca del diagnóstico y la seriedad de la enfermedad como un factor desencadenante de incertidumbre. Otros estudios indican que los profesionales de la salud pueden contribuir a la reducción de los efectos negativos de la incertidumbre mediante la comunicación de información sobre el proceso de atención, así como del tratamiento médico. Estos mismos, muestran que el uso de estrategias para dar información de acuerdo a las diferencias individuales y el ajuste a las necesidades cambiantes de la situación permite maximizar la eficacia de la comunicación paciente-proveedor, el reencuadre cognitivo y las intervenciones para reducir la incertidumbre en el

tratamiento de enfermedades^(27, 28, 29, 30). En la misma línea los resultados de Kagan y Bar-Tal (2007) concluyen que facilitar información en el preoperatorio, disminuye la incertidumbre y por tanto la ansiedad, causando un impacto beneficioso en los resultados postoperatorios. ⁽³¹⁾

Es por esto que, la aparición de sentimientos negativos, en torno a la etapa quirúrgica, se derivan de aquellos aspectos relacionados con el desconocimiento del proceso quirúrgico, de la enfermedad, de la evolución y del tratamiento, es decir, cuando existe una incongruencia entre las circunstancias y el marco de estímulos para que los sujetos puedan interpretar la situación vivida. Pero, además, estos sentimientos inciden y puede afectar la capacidad de aprendizaje, energía, motivación y capacidad de seguir el tratamiento; según De Jong a pesar de que no se conocen los mecanismos exactos, estos sentimientos pueden mellar la capacidad cognitiva y dar interpretaciones subjetivas de la situación alejadas de la realidad que puedan llevar al paciente a contextos desfavorables para la toma de decisiones sobre su salud y la previsión de su evolución.

(32)

La incertidumbre provoca que las personas evalúen en forma inadecuada una situación estresante, para que la incertidumbre sea considerada oportunidad, la persona debe tener una capacidad cognitiva amplia, debe entender y conocer su enfermedad, así como la sintomatología y la probabilidad de alcanzar un buen estado de ánimo; además, confiar en los recursos sociales y en el personal sanitario que lo atiende. Es necesario fortalecer la credibilidad, siendo veraces, confiables y otorgar, información graduada y adecuada, favoreciendo la adopción de un correcto esquema cognitivo de la persona que va a ser intervenida quirúrgicamente, para que este la intérprete correctamente^{33,34}. El profesional de enfermería debe convertirse en una figura representativa para el paciente, es decir, no sólo ser gestora de indicaciones, o de aspectos administrativos, sino ser alguien capaz de establecer una relación terapéutica desde el comienzo de la enfermedad.

Frente a situaciones significativas y ante una situación, limitante o amenazante, surgen interrogantes de causas y significados, incertidumbres, necesidad de balances y reconciliaciones, esperanza, deseos de expresar voluntades, las cuales no puede dejarse de lado, por cuanto juegan un papel de primera importancia en la situación que vive la persona enferma³⁵

La incertidumbre es un aspecto relevante en pacientes con algunas enfermedades, de ella depende en gran medida la estabilidad física y emocional de los mismos, generalmente los estados emocionales de los pacientes, pueden variar de acuerdo a la personalidad de cada uno de ellos; algunos actúan como si no sufrieran la enfermedad, y otros se pueden tornar tristes, ansiosos, demasiado nerviosos y con miedo a las complicaciones de los padecimientos que atraviesan.^{36,37}

Los diagnósticos e intervenciones de enfermería han demostrado la importancia de la esfera emocional en los pacientes, y como los aspectos negativos de esta, disminuyen brindando la atención requerida, pero aun las características del paciente quirúrgico y su adaptación a la cirugía,

requieren una mayor rigurosidad investigativa, para comprender los efectos de las intervenciones tanto emocionales con lo físicas y cómo esto influye en la evaluación de los resultados ³⁷

La literatura muestra de manera consistente, que la incertidumbre se relaciona con sentimientos como ansiedad, depresión y estrés. Moix (1995) mostró que la preocupación más estrechamente ligada a la ansiedad como sentimiento y expresión de la incertidumbre pre-quirúrgica está relacionada habitualmente con el miedo de no poder controlar el dolor y el malestar postquirúrgico, estos resultados coinciden con los de Muñoz Blanco (2001) quien refiere que los pacientes que recibieron una adecuada terapia psicológica pre-quirúrgica presentaron menor dolor en el post operatorio. ⁽³⁸⁾

Después de la ansiedad, la depresión es el trastorno de mayor frecuencia, ya que, ante un evento quirúrgico los pacientes podrían adoptar manifestaciones de tristeza, desasosiego y excesiva preocupación por su salud, reacciones complejas del individuo frente a situaciones y estímulos potencialmente peligrosos o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por la circunstancia de parecer inciertos, las características más comunes a todas ellas son, incontrolabilidad e incertidumbre, ante la imposibilidad de predecir sus consecuencias, lo que hacen que el sujeto perciba la situación externa como una amenaza a su integridad físico-psíquica.

Castillero y Pérez (2013) encontraron que la prevalencia de depresión en el preoperatorio fue del 54%, lo que resulta ser un dato bastante alto, al menos uno de cada 2 pacientes en espera de cirugía presenta depresión; además se menciona que en el post operatorio la prevalencia disminuyó hasta el 28%. ⁽⁴¹⁾

Castro y col (2013) mencionan que la ansiedad y la depresión como sentimiento y expresión de la incertidumbre pueden condicionarse y volverse reactivas ante estímulos, este estudio muestra la

influencia que tiene la insuficiente e inadecuada información que tienen los pacientes respecto al procedimiento quirúrgico, el desconocimiento de su diagnóstico o el tiempo de cirugía, motivo por el cual el 25% de los pacientes de su estudio presentaron ansiedad y depresión previa a la intervención quirúrgica.⁴² En la misma línea, Barrilero et al (2013), realizaron un estudio para determinar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes pre quirúrgicos, encontrando que el 20% presentó síntomas de ansiedad y el 8,2% presentó síntomas de depresión con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) para la presentación de estos trastornos y el sexo femenino.⁽⁴³⁾

Dado el impacto del procedimiento quirúrgico en la esfera física y mental y la incertidumbre generada, se requieren intervenciones de enfermería, que comprendan los significados de las experiencias vividas por los pacientes y aporten a la relación de cuidado, estas harán significativa la adherencia al autocuidado y fortalecerán el proceso de recuperación.⁴⁴ Es necesario proveer información periódica, cierta, sencilla y coherente al paciente y a su familia. De la misma forma es importante que la enfermera propicie la manifestación de emociones del paciente para identificar situaciones de estrés, desadaptabilidad, crisis, temores, depresión, ansiedad e incertidumbre para trabajar en equipo un plan individual con el paciente. ^(33,34,35, 45)

Elorza y Oliveros (2008), señalan que el individuo experimenta muchos temores que, a los ojos del enfermo, puede ser una amenaza para su vida, por eso es necesario que el profesional escuche al

paciente en todo momento, aplique la empatía e identifique las fuentes de preocupación, para proporcionar información adecuada, que le ayude a aliviar su angustia ⁴⁶. A criterio de Martínez (2010) la enfermera debe brindar una atención de calidad que intente aliviar los sentimientos negativos que experimenta el paciente; también enseñar técnicas de autocuidado y seguridad para reducir la incertidumbre y la ansiedad del paciente quirúrgico. ^(47,36,37)

1.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es el efecto de una intervención de enfermería comparada con la intervención informativa habitual sobre el nivel de incertidumbre de un grupo de pacientes pre-quirúrgicos en una institución privada de III nivel de atención de la ciudad de Girardot en el periodo entre noviembre del 2017 y mayo del 2018?

1.3 Justificación

1.3.1 Relevancia social

Según la literatura revisada, las personas no se sienten ni emocional ni educativamente preparadas para enfrentarse al proceso de vivir la cirugía. De ahí la importancia del desarrollo de programas de preparación a los procesos quirúrgicos considerados estratégicos en el manejo de los efectos negativos generados por esta experiencia (Fredericks, Johnson, Simmons, Weatherford, 2010), los cuales disminuyen el estrés, la ansiedad y la incertidumbre, aumentan el conocimiento

sobre posibles complicaciones, signos y síntomas, y fortalecen la confianza en la relación paciente-profesional (Cassady et al., 2011; Chan, Molassiotis 2002). ^(48,49, 50,51)

La preparación preoperatoria es un proceso integral, que comprende importantes aspectos de soporte emocional y psicológico, así como aquellos pertinentes a las condiciones físicas necesarias para el acto quirúrgico. A través de la evaluación del paciente en el periodo preoperatorio, se descubren, inquietudes y preocupaciones que pueden ejercer un impacto directo sobre la experiencia quirúrgica, por lo que una adecuada información, particularmente referida a los procedimientos pre quirúrgicos y a las sensaciones postquirúrgicas, mitigará los sentimientos negativos que implican un impacto en la vida de los pacientes y producen una ruptura en su estilo de vida habitual, generando una situación de desequilibrio, no solo para ellos sino para sus familias. ^(52,53)

En el preoperatorio los pacientes, por la misma situación de enfermedad que están atravesando, pueden presentar conductas temporales, que esconden el temor a lo desconocido, la incertidumbre y la ansiedad que esto desarrolla. Esto puede llevar a un conjunto de signos y síntomas totalmente inespecíficos, a los cuales se suman las manifestaciones de cada enfermedad y que, de no tratarse, modifican significativamente la recuperación y la adaptación del paciente al proceso quirúrgico. ⁽⁵²⁾

Cuanto más dure la incertidumbre de la enfermedad, y se valore como algo intratable y mortal, puede llevar a trastornos emocionales y será más inestable el modo de funcionamiento del individuo ^(54,55)

1.3.2 Relevancia disciplinar

Enfermería necesita abordar el fenómeno de la incertidumbre desde sus elementos teóricos y metodológicos e integrarlo al cuidado de enfermería del paciente quirúrgico y a los programas y políticas públicas de salud que hay en torno a este. Se requiere, aportar al cuidado de enfermería a partir del conocimiento de la incertidumbre del paciente quirúrgico puesto que la revisión de la literatura muestra que la evidencia alrededor del tema es escasa.

Desde el punto de vista disciplinar, las intervenciones de enfermería deben tener un soporte científico donde los resultados de la investigación transformen la práctica. El paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente se ve enfrentado a una serie de interrogantes, no solamente al momento de la cirugía, una investigación como la presente aporta conocimiento a la práctica disciplinar y al bienestar del paciente quirúrgico, se amplía el conocimiento existente a través de una construcción conceptual teórica y empírica de los resultados del estudio; además de fortalecer la práctica articulando la teoría y la investigación.

Una de las tareas de los profesionales de enfermería en el cuidado de los pacientes, es el acompañamiento pre-quirúrgico; investigaciones realizadas en otros países señalan que administrar información preoperatoria, disminuye la aparición de la incertidumbre y los efectos psicológicos como la ansiedad, el temor y la angustia que la acompañan; aumenta la comprensión del proceso quirúrgico y permite, involucrar al enfermero, en las distintas etapas del cuidado quirúrgico. ⁽⁵⁶⁾

Es un hecho, que en la práctica clínica habitual, la información preoperatoria es entregada sin un esquema establecido, ofreciendo datos técnicos, difícilmente relacionados con las necesidades de información que tienen los pacientes; todo esto, normalmente, el mismo día de la cirugía. Esta coyuntura debe impulsar a los profesionales de enfermería a desarrollar programas de educación

preoperatoria y estrategias para su realización, teniendo como eje temático los datos que los pacientes pre-quirúrgicos realmente deben saber.

Ante esto, Zorrilla (2012) señala que, si se consigue comprobar la existencia de herramientas seguras y eficaces para valorar el estado de incertidumbre del paciente, se pueden impulsar protocolos y actuaciones en el ámbito de la enfermería para disminuir esta sensación y, de este modo, influir beneficiosamente en los resultados clínicos, así como obtener resultados positivos en la gestión hospitalaria mejorando la eficiencia de las actuaciones quirúrgicas. ⁽⁵⁶⁾

Mejía (2006), plantea cómo en las relaciones interpersonales con los pacientes, la enfermera puede acercarse a los significados que éstos asignan a la enfermedad, a los comportamientos y a los sentimientos, para incorporarlos al cuidado y ayudarlos a dirigir sus potencialidades hacia formas útiles para sobrellevar sus dolencias ⁽⁵³⁾

Es necesaria, la presencia de los profesionales de enfermería para proporcionar asesoramiento permanente y continuo para que los pacientes afronten, situaciones inesperadas e impredecibles disminuyan y manejen emociones y creencias que se originan alrededor de la experiencias nuevas. ⁽⁵³⁾ Reportes indican que los profesionales de enfermería pueden contribuir a la reducción de los efectos negativos de la incertidumbre mediante la comunicación de información sobre el proceso de atención así como del tratamiento médico. Otros reportes muestran que el uso de estrategias para dar información de acuerdo a las diferencias individuales y el ajuste a las necesidades cambiantes de la situación permite maximizar la eficacia de la comunicación paciente-enfermera, el re encuadre cognitivo y las intervenciones para reducir la incertidumbre en el tratamiento de patologías quirúrgicas. ^(56, 57,58)

La enfermera puede disminuir el grado de incertidumbre en la medida en que provea toda la información necesaria para que el paciente puede comprender su estado de salud. Dar soporte educativo y estructural a los pacientes para que puedan conocer y comprender el entorno y contexto a el que está expuesto ayuda a poner en marcha mecanismos individuales de afrontamiento, elemento teórico importante de la incertidumbre. ^(52,57)

1.3.3 Relevancia teórica

Los estudios sobre la incertidumbre como fenómeno que influye en los pacientes como predictora de síntomas psicológicos en pacientes quirúrgicos son escasos, la mayoría se refiere a estudios efectuados en pacientes con cáncer y enfermedades crónicas. Estos estudios describen el proceso de formulación de un nuevo enfoque de la vida de mujeres que padecían cáncer de mama, hombres que sufrían de problemas en la próstata y personas con enfermedades cardíacas, así mismo el replanteamiento de la perspectiva de la vida y la consecución de nuevos objetivos en la vida. En estudios realizados con hombres que padecían enfermedades crónicas, el proceso se describió como un cambio en la identidad de uno mismo y nuevos objetivos en la vida ^(56, 59, 60, 61,66)

En la exploración de la literatura especializada que trata el fenómeno de la incertidumbre en el preoperatorio y en las enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, se encontraron estudios que exponen y analizan las repercusiones de la incertidumbre como la ansiedad y el temor. Se detecta, sin embargo, un vacío puesto que no se encontraron investigaciones relacionadas con una intervención de enfermería que aborde la incertidumbre del paciente pre- quirúrgico (Gómez (2012), Mercado (2016)). ^{68,69,}

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar el efecto de una intervención de enfermería comparada con la intervención informativa habitual sobre el nivel de incertidumbre de un grupo de pacientes pre-quirúrgicos, controlando el nivel de ansiedad, en una institución privada de III nivel de atención de la ciudad de Girardot en el periodo noviembre del 2017 a mayo del 2018.

1.4.2 Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de incertidumbre de un grupo de pacientes pre quirúrgicos que pertenecen al grupo experimental antes y después de la intervención de enfermería controlando el nivel de ansiedad.
- Evaluar el nivel de incertidumbre de un grupo de pacientes pre quirúrgicos que pertenecen al grupo de comparación al iniciar y finalizar el periodo de observación del estudio controlando el nivel de ansiedad estado y rasgo
- Determinar el cambio en el nivel de incertidumbre de un grupo de pacientes pre quirúrgicos entre grupos (experimental y comparación) y entre momentos de medición (pre test – post test) controlando el nivel de ansiedad estado y rasgo.

1.5 Conceptos de la Investigación

1.5.1 Incertidumbre en la enfermedad

Incapacidad para determinar el significado de los hechos que tienen relación con la enfermedad, aparece cuando la persona no es capaz de darle valores definidos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se conseguirán, debido a la falta de claves suficientes. ⁽⁶¹⁾

1.5.2 Paciente pre-quirúrgico

El paciente pre quirúrgico es aquel que se encuentra en el periodo, preoperatorio, lapso de tiempo, que transcurre desde la decisión, para efectuar la intervención quirúrgica al paciente, hasta que es llevado a la sala de cirugía. Este periodo se clasifica con base en la magnitud de la intervención quirúrgica mayor o menor, o bien programada o de urgencia. ⁽⁶³⁾

1.5.3 Intervención de Enfermería

Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la **Enfermería** para favorecer un resultado esperado del paciente. ⁽⁶⁴⁾

La intervención de enfermería propuesta en esta investigación incluyó consulta de enfermería pre quirúrgica, seguimiento telefónico y visita domiciliaria. La descripción detallada de la intervención de enfermería se encontrara en el marco metodológico.

1.5.4 Ansiedad estado

Condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetiva, conscientemente percibida y por un aumento de actividad del sistema nervioso autónomo. ⁷⁰

1.5.5 Ansiedad rasgo

Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a la ansiedad es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de A / estado. ⁷⁰

2. Marco Teórico

2.1 Teoría de la incertidumbre en la enfermedad

Mishel define la incertidumbre en la enfermedad como la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. Es un estado cognitivo creado cuando el individuo no puede estructurar o categorizar los eventos relacionados con la enfermedad. Ocurre en situaciones de enfermedad que son ambiguas, complejas, impredecibles y cuándo no hay información disponible o esta es inconsistente. Esta teoría explica como los pacientes estructuran cognitivamente un esquema para la interpretación cognitiva de la incertidumbre, el tratamiento y los resultados. Su foco de aplicación son las personas (adultos y niños) en el contexto de la enfermedad o tratamiento y la familia de la persona enferma. ^{68,69,62}

El concepto de incertidumbre en la enfermedad incluye tres temas principales:

Antecedentes de la incertidumbre

Marco de estímulos, es decir, de la forma, composición y estructura del estímulo que la persona percibe. Sus componentes son:

- Patrón de síntomas: grado de consistencia con el que se presentan los síntomas.
- Familiaridad con el evento: grado de frecuencia de la situación que permite reconocer señales recurrentes.
- Congruencia con el evento: consistencia entre expectativas y eventos relacionados con la enfermedad.

Así pues, el marco de estímulos puede variar según otras dos variables. Por un lado, está la capacidad cognitiva, que consiste en la habilidad del individuo en el procesamiento de la información; por otro lado, se encuentra una noción algo más compleja, el proveedor de estructura. Esta noción incluye los recursos disponibles para asistir a la persona y llevar a cabo una correcta interpretación del marco de estímulos. Comprende la educación, el apoyo social y la seguridad de una autoridad en salud confiable. Comprende, además, el cuidado de enfermería, teniendo en cuenta que éste involucra explicaciones, provisión de información, acciones e intervenciones para manejar la incertidumbre.

Valoración de la incertidumbre: Definida como el proceso de asignar valor al evento incierto o situación

Inferencia: evaluación de la incertidumbre usando ejemplos relacionados. El resultado se observa como peligro u oportunidad

Ilusión: Construcción de creencias formadas a partir de la incertidumbre como respuesta positiva.

Afrontamiento:

- Con evaluación como peligro: actividades dirigidas a disminuir la incertidumbre y manejar la emoción generada por una evaluación negativa
- Con evaluación como posibilidad: actividades dirigidas a mantener la incertidumbre

Adaptación: comportamiento biopsicosocial que ocurre dentro de la persona y define un rango de comportamientos

La incertidumbre se presenta desde el mismo momento del diagnóstico y esta hace referencia a la carencia de síntomas físicos, preguntas relacionadas con la progresión de la enfermedad, carencia de lineamientos en el tratamiento o muchas alternativas en el tratamiento, esto puede desencadenar en un peligro cuando existen preocupaciones persistentes, alteración en el estado de ánimo, actividades sociales restringidas e intolerancia en la toma de decisiones; de la misma manera se puede ver como una oportunidad cuando hay trabajo, autocuidado, confianza, redefinición de la amenaza del cáncer, opciones de medicina alternativa, futuras formas potenciales del tratamiento y apertura de nuevas opciones. ⁶²

Los estímulos son procesados por los pacientes para construir un esquema cognitivo para los eventos de enfermedad. La incertidumbre resulta cuando no se puede formar un esquema cognitivo. En la experiencia de la enfermedad la incertidumbre tiene cuatro formas: a) Ambigüedad relacionada con el estado de la enfermedad. b) Complejidad con relación al tratamiento y sistema de cuidado c) Falta de información acerca del diagnóstico y la seriedad de la enfermedad y d) Falta de predicción sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico ^{62,68}

Proveedores de la estructura. *Educación*. La educación tiene una relación tanto directa como indirecta con la incertidumbre. En la relación indirecta, la educación puede ayudar a suplir la estructura de los eventos en el marco de estímulos, incrementando la base de conocimientos con los cuales se asocian estos eventos, dándoles así significado y contexto. (Mishel 1981; Mishel & Branden, 1988). Aquellos con un nivel de educación mayor son capaces de modificar la incertidumbre más rápidamente que los anteriores. Los individuos con menor educación parecen requerir más tiempo para construir un significado para los eventos y ellos experimentan incertidumbre por períodos más largos de tiempo que los individuos que tienen mayor educación (Christman et al., 1988; Mishel, 1985)

Apoyo social. El apoyo social actúa para prevenir la incertidumbre en diferentes crisis vitales, supliendo una retroalimentación en el significado de los eventos (Wortman & Dunkel, Schetter, 1979). La oportunidad de clarificar la situación a través de la discusión e interacciones de apoyo con otros, clarifican las contingencias y ayudan al paciente a formar un esquema cognitivo (Wortman, 1984). Los investigadores en apoyo social han encontrado que los sistemas de apoyo tienen tanto una influencia directa como indirecta en la incertidumbre. El resultado de la influencia directa es la modificación de tres tipos de incertidumbre: a) La ambigüedad relacionada con el estado de la enfermedad, b) la complejidad del tratamiento percibido, c) la falta de predicción del futuro (Hilton, 1986; Mishel & Branden, 1987). La influencia indirecta del soporte social es el fortalecimiento de la claridad sobre el patrón de los síntomas (Mishel & Branden 1988). Compartir información con las persona en la red social ayuda a los pacientes a evaluar los síntomas.

La importancia del soporte social como fuente de información se extiende más allá del paciente y de los cuidadores. Entre los cuidadores la falta de éste apoyo se asocia con niveles elevados de incertidumbre (King, 1983).⁶⁸

Además de proveer información, el apoyo social también funciona evitando la incertidumbre, estableciendo redes donde cada miembro depende de la experticia de otro para manejar varios eventos amenazantes

Credibilidad en la autoridad. Se refiere al grado de veracidad y confidencialidad que tienen los pacientes en los proveedores de salud. Indirectamente la credibilidad en la autoridad influye en la incertidumbre por su asociación positiva con el marco de estímulos.

La credibilidad en la autoridad en la forma de una enfermera o de un médico, fortalece el marco de estímulos al proveer la información sobre las causas y consecuencias de los síntomas. La autoridad con credibilidad y el apoyo social, ayudan en la prevención de la incertidumbre estructurando un significado relativo a las diferentes señales (Mishel & Branden, 1988). Las señales que residen en

el ambiente las abordan mejor las autoridades que tienen mayor credibilidad. Tales señales se refieren a aspectos físicos del tratamiento, su eficacia, las relaciones con los proveedores de salud, las expectativas acerca de los resultados del cuidado y el desempeño del sistema de salud. Las señales que residen en los individuos se abordan mejor, mediante la interacción con personas significativas. Estas señales se refieren a las preocupaciones personales tales como la interpretación de los signos y síntomas corporales y la planeación de la propia vida y las responsabilidades personales

el reconocimiento de la importancia de la incertidumbre puede cambiar la práctica clínica, permitiendo el desarrollo de la enfermería en intervenciones que faciliten una adaptación positiva del paciente a la experiencia de la enfermedad Mishel en (1990) concluyó que la incertidumbre se podría considerar como fuente de desequilibrio causada por la experiencia de la enfermedad, situación que lleva a la persona a moverse desde una perspectiva original de la vida (equilibrio) hacia una nueva y más compleja vista de la vida. Durante la transición, las personas intentan integrar la experiencia de la incertidumbre en sus opiniones de sí mismos y del mundo, experimentando que la incertidumbre es intrínsecamente una parte de vida ^(21, 61,62)

2.2 Estado del arte

En la revisión de la literatura, se reporta escasa investigación en relación a la incertidumbre del paciente quirúrgico o que aborden el efecto de una intervención de enfermería sobre la incertidumbre de estos ^(66, 67,68), se han documentado estudios que evalúan algunas intervenciones que favorecen la adaptación del paciente en el pos operatorio y a la enfermedad crónica ^(67,62)

Consulta de enfermería pre operatoria

La literatura ha demostrado que los sentimientos negativos frente al procedimiento quirúrgico pueden ser disminuidos a través de diferentes prácticas y actividades.

León, (2008) en su estudio basado en el análisis de 100 pacientes intervenidos quirúrgicamente, pudo determinar la enorme utilidad que tiene la valoración y acompañamiento que se realiza previamente a la intervención quirúrgica. Esto, a partir de una condición primordial para el trabajo de seguimiento a los pacientes, a saber, la responsabilidad que el profesional tiene de brindar información de manera clara y sencilla sin ocultar la gravedad de la enfermedad, ni la seriedad o peligro de la intervención, puesto que el objetivo es aumentar el grado de conciencia de los pacientes. Así, con un paciente consciente de la realidad de su condición y de los procesos a que será sometido, se percibe un aumento de las posibilidades de **éxito** del proceso quirúrgico y, sobretodo, de las sensaciones **de satisfacción y confianza** de cara a las fases siguientes del proceso. De hecho, en el estudio, sólo una cuarta parte de la muestra conocía el modo en que evoluciona un paciente intervenido quirúrgicamente, por lo que, dado este desconocimiento, la mayoría no pudo prepararse psicológicamente para afrontar el periodo post operatorio. El estudio realizado por Carrascosa (2011), insiste en la importancia del papel del profesional de enfermería. Así, el investigador señala que, aclarar personalmente todas las dudas de los pacientes, antes y después de la intervención quirúrgica, conduce a un mejoramiento de las condiciones **de afrontamiento y de recuperación post-quirúrgica** (52, 53,70)

Los estudios de Blanco y González (2005), en cambio, se centran en el problema de la técnica puesto que, según los investigadores, la intervención educativa, es decir, sus acciones, deben ofrecer información relacionada con las diferentes técnicas de autocuidado que, además, pueden fortalecer otros aspectos de la relación paciente- enfermero(a). Así pues, es gracias a la información

correcta y oportuna brindada a la persona que se pueden resolver **dudas, eliminar creencias erróneas**, etc. Además, el hecho de verbalizar las emociones y dudas respecto al procedimiento quirúrgico, hace mejorar la comprensión y minimizar la aparición de sensaciones de **ansiedad, incertidumbre y estrés**, mientras que, al mismo tiempo, produce mejorías en el estado de salud del paciente. ^(71.72.73)

Cabe mencionar el estudio de Muñoz (2001) quien, corroborando el hecho de que la aparición de una enfermedad quirúrgica y su manejo en un centro hospitalario producen incertidumbre y un aumento significativo de la sensación de mortalidad, disminuyen la capacidad para generar estrategias de control emocional y de adaptación. Además, menciona las estrategias desarrolladas para lograr **confort y tranquilidad** en los pacientes, dentro de las cuales cita: las condiciones del entorno (racionalidad en la toma de signos vitales, disminución de alarmas sonoras) y el suministró constantemente información completa de los cuidados a realizar y del pronóstico probable, invitando siempre a los pacientes a manifestar cualquier duda al respecto. Por eso, todas las expresiones de **incertidumbre** fueron racionalizadas mediante la oposición de éstas con pensamientos alternativos, realistas y positivos ⁽⁷⁴⁾

Dura e Ibáñez,(2006) manifiesta que , al proporcionar información estructurada a pacientes sobre la enfermedad y su tratamiento, no se evidencian efectos beneficiosos a corto plazo pero sí a largo plazo: después de la intervención, las pacientes de los grupos “intervención” (informadas solas o informadas con la familia) mostraron una mejor calidad de vida que el grupo “control” (pacientes que no recibieron información adicional sobre su enfermedad), concretamente en relación al **entorno laboral y familiar, relaciones sexuales y relaciones sociales**. ⁽⁷⁵⁾

El estudio de Palsson, (2005) pudo constatar que los pacientes que se abordan en tratamiento inicial de la enfermedad, se sienten más apoyados emocionalmente y más seguros cuando tienen la

oportunidad de recibir información sobre su enfermedad y comentarla con las enfermeras que cuando recibían la información complementaria, sólo por escrito o por teléfono.⁽⁷⁶⁾

Estos estudios, también demostraron, que un acompañamiento adecuado por parte del profesional en salud, es capaz de modificar comportamientos, elevar bajas expectativas, aclarar las dudas y convertir los malos pronósticos, en posibilidades de superación en torno al procedimiento quirúrgico.^(75, 76,77)

Estudios, han tratado el problema de cómo orientar a los pacientes antes de un procedimiento quirúrgico y de evidenciar los beneficios de una orientación responsable y acorde a las necesidades de cada paciente. Estas coinciden en que las orientaciones preoperatorias ofrecen una oportunidad para los pacientes de expresar sus temores y dudas sobre el procedimiento anestésico y el quirúrgico. Luego de aclararlas, se espera haber contribuido en la reducción del impacto del **estrés** en el postoperatorio (Alberti et al, 2012). Además, influyen en la reducción del **miedo, la ansiedad y el dolor**, ayudando a prevenir complicaciones en el postoperatorio, aumentando la confianza del paciente en la movilización y la pronta aplicación de ejercicios de respiración después de la operación (Santos et al, 2011). Es importante recordar que la orientación, se pueden realizar durante la consulta preoperatoria, en la recopilación de la historia de enfermería (entrevista y examen físico), o incluso en la recepción del paciente en el quirófano, ya que respeta la privacidad y la individualidad del paciente y su necesidad de conocimiento.^(78,79)

Otras formas de acompañamiento que han resultado beneficiosas para el paciente, demuestran que hay posibilidades si la intención es atenuar la sensación de incertidumbre. Por ejemplo, en pacientes con cáncer de pulmón, se verificaron respuestas positivas tras haber recibido asesoría y explicaciones por escrito, aunque la intervención basada en la preparación emocional, central en la

propuesta del trabajo, no haya generado consecuencias significativas. A su vez, pacientes con cáncer de endometrio que recibieron información por escrito reportaron menos dolor, menor duración de la permanencia y una mayor satisfacción en comparación con los que sólo recibieron verbalmente la información. Incluso la implementación de medios audiovisuales favoreció a los pacientes: Wysocki et al. (2010) lo confirman en su estudio y Chaudri et al. (2005) también, añadiendo en este último las visitas domiciliarias. ^(80,81)

A pesar de la pertinencia de estos datos, es necesario recordar que abordar aspectos emocionales de un paciente, favorece la forma, en que éste interpretará su rol ante cualquier evento de salud, sobretodo, cuando está implícito el ambiente clínico. Por eso, es imprescindible la realización de la consulta de enfermería. Es importante, entonces, tener claridad sobre lo que se puede considerar como **síntoma de ansiedad e incertidumbre**, en los pacientes pre-quirúrgicos. Al respecto, Rangel (2012) señala que, antes de la cirugía, son comunes sentimientos subjetivos de tensión, miedo, nerviosismo y preocupación que pueden ser expresados en diversas formas. Por eso, la evaluación de la **ansiedad** en el periodo perioperatorio es una herramienta para iniciar y realizar intervenciones de enfermería. Es necesaria, por tanto, una preparación pre-operatoria eficaz si el propósito es reducir o incluso eliminar las manifestaciones de ansiedad esperables. Se espera que esta preparación pueda agilizar y facilitar, el proceso quirúrgico, lo cual favorecerá el bienestar del paciente aun en el período post operatorio (Aguirre, 2013). ^(82,83)

La idea de la necesidad de intervención pre operatoria, aparece también en el estudio de Hinojosa. (2013) En primer lugar, señala que la falta de educación pre-operatoria, y el no escuchar al paciente, lo conducen a niveles o grados de ansiedad e incertidumbre muy elevados, estados que pueden traer complicaciones antes y después de la intervención quirúrgica. Teniendo en cuenta

estos datos preliminares, la investigadora implementó un mecanismo de enseñanza a los pacientes, en el peri-operatorio, con lo cual, observó la disminución del grado de sentimientos desagradables y mayor colaboración de los pacientes y de sus familiares. El resultado fue una pronta recuperación y la reducción de la estancia hospitalaria. ⁽⁸⁴⁾

Más allá de estos datos, que demuestran la particularidad y especificidad de todos los casos, se puede afirmar que los pacientes que fueron asesorados por enfermería, uno o dos días antes de la cirugía, informaron menores niveles de **ansiedad** post-operatoria. Además, un estudio piloto encontró que los pacientes que habían recibido educación a través de un folleto entregado antes del procedimiento, reportaron mayor satisfacción y conocimiento acerca del procedimiento y, además, niveles más bajos de **ansiedad** incluso 3 meses después del procedimiento. ^(57,58, 85,86) Contrastado con el estudio de Rojas, quien comprobó, que los pacientes experimentales (quienes recibieron programa educativo en el pre y post-operatorio) no presentaron **ansiedad**, alcanzando valores del 66,6% y 56,6%, mientras que los pacientes control (quienes no recibieron programa educativo), en su mayoría, sí la presentaron (66,6% en el preoperatorio y 73,6% en el post-operatorio).⁽⁸⁷⁾

Otros estudios han analizado la relevancia e implicaciones de la consulta pre-operatoria, buscando también beneficiar a los pacientes en los procesos de preparación y recuperación. Al respecto, Álvarez (2012), evaluó la efectividad de una entrevista prequirúrgica estructurada realizada por las enfermeras de quirófano 1 hora antes del ingreso de los pacientes a cirugía, y encontró que el impacto de la intervención sobre los niveles de la **ansiedad estado y ansiedad rasgo**, no alcanzan valores significativos a pesar de que la media de la ansiedad-estado era ligeramente más baja en el grupo de intervención (18,96) que en el de control (20,03). Cabe destacar la mayor ansiedad de estado de las mujeres intervenidas en la especialidad de ginecología frente a los demás intervenidos.⁽⁸⁸⁾

Orihuela (2010) y Calafel (2011) evidenciaron un alto grado de **satisfacción** de los pacientes al recibir la intervención de enfermería debido, probablemente, a que el contacto entre enfermero(a) y paciente es directo, posibilitando la generación de confianza. Así, se puso de manifiesto el carácter positivo que tiene la intervención realizada en el paciente quirúrgico sobre los niveles de ansiedad, el autocontrol del miedo, la instrucción acerca de los cuidados durante la enfermedad, el nivel de comodidad y el nivel de dolor. Con todo, el estudio no reveló diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. ^(89,90)

Martin, (2014) demostró que una consulta preoperatoria de enfermería, produce una significativa mejoría, al punto de resolver efectos secundarios del procedimiento quirúrgico como la **incontinencia urinaria**, la consulta impulsó el aumento en la **satisfacción** de los pacientes sumergidos que percibieron **estrés**. ⁽⁹¹⁾

Varias investigaciones persisten en la búsqueda de los factores que debilitan el buen **afrentamiento** de los procesos por parte de los pacientes. Al respecto, aparece el trabajo de Pueyo, quien ve en la información insuficiente y la mala comprensión de la misma, una justificación en el aumento de la ansiedad y del temor. Así, el investigador propone un rol más influyente del profesional de enfermería en la atención de los pacientes, centrado en potenciar, informar y orientar acerca de las dudas surgidas en el proceso. Hinojosa, en su estudio, menciona incluso la importancia de la participación de todo el equipo quirúrgico y no solamente del profesional de enfermería, dado que sus miembros conocen el plan terapéutico basado en la historia clínica del paciente, por lo que deben ofrecerle información y orientación adecuadas sustentadas en el trato humano. Cabe la posibilidad, entre muchas otras, de que el paciente perciba su proceso como una verdadera amenaza contra su vida. Por esto, el apoyo y acompañamiento son esenciales. ^(62,92)

De hecho, algunos estudios muestran los elevados porcentajes, de **ansiedad** previa a cualquier intervención quirúrgica. Por ejemplo, en el Hospital Regional Docente de Trujillo, se encontró que el 80.6% de pacientes tuvo un nivel alto de ansiedad preoperatoria, antes del programa educativo e, incluso, después de haberlo recibido. El estudio reporta que el 100% de los pacientes presentó, un nivel de ansiedad. (Ortiz, 2011). Se hace evidente, entonces, la importancia de la educación preoperatoria porque permite la reducción de los niveles de **ansiedad y un mejor control del dolor** en el postoperatorio, disminuyendo su estancia hospitalaria y aumentando tanto la calidad asistencial como la satisfacción. Además, queda claro que el profesional de enfermería, en ejercicio de la totalidad de sus facultades, debe considerar la integridad y emotividad de quien será sometido a cirugía por lo que debe fijarse, incluso, en la posición adecuada para el paciente, en mantener la asepsia en cada proceso, etc. Así, el personal de enfermería logra preservar esa relación benéfica con el paciente también en la fase post-operatoria. (Orihuela et al., 2011).^(93,94)

En relación con la preparación del personal de enfermería para la implementación de estrategias de acompañamiento, Urrutia (2006) señala que los enfermeros deben estar capacitados para la aplicación de estrategias de enseñanza y asistencia en enfermería sistematizada, enfocados en impulsar la economía de tiempo y la eficacia en la recuperación de los pacientes, identificando las condiciones que permitan actuar directamente sobre las necesidades específicas de cada uno de ellos.⁽⁹⁵⁾ **Seguimiento telefónico**

El seguimiento telefónico es una estrategia que permite brindar y ratificar información, esta da al paciente más elementos para entender su situación actual y configurar su significado actual. En la revisión de la literatura se evidencia el efecto del seguimiento telefónico como intervención de enfermería en la etapa post quirúrgica, pero no se encontró la implementación de esta intervención en la etapa pre quirúrgica.

La educación del paciente, no solo en el postoperatorio es fundamental para proveer conocimiento adecuado al individuo para el autocuidado en el ambiente domiciliario, y así reducir la ocurrencia de complicaciones tras el alta y mejorar su recuperación y calidad de vida. Las intervenciones educativas relacionadas a la preparación del individuo para el alta hospitalario, incluyen el seguimiento telefónico y deben tener como prioridades: aumento del conocimiento del individuo sobre el autocuidado y promoción de cambio de comportamiento para estímulo al autocuidado ^(49, 62,96)

Para Rodríguez, este asesoramiento también debe ir dirigido, al fortalecimiento de la información, referente a la preparación de los pacientes en los cuidados relacionados a la herida quirúrgica, al manejo de dispositivos y al enfrentamiento de los efectos colaterales físicos. En este punto, se puede llegar a potencializar la recuperación física del individuo, el bienestar emocional y la adhesión al autocuidado ya que, el paciente, debe estar consciente de lo que irá enfrentar ^(97, 57, 58, 98,99)

Rodríguez (2012) en su estudio, demuestra, que, la información no solo debe ser escrita, se debe, garantizar la consistencia de la educación al paciente, involucrar a la pareja en sesiones de enseñanza y el acompañamiento por teléfono fue sido identificado como estrategias importante en el desarrollo de programas educativos ⁽⁹⁷⁾

Según Mistiaen (2006), el principal objetivo de este tipo de intervención es aumentar la adhesión a los cuidados post-alta y facilitar la transición entre el hospital y el regreso para casa. Eso disminuye el estrés la ansiedad y la incertidumbre y aumenta el conocimiento de los pacientes de su procedimiento quirúrgico, lo que resulta en un aumento, de la confianza en la relación paciente-profesional y de calidad del servicio tras el alta hospitalario. ⁽¹⁰⁰⁾

Para Anderson (2010), Thomson (2012) y Naffe (2013), el seguimiento telefónico, es una estrategia de cuidado considerada mejor para las entidades hospitalarias, porque reduce la carga de trabajo en el sistema convencional de acompañamiento, permitiendo que los profesionales se concentren en el cuidado a pacientes que realmente necesitan de atención hospitalaria lo que consecuentemente también reduce los gastos con posibles readmisiones. ^(101, 102, 103)

Jensen et al, 2011 ⁽¹⁰⁴⁾ investigó, la eficacia de consultas telefónicas (TC) por enfermeras en el postoperatorio inmediato tras prostatectomía radical, la rapidez, en la rehabilitación y la satisfacción del paciente. Los pacientes en general fueron suficientemente educados en cuidados postoperatorios. Considero, que, el acompañamiento telefónico puede ser un servicio adicional en la rehabilitación

Inman, et al, (2011) determinó que el acompañamiento educacional por teléfono, tras prostatectomía radical aumenta la comprensión del paciente sobre la gestión de sus cuidados en casa, disminuye el reingreso del paciente a los servicios, de salud, aumenta la satisfacción y se pueden, identificar las posibles preocupaciones de los pacientes hasta 30 días después del alta. Esta, estrategia favorece que el paciente recuerde información recibida, y resuelve otras preguntas derivadas, de su vivencia en casa. Fue relatada por los pacientes como útil y redujo la necesidad de utilizar otros recursos. ⁽¹⁰⁵⁾

3. 2. 3 Visita domiciliaria pre quirúrgica

La atención domiciliaria, es un recurso que permite proveer asistencia sanitaria para la resolución de complicaciones, en el domicilio del paciente, que, por situación de incapacidad física, no puede desplazarse a un centro de salud, entendiendo que el nivel de complejidad de los

problemas de salud a resolver, no requiere la hospitalización del paciente, la realiza el equipo de atención primaria, y tiene características que la definen.^(38, 98)

Para Torra i Bou, la atención a domicilio "es un conjunto de actividades que surgen del contexto de planificación previa, desarrollado por profesionales de un equipo de salud y que tienen como objetivo proporcionar atención de salud mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y/o familia con los profesionales de la salud, en el domicilio de aquellas personas, que debido a sus estado de salud o a otros criterios no pueden desplazarse al centro de salud"⁽¹⁰⁶⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales, juega un papel determinante en la salud de los adultos, en sus dos vertientes: como proveedora de cuidados dirigidos a prevenir el deterioro funcional y la promoción de la salud, y como un elemento clave para garantizar la continuidad de cuidados entre los diversos niveles asistenciales y la coordinación de los servicios sanitarios y sociales.⁽¹⁰⁷⁾

La atención a domiciliaria, constituye en un servicio planificado, concertado con el usuario que puede surgir por iniciativa de algún miembro del equipo de salud (atención a domicilio programada), o por requerimiento del paciente y/o algún miembro de su familia.⁽¹⁰⁸⁾

cuando existe un alta planificada y unas intervenciones específicas tanto en atención domiciliaria como en atención ambulatoria en clínicas ,guiadas por enfermeras, se hace énfasis en la figura de los profesionales en enfermería con nuevos roles , donde el seguimiento telefónico estructurado, la ayuda, el soporte a cuidadoras y a familiares, son garantía de continuidad asistencial ^(109,110,11) sin embargo para Badiel (2013), aunque la visita de los profesionales en enfermería tiene una frecuencia baja y en algunos casos , se interviene cuando ya ha aparecido el problema de salud, la valoración es una tarea mecánica que no va seguida de la planificación lo que no permite medir resultados en salud. Esto conlleva a plantear una línea de trabajo dirigida a atender a las personas, y realizar precozmente la valoración funcional para intervenir multifactorialmente en la prevención. ⁽⁵⁸⁾

Fuentes, (2014) en el planteamiento de su estudio, definió 4 grupos de atención: sin visita y con visita de la enfermera en la muestra total, y controles (6 o más visitas) y casos (5 o menos visitas). De los cuatro grupos, la intervención enfermera no parece marcar diferencias en resultados en salud; no modifica la probabilidad de enfermar, lo que permite inferir que la visita domiciliaria no actúa como un factor protector y que se acude a los domicilios cuando las patologías ya están instauradas: ^(48,112)

Para Zuilani, (2015) esta visita, complementa la consulta médica, confronta la situación clínica con la realidad social y ambiental en la que viven los pacientes, esto le permite al enfermero, elaborar un diagnóstico integral, con un mayor acercamiento en la relación médico paciente, y estimula la participación familiar en el proceso de intervención. De este De este modo, la visita domiciliaria se convierte en un escenario de aprendizaje, promueve un paradigma activo de enseñanza, facilitando los procesos de pensamiento y desarrollo humano ⁽¹¹³⁾

En los casos en que el paciente va a ser sometido a una intervención quirúrgica, los cuidadores asumen la responsabilidad del cuidado, pero ellos, no tienen suficientes conocimientos para asumir la carga del cuidado con seguridad, lo que desencadena en el ámbito domiciliario, miedos y dudas que pueden afectar la seguridad de los pacientes (Robledo-Cárdena, 2007). Por ello, la enfermera debe planificar intervenciones educativas y de apoyo dirigidas al paciente y a sus familiares, en sus domicilios. (Candy, 2011; Chan, 2011; Cubillo-Arjona, 2011. ^(114,115))

Así mismo, se ha constatado que los pacientes no reciben suficiente información por parte del personal de enfermería. Los pacientes manifiestan que es necesaria una mayor información adicional sobre la intervención quirúrgica, ya que, en el domicilio surgen dudas. Además, la responsabilidad clínica y administrativa que tienen las enfermeras en el medio hospitalario ha impedido que se realice una educación sanitaria integral de calidad por parte de enfermería, pese a que es una de sus funciones más importantes. ^(116,117)

3. Marco Metodológico

3.1 Diseño de la Investigación

Cuantitativo. Este enfoque utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.^(118,119) **Cuasi experimental:** Los diseños cuasi-experimentales tienen el mismo propósito que los estudios experimentales: probar la existencia de una relación causal entre dos o más variables. Cuando la asignación aleatoria es imposible, los cuasi-experimentos (semejantes a los experimentos) permiten estimar los impactos del tratamiento o programa, dependiendo de si llega a establecer una base de comparación apropiada, la característica principal de las investigaciones cuasi-experimentales es la ausencia de aleatorización de los tratamientos y, por lo tanto, la carencia de un control total sobre la situación ¹¹⁹

Permite acercarse a la determinación de causalidad a partir de un diseño en el que se manipula deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto en una o más variables dependientes. Los cuasi experimentos tienen como característica la manipulación, *pero* pueden carecer de control o aleatorización o asignación aleatoria. ⁽¹¹⁸⁾

Pre prueba – pos prueba: En este diseño, se aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se administra el tratamiento y finalmente se aplica una prueba posterior al estímulo. ⁽¹¹⁸⁾

Grupo experimental y grupo de comparación: Implica que un grupo se expone a la presencia de la variable independiente y el otro no. Posteriormente, los grupos se comparan para saber si el grupo expuesto a la variable independiente difiere del grupo que no fue expuesto. Al primero se le

conoce como grupo experimental y al otro, en el que está ausente la variable independiente, se le denomina grupo control o comparación ⁽¹¹⁸⁾

3.2. Población, muestra y muestreo

3.2.1 Población

En este estudio, la intervención propuesta fue la finalidad de la experimentación y se desarrolló en adultos que fueron intervenidos quirúrgicamente en una institución clínica privada de Girardot.

3.2.2 Muestra

3.2.3 Tipo de muestreo

Para efectos de este estudio se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia a partir de la consulta de valoración pre anestésica que permitió la selección de los sujetos de estudio.

3.2.4 Tamaño de muestra

El diseño metodológico de este trabajo, prescinde de algunos elementos de la formalidad estadística para acatar cabalmente principios éticos de la investigación científica en salud, circunstancia que impide particularmente acogerse al principio de Stein para acopiar la información preliminar, que revelen los elementos estadísticos precursores para la determinación de los tamaños de las muestras e igualmente la asignación de los adultos en el pre operatorio definidos para la evaluación de la intervención. En este sentido el grupo de comparación precede al grupo experimental, esto es, de los pacientes preoperatorios concurrentes en la primera mitad del periodo

de recolección de información se eligieron los que constituyeron el grupo de comparación y en la segunda mitad del periodo se eligieron los pacientes que recibieron la intervención de enfermería.

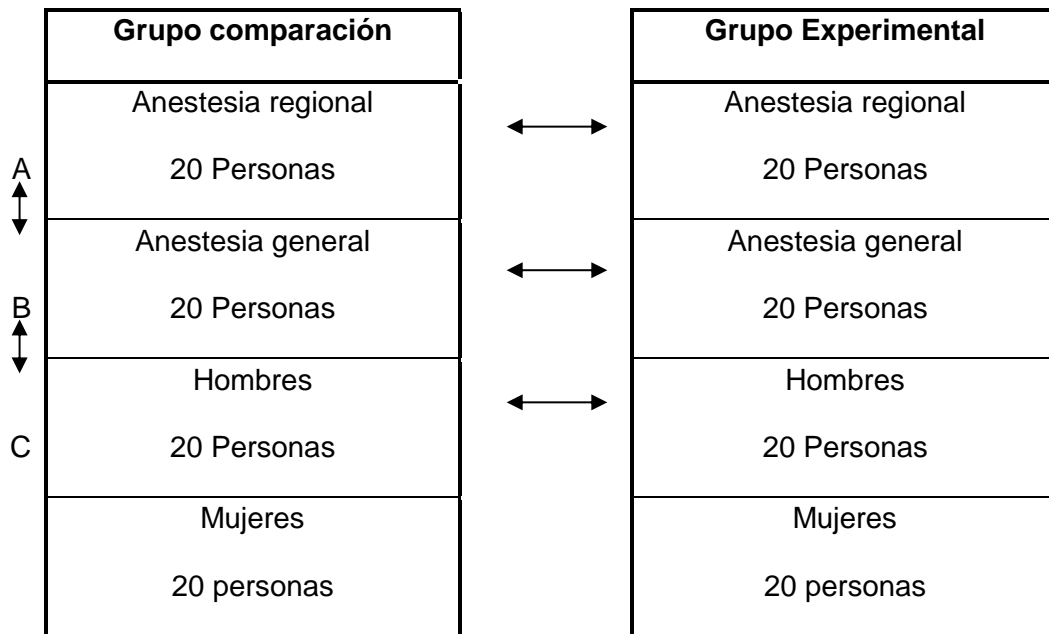
Tanto el grupo experimental como el grupo de comparación estarán conformados por cuatro subgrupos determinados por el género y el tipo de anestesia (regional ó general) que recibirá el paciente. Cada sub grupo contara con una muestra inicial de 20 pacientes, para una muestra total de 160 pacientes (80 en el grupo experimental y 80 en el grupo de comparación).

El tipo de análisis experimental propuesto fue factorial de tres factores; donde el factor 1 lo conforman dos niveles (asignación a grupo: experimental y comparación), el factor 2 lo conforman dos niveles (asignación por tipo de anestesia: regional o general) y el factor 3 lo conforman dos niveles (asignación por género: masculino o femenino)

Tabla 2. Esquema de la muestra

F1	Grupo	Experimental y Comparación
F2	Tipo de Anestesia	Regional y General
F3	Genero	Masculino y Femenino

Tabla 3. Diseño Factorial del Experimento



3.3 Criterios de inclusión

- Pacientes programados para cirugía programada.
- Entre 18 y 75 años con o sin experiencias quirúrgicas previas.
- Que asistan a la valoración pre-anestésica y que residan en la ciudad de Girardot.
- Personas con capacidad de comunicación de lectura y escritura.

3.4 Criterios de exclusión

- Personas con alteraciones mentales documentadas y/o físicas, que afecten la esfera cognitiva.
- Personas que con completen todos los momentos de intervención

3.5 Operacionalización de las variables

Tabla 4: Variables del estudio

Variable	Clasificación	Nivel de medición	Forma de medición
Nivel de Incertidumbre	Dependiente	Intervalo	Escala de Incertidumbre en la enfermedad – forma del adulto (MUIS –A) <i>Anexo 1</i>
Nivel de Ansiedad Rasgo y Estado	Confusora	Intervalo	IDARE <i>Anexo 2</i>
Tipo de anestesia	Confusora	Nominal	
Genero	Contextual	Nominal	Formato de recolección de datos sociodemográficos y clínicos del paciente <i>Anexo 3</i>
Edad	Contextual	Razón	
Tipo de Cirugía	Contextual	Nominal	
Nivel educativo	Contextual	Ordinal	

3.6 Hipótesis

Una intervención de enfermería que incluyó consulta de enfermería pre quirúrgica, seguimiento telefónico y visita domiciliaria, puede modular el nivel de incertidumbre del paciente quirúrgico en la etapa pre operatoria.

3.7 Descripción de la intervención de enfermería

La intervención de enfermería planteada en esta investigación está enmarcada en los conceptos de la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad de Merle Mishel.

Con la intervención se abordaron los elementos de la teoría denominados *antecedentes de la incertidumbre, capacidad cognitiva y proveedores de estructura*.

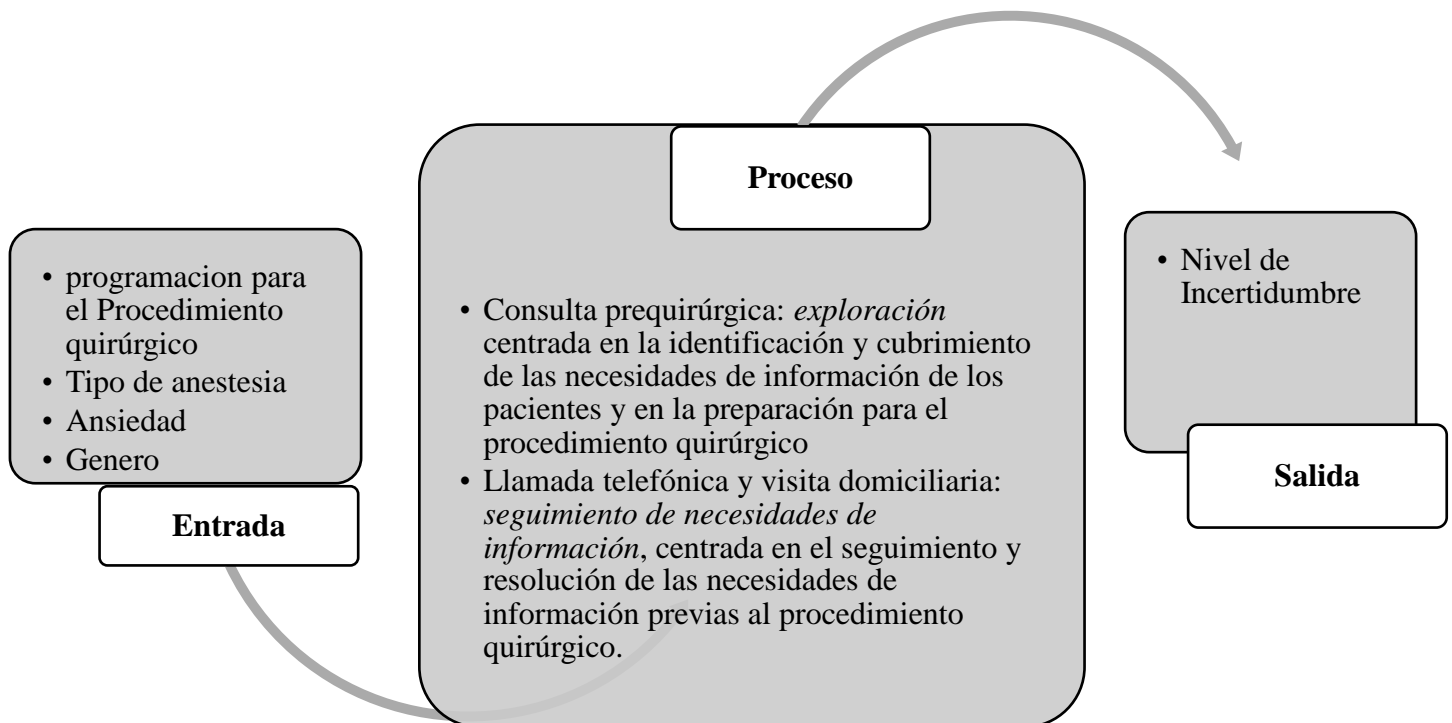
Para esta investigación el marco de estímulos estuvo representado por la programación del paciente para cirugía. El *patrón de síntomas* se refirió, a la enfermedad que requiere el procedimiento quirúrgico. La *familiaridad con el evento* se refirió a la exposición del paciente a experiencias quirúrgicas previas y la *congruencia con el evento* se refirió a la coherencia entre las expectativas y creencias de los pacientes frente a la cirugía y el postoperatorio. Adicionalmente la capacidad cognitiva fue evaluada a través de la verificación de la orientación en tiempo, lugar y persona el nivel educativo de los pacientes y el nivel de ansiedad, variable de interés por su potencial interacción con el nivel de incertidumbre fue medida a través de la escala de IDARE. Finalmente, el proveedor de estructura fue la enfermera encargada de realizar la intervención que pretendía afectar el nivel de incertidumbre

La intervención se compuso de dos partes, la primera de ellas denominada *exploración* centrada en la identificación y cubrimiento de las necesidades de información de los pacientes y en la preparación para el procedimiento quirúrgico a través de la consulta pre quirúrgica. La segunda,

llamada *seguimiento de necesidades de información*, centrada en el seguimiento de las necesidades de información previas al procedimiento quirúrgico, a través de llamada telefónica y visita domiciliaria. El grupo experimental recibió la intervención propuesta, al grupo de comparación se le dio la intervención informativa habitual que se da a los pacientes en la institución.

La gráfica 1 muestra el modelo lógico de desarrollo de la intervención y la tabla 3 presenta el esquema de la intervención, de la misma forma se presenta el detalle de la intervención que articula los conceptos de la teoría, las partes de la intervención y los pilares que desarrollan cada parte.

Gráfica 1. Modelo lógico de desarrollo de la intervención de enfermería.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Esquema de la intervención de enfermería preoperatoria

Grupo	Momento 0	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Experimental	Valoración pre anestésica	Después de la consulta pre anestésica se realizó consulta de enfermería que incluye: Aplicación de instrumentos para medición de la línea de base de incertidumbre, ansiedad y datos sociodemográficos y clínicos. Identificación de las necesidades de información de los pacientes, entrega de información acorde a las necesidades y a lo encontrado en la escala de incertidumbre y preparación para el procedimiento quirúrgico.	3 días después de la consulta de enfermería se realizó el seguimiento telefónico para afianzar la información dada en la valoración de enfermería (momento 1) e identificación de nuevas necesidades de información	3 días después del seguimiento telefónico se realizó el acompañamiento a través de la visita domiciliaria para afianzar la información dada en la valoración de enfermería y el seguimiento telefónico (momento 1 y 2) identificación de nuevas necesidades de información. Adicionalmente se realizó la medición de la línea de resultado.
Comparación	Valoración pre anestésica	Aplicación de instrumentos para medición de la línea de base de incertidumbre, ansiedad y datos sociodemográficos y clínicos.		Medición de la línea de resultado

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Diseño de la intervención de enfermería preoperatoria

Diseño de la intervención

Estímulo	Elemento de la teoría	Subelemento de la teoría	Pilares de la intervención	Objetivo	Descripción	Momento
0Programación del paciente para cirugía	<p>Antecedentes de la incertidumbre</p> <p>Capacidad cognitiva</p> <p>Proveedor de estructura</p>	<p>Patrón de síntomas /Familiaridad con el evento/Congruencia con el evento</p>	<p>Exploración de necesidades de información del paciente preoperatorio y preparación para el procedimiento quirúrgico</p>	<p>Identificar las necesidades de información del paciente preoperatorio</p> <p>Preparar al paciente para el proceso quirúrgico</p>	<p>En un sitio confortable, tranquilo y privado después de que el paciente asistió a la valoración pre anestésica, se realizó la consulta de enfermería, en donde se realizó la exploración de necesidades del paciente quirúrgico a partir de una entrevista abierta.</p> <p>Duración: 15 minutos</p> <p>Preguntas orientadoras: ¿Qué sabe usted del procedimiento quirúrgico que le realizarán? ¿Hay algo que le preocupa? ¿Qué quiere saber?</p> <p>La información se registró en un diario de campo que se llevó durante toda la intervención, en este también se registró la información brindada. Adicionalmente el proveedor de estructura identifico los aspectos calificados como más bajos en la Escala de incertidumbre y profundizo durante todos los momentos de entrevista</p> <p>Después de escuchar, la enfermera realizo las siguientes actividades:</p> <p>Explico al paciente sobre el procedimiento quirúrgico en un lenguaje claro y sencillo.</p> <p>Explico al paciente la importancia de la preparación prequirúrgica, la cual incluyo el ayuno, la preparación física y emocional, la administración de tratamiento</p>	<p>Valoración de enfermería luego de la valoración pre anestésica</p>

					<p>farmacológico que debió seguir y que debió suspender, según la patología de base y si estos inciden o no en el acto quirúrgico y su recuperación, toma de paraclínicos, profilaxis antibiótica.</p> <p>Diligencio el check list de verificación.</p> <p>Explico todos los procedimientos que se le realizaran desde el momento que este ingrese a salas de cirugía : zonas de tránsito dentro del quirófano, atuendo quirúrgico, canalización de acceso venoso periférico, listas de chequeo de la preparación prequirúrgica, funciones del personal quirúrgico, monitoria trans y post operatoria.</p> <p>Así mismo se incluyó información de cómo comportarse en salas, teniendo tranquilidad y demostrando confianza hacia el personal que allí labora.</p> <p>Explico los cuidados que debe tener después del alta de cirugía, reinicio de la vía oral, deambulacion temprana, cuidados con la alimentación y curación si así lo requiere.</p> <p>Explico al paciente la ruta administrativa para el egreso: paz y salvo, incapacidad, prescripción farmacológica(analgésicos y antibióticos)</p>	
			Seguimiento de necesidades de información del	Realizo Seguimiento o e Identificaci	El día 3 se realizó seguimiento telefónico previo al procedimiento quirúrgico, a través de	Seguimiento telefónico luego de la

			<p>paciente preoperatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • llamada telefónica • visita domiciliaria 	<p>conocimiento de las necesidades de información del paciente preoperatorio</p>	<p>la pregunta ¿tiene alguna duda sobre su proceso perioperatorio? ¿Tiene alguna preocupación? ¿hay algo que quiera saber? ¿Necesita que le explique algo?</p> <p>Mediante una llamada telefónica concertada con el paciente, la enfermera escucho y respondió a las inquietudes, temores, dudas y preguntas del paciente pre quirúrgico respecto a la etapa preoperatoria, rutina quirúrgica y post operatorio.</p> <p>La enfermera diligencio el registro de la llamada telefónica en la cual queda consignado el número telefónico, nombre, fecha, inquietudes del paciente respecto al peri operatoria e información suministrada respecto a estas.</p> <p>Se brindó información oportuna, veraz, completa, clara y precisa al paciente preoperatorio</p> <p>Registro en un memo de campo los temores, las dudas y las preguntas del paciente prequirúrgico relacionadas con la etapa preoperatoria, rutina quirúrgica ,post operatorio e información brindada</p> <p>Duración: 5 a 10 min</p>	<p>consulta de enfermería</p>
				<p>Realizo <u>acompañamiento y retroalimentación</u> de las necesidades</p>	<p>Mediante la visita domiciliaria la enfermera identifico factores de riesgo extrínsecos como la ubicación geográfica,</p>	<p>Visita domiciliaria luego de la consulta de enfermería y la llamada telefónica</p>

				<p>identificadas en el paciente prequirúrgico y de las estrategias educativas utilizadas por el proveedor de estructura</p>	<p>vías de acceso, características ambientales, situación socio económica, apoyo social e información, las cuales inciden en el pre, trans y post operatorio del paciente.</p> <p>Aplicación de las escalas de ansiedad e incertidumbre</p> <p>La enfermera diligenció el formato de visita domiciliar que incluye nombre del paciente dirección, factor protector identificado, factor de riesgo identificado información suministrada y recomendaciones dadas para mitigar el mismo. Lugar: residencia del paciente pre quirúrgico Duración: 30 minutos</p>	
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3.8 Instrumentos

3.8.1 MUIS - A (anexo 1)

La escala de la incertidumbre en la enfermedad forma adulto, fue usada inicialmente para personas hospitalizadas o críticamente enfermas, posteriormente ha sido validada con pacientes con diversas patologías y en contextos hospitalarios y comunitarios. Las distintas formas de esta escala (adulto, comunitaria, padres, miembro de familia) han sido ampliamente usadas en personas con distintas patologías agudas y crónicas, cáncer, HIV, enfermedades pulmonares y cardiacas, enfermedades congénitas, procedimientos quirúrgicos, entre otros. Han sido traducidas a varios idiomas entre ellos suizo, alemán, coreano, hebreo, mandarín, español y griego. Los datos de validez y confiabilidad de las mismas se han reportado a partir de distintas muestras de pacientes y familias en situaciones de enfermedad, diagnóstico y tratamiento. Para la forma del adulto, se reporta

confiabilidad medida por alfa de cronbach en la versión de 32 de ítems (0.64 y 0.95) y en la versión de 28 ítems entre (0.56 y 0.95) ⁽¹²⁰⁾

La versión del adulto contiene 33 ítems distribuidos en una estructura de 4 factores denominados ambigüedad, complejidad, inconsistencia, imprevisibilidad. A partir de esta, pueden obtenerse resultados de la medición de incertidumbre en dos formas, una de cuatro factores – 32 ítems y otra de dos factores – 28 ítems. Para calcular el puntaje total de la misma, deben sumarse los puntajes obtenidos a partir de cada uno de los factores o dimensiones, en el Manual de uso la autora indica eliminar de este cálculo el ítem 15 cuando se utiliza la forma de 4 factores o eliminar los ítems 12, 21, 25, 27 y 30 cuando se utiliza la forma de dos factores. El resultado de la puntuación indica que a mayor puntaje mayor nivel de incertidumbre. ⁽¹²⁰⁾

Se reporta confiabilidad medida por alfa de cronbach en la versión de 32 de ítems (0.64 y 0.95) y en la versión de 28 ítems entre (0.56 y 0.95)

Versión 4 factores – 32 ítems

El primer factor denominado *ambigüedad* contiene 13 ítems (3, 4, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 23, 24, 26) y es definido como señales del estado de enfermedad que son vagos, indiferenciados y tienden a súper ponerse. Los puntajes de ambigüedad oscilan en un rango entre 13 - 65.

El segundo factor denominado *complejidad* contiene 7 ítems (6, 7, 10, 28, 31, 32, 33) y es definido como señales acerca del tratamiento y el sistema de cuidado que son múltiples intrincados y variados. Los puntajes de complejidad oscilan en un rango entre 7 - 35

El tercer factor denominado *inconsistencia* contiene 7 ítems (1, 2, 5, 11,19, 22, 29) y se refiere a recibir información que cambia frecuentemente o que no es consistente con información recibida previamente. Los puntajes de inconsistencia oscilan en un rango entre 7- 35

El cuarto factor denominado *imprevisibilidad*, contiene 5 ítems (12, 21, 25, 27,30) y se define como una insuficiente congruencia entre las señales de la enfermedad y el tratamiento y el resultado de la enfermedad. Los puntajes de imprevisibilidad oscilan en un rango entre 5-25.

Versión 2 factores

El factor denominado *ambigüedad* contiene 16 ítems (1, 2, 3,4, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 24, 26,29) y es definido como señales del estado de enfermedad que son vagos, indiferenciados y tienden a súper ponerse. Los puntajes de ambigüedad oscilan en un rango entre 16-80.

El segundo factor denominado *complejidad* contiene 12 ítems (5, 6, 7,10, 11, 19, 22, 23, 28, 31, 32, 33) y es definido como señales acerca del tratamiento y el sistema de cuidado que son múltiples, intrincados y variados. Los puntajes de complejidad oscilan en un rango entre 12-20

La autora reporta que no se observan diferencias significativas en la puntuación entre hombres y mujeres y por distintos rangos de edad, en cambio sí difieren según el nivel educativo. Se observa que personas con un bajo nivel educativo puntúan mayor grado de incertidumbre que personas con un nivel mayor de educación.

En esta investigación se obtuvo autorización para utilizar la versión en español validada por Mejía (2012).⁽¹¹⁶⁾

3.8.2 Inventario de la Ansiedad Estado y de Ansiedad Rasgo, IDARE.

El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), es un instrumento autoaplicado, desarrollado por Charles Spielberger y Rogelio Díaz Guerrero (1966), con el fin de evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como *estado*, condición emocional transitoria, y la ansiedad como *rasgo*, propensión ansiosa relativamente estable, es decir, la propensión a la ansiedad, las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a las situaciones percibidas como amenazantes. Está dirigida a población adolescente y adulta, la duración de la aplicación se estima entre 8 y 10 min y puede hacerse en forma individual y/o colectiva. *Esta escala se encuentra para uso libre.*

La *escala Rasgo* consta de 13 ítems positivos y 7 negativos, con una variación en la escala de respuesta entre casi nunca a casi siempre. La forma de respuesta va de 0 a 4; la persona debe responder una serie de preguntas, en relación a como se siente habitualmente. La *escala Estado*, se compone de 10 ítems positivos de ansiedad y 10 ítems negativos; la persona debe responder en relación a como se siente en el momento actual.

Para ambas escalas de la ansiedad se considera un nivel alto si la puntuación es mayor o igual a 45; medio si oscila entre 30-44 y bajo si es menor o igual a 30.

Se ha determinado la validez concurrente de la prueba mediante otros inventarios de ansiedad y reporta una confiabilidad original de 0.83 a 0.92 para la escala Estado y puntajes igualmente altos para la escala Rasgo.

3.9 Marco de análisis

El análisis de los resultados obtenidos se realizó bajo los enfoques descriptivo e inferencial; el componente descriptivo fue desarrollado usando el programa Microsoft Excel e incluyó el análisis de distribución de frecuencias relativas, el cálculo de medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango y desviación estándar). Con el fin de visualizar y comparar tendencias entre grupos se elaboraron gráficos de barras y columnas en Excel y, gráficos tipo box-plot (caja y bigotes) con el fin de visualizar la tendencia de la mediana y la dispersión de los datos usando el paquete estadístico PAST versión 2.12 (Hammer *et al.*, 2001). El componente inferencial del análisis se realizó usando el software SPSS y las pruebas estadísticas se seleccionaron según el tipo de datos y la distribución de los mismos. La distribución se evaluó con la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, tomando como hipótesis nula la normalidad de los datos, por consiguiente, valores de p superiores a 0,05 indican la distribución normal del conjunto de datos y por ende justifican la elección de una prueba paramétrica; en el caso contrario, si en el test de Shapiro-Wilk se obtiene un valor de p inferior a 0,05 se selecciona una prueba no paramétrica (Sokal y Rohlf, 1986). En el caso de las comparaciones intra-grupo, antes y después de la intervención, se usaron pruebas para muestras dependientes o emparejadas: t de Student para datos con distribución normal (paramétrica) y W de Wilcoxon en caso de distribución no normal (no paramétrica). Para las comparaciones inter-grupos se usó la prueba t de Student para muestras independientes en caso de distribución normal o la prueba U de Mann-Whitney si los datos no se ajustaban a una distribución normal. La relación o asociación entre los niveles de ansiedad e incertidumbre se evaluó usando pruebas de correlación: paramétrica de Pearson si los datos se ajustan a una distribución normal o no paramétrica de Spearman si la distribución es no normal. La significancia estadística de todas las pruebas fue evaluada considerando un nivel de confianza de 95% o alfa de 0,05. ^(121, 122,)

3.10 Consideraciones éticas

Se garantizó la aplicación de la ley 911 de 2004 (Tribunal Nacional Ético de Enfermería) y la Resolución 8430 de 1993 (por la cual se establecen las normas éticas para la investigación en salud), las cuales señalan la prioridad del respeto al valor de la vida, la dignidad humana, el bienestar y la protección de los derechos de los pacientes, y las pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos de la Organización Mundial de la Salud (CIOMS, 2002).^(117,118)

Es fundamental aclarar que, dadas las características de la investigación, la omisión de dicha intervención educativa no representa un riesgo o amenaza para el bienestar, la integralidad y la vida de los pacientes pertenecientes al grupo de comparación, a quienes se les podrá impartir la educación una vez realizada la pos prueba. Igualmente, es necesario anotar que el paso del tiempo para la intervención educativa en estos pacientes tampoco representara una amenaza vital.

Una vez aclarados los anteriores aspectos, se presentan a continuación los siguientes principios éticos que guiaran el desarrollo de la investigación:

- **Autonomía:** Este principio ético se garantiza respetar el derecho de los pacientes a decidir participar o no de la investigación, para lo cual se hará, uso del consentimiento informado por escrito, igualmente, se respetará el deseo de retirarse en cualquier momento durante el transcurso del estudio sin que esto represente problemas legales para la persona (Resol 8430/93 capítulo 1, artículo 6, 14 y 15). Hace parte de las consideraciones éticas informar previamente a los sujetos del estudio sobre las características de la intervención, de tal modo que se aclare que ésta no representa riesgos para la integridad y dignidad de la persona e informar sobre los beneficios que la intervención educativa puede representar para la salud del individuo (pautas CIOMS 5, 6 y 8).

- **Beneficencia:** Se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio, este principio se garantiza al enmarcar el estudio dentro de un diseño válido (los procedimientos son coherentes con los objetivos) y donde los riesgos, que son mínimos, son razonables a la luz de los beneficios esperados. La competencia del investigador además hará que se ponga, el bienestar de los sujetos de investigación por encima de la misma (pauta CIOMS1).

- **No maleficencia:** El respeto a este principio ético está dado por las características de la intervención. De acuerdo a la clasificación de riesgo de las investigaciones establecida por la Resolución 8430 de 1993 la presente investigación aplica en la categoría de bajo riesgo ya que la intervención propuesta es únicamente de tipo educativo y por lo tanto no representa un riesgo para la integridad de la persona que participe de la investigación (pauta CIOMS 1).

Confidencialidad – Privacidad: (Resol 8430/93 capitulo 1, articulo 8). La obtención de los datos para el presente estudio se realizará, en forma de entrevista con previo consentimiento informado y en un ambiente de reserva.

Posteriormente, los datos obtenidos en la investigación se usarán, única y exclusivamente con fines académicos y de aporte al conocimiento de enfermería por tal razón, se garantizará, el completo anonimato de los sujetos que participarán de ella (pauta CIOMS 18).

- **Veracidad:** El cumplimiento de este principio se relaciona, con el correcto manejo de la información; es decir, garantizando que no se manipulen los resultados del estudio a gusto del investigador, sino que lo publicado corresponda a la realidad de los pacientes que participaron del estudio. Así mismo, se tendrá en cuenta la entrega de resultados a la institución, con el fin de que

el proceso de investigación cumpla su verdadero fin, producir conocimiento y ponerlo al servicio de la comunidad.

Por tanto, se puso en conocimiento de la institución la realización del estudio la autorización del mismo por la subgerencia científica de la clínica de Especialistas. Antes de incluir a los sujetos en el estudio, se les informo, verbalmente acerca de los objetivos del estudio y se explicó el papel que desempeñan en el mismo, así como del carácter voluntario de su participación. Además, se entregó un documento de consentimiento informado (Anexo 4) en el que se reforzará por escrito la información dada verbalmente y se hará hincapié en la confidencialidad de los datos y el tratamiento agregado de los mismos.

4. Resultados y Discusión

4.1 Análisis de variables sociodemográficas y comparaciones por tipo de anestesia

La muestra analizada estuvo conformada por 118pacientes, de los cuales 79 (67%) pertenecen al grupo experimental y 39 (33%) al grupo de comparación. En la muestra global y dentro de cada grupo, los pacientes se distribuyeron en forma equitativa entre hombres y mujeres (Figura 1). La edad de los pacientes participantes estuvo en el rango comprendido entre los 18 y 73 años; en el grupo experimental la edad promedio fue de 44,3 y desviación estándar (DE) de 15,6 años, mientras en el grupo comparación la media fue de 48,4 y DE 14,16 años.

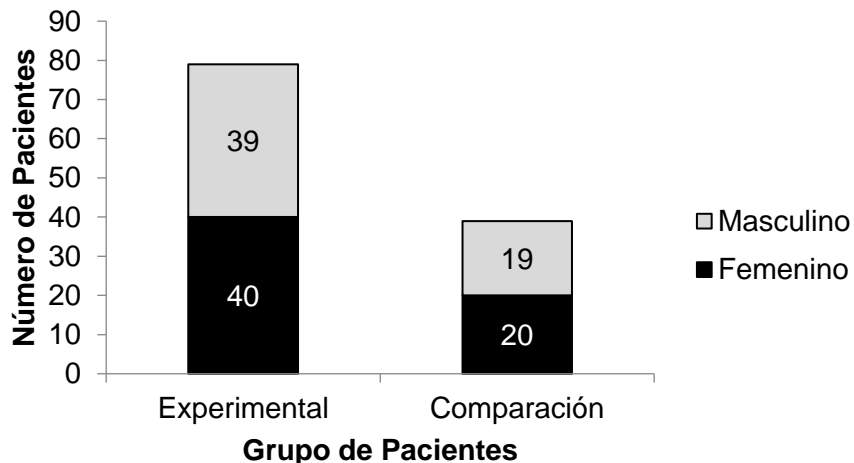


Figura 1. Distribución de los pacientes de la muestra por grupo: experimental y comparación según el género

Respecto al nivel de escolaridad, en la muestra analizada se encuentran pacientes con niveles desde primaria hasta maestría, siendo el nivel de secundaria el más frecuente en la muestra con el 63% de los pacientes. En el grupo experimental se encuentran varios niveles de escolaridad el nivel de escolaridad que prevelece es secundaria, seguido por universitario y primaria. Por otro lado, en el grupo comparación el nivel de escolaridad más frecuente es secundaria, seguido por primaria y

universitaria (Figura 2). El 4% de los pacientes de la muestra se encuentran pensionados y hacen parte del grupo experimental.

Se indagó por el consumo de medicamentos, por parte de los pacientes en la muestra; los resultados indican que en el grupo comparación ninguno de los pacientes recibe algún tipo de tratamiento farmacológico, mientras en el grupo experimental el 8% de los pacientes manifestaron consumir medicamentos antihipertensivos.

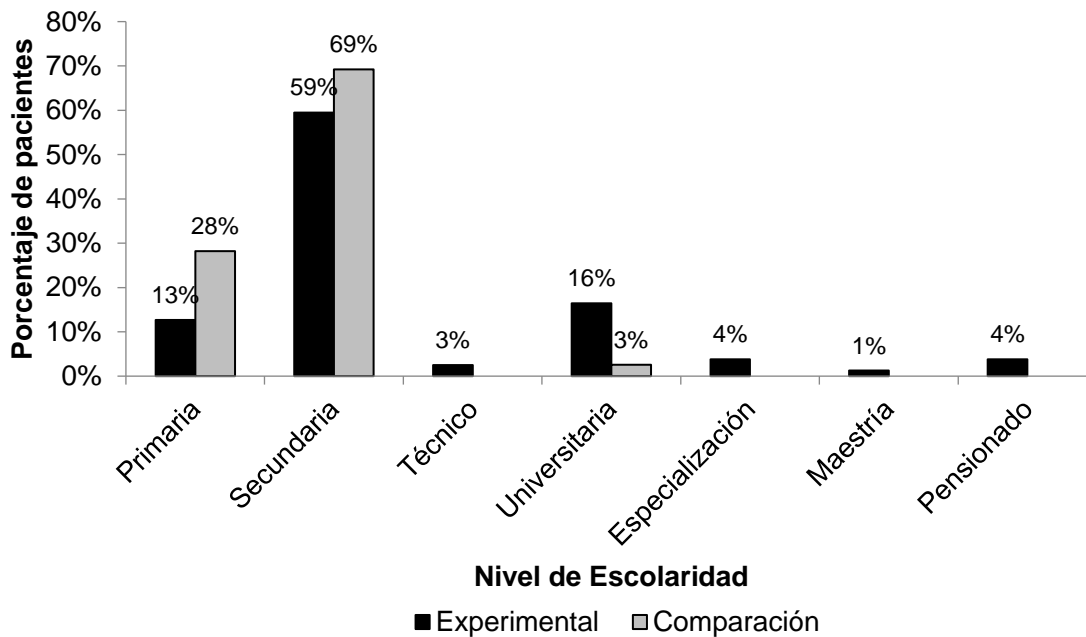


Figura 2. Distribución porcentual de los pacientes de la muestra según el nivel de escolaridad y el grupo al que pertenecen.

Respecto al tipo de anestesia que recibieron, la distribución de los pacientes es equitativa entre raquídea (51%) y general (49%); dicha tendencia en la muestra se mantiene al interior de los grupos experimental y de comparación. Las variables sociodemográficas descritas anteriormente se compararon entre los pacientes según el tipo de anestesia suministrado. Los resultados muestran

una distribución equitativa dentro de los grupos según el género y tipo de anestesia, ya que los porcentajes son cercanos al 50% tanto para raquídea como general (Figura 3).

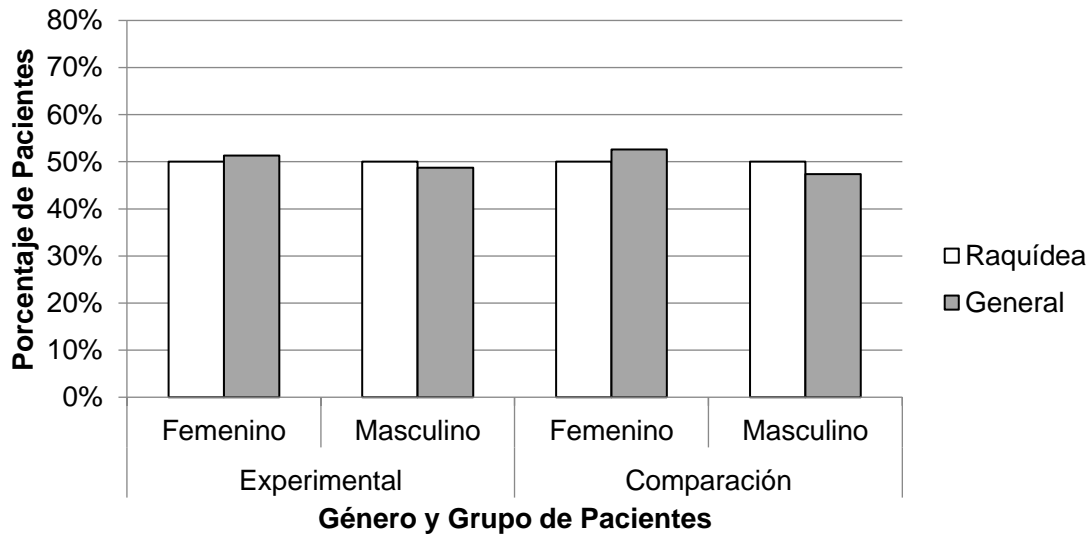


Figura 3. Distribución porcentual de los pacientes por grupos, género y tipo de anestesia suministrada para el procedimiento quirúrgico.

Al organizar los pacientes según su nivel de escolaridad y la anestesia suministrada, se observó que tanto en el grupo experimental como en el de comparación, fue más frecuente la anestesia general en pacientes con secundaria, mientras que la anestesia raquídea fue la más frecuente en los pacientes con niveles de primaria y universitaria (Figura 4).

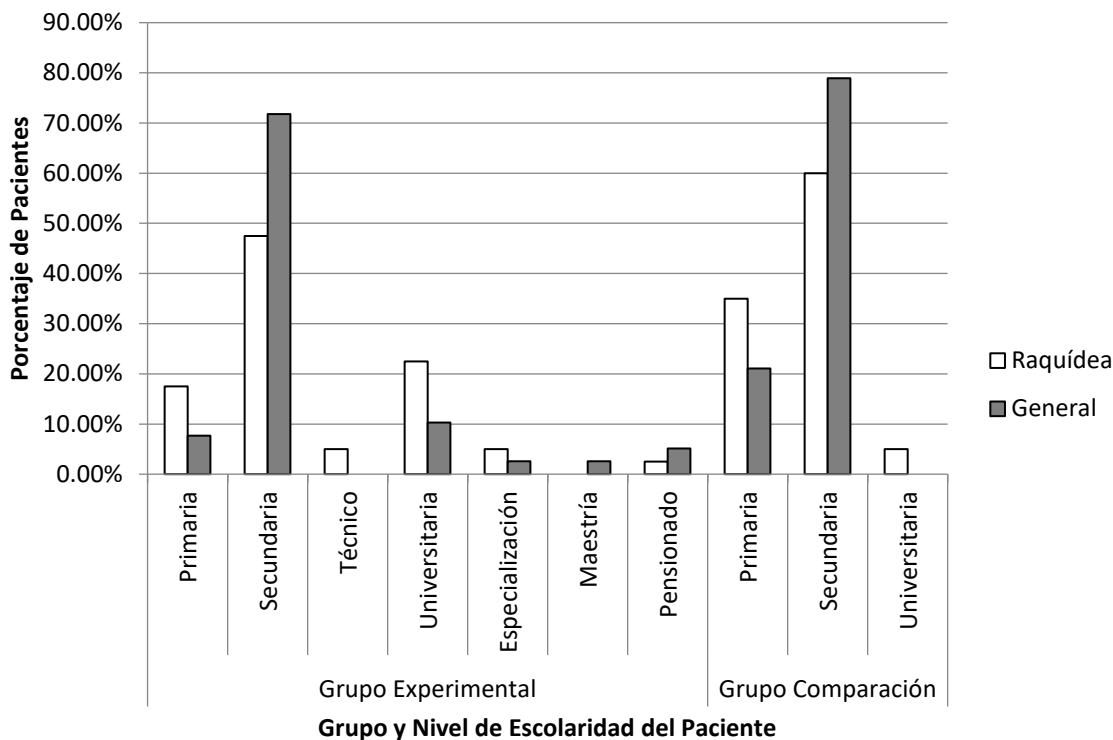


Figura 4. Distribución porcentual de los pacientes por grupos, nivel de escolaridad y tipo de anestesia suministrada para el procedimiento quirúrgico.

De los 6 pacientes del grupo experimental que refirieron consumir algún tipo de droga, el 66% recibieron anestesia general y el 34% restante anestesia raquídea.

4.2 Análisis de ansiedad rasgo por grupo

La aplicación del instrumento IDARE permitió estimar el nivel de ansiedad de rasgo que presentaban los pacientes de los grupos experimental y de comparación. Los resultados muestran un puntaje promedio de 41,8 para el grupo experimental y de 40,87 en el grupo comparación, correspondiendo en ambos casos a un nivel medio de ansiedad rasgo. El análisis estadístico descriptivo indica mayor dispersión o variabilidad en el puntaje de ansiedad obtenido en el grupo comparación, esto se refleja en la desviación estándar y en el rango, que corresponde a la distancia entre los valores mínimo y máximo (Tabla 7).

Tabla 7. Medidas de tendencia central y dispersión obtenidas del puntaje alcanzado por los grupos experimental y comparación en el instrumento para evaluar ansiedad IDARE Rasgo.

		Puntaje IDARE Rasgo				
Grupo	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Rango
Experimental	79	30	59	41,8	5,603	29
Comparación	39	14	58	40,87	7,858	44

Al clasificar los puntajes según las categorías de ansiedad cualitativas propuestas en el IDARE, se observa mayor frecuencia del nivel medio de ansiedad en el grupo experimental y del nivel alto en el grupo comparación (Figura 5).

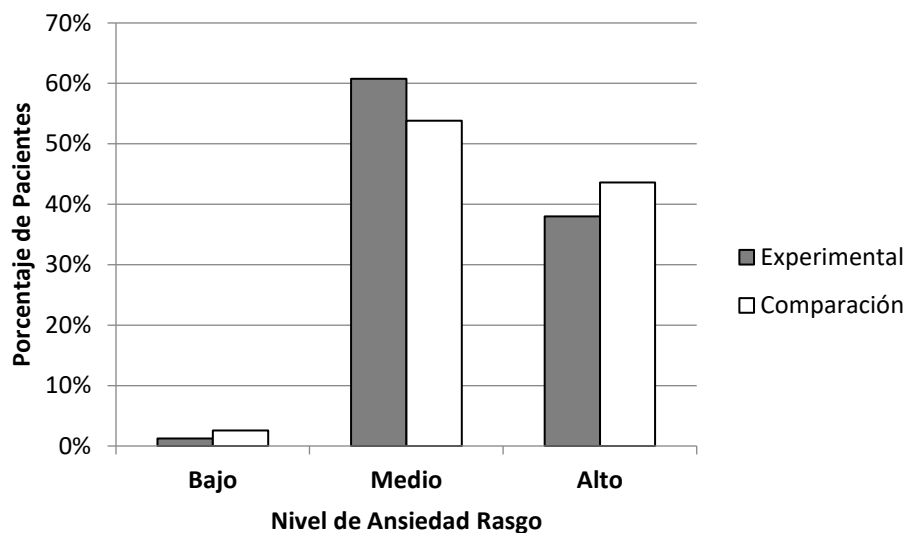


Figura 5. Distribución porcentual de los pacientes en los grupos experimental y comparación según el nivel de ansiedad rasgo obtenido en la escala IDARE.

La misma clasificación del nivel de ansiedad, agrupando a los pacientes según el tipo de anestesia, muestra que la frecuencia de ocurrencia de los niveles medio y alto de ansiedad son similares entre

los grupos experimentales y de comparación cuando los pacientes reciben anestesia raquídea; por otro lado, en los pacientes que reciben anestesia general es más frecuente el nivel medio de ansiedad en el grupo experimental y el nivel alto en el grupo comparación (Figura 6).

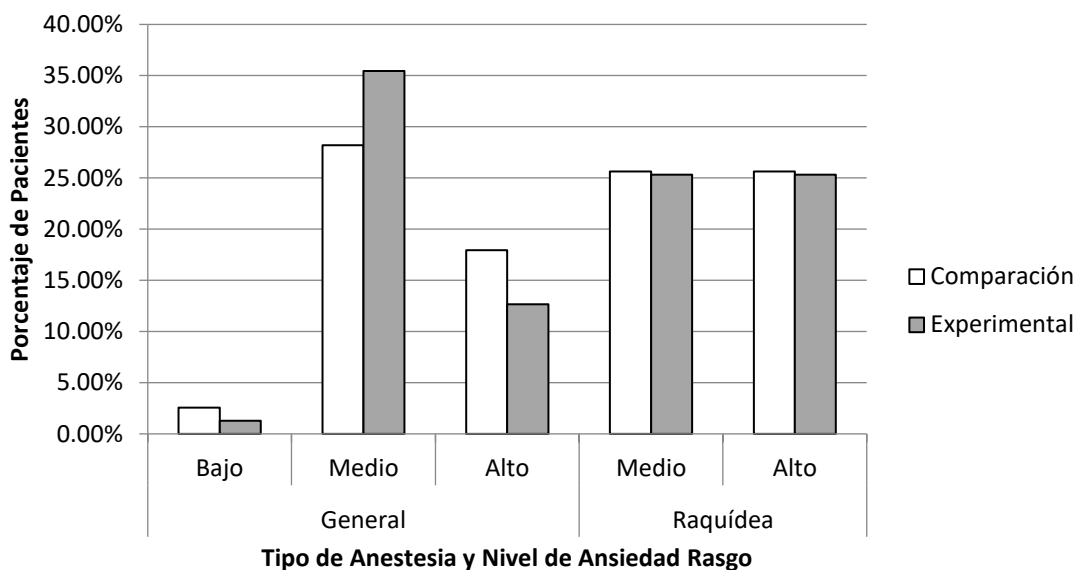


Figura 6. Distribución porcentual de los pacientes en los grupos experimental y comparación según el tipo de anestesia recibido y el nivel de ansiedad rasgo obtenido en la escala IDARE.

4.3 Análisis Ansiedad Estado por grupos

La aplicación del instrumento autoevaluativo IDARE permitió estimar el nivel de ansiedad de estado que presentaban los pacientes de los grupos experimental y de comparación. Los resultados muestran un puntaje promedio de 43,5 para el grupo experimental y de 41,7 en el grupo comparación, correspondiendo en ambos casos a un nivel medio de ansiedad de estado. El análisis estadístico descriptivo indica mayor dispersión o variabilidad en el puntaje de ansiedad de estado obtenido en el grupo experimental, esto se refleja en la desviación estándar y en el rango, que corresponde a la distancia entre los valores mínimo y máximo (Tabla 8).

Tabla 8. Medidas de tendencia central y dispersión obtenidas del puntaje alcanzado por los grupos experimental y comparación en el instrumento para evaluar ansiedad IDARE

		Puntaje IDARE Rasgo				
Grupo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Rango
Comparación	39	23	53	41,7	6,8	30
Experimental	79	28	71	43,5	8,6	43

De acuerdo a los promedios obtenidos puede afirmarse que los pacientes del grupo experimental presentaban mayor nivel de ansiedad de estado; la misma tendencia se observó al clasificar los puntajes según las categorías de ansiedad cualitativas propuestas en el IDARE, se observa mayor frecuencia del nivel medio de ansiedad de estado en el grupo comparación y del nivel alto en el grupo experimental (Figura 7).

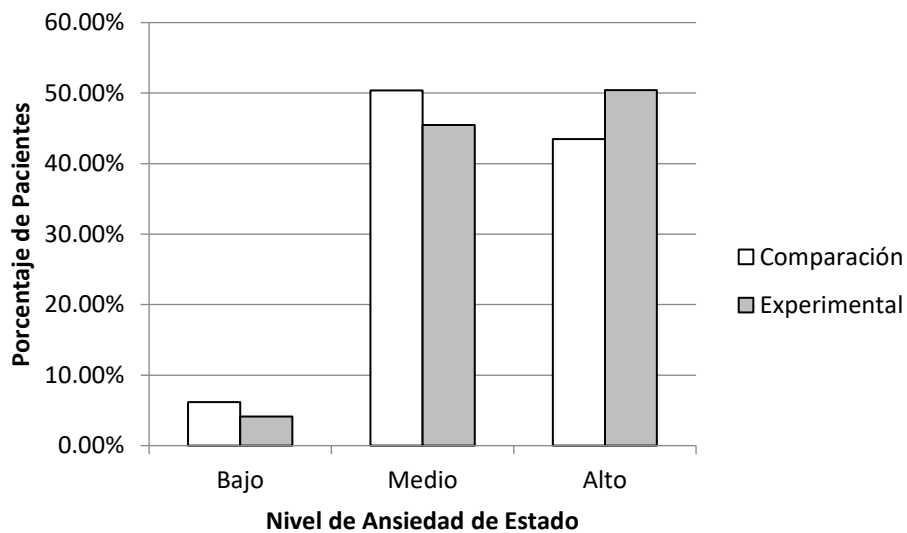


Figura 7. Distribución porcentual de los pacientes en los grupos experimental y comparación según el nivel de ansiedad de estado obtenido en la escala IDARE

La misma clasificación del nivel de ansiedad, agrupando a los pacientes según el tipo de anestesia, muestra que la frecuencia de ocurrencia de los niveles medio y alto de ansiedad son similares entre los grupos experimentales y de comparación cuando los pacientes reciben anestesia raquídea; por otro lado, en los pacientes que reciben anestesia general es más frecuente el nivel medio de ansiedad en el grupo experimental y el nivel alto en el grupo

Comparación (Figura 8).

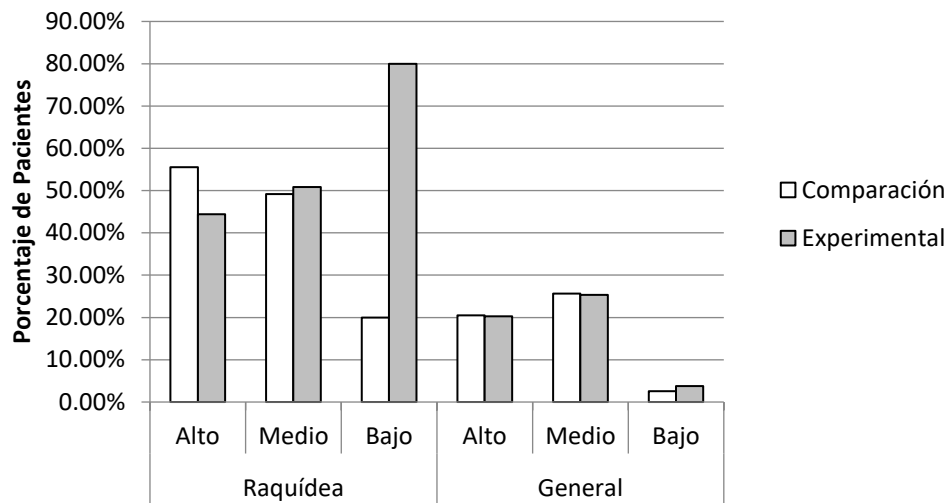


Figura 8. Distribución porcentual de los pacientes en los grupos experimental y comparación según el tipo de anestesia recibido y el nivel de ansiedad de estado obtenido en la escala IDARE

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad (de pánico, desórdenes por ansiedad generalizada, trastornos mixtos ansioso-depresivos); sin embargo, la que se genera en el paciente por el acto anestésico-quirúrgico es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico, de hecho, puede ser una característica constitucional de la personalidad del paciente. ⁽¹²³⁾.

En la revisión de la literatura, se evidencian pocos estudios que evalúan el nivel de ansiedad relacionada con el tipo de anestesia en el pre operatorio, se encuentran investigaciones que evalúan el nivel de ansiedad en este periodo clasificándola, según el nivel de la misma, tal como se demostró en los estudios de Kiyohara y colaboradores⁽¹²⁴⁾, Masood Jawaid y colaboradores⁽¹²⁵⁾. lo que en estos estudios, se debe a la falta de conocimiento e información que reciben los pacientes previo al acto quirúrgico anestésico.

Kevin Omar Ham-Armenta, el año 2013, desarrolló una investigación sobre “Nivel de ansiedad preoperatoria en los pacientes programados a cirugía electiva en el hospital de ginecología y obstetricia del IMIEM, mediante la aplicación de la escala de APAIS y escala de Spielberg”, quienes señalan que el 28% de pacientes presenta ansiedad, lo que devela la necesidad de recibir más información. ⁽¹²⁶⁾

En situación muy similar, Isabel Hernández, en el año 2014, desarrolló una investigación sobre “Cuidado espiritual y nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos del Hospital Regional de Ayacucho”, aplicando el Test de Ansiedad de Zung con la cual determinó una tasa considerable de ansiedad pre-quirúrgica de nivel intenso. ⁽¹²⁷⁾

En Colombia se registran escasos datos de caracterización de ansiedad preoperatoria en pacientes adultos. El trabajo de Muñoz Pérez, (2010) ⁽¹²⁸⁾ demostró que una variable de interés fue la Necesidad de Información de los pacientes, encontrando que al menos el 40% de los pacientes manifestaron una alta necesidad de Información. Este aspecto es uno de los más relevantes, coincidiendo con lo revelado por otros autores ^(130,131) en que la falta de información adecuada y oportuna en la valoración pre-anestésica se correlaciona con altos niveles de ansiedad, mientras que aquellos con mejor información, la ansiedad se reduce considerablemente.

En concordancia con lo reportado en la literatura por algunos autores ,se encuentra ^(131,132,133,134) una tendencia en el nivel educativo : la escolaridad reportada fluctúa en secundaria completa y esta se correlacionó con menor ansiedad preoperatoria, en nuestro estudio el nivel de ansiedad medio estuvo en el nivel de escolaridad secundaria y profesional y el alto en el de secundaria mientras que en un grupo de México, observaron un mayor porcentaje de ansiedad preoperatoria en pacientes con nivel educativo elevado. ⁽¹³⁵⁾

Jiménez E. (2015), En sus resultados encontró que el nivel de ansiedad era bajo con 55%, medio 42% y alto 3%. Los factores relacionados a su aparición o incremento fueron la edad, género, nivel educativo, etnia, estado civil, cirugías previas; afirmaron también que la información y educación del profesional de enfermería es indispensable para disminuir la ansiedad. (136). Información que demuestran los estudios de Caumo (2001) y Berth (2007). ^(137,138)

Alfonso (2012) logro demostrar, que los niveles de ansiedad que predominaron en el grupo de pacientes antes de la aplicación de la sesión informativa fue de ansiedad leve, así mismo, evidenció que la media pre intervención fue de 22.9% y la media post intervención fue de 21.1%, con un valor de probabilidad menor de 0.05, por lo que se concluyó, que el diseño y aplicación de una sesión informativa estructurada, clara y precisa que incluye información general, cognitiva, sensorial y el encuentro enfermera-paciente antes de la realización contribuyen a disminuir los niveles de ansiedad/estado y alcanzar una recuperación exitosa posterior al procedimiento. ⁽¹³⁹⁾

Estos resultados coinciden con los de Reyes (2009), quien señala que una estrategia para disminuir la ansiedad del paciente, es la educación preoperatoria programada a través de una visita de enfermería en la que se refleja una relación enfermera-paciente de calidad; la misma influye directamente en la satisfacción del enfermo hacia los cuidados recibidos y se constituye en un elemento clave para enfrentar algunos sucesos que pudieran presentarse durante la cirugía. ⁽¹⁴⁰⁾

Delgadillo (2016), realizó un estudio de tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal, se ejecutó en una muestra de 40 pacientes programados para cirugía de emergencia. En los resultados encontró que el 45% presentaban ansiedad moderada, el 35% ansiedad intensa y el 20% ansiedad leve. Por tanto, existía un alto porcentaje de pacientes con niveles de ansiedad entre moderado e intenso, lo cual debería ser tomado en cuenta por el profesional de Enfermería para mejorar su cuidado a los pacientes quirúrgicos. ⁽¹⁴¹⁾

Valencia (2013) realizó el estudio en donde el nivel de ansiedad en los pacientes atendidos el 50% tiene un nivel de ansiedad leve, el 33% fue moderado, 10% fue grave y el 7% no muestra ansiedad. Esto evidenció los beneficios del programa educativo implementado por la enfermera en los pacientes de cirugía, lo cual ayudó a prevenir el impacto en el proceso de salud y enfermedad que están asociados a situaciones de temor, ansiedad y otros problemas que alteran la salud integral de estos pacientes. ⁽¹⁴²⁾

Con relación a la aplicación de la Escala Idare para la evaluación de la ansiedad rasgo y ansiedad estado antes de la cirugía Rojas (2013) encontró que un 50.9 % presentan nivel de ansiedad moderada, seguida del 35.6 % con ansiedad baja y solo un 13.5% se encontraban con nivel alto de ansiedad al comparar con la investigación realizada por Melo Alves (2007) Sobre Ansiedad en el Período Preoperatorio de Cirugía de Mama, donde fue aplicado el Test de IDARE I se encontró que de igual manera predominó el nivel de ansiedad Moderada con un 45,3%, sin embargo para el nivel alto se mostró un 9 35,8% lo que difiere con el presente estudio.

Álvarez, (2012) asegura que el impacto de una intervención pre operatoria sobre las medidas de la ansiedad estado y ansiedad rasgo, se mostró como no significativo estadísticamente a pesar de que la media de la ansiedad estado fue ligeramente más baja en el grupo de intervención (18,96) que en el control (20,03). Cabe destacar la mayor ansiedad de estado de las mujeres intervenidas

en la especialidad de ginecología frente a los demás intervenidos. En el caso de la ansiedad rasgo observo que un nivel de ASA mayor de 2 supone una mayor ansiedad; además, el consumo de psicofármacos también está relacionado con un mayor nivel de ansiedad de rasgo.

Romero, (2004)¹⁶⁴ encontró, grados elevados de ansiedad-rasgo y ansiedad estado en la etapa preoperatoria tanto en el grupo experimental como en el control. Para este investigador, es conveniente conocer la ansiedad-rasgo del paciente para enfocar la intervención de enfermería, para este, debería ser realizada con anterioridad al ingreso y dirigida a proporcionar apoyo psicológico cuando exista ansiedad rasgo elevada.

Este mismo estudio, al comparar, los dos grupos tras medir su ansiedad-rango, encontró que esta, fue menor en el grupo control (20,8) y mayor en el grupo experimental (21,5), consecuentemente, la ansiedad-estado también fue mayor en el grupo control (15,9) y en el grupo experimental (17,6), y existió un menor aumento en la medición post ansiedad-estado ,En el grupo experimental (con una escala de 0 a 60) el valor medio pre y post de (-1,32) no fue significativo.

Los resultados del estudio de Navas, (2008)¹⁶⁵ arrojan algunas diferencias de tendencias entre los grupos experimental y control, pero no fueron estadísticamente significativas. Asimismo, no se pudo establecer una correlación entre los niveles de Ansiedad rango y Ansiedad estado en el pre y post operatorio

Chirveches, (2006)¹⁶⁶ analizo la evolución de los niveles de ansiedad-estado en todo el proceso pre quirúrgico, siendo más destacada la diferencia de ansiedad estado entre el momento del ingreso, el día anterior a la intervención quirúrgica. Se observó, un aumento significativo del nivel de Ansiedad estado en la aplicación de la escala en la sala de pre anestesia, y, en consecuencia, una percepción del dolor significativamente superior a las 24, 48 y 72 horas postoperatorias.

Los antecedentes revisados acerca de la variable de estudio de investigación, demuestran que los pacientes padecen ansiedad en la etapa preoperatoria en diferentes niveles, esto demostrado por el uso de diversos instrumentos de medición de ansiedad; es decir es un estado emocional inherente a la situación que el paciente atravesará como parte de la cirugía programada.

No se encontró ningún estudio que muestre un nivel de ansiedad bajo, en el cual, los pacientes no sienten la necesidad de asistencia para hacer frente a los efectos negativos que esta trae para poder afrontar el proceso quirúrgico.

4.4 Análisis descriptivo general de incertidumbre

El puntaje obtenido por los pacientes en la valoración de incertidumbre siguió una tendencia similar entre los grupos experimental y comparación en la valoración pre-anestésica; las medidas de tendencia central y de dispersión calculadas en el análisis estadístico descriptivo, muestran valores cercanos de la media y mayor variabilidad o dispersión de los datos en el grupo comparación (Tabla 9, Figura 9). La escala de incertidumbre está compuesta por cuatro dimensiones o factores que fueron analizados para cada grupo de pacientes estudiado; el grupo experimental mostró promedios superiores en las dimensiones inconsistencia e imprevisibilidad, mientras que en el grupo comparación se presentaron promedios mayores en ambigüedad y complejidad (Tabla 9); sin embargo, puede decirse que, en general, la tendencia es similar para todos los factores entre los grupos, ya que las diferencias entre medias nunca superan los 3 puntos.

Una vez realizada la valoración pre quirúrgica de enfermería, se realizaron el seguimiento telefónico y visita domiciliaria) al grupo experimental se realiza una nueva valoración de la incertidumbre, así como en el grupo comparación (que no recibió intervención). El resultado muestra disminución en el puntaje promedio de incertidumbre para el grupo experimental y

aumento en el grupo comparación (Tabla 10, Figura 9); sin embargo, se observa un aumento considerable en la variabilidad de los puntajes en el grupo experimental después de la intervención, la desviación estándar es elevada, así como la distancia entre los valores mínimo y máximo. Por el contrario, en el grupo comparación la dispersión o variabilidad disminuye respecto a la valoración pre-anestésica. Al analizar los resultados por factor de incertidumbre, se observa que el grupo experimental supera al de comparación en el promedio del factor complejidad, mientras que los demás factores presentan promedios superiores en el grupo comparación, con una tendencia más marcada en el caso del factor ambigüedad, donde la diferencia entre grupos supera los 7 puntos. En este último factor mencionado, se observa una reducción importante en el promedio obtenido por el grupo experimental antes y después de la intervención (Tabla 9).

Tabla 9. Promedio y desviación estándar del puntaje obtenido en cada uno de los factores que componen la escala de incertidumbre durante la consulta pre-anestésica en los grupos estudiados.

Factor de Incertidumbre	Experimental		Comparación			General	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
<i>Ambigüedad</i>	36,13	6,4	38,67	5,2	36,97	6,1	
<i>Complejidad</i>	26,65	2,1	27,05	3,5	26,78	2,6	
<i>Inconsistencia</i>	16,96	3,4	16,31	4,0	16,75	3,6	
<i>Imprevisibilidad</i>	16,25	2,8	14	2,8	15,51	3,0	
<i>General</i>	95,99	8,81	96,03	9,45	96	8,98	

Figura 9. Gráfico de caja y bigotes (box-plot) que muestra la tendencia del puntaje obtenido por los pacientes en la valoración de incertidumbre durante la consulta pre-anestésica y después de la intervención realizada al grupo experimental.

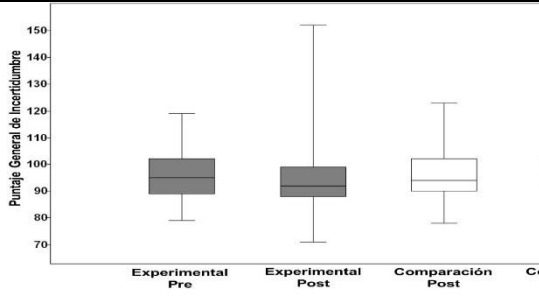
 factor de Incertidumbre	Experimental		Comparación		General	
	Med ia	Desviac ión estándar	Med ia	Desviac ión estándar	Med ia	Desviac ión estándar
<i>Ambigüedad</i>	32,49	6,9	39,82	4,3	34,92	7,0
<i>Complejidad</i>	26,9	2,2	25,03	1,8	26,28	2,2
<i>Inconsistencia</i>	16,77	3,1	17,82	2,9	17,12	3,1
<i>Imprevisibilidad</i>	16,75	6,9	14,21	1,8	15,91	5,8
<i>General</i>	92,91	11,8	96,87	7,3	94,22	10,6

Tabla 10. Promedio y desviación estándar del puntaje obtenido en cada uno de los factores que componen la escala de incertidumbre después de realizar la intervención en el grupo experimental.

4.5 Análisis inferencial sobre nivel de incertidumbre

Análisis Comparativo dentro de los grupos

Las pruebas de normalidad para el puntaje obtenido en la escala de incertidumbre indican que los datos no se ajustan a una distribución normal ($p < 0,05$), por consiguiente, se selecciona una prueba no paramétrica para comparar los puntajes obtenidos antes y después de la intervención en

el grupo experimental y, en las dos valoraciones del grupo comparación. La prueba de rangos de Wilcoxon indica que hubo una reducción estadísticamente significativa en el nivel de incertidumbre del grupo experimental después de la intervención realizada ya que el valor de p obtenido es inferior a 0,05. En el análisis por factores de incertidumbre, se observa que en el grupo experimental el único factor cuya mediana cambió significativamente después de la intervención fue la ambigüedad (Tabla 10).

En el grupo comparación, la mediana de incertidumbre general no presentó diferencias estadísticamente significativas entre una y otra valoración, es decir que el aumento observado en el análisis descriptivo no es significativo; sin embargo, los factores complejidad e inconsistencia presentaron cambios estadísticamente significativos. En el factor complejidad se dio una reducción leve pero significativa en la mediana del puntaje, mientras en inconsistencia se da un aumento significativo (Tabla 11).

Grupo Experimental					
	Incertidumbre general	Ambigüedad	Complejidad	Inconsistencia	Imprevisibilidad
Z	-3,659 ^b	-4,504 ^b	-,741 ^c	-1,111 ^b	-,006 ^b
Significancia asintótica (bilateral). Valor de p	0,0002529	0,00	0,46	0,27	1,00
Grupo Comparación					
	Incertidumbre general	Ambigüedad	Complejidad	Inconsistencia	Imprevisibilidad
Z	-,944 ^b	-1,645 ^b	-3,640 ^c	-2,909 ^b	-1,066 ^b
Significancia asintótica	0,345	0,1	0	0,004	0,287

(bilateral). Valor de p					
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon					
b. Se basa en rangos negativos.					
c. Se basa en rangos positivos.					

Tabla 11. Resultados de las pruebas de Wilcoxon para comparar la incertidumbre dentro de los grupos experimental y comparación. Se presenta el estadístico de prueba y el valor de significancia estadística p. Aparecen sombreadas las celdas donde el valor de p muestra diferencias estadísticamente significativas.

Análisis Comparativo entre Grupos

Como se mencionó anteriormente, dada la distribución no normal de los datos, se considera el uso de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar los niveles de incertidumbre presentados por los pacientes entre los grupos experimental y comparación. En la valoración pre anestésica, antes de que el grupo experimental recibiera la intervención, el nivel de incertidumbre no presentó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p > 0,05$) según el resultado obtenido en la prueba de hipótesis (Tabla 12). Sin embargo, al comparar los puntajes obtenidos por los grupos en cada factor que compone la escala de incertidumbre, se observó que el factor ambigüedad es significativamente mayor en el grupo comparación, mientras el factor imprevisibilidad es significativamente mayor en el grupo experimental (Tabla 12).

En la evaluación posterior a la intervención sobre el grupo experimental (Fase post) se observa una diferencia estadísticamente significativa en el nivel general de incertidumbre de los pacientes respecto al grupo comparación, este último presentando un rango medio superior al del grupo intervenido. Al revisar los factores individuales que componen la escala de incertidumbre, se encontró que los niveles de complejidad e imprevisibilidad son significativamente mayores en el grupo experimental respecto al de comparación. Por otro lado, los factores inconsistencia y

ambigüedad presentaron rangos medios superiores en el grupo experimental, pero solo en ambigüedad la diferencia es estadísticamente significativa (Tabla 13).

Experimental vs. Comparación Fase Pre						
		Incertidumbre general	Ambigüedad	Complejidad	Inconsistencia	Imprevisibilidad
Rango Medio	Experimental	59,61	54,98	55,6	62,13	67,99
	Comparación	59,27	68,65	67,4	54,17	42,29
Estadístico de Prueba	U de Mann-Whitney	1531,5	1183,5	1232,5	1332,5	869,5
Valor de p (95% de confianza)	Sig. asintótica (bilateral)	0,959	0,041	0,076	0,232	0

Tabla 12. Resultados de las pruebas U de Mann-Whitney para comparar la incertidumbre entre los grupos experimental y comparación antes de la intervención sobre el grupo experimental (Fase pre). Aparecen sombreadas las celdas donde el valor de p muestra diferencias estadísticamente significativas.

Experimental vs. Comparación Fase Post						
		Incertidumbre general	Ambigüedad	Complejidad	Inconsistencia	Imprevisibilidad
Rango Medio	Experimental	53,56	46,89	69,01	56,15	68,58
	Comparación	71,53	85,04	40,23	66,29	41,1
Estadístico de Prueba	U de Mann-Whitney	1071,5	544,5	789	1275,5	823
Valor de p (95% de confianza)	Sig. asintótica (bilateral)	0,007	0	0	0,127	0

confianza)						
-----------------------	--	--	--	--	--	--

Tabla 13. Resultados de las pruebas U de Mann-Whitney para comparar la incertidumbre entre los grupos experimental y comparación después de la intervención sobre el grupo experimental (Fase post). Aparecen sombreadas las celdas donde el valor de p muestra diferencias estadísticamente significativas.

Merle Mishel en su teoría de mediano rango, de la incertidumbre frente a la enfermedad propone que esta existe en situaciones de enfermedad las cuales son, ambiguas, complejas e impredecibles. Mishel define incertidumbre como la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad, Como el estado cognitivo creado cuando el individuo no puede estructurar o categorizar adecuadamente un evento relacionado con la enfermedad por falta de señales insuficientes como la información y el conocimiento.

Existe otro antecedente de la incertidumbre, constituido por la ayuda que se da a las personas para procesar todo el marco de estímulos, a través de los proveedores de la estructura sanitaria, quienes son para el paciente, autoridades confiables por su educación y por el apoyo social que ofrecen; de su ayuda dependerá la forma como los pacientes estructuren su patrón de estímulos, la familiaridad del evento y la congruencia de la experiencia para que ocurra cierto nivel de incertidumbre y la configuración de un esquema cognitivo sobre su acontecimiento.⁽¹⁴⁵⁾

Durante la experiencia de la enfermedad, la incertidumbre puede tomar cuatro formas que se evidencian a través de la ambigüedad, las que se relacionan indirectamente con el estado de la enfermedad; la complejidad, cuya relación está ligada al tratamiento y al sistema de cuidados; la falta de información acerca del diagnóstico y la seriedad de la enfermedad y la falta de predicción sobre el curso de la enfermedad y su pronóstico.^(146, 147,148)

Este estudio demostró que, los factores de inconsistencia y ambigüedad presentaron rangos **medios superiores**, pero solo el factor ambigüedad mostro diferencia es estadísticamente significativa en el grupo comparación.

Siendo pocos los estudios que valoran el nivel de incertidumbre entre grupo experimental y control, Arregui Sánchez (2012) en su estudio, no encontró diferencia significativa en el nivel de incertidumbre entre los hombres y mujeres de la muestra estudiada en ambos grupos, en este demostró que la complejidad del tratamiento y la falta de información, generó mayor incertidumbre. En cuanto a la ambigüedad vista en el modelo como indicios vagos, indistintos y difusos sobre el estado de la enfermedad, en esta muestra se encontró como fuente de ansiedad.

(149)

Estudios similares a este, se reportan que mujeres afro-americanas describen su preocupación por eventos inesperados como, una situación incierta y preocupante, lo cual genera sentimientos y emociones contradictorios de miedo, incertidumbre, evasión, esperanza y optimismo. ^(150, 151, 152) En estos, los pacientes presentan un alto nivel de incertidumbre en la sintomatología debido a la falta de conocimiento acerca de su padecimiento, además de no lograr identificar los signos o síntomas, e ignorar cuándo está mejorando o empeorando.

Abreu o (2016) demostró, que, a peor percepción de la información recibida, mayor nivel de incertidumbre y a mejor percepción de la información percibida, menor nivel de incertidumbre, la información fiable y consistente, reduce la incertidumbre y la ansiedad derivada, ayudando en la interpretación de la sintomatología, a comprender la situación y a predecir mejor su evolución. ⁽¹⁵³⁾

Para Wandall (2013) los niveles alto y regular de incertidumbre hallados frente a la relación con los proveedores de cuidado hacen referencia a la calidad dela información recibida, las cual es

considerada confusa e incomprensible por el lenguaje que utilizan los médicos y las enfermeras
(154)

Para Gómez y colaboradores (2015) el nivel regular de incertidumbre de los pacientes de su estudio se atribuye a que los eventos que la generan cada vez son menos relevantes a medida que la enfermedad evoluciona y, por tanto, las necesidades psicosociales varían. Las fuentes de estructura y las capacidades cognitivas son los ejes críticos de la incertidumbre,⁽¹⁵⁵⁾ Gómez (2015), asegura que si se considera que a los pacientes del estudio no les han dicho cómo tratar la enfermedad, resultado de las diversas opiniones relacionadas con la naturaleza de la misma, ellos podrían tener dificultad de interpretar lo que les sucede, pues no pueden identificar cuál información es más importante para su salud , autores afirman que esto termina generando inseguridades, confusión y frustraciones en los pacientes, con un correspondiente deterioro de su salud física y emocional y un aumento de la incertidumbre.^(156,157,158)

Gómez (2015), también afirma que, la credibilidad de los pacientes en el personal de salud es débil, debido a inconsistencias al proveer información sobre las causas y consecuencias de los síntomas de la enfermedad, lo cual concuerda con algunos autores que afirman, que cuando la autoridad tiene una alta credibilidad, la incertidumbre disminuye. Por otra parte, la información fiable y consistente, y la educación procedente de una autoridad creíble, reducen la incertidumbre y la ansiedad derivada, ayudando en la interpretación de la sintomatología, a comprender la situación y a predecir mejor su evolución.^(34, 35,36)

Flores (2015) afirmó que, el nivel de incertidumbre de los pacientes con enfermedad coronaria se ubicó en alto, seguido por el nivel regular. Este estudio demostró que, frente a los proveedores de estructura, los profesionales entregan información, en un alto nivel, relacionado con

informaciones confusas, los pacientes no entienden sobre el diagnóstico de la enfermedad coronaria. ⁽¹⁵⁹⁾

Similar resultado encontró Martínez sobre la información obtenida por los pacientes, señalándola como escasa y deficiente, presentándose preferencia por informar a los familiares y dejar que sean estos los que a su vez filtren la información que reciben los pacientes ⁽¹⁶⁰⁾

Contrastando con esta información, Fuentes (2017) en su estudio sugiere, que una intervención educativa basada en un sistema conceptual-teórico-empírico muestra un cambio de conocimientos y sentimientos con relación a los cuidados postoperatorios. Una intervención educativa sobre los cuidados postquirúrgicos permite disminuir indirectamente la incertidumbre debido a que los pacientes pueden adaptarse más fácilmente a su nueva situación ⁽¹⁶¹⁾

4.5 Análisis correlacional entre los niveles de ansiedad e incertidumbre

Según el resultado de las pruebas de normalidad se escogió la prueba de correlación apropiada para identificar la asociación entre los niveles de ansiedad e incertidumbre. Cuando los conjuntos de datos a comparar se ajustaron a una distribución normal se seleccionó la correlación paramétrica de Pearson y, en los casos de no normalidad se usó la correlación no paramétrica de Spearman.

Los resultados obtenidos muestran correlaciones positivas bajas entre el nivel de ansiedad y de incertidumbre en el grupo experimental, en las fases pre y post de la intervención. Estas correlaciones fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$) y muestran que a mayor nivel de ansiedad mayor es el nivel de incertidumbre experimentado por el paciente (Tabla 14). Interpretando esta tendencia con el coeficiente de determinación, que corresponde al coeficiente r de Pearson elevado al cuadrado, puede decirse que el nivel de ansiedad explica el 6% de la variación en el nivel de incertidumbre en la fase pre del grupo experimental. En el grupo

comparación, los valores del coeficiente r de Pearson muestran correlaciones muy bajas entre la ansiedad y la incertidumbre de los pacientes, dado que los valores obtenidos son cercanos a cero; dichas correlaciones no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

		Incertidumbre Pre		Incertidumbre Post	
Grupo		r Pearson	p	Rho Spearman	p
Experimental	Ansiedad Rasgo	0,238	0,035	0,298	0,0075
		r Pearson	p	r Pearson	p
Comparación	Ansiedad Rasgo	-0,045	0,784	0,073	0,65

Tabla 14. Matriz de correlación entre la ansiedad rasgo y la incertidumbre en las fases pre y post de los grupos experimentales y comparación.

Aunque este estudio demuestra la correlación entre ansiedad e incertidumbre, no se encontraron estudios que demuestren o no la correlación de estos.

Algunos demuestran la Correlación de Ansiedad Preoperatoria y Estrategias de Afrontamiento, es el caso de Figueroa y colaboradores (2017), Garzón y colaboradores (2013) donde se confirmó que una estrategia de afrontamiento “preocupación emocional” fue la única que se relacionó positivamente con la ansiedad ($r = 0.285$, $p = 0.025$), lo cual quiere decir que a mayor ansiedad preoperatoria (sentimientos de aprehensión, nerviosismo y alta excitación autónoma) los pacientes utilizan el afrontamiento emocional, es decir, se preocupan y reportan pensamientos desadaptativos derivados de las consecuencias emocionales de su problema de salud.

En esta investigación al lograr identificar el estilo de afrontamiento específico que utilizan los pacientes ante la cirugía de alto riesgo genera en consecuencia la necesidad de desarrollar estrategias especializadas cognitivas y conductuales en las que el paciente tome un papel activo,

positivo y de colaboración para disminuir la morbilidad emocional, modificar el alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, mejorar la calidad de vida y afectar positivamente el curso de su enfermedad.

5. Conclusiones

En la muestra se encontró un nivel de incertidumbre medio y alto, esperable si se considera que el procedimiento quirúrgico, al ser un evento para muchos desconocido, en el cual giran muchos aspectos desconocidos para el paciente , genera un impacto negativo en lo personal y familiar. Lo que incide en la aparición común de efectos negativos de la misma, como la ansiedad y el temor los cuales interrumpen la armonía y genera gran desconcierto por lo que sucederá en el futuro, pues se involucran en estas dimensiones sociales, físicas, familiares y emocionales que requieren de intervenciones específicas para que la incertidumbre sea evaluada como una oportunidad y favorezca el fortalecimiento de estas dimensiones.

Respecto del comportamiento de la variable principal, la dimensión que más contribuye a aumentar el nivel de incertidumbre que presentan los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente es la ambigüedad, la cual cambio significativamente después de la intervención de enfermería, está según Mishel se encuentra relacionada con el estado de la enfermedad seguida por la dimensión de inconsistencia la cual se relaciona con el tratamiento y el sistema educativo. Estas dimensiones

construyen el esquema cognitivo de la enfermedad y están relacionadas directamente por el proveedor de estructura y el apoyo social

La capacidad cognitiva de los pacientes, debe ser estimulada por el personal de salud brindando apoyo, educación e información clara y precisa al paciente y su familia acerca de la situación de salud, Esta carencia de apoyo social, lleva al paciente a crear su propio esquema cognitivo, que puede tener errores respecto al tratamiento y evolución de la enfermedad, y puede acarrear consecuencias desagradables y complicaciones graves, si no se solucionan a tiempo

Igualmente se puede resaltar que los elementos del marco de estímulos están influenciados por las variables: capacidad cognitiva y Proveedores de estructura. La primera pareciera no tener gran significancia en el análisis de los resultados de esta investigación, pues se relaciona con las habilidades de procesamiento de la información de la persona , por consiguiente , en el caso de este estudio el nivel de escolaridad de los dos grupos fluctuó entre secundaria y universitaria lo que favorece la capacidad cognitiva de los pacientes y aumenta la habilidad para percibir el patrón de síntomas, la familiaridad con el evento y la congruencia con el mismo, lo cual favorece la valoración de la incertidumbre y el re direccionamiento de la misma

La enfermera puede disminuir el grado de incertidumbre en la medida en que provea toda la información necesaria para el paciente sobre su estado. Dar soporte educativo y estructural a los pacientes para que puedan conocer y comprender el entorno y contexto en el que se está evolucionando, ayuda a poner en marcha mecanismos individuales de afrontamiento, la incertidumbre aumenta, cuando el profesional de la salud no muestra disposición para informar correctamente su estado y se percibe como una amenaza en el antecedente de la incertidumbre

Que exista correlación entre ansiedad y nivel de incertidumbre, confirma lo propuesto por el modelo de Mishel. La educación de la persona atendida contribuye a mejorar su estado de salud, se debe generar durante la etapa de diagnóstico y mantener durante el tratamiento ya que la mayoría de estos pacientes maneja su enfermedad en forma ambulatoria

La intervención consistía en una intervención semanal telefónica y una visita domiciliaria educativa. La intervención fue eficaz en la enseñanza de habilidades para superar la incertidumbre, mediante la resolución de problemas y el re encuadre cognitivo. La intervención mejoró también la incertidumbre relacionada con los efectos secundarios del tratamiento. Los resultados más importantes fueron el aumento de búsqueda de información adicional acerca de la enfermedad y el tratamiento, la disminución de la incertidumbre y el compromiso con mantenimiento de un crecimiento personal estable a través del tiempo, Ofrecer información a los pacientes y sus familias acerca de la recurrencia de la enfermedad, su tratamiento y los cuidados post operatorios, propuso un enfoque asertivo hacia los profesionales de la salud

6. recomendaciones

- Implementar y ejecutar programas de educación permanente ya sea desde la academia o a nivel institucional, que ofrezcan apoyo emocional y educativo, a los pacientes en el periodo preoperatorio, los cuales deben ser dirigidos, por profesionales de enfermería, estos programas deben articular a otros profesionales de la salud, con el fin de modificar el nivel de incertidumbre que puede presentar el paciente antes de ser intervenido quirúrgicamente.
- El personal profesional de enfermería debe actualizarse y capacitarse continuamente para poner en práctica estrategias que disminuyan los efectos indeseables de la aparición de la incertidumbre, lo cual favorecería la adaptación del paciente al proceso quirúrgico.
- Continuar con la línea de investigación sobre la presencia de incertidumbre en los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente, con el fin de ampliar el horizonte de cuidado no solo clínico sino comunitario.

7. Limitaciones

- Los cambios administrativos dados en la institución participante impidieron la consecución del tamaño de muestra propuesto en el diseño y limitaron el desarrollo del análisis factorial.
- Hay pocos estudios publicados sobre incertidumbre pre operatoria, así mismo incertidumbre relacionada con el tipo de anestesia, lo que dificultó una mayor discusión de los resultados obtenidos.
- No se recogió la totalidad de la muestra planeada inicialmente, por cambio de las directivas de la institución de salud, donde se implementó la propuesta de investigación, no se encontró apoyo institucional para terminar la recolección de la misma.
- De los 120 pacientes, solo se analizó la información de 118 la diferencia en la muestra se explica por qué a un paciente no se le realizó la intervención de enfermería completa y se traspapeló la información pos intervención del otro paciente , por lo que no fue tenido en cuenta para el análisis en la base de datos.

8. Anexos

Anexo 1: Escala de la Enfermedad de Mishel

ESCALA MISHEL DE INCERTIDUMBRE EN LA ENFERMEDAD. FORMA PARA EL ADULTO						
INSTRUCCIONES:						
Por favor, lea cada enunciado. Tómese su tiempo y piense lo que dice cada enunciado. Después, coloque una X bajo la columna que mide más exactamente la manera en que se está sintiendo HOY. Si está de acuerdo con el enunciado, entonces marque ya sea bajo "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo". Si está en desacuerdo con el enunciado, marque en "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo". Si no está decidido acerca de cómo se siente, marque "Indeciso" en ese enunciado. Por favor conteste cada uno de los enunciados.						
No. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
1.	No sé que está mal conmigo.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
2.	Tengo muchas preguntas sin respuestas	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
3.	No estoy seguro de que mi enfermedad esté mejorando o empeorando.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
4.	No tengo claro qué tan fuerte será el dolor.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
5.	Las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
6.	Tengo claro el propósito de cada tratamiento.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
7.	Cuando tengo un dolor, sé lo que eso significa con respecto a mi condición	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
8.	No sé cuándo esperar que se me hagan cosas.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
9.	Mis síntomas siguen cambiando de manera impredecible	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
10.	Entiendo todo lo que se me explica.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
11.	Los doctores me dicen cosas que podrían tener varios significados.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
12.	Puedo predecir cuánto durará mi enfermedad.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
13.	Mi tratamiento es demasiado complejo para explicarlo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
14.	Es difícil saber si los tratamientos o medicamentos que tomo están ayudándome.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
15.	Hay muchos tipos de personal; no está claro quien es responsable de cada cosa.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1
16.	Debido a la impredecibilidad de mi enfermedad, no puedo planear el futuro.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1

ESCALA MISHEL DE INCERTIDUMBRE EN LA ENFERMEDAD. FORMA PARA EL ADULTO

- 17. El curso de mi enfermedad sigue cambiando. Tengo días buenos y malos.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 18. No tengo claro cómo me haré cargo de mi cuidado después de salir del hospital**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 19. Me han dado muchas opiniones diferentes sobre lo que está mal conmigo**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 20. No está claro lo que me está pasando.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 21. Generalmente sé si voy a tener un buen día o un mal día.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 22. Los resultados de mis tests son inconsistentes**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 23. La efectividad del tratamiento no está determinada**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 24. Es difícil saber cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarme por mí mismo.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 25. Generalmente puedo predecir el curso de mi enfermedad.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 26. Debido al tratamiento, lo que puedo y no puedo es variable.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 27. Estoy seguro de que no encontrarán nada malo conmigo.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 28. El tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 29. No me han dado un diagnóstico específico**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 30. Mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuándo van a mejorar o a empeorar**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 31. Puedo confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesite.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 32. Se ha determinado la gravedad de mi enfermedad.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 33. Los doctores y enfermeras utilizan lenguaje cotidiano, para que pueda entender lo que me están diciendo.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo

Escala de ansiedad rasgo y ansiedad estado - IDARE



Actividad de aprendizaje 4. Manual IDARE

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, I. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

SXE

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro(a)	1	2	3	4
3. Estoy tenso(a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado(a)	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado(a)	1	2	3	4
7. Estoy preocupado(a) <i>actualmente</i> por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado(a)	1	2	3	4
9. Me siento ansioso(a)	1	2	3	4
10. Me siento cómodo(a)	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	1	2	3	4
12. Me siento nervioso(a)	1	2	3	4
13. Me siento agitado(a)	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado(a)	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho(a)	1	2	3	4
17. Estoy preocupado(a)	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

D.R. © 1999 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 33

NO ACEPTAR SI ES DE UN SOLO COLOR. 0181

Material compilado con fines académicos, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización de cada autor.

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder su- perarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

AUTORIA

ANEXO 3

VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA DE ENFERMERÍA

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD:

NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA: SECUNDARIA: UNIVERSITARIA:

OTRO:

PROCEDIMIENTO:

TIPO DE ANESTESIA QUE SERÁ ADMINISTRADA:

1. ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

- Hipertensión: Sí No
- Enfermedad Coronaria: Sí No
- Otros: Sí No Cuáles:

RESPIRATORIOS:

- Epoc: Sí No
- Asma: Sí No
- Otros: Sí No Cuáles:
- TRAUMÁTICOS: Sí No
- TÓXICO ALÉRGICOS: Sí No

TABACO: ALCOHOL: COCAINA: MARIHUANA: BAZUCO:

OTROS:

GINECO OBSTÉTRICOS:

FAMILIARES:

MEDICAMENTOS:

2. EXAMEN FÍSICO:

ESTADO GENERAL: BIEN: REGULAR: MAL:

CARDIOVASCULAR:

RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

EXTREMIDADES:

PARACLÍNCOS: Sí No

RESERVA DE SANGRE: Sí No CANTIDAD: GRUPO SANGUÍNEO:

RECOMENDACIONES PREQUIRÚRGICAS:

OBSERVACIONES:

ANEXO 4

Universidad de La Sabana
Facultad de Enfermería y Rehabilitación
Programa de Maestría en Enfermería

Nombre del Sujeto: _____ Fecha: __ __ / __ __ / 2018

Título del estudio: Efecto de una intervención de enfermería sobre el nivel de incertidumbre de un grupo de pacientes pre-quirúrgicos de una institución privada de III nivel de atención de la ciudad de Girardot

Investigador: Shirley Yohana Buitrago Medellín

Nueva Clínica de Especialistas

Cra. 5 Calle 22 Esquina Teléfono 8330190 Ext .131-143

INVITACION A PARTICIPAR

Este es un estudio de investigación en enfermería para obtener el título de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana, a cargo de la enfermera Shirley Yohana Buitrago Medellín, estudiante del programa y bajo la dirección de la profesora Gloria Carvajal Carrascal.

Se pretende con los resultados medir el efecto de una intervención de enfermería en un grupo de pacientes pre quirúrgicos e implementar con el tiempo en el servicio de cirugía, gesta intervención como parte de la atención brindada a los pacientes pre quirúrgicos, de tal forma que se beneficien y que les de herramientas que le permitan prepararse para su cirugía. Su participación es absolutamente voluntaria. Usted debe leer la información aquí descrita y preguntar todo aquello que no entienda antes de decidir si desea o no participar.

1. Objetivo general del estudio

Determinar el efecto de una intervención de enfermería comparada con la intervención informativa habitual sobre el nivel de incertidumbre de un grupo de pacientes pre-quirúrgicos en una institución privada de III nivel de atención de la ciudad de Girardot en el periodo enero a junio del 2018

2. Objetivos específicos del estudio

Evaluar el nivel de incertidumbre de un grupo de pacientes pre quirúrgicos que pertenecen al grupo experimental antes y después de la intervención de enfermería.

Evaluar el nivel de incertidumbre de un grupo de pacientes pre quirúrgicos que pertenecen al grupo de comparación al iniciar y finalizar el periodo de observación del estudio.

Determinar el cambio en el nivel de incertidumbre de un grupo de pacientes prequirúrgicos entre grupos (experimental y comparación) y entre momentos de medición (pre test – post test).

3. Conceptos

Incertidumbre

Incapacidad para determinar el significado de los hechos que tienen relación con la enfermedad, y aparece cuando la persona no es capaz de darles valores definidos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se conseguirán, debido a la falta de claves suficientes. ⁽¹¹⁷⁾

Paciente pre-quirúrgico

El paciente pre quirúrgico es aquel que se encuentra en el periodo, preoperatorio, lapso de tiempo, que transcurre desde la decisión, para efectuar la intervención quirúrgica al paciente, hasta que es llevado a la sala de cirugía. Este periodo se clasifica con base en la magnitud de la intervención quirúrgica mayor o menor, o bien programada o de urgencia.

Intervención de Enfermería

Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer un resultado esperado del paciente.

4. Procedimiento

Después de asistir a la valoración pre anestésica, usted asistirá a una consulta de enfermería pre operatoria donde se aplicarán dos test uno que mide incertidumbre y otro que mide ansiedad. Estos test se aplicarán antes y después de la intervención de enfermería, según el grupo de experimentación al cual pertenezca

5. RIESGOS O MOLESTIAS POTENCIALES

Los riesgos del procedimiento del estudio incluyen:

- a) Usted puede sentir cierta molestia o incomodidad por tener que responder ciertas preguntas sobre sí mismo. Usted puede rehusarse en contestar aquellas preguntas que le generen molestia y esto no afectará su participación en el estudio. Sin embargo, si usted experimenta molestias, usted puede parar la ejecución y expresar al equipo de investigación su deseo de retirarse.

Ésta investigación no supone riesgos para la salud, integridad o bienestar de los participantes.

6. Beneficios anticipados para sujetos

Este estudio no generará ningún cambio o mejoría en su estado actual de salud. Usted tiene derecho a rehusarse a participar. Ninguno de los resultados de la prueba le será informado.

7. Beneficios anticipados para la sociedad

El beneficio principal de este proyecto es para los pacientes pre quirúrgico, que podrán participar de una intervención de enfermería, que les permitirá sentirse preparados para asumir su cirugía. Aunque usted podría no recibir un beneficio directo de este estudio, tomar parte en el mismo puede ayudar a otros en un futuro como un resultado del conocimiento ganado de esta investigación.

8. Alternativas de participación

Usted puede escoger no participar en este estudio. Si usted escoge participar, usted podrá retirarse del mismo en cualquier momento sin perjuicio para usted de ningún tipo.

9. Compensación por su participación

No se proporcionará dinero u otras formas de bienes materiales por la participación en esta investigación.

10. Posibles productos comerciales

Este estudio no generará como resultado el desarrollo de ningún producto comercial.

11. Obligaciones financieras

Usted no tendrá que pagar por la prueba que le sea aplicada para el objetivo del estudio.

12. Confidencialidad y privacidad

Si usted firma esta forma de consentimiento, usted está autorizado el uso de la información sobre su estado en este estudio.

La información obtenida durante el estudio será archivada en la Facultad de Enfermería y Rehabilitación (Campus Universitario de la Universidad de la Sabana, Chía Colombia), las copias son en papel y serán guardas bajo llave, así como los archivos electrónicos generados, serán protegidos con claves de seguridad.

Si usted no está de acuerdo con dar esta autorización, no podrá participar en el estudio.

El equipo de investigación o el comité de ética en investigación también pueden necesitar acceso a su información, como parte de los procedimientos de estudio. Cuando los resultados de la investigación sean publicados o discutidos en conferencias, ninguna información correspondiente con su identidad se verá revelada.

Este formato de consentimiento, que contiene su autorización para el uso de los datos que arrojen su participación, no tiene fecha de expiración.

Si usted retira su consentimiento, la información que ya haya sido utilizada para el análisis de datos, no será retirada, pero ninguna nueva información será incluida.

13. Retiro de su participación por parte del investigador

La investigadora puede decidir finalizar su participación en el estudio por las siguientes razones: Cuando sea peligroso para usted continuar en caso de enfermedad, presencia de algún malestar físico o emocional durante el desarrollo de la intervención que comprometa la ejecución de la misma o desarrolla alguna enfermedad durante su participación. La decisión se dará para proteger su salud y seguridad.

14. Derechos de sujetos de investigación

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como sujeto de investigación, o si usted tiene alguna queja, duda o solicitud, sobre su participación en el estudio, por favor comuníquese, con la profesora Gloria Carvajal, Directora de Posgrados en de la Facultad de Enfermería al 8615555/6666, Ext.: 2403-2409 en Chía, Cundinamarca y asesora del proyecto de investigación.

Firma del sujeto participante

He leído toda la información contenida en este formato de consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido resueltas a mi entera satisfacción. Tengo claro que si tengo alguna otra duda en adelante, cuento con los datos de contacto de las investigadoras para realizar las preguntas directamente. Yo autorizo el uso de mi información y mi identificación tal y como la registro en adelante. Autorizo el uso de mi información según lo registra este formato.

AL FIRMAR ESTE FORMATO YO ESTOY CONFIRMANDO QUE ESTOY DE ACUERDO CON PARTICIPAR EN EL PROTOCOLO DESCRITO AQUI.

Nombre del participante

Numero de cedula

Firma del participante

Fecha

FIRMA DE UN TESTIGO

9. Referencias

- ¹Alianza mundial para la seguridad del paciente segundo reto mundial por la seguridad del paciente la cirugía segura salva vidas OMS 2008
- ² Clínica Marly boletín anual de gestión. Colombia 2014.
- ³ Lorenzini A. et al. Comprendiendo el proceso de vivir significado por pacientes sometidos a la cirugía de Revascularización del Miocardio Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original 21(1): [08 pantallas] ene.-feb. 2013
- ⁴ Souza S. Implante Coclear: la complejidad comprendida en el proceso de la toma de decisiones por la familia. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.22 no.3 Ribeirão Preto May/June 2014
- ⁵ Hernández D et al Alteraciones de la imagen corporal en pacientes con cáncer de nariz sometidos a rinectomía [Gaceta Mexicana de Oncología Volumen 14, Issue 1](#), January–February 2015, Pages 36–45
- ⁶ Navas, M. Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo. España. Revista Científica de Enfermería, 2008; 8 (1): 36-54.
- ⁷ Orellana, F. Prevalencia de ansiedad y factores asociados en pacientes que recibirán anestesia para una intervención quirúrgica. Hospital José Carrasco. Cuenca, 2014. Tesis de Pregrado. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014
- ⁸ Ramírez M, et al Estrés en padres de niños operados de cardiopatías congénitas. Arch Argent Pediatr 2014; 112(3):263-267 / 263
- ⁹ Zambrano G et al Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) revista ciencia y cuidado VOLUMEN 7 / NÚMERO 1 / AÑO 2010
- ¹⁰ Pivoto el, alt. nursing diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery. Acta Paul enferm. 2010; 23(5):665-70

¹¹ Fernandez- G patients´and health professionals knowledge and attitudes towards postoperative pain. rev. soc. esp. dolor v.14 n.1 narón (La coruña) ENE. 2007

¹² Cobos Claudia p, percepciones y conceptos acerca de la práctica anestésica: una mirada desde la perspectiva del paciente rev. Colomb. Anesthesiol. vol.36 no.4 Bogotá oct. /dec. 2008

¹³ Alarcón, A control de dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía general planificada en la sala de recuperación del hospital Eugenio espejo de la ciudad de quito en el período del 15 de noviembre al 15 de diciembre del año 2010 colegio ciencias de la salud

¹⁴ Bailey D, Landerman L, Barroso J, Bixby P, Mishel H, Muir M, et al. Uncertainty, Symptoms, and Quality of Life in Persons with Chronic Hepatitis C. Psychosomatics. 2009 (50): 138-146.

¹⁵ Eastwood, B et al (2008). Uncertainty and Health-Related Quality of Life 1 Year after Coronary Angiography. American Journal of Critical Care, vol. 17, No. 3, pp 232-242.

¹⁶ Detprapon M, et al. Testing of Uncertainty in Illness Theory to Predict Quality of Life among Thais with Head and Neck Cancer. Thai Journal Nursing. 2009 13 (1): pp 1-15.

¹⁷ Orihuela-Pérez I. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. Enfermería Clínica Volumen 20, Issue 6, November–December 2010, Pages 349–354.

¹⁸ Vázquez de castro et al prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones; rev soc. esp dolor 2000; 7: 465-476

¹⁹ Priori P, et al, aplicación de técnicas cognitivo conductuales para disminuir la ansiedad antes de la intervención quirúrgica, en pacientes de 18 a 35 años, en el área de cirugía, del hospital san Jose carrasca Arteaga en los meses de julio a octubre del 2013 .ecuador

²⁰ .Ferré-Grau C, et al La complejidad de los cuidados familiares. Una Mirada desde la teoría de la incertidumbre. Enferm Común. 2010; 6(1).

²¹ McCormick et al Uncertainty, symptom distress, anxiety and functional status in patients awaiting coronary artery bypass surgery. Heart lung 2006; 35: 34-45

²¹ _MEJÍA ROJAS, María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía.2012

- ²² McCormick et al. Uncertainty, symptom distress, anxiety and functional status in patients awaiting coronary artery bypass surgery. *Heart lung* 2006; 35: 34-45
- ²³ Fitzsimons D et al. Patient anxiety while on waiting list for coronary artery bypass surgery: a qualitative and quantitative analysis. *Heart lung*. 2003; 32: 23-31.
- ²⁴ Mishel MH, Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. *Nursing research*. 2010; 37(2): 98-103,127
- ²⁵ De Jong MJ, Chung ML, Wu JR, Riegel B, Rayens MK, Moser DK. Linkages between anxiety and outcomes in heart failure. *Heart lung*. 2011; 40(5): 393-404
- ²⁶ Triviño, A. et al. Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia, el sevier, volumen 48 abril 2016 págs. 219-225
- ²⁷ Gomez Palencia I, Uncertainty in Adults with Type 2 Diabetes According to Merle Mishel's Theory. *Aquichán* [online]. 2015, vol.15, n.2, pp.210-218. ISSN 1657-5997.
- ²⁸ Menuci C. Coronariography in the hemodynamic laboratory in a public hospital: knowledge of the patients, R. Enferm. UFSM 2011 mai/ago; 1(2):194-203
- ²⁹ De Jong MJ, Chung ML, Wu JR, Riegel B, Rayens MK, Moser DK. Linkages between anxiety and outcomes in heart failure. *Heart Lung*. 2011; 40(5): 393-404
- ³⁰ Kagan I, et al. The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 17: 576-83.
- ³¹ Deepack, G. Cardiac catheterization. *Medicine* 38: 7 2010 Published by Elsevier Ltd
- ³² Moix Queraltó, efectos de ansiedad pre quirúrgico en la recuperación, universidad autónoma de Barcelona, disponible en:
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1995/vol2/arti7.htm>
- ³³ Suzuki M. Quality of life, uncertainty, and perceived involvement in decision making in patients with head and neck cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2012; 39(6):541-8
- ³⁴ Hall D, Mishel M, Germino B. Living with cancer-related uncertainty: associations with fatigue, insomnia, and affect in younger breast cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2014; 22(9):2489-95.
- ³⁵ BECA INFANTE, JP. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Ética de los Cuidados*. 2008
- ³⁶ SIQUEIRA P, D; FRANCO L; DOS SANTOS. Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2. *Rev. Latino – Am. Enfermagem*, Enero/Febrero. 2008, vol.16 no. 1. P. 101 – 108

- ³⁷ ARNOLD, S. HERRICK, L. M. PANKRATZ, V. S &. MUELLER, P. S : Spiritual Well-Being, Emotional Distress, and Perception of Health After a Myocardial Infarction . The Internet Journal of Advanced Nursing Practice. 2007 Volume 9 Number 1.
- ⁴¹ Castillero elt alt preparación psicológica para la cirugía mayor. Revista electrónica de motivación y emoción. Volumen: 6 números: 13.
- ⁴² Castro, f, elt alt frecuencia de ansiedad y depresión. Universidad central del ecuador. 2010.
- ⁴³ Barrilero J. et al. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. Revista de la ucml. Número 8. Universidad complutense de Madrid.
- ⁴⁴. Bombilla J cuidados emocionales que brindan los enfermeros a los pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica en una clínica de lima Universidad peruana Cayetana Heredia, lima 2016
- ⁴⁵ Enfermería quirurgica. [Online]. 2008 [cited 2015 Junio 6. available from
- ⁴⁶ Elorza G, Oliveros J. 2008. Enfermería medicoquirúrgica y salud mental. Zamora. Cuarta edición. Colombia. Ferri E. 2007. Consultorio clínico de enfermería interna. Técnicas de enfermería. Oceano/Mosby. México
- ⁴⁷ Martínez L. 2010. Influencia de la enfermera en el proceso quirúrgico de la dacriocistorrinostomía con láser de diodo. CYBER Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.
- ⁴⁸ McCormick k elt alt. Uncertainty, symptom distress, anxiety and functional status in patients awaiting coronary artery bypass surgery. Heart lung 2006; 35: 34-45
- ⁴⁹ Fredericks S, Guruge S. Post-operative patient education: a systematic review. Clin. Nurs. (Internet). Recuperado: Nov. 2012.19(2):144-64
- ⁵⁰ Cassady JF, et alt. Use of a preanesthetic video for facilitation of parental education and anxiolysis before pediatric ambulatory surgery. Anesth Analg, 88 (2011), pp. 246–250
- ⁵¹ Chan CSM, Molassiotis A The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanesthesia care unit. Pediatr Anesth, 12 (2002), pp. 131–139.
- ⁵² De morales PA et alt percepciones sobre necesidades de salud, en atención básica según usuarios de un servicio de salud. Rev esc. Enferm usp 45 (1) 19-25 2011
- ⁵³ Mejía m, incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. Universidad Nacional de Colombia Enfermería, Departamento cuidado y práctica Bogotá, Colombia 2012

- ⁵⁴ Anderson B. The benefits to nurse-led telephone follow-up for prostate cancer. Br J Nurs. [Internet]. 2010. [19(17):1085-90.
- ⁵⁵ Calafell A. Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria Enfermería Clínica volumen 21, Issue 5, Septiembre–Octubre 2011, Pages 248–255
- ⁵⁶ Zorrilla M. Efecto del tiempo de espera pre quirúrgico sobre la ansiedad, tensión arterial y frecuencia cardíaca en cirugía programada no oncológica. Rev. Esp. Investig. Quir. 15(2):71
- ⁵⁷ MEJÍA LOPERA, María Eugenia. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado, España, 2006. Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. España: Salvat Editores; p.64.
- ⁵⁸ Torrents R et al. Ansiedad en los cuidados Una mirada desde el modelo de Mishel: Índex de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades, ISSN 1132-1296, Vol. 22, N°. 1-2, 2013, págs. 60-64
- ⁵⁹. Ruth E. Taylor et al. An exploration of the relationships between uncertainty, psychological distress and type of coping strategy among Chinese men after cardiac catheterization ISSUES AND INNOVATIONS IN NURSING PRACTICE accepted for publication 15 August 2000
- ⁶⁰. Hernández, S. (1997. Metodología de la Investigación edit. MCGRAW-HILL
- ⁶¹. Mishel, M. (1997). Uncertainty in illness scale. Manual. School of Nursing. University of North Carolina.
- ⁶². MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a Mastectomía. Universidad Nacional de Colombia. 2012
- ⁶³. <http://enfquirurgica.blogspot.com/2012/03/fase-pre-operatorio.html>
- ⁶⁴ <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0022.pdf>
- ⁶⁵. GRECO Veronica, DEREK Roger. Uncertainty, stress, and health. Rev. Personality and Individual Differences 34 (2003) 1057 – 1068. www.elsevier.com/locate/paid

- ⁶⁶ MAGDALENA AIMAR, Ángela N; El cuidado de la Incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. Rev. Index Enferm v. 18 n.2. Granada Abril – Junio. 2009
- ⁶⁷ Mishel MH et al. Testing a model of symptoms, communication, uncertainty, and well-being, in older breast cancer survivors. Research in Nursing & Health. Volume 29, Issue 1, pages 18–39, February 2006
- ⁶⁸ Gómez-P et al. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. Aquichán. 2015; 15 (2): 210-218 Triviño- Martínez, an Application of an uncertainty model for fibromialgia. El sevier. Vol 48 abril 2016 pag 219-225
- ⁶⁹ Mercado Peña J, Uncertainty towards diseases: h. Merle Mishel's theoretical contribution to Nursing revisalud unisucre 2017; 3(1): 31 – 35
- ⁷⁰ Spielberg, c.d. (1966). Theory and Research on anxiety. En c.d. Spielberg (ed.), anxiety and behavior (pp. 3-22). New york: academic press
- ⁷⁰. Carrascosa MT, Disminución de ansiedad en pacientes quirúrgicos mediante una enseñanza individual. Asociación española de enfermería en urología. N°118. Junio, 2011. págs. 13-17.
- ⁷¹ .Brevis I et al. Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI REVISTA CHILENA DE MEDICINA INTENSIVA. 2011; VOL 26(1): 27-34
- ⁷² Lema Minchala, m niveles de estrés pre quirúrgico en pacientes a ser intervenidos en el área de cirugía del hospital Luis f Martínez de la ciudad de cañar durante el mes de abril a julio del 2015 facultad de ciencias médicas maestría en enfermería quirúrgica proyecto de examen complejo para la obtención del grado académico de magister en enfermería quirúrgico
- ⁷³ Arcas m. estrés pre quirúrgico: Factores psiquiátricos y control adaptativo. [Online].2011 [cited 2015 Junio 7. Available from
- ⁷⁴. Muñoz F. Mejora de las estrategias de afrontamiento en la fase aguda de la enfermedad coronaria. Revista electrónica para el cuidado del paciente crítico, vol. 1, núm. 1, dic. 2001 pág. 39-49
- ⁷⁵. Dura E, Ibáñez E. Psicología oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. Rev Saúde & Doenças. 2006; 1(1): 27-43

⁷⁶ Pålsson Met alt cancer patients 'experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention. *J Adv Nurs* 2005; 21: 277-85).

⁷⁷ McDaniel R, et alt. Development of a preparatory sensory information videotape for women receiving chemotherapy for breast cancer. *Cancer Nurs* 20010; 21(2):143-8.

⁷⁸. Alberti LR, et alt Estresse em procedimentos cirúrgicos. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* v.25, nº 2, pp.118-124; 2012

⁷⁹. Santos J, et alt. O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enfermagem em Foco.* v.2, nº 3, pp. 184-7; 2011

⁸⁰. Wysocki et al Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Res Nurs Health* 2010; 25(6):459-70. (32, 33).

⁸¹. Chaudhri S, et al. Preoperative intensive, community based vs. traditional stoma education: a randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum* 48:504-509, 2005

⁸². Rangel F La ansiedad de los padres incrementa la ansiedad preoperatoria en el paciente pediátrico cuando este va a someterse a cirugía ambulatoria *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* volumen 59, Issue 2, February 2012, págs. 83–90

⁸³. Aguirre R. Importancia de la evaluación preoperatoria en pacientes con enfermedades fisiológicas y metabólicas que requieren tratamiento de cirugía bucal. *Guayaquil*, julio 2013.

⁸⁴. Hinojosa YA. Importancia de la intervención de enfermería en el área psicológica para disminuir el grado de ansiedad y sus complicaciones en pacientes preoperatorios en el período de abril a septiembre 2013 en el Hospital Provincial General docente de Riobamba. *Repositorio Institucional Uniandes* 2013

⁸⁵ Cando i elt alt, la psicoprofilaxis quirúrgica y sus efectos en la ansiedad de pacientes pre operatorios del hospital militar de la ciudad de riobamba, junio-septiembre 2012 repositorio digital facultad de ciencias de la salud

⁸⁶ Velasco A, Efecto de una sesión informativa en los niveles de ansiedad de los pacientes con enfermedad coronaria a quienes se les realizó cateterismo cardiaco en una institución de IV nivel de atención Bogota 2012 repositorio universidad javeriana

- ⁸⁷. Rojas M, Pérez D Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumana, Venezuela saber vol.25 no.3 Cumaná set. 2013
- ⁸⁸. ALVAREZ, E Effectiveness of pre-operative education in reducing anxiety in surgical patients, *Enfermería clínica el Sevier* January–February 2012, Pages 18–26
- ⁸⁹ Orihuela-Pérez I. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Enfermería Clínica Volumen 20, Issue 6, November–December 2010, Pages 349–354.*
- ⁹⁰ Calafell A. Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria *Enfermería Clínica volumen 21, Issue 5, Septiembre–octubre 2011, Pages 248–255.*
- ⁹¹. Martín Ruiz, A. et al Tratamiento en consulta de Enfermería de Urología de las dos secuelas más frecuentes en pacientes sometidos a prostatectomía radical. *Dialnet, Enfuro, ISSN 0210-9476, N°. 126 (abril), 2014, págs. 30-37*
- ⁹². Hinojosa A. Importancia de la intervención de enfermería en el área psicológica para disminuir el grado de ansiedad y sus complicaciones en pacientes preoperatorios en el período de abril a septiembre 2013 en el Hospital Provincial General docente de Riobamba. *Repositorio Institucional Uniandes 2013*
- ⁹³. Orihuela-Pérez I. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Enfermería Clínica Volumen 20, Issue 6, November–December 2010, Pages 349–354.*
- ⁹⁴ Ortiz C. Efectividad de un programa educativo de enfermería en el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a colecistectomía electiva en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2011
- ⁹⁵. Urrutia MT. Educación de Mujeres hysterectomizadas ¿Qué desean saber? *Revista de Obstetricia Ginecológica Santiago de Chile 2006. Pag. 410-416*

- ⁹⁶. McCorkle R, et al. Effects of Advanced Practice Nursing on Patient and Spouse Depressive Symptoms, Sexual Function, and Marital Interaction after Radical Prostatectomy. *Urol Nurs.* 2007; 27(1):65-77
- ⁹⁷. Rodríguez-Gázquez MA, et al. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012 ;(2):296-306
- ⁹⁸ Bicalho MB, López MHBM. Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2012. 46(4):1009- 14.
- ⁹⁹ D Lambert S, Girgis A, Turner J, McElduff P, Kayser K, Vallentine P. A pilot randomized controlled trial of the feasibility of a self-directed coping skills intervention for couples facing prostate cancer: Rationale and design. *Health Qual Life Outcomes.*
- ¹⁰⁰. Mistiaen P. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for post discharge problems in patients discharged from hospital to home.
- ¹⁰¹ Anderson B. The benefits to nurse-led telephone follow-up for prostate cancer. *Br J Nurs.* 2010. 19(17):1085-90.
- ¹⁰² Thompson-Coon J, et al Telephone consultations in place of face to face outpatient consultations for patients discharged from hospital following surgery: A systematic review
- ¹⁰³Naffe A. Postdischarge follow up phone call. *Heart & Lung.* [Internet]. 2012. ¹⁰⁴. Jensen BT, et al Efficacy of tele-nursing consultations in rehabilitation after radical prostatectomy: A randomized controlled trial study. *Int J Urol Nurs.* [Internet]. 2011. 5(3):123-30
- ¹⁰⁵. Inman DM, et al. The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: Finding value in low-margin activities. *Urol Nurs.* [Internet]. 2011. 31(2):83-91
- ¹⁰⁶. Torra i Bou La visita programada del profesional en enfermería a las personas mayores en su domicilio ¿Prevención o Tratamiento? *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mayo.-jun. 2015; 23(3):535-4

- ¹⁰⁷. Esteban JM, et al. Guía de Buena Práctica Clínica en Atención Primaria. Ed IM & C Organización Médica Colegial de España-Ministerio de Sanidad y Consumo 2005
- ¹⁰⁸. Aguirreche J, Granadillo B, Lobo O. Abordaje de atención médica domiciliaria al paciente terminal oncológico, barrio San José, Santa Ana de Coro. *Médico de Familia* 2009; 17(2):21-26
- ¹⁰⁹ Bouman A, et al. Effects of a home visiting programme for older people with poor health status: a randomized clinical trial in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56(3):397-404.
- ¹¹⁰ Badiel M, et al. Trauma en mayores de 65 años. Experiencia en 2 hospitales Universitarios en Cali. *Panam J Trauma, Crit Care Emergency.* 2013; 2(1):21-5.
- ¹¹¹ Corrales Nevados D, et al. Continuidad de Cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012; 26(S):63–8.
- ¹¹². Fuentes et al. *Visita Domiciliaria Programada de Enfermería a Personas Mayores de 65 años.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III; 2002.
- ¹¹³. Zuliani-Arango, et al. (2015). Visita domiciliaria familiar: estrategia didáctica para la formación integral del personal médico. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 851-863
- ¹¹⁴. Candy, B., et al. (2011). Intervenciones para el apoyo de los cuidadores no profesionales de pacientes en la fase terminal de su enfermedad. Recuperado el 28 de julio de 2013, de la base de datos Cochrane Database of Systematic Reviews.
- ¹¹⁵ Chan, R., et al. (2011). Intervenciones de información para orientar a los pacientes y a sus cuidadores sobre los centre de atención del cáncer (revisión cochrane reducida). Recuperado el 28 de julio de 2013, de la base de datos Cochrane Database of Systematic Reviews
- ¹¹⁶. Cubillo-Arjona, G. (2011). Talleres formativos durante la hospitalización: mejorar el afrontamiento del cuidado y prevenir lesiones en las cuidadoras. *Revista 223 Paraninfo Digital*, 5(12). Recuperado el 27 de julio de 2013, de <http://www.index-f.com/para/n11-12/057p.php>

117. Ruth E. Taylor et al. An exploration of the relationships between uncertainty, psychological distress and type of coping strategy among Chinese men after cardiac catheterization ISSUES AND INNOVATIONS IN NURSING PRACTICE Accepted for publication 15 August 2000

^{118.} Hernández, S. (1997). Metodología de la Investigación edit. MCGRAW-HILL

^{119.} Roser Bono Cabre, Diseños cuasi experimentales y longitudinales. Departamento de metodología de ciencias Del comportamiento

^{120.} Mishel, M. (1997). Uncertainty in illness scale. Manual. School of Nursing. University of North Carolina

¹²¹ Hammer, O., D. A. Harper y P. D. Ryan. 2001. PAST: Paleontological Statistics software package for education and data analysis. Paleontología Electrónica 4(1): 9pp

¹²² .Sokal, R. R., & Rohlf, F. J. 1986. *Introducción a la Bioestadística* (Vol. 5). Reverté

^{123.} Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano J, Ornelas Aguirre J. 2010. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cir. Cir. 78(2):151- 156.

¹²⁴Kiyohara L Y et al. Surgery information reduces anxiety in the preoperative period. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo. 2004; 59(2): 51-56.

¹²⁵Masood Z, Haider J, Jawaid M, Alam SN. Preoperative anxiety in female patients: The issue needs to be addressed. KUST Med J 2009; 1(2): 38-41

^{126.} Ham K, nivel de ansiedad pre operatoria en las pacientes programadas a cirugía electiva en el hospital de ginecología y obstétrica del IMIEM, mediante la escala de Apais y escala de Spielberg universidad autónoma de México 2013

^{127.} Hernández, I. Cuidado espiritual y nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos del Hospital Regional de Ayacucho (tesis doctoral). Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2014

^{128.} Muñoz Pérez X factores de riesgos asociados a la ansiedad preoperatoria en cirugías electivas en el hospital universitario del caribe de Cartagena, Colombia facultad de medicina departamento de postgrado anestesiología y reanimación Cartagena, Colombia 2018

- ¹²⁹. Castro, F., Prado, M., Zurita, J. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes as i – ii sometidos a cirugía, en el HG1 de Quito en el período de febrero a abril del 2010. Tesis de Maestría. Ecuador: Universidad Nacional del Ecuador; 2012.
- ¹³⁰. Naranjo, Karla F., Salazar, Juan P. Comparación del nivel de Ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de Ansiedad e Información preoperatoria de Ámsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los Hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha. Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador. 2012.
- ¹³¹. Mavridou P, Dimitriou V. Patient' s anxiety and fear of anesthesia : effect of gender, age, Education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. 2013; 104–8.
- ¹³². C.H. Kindler, C. Harms, F. Amsler, T. Ihde-Scholl, D. Scheidegger, The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns, *Anesth. Analg.* 90 (2000) 706–712
- ¹³³. Navas M. 2008. Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato y factores de riesgo. *Cuid. Salud.* 8:36-51.
- ¹³⁴. Sammarco, A .Quality of Life of Breast Cancer Survivors. Comparative Study of Age Cohorts. *Cancer Nursing* September/October 2009 Volume 32 Number 5 Pagés 347 – 356
- ¹³⁵. Gabito MC, Corona MA, Villagrán ME y cols. La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracostomizados. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex.* 2000; 13: 153-156
- ¹³⁶. Jiménez E. Nivel de ansiedad en el paciente previo al proceso quirúrgico en el área de cirugía del Hospital IESS de la ciudad de Ambato- Ecuador. [Tesis de Maestría] Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2015.
- ¹³⁷. W. Caumo, A.P. Schmidt, C.N. Schneider, J. Bergmann, C.W. Iwamoto, D. Bandeira, M.B. Ferreira, Risk factors for preoperative anxiety in adults, *Acta Anaesthesiol. Scand.* 45 (2001) 298–307
- ¹³⁸. H. Berth, K. Petrowski, F. Balck, The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) - the first trial of a German version, *Psychosoc. Med.* 4
- ¹³⁹. Alfonso Laura (2012) efecto de una sesion informativa en los niveles de ansiedad de los pacientes con enfermedad coronaria a quienes se le realizó cateterismo cardiaco en una institución de iv nivel de atención universidad javeriana 2012

- ¹⁴⁰. Reyes P. La ansiedad en el paciente quirúrgico. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Facultad de Enfermería. México 2009
- ¹⁴¹. Delgadillo G. Nivel de ansiedad de pacientes en periodo pre quirúrgico de cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, Ayacucho en Perú. [Tesis de Especialidad] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016
- ¹⁴². Valencia T. Información preoperatoria que brinda la enfermera y nivel de ansiedad en pacientes del Servicio de Cirugía Hospital Regional de Ica. [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013
- ¹⁴³. Rojas M, estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el hospital universitario Antonio patricio de Alcalá, cumana, Venezuela saber. Revista multidisciplinaria del consejo de investigación de la universidad de oriente, vol. 25, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 273-278 universidad de oriente Cumaná, Venezuela
- ¹⁴⁴. MELO Alves, María Luisa. Ansiedad en el Período Preoperatorio de Cirugías de Mama: Estudio Comparativo entre Pacientes con Sospecha de Cáncer a Ser Sometidas a Procedimientos Quirúrgicos Estéticos. 2007.
- ¹⁴⁵ Bailey D, Landerman L, Barroso J, Bixby P, Mishel H, Muir M, et al. Uncertainty, Symptoms, and Quality of Life in Persons With Chronic Hepatitis C. *Psychosomatics*. 2009 (50): 138-146
- ¹⁴⁶. Eastwood, B., Doering, L., Roper, J., Hays, R. (2008). Uncertainty and Health-Related Quality of Life 1 Year after Coronary Angiography. *American Journal of Critical Care*, vol. 17, No. 3, pp 232-242.
- ¹⁴⁷. Detprapon M, Sirapo Y, Mishel M, Sitthimongkol Y, Vorapongsathorn T. Testing of Uncertainty in Illness Theory to Predict Quality of Life Among Thais with Head and Neck Cancer. *Thai Journal Nursing*. 2009 13 (1): pp 1-15
- ¹⁴⁸. Sammarco, A .Quality of Life of Breast Cancer Survivors. Comparative Study of Age Cohorts. *Cancer Nursing* September/October 2009 Volume 32 Number 5 Pages 347 – 356
- ¹⁴⁹ Arreguin Sánchez I. INCERTIDUMBRE Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES Y HOMBRES AFECTADOS POR CÁNCER. *Enfermería (Montev.) - Vol. 1 (2): 77-83 - diciembre 2012*

¹⁵⁰ Shaha M, Cox CL, Talman K, and Kelly D. Uncertainty in Breast, Prostate, and Colorectal Cancer: Implications for Supportive Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 2008; 40:1, 60–67. Sigma Theta Tau International

¹⁵¹. Wellam FY and Degner LF. Uncertainty after Treatment for Prostate Cancer: Definition, Assessment, and Management. *Journal Clinical Journal of Oncology Nursing*. ISSN1092-1095 (Print). Publisher Oncology Nursing Society. 1538-067X (Online). Issue Volume 12, Number 5 / October 2008. Pages 749-755. DOI 10.1188/08.CJON.749-755. Online Date Tuesday, October 07, 2008

¹⁵². Lethborga C, Arandaa S, Coxa S and Kissanea D. To what extent does meaning mediate adaptation to cancer? The relationship between physical suffering, meaning in life, and connection to others in adjustment to cancer. *Research in Nursing & Health. Palliative & Supportive Care*

¹⁵³. Abreu o, valoración del nivel de incertidumbre en usuarios del servicio de urgencias del hospital universitario de canarias Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia Universidad de La Laguna junio 2016

¹⁵⁴. Vandall W. Nursing support for family members. *Qual Health Res*. 2007; 17(9):1207-18.

¹⁵⁵. Gómez p y colaboradores Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel Aquichan AÑO 15 - VOL. 15 N° 2 - CHÍA, COLOMBIA - JUNIO 2015 1 210-218.

¹⁵⁶. Stewart J, Mishel M, Lynn M, Terhorst L. Test of a conceptual model of Uncertainty in children and adolescents with cancer. *Res Nurs Health*. 2010; 33(3):179-91

¹⁵⁷. Machado A, Anarte M, Ruiz M. Predictores de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Clínica y Salud*. 2010; 21(1):35-47

¹⁵⁸. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M et al. Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enferm*. 2013; 22(1-2):60-64

¹⁵⁹. Florez e et alt, *Assessment of Uncertainty in Patients with Ischemic Heart Disease Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena (D.T), Colombia. 2015*

¹⁶⁰. Martínez A, Rodríguez A, Rodríguez C, Rodríguez A. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Enferm Cardio* 2005

¹⁶¹. fuentes a. Intervención Enfermera sobre el nivel de conocimientos del paciente en cuidados postquirúrgicos revista ciencia y cuidados. Cucuta Colombia 2017

¹⁶². Figueroa C et al. Relationship between preoperative anxiety and coping strategies in hospitalized patients with ischemic heart candidates for coronary artery bypass *Revista Specialized en Ciencias de la Salud* 20(1): 5-9, 2017

¹⁶³. Garzón C et alt. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*. 2013; 10: 169-179

¹⁶⁴. Álvarez, Esther.(2012), Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos *Enfermería Clínica* Volume 22, Issue 1, January–February 2012, Pages 18-26

¹⁶⁵. Romero, M. (2004). ANSIEDAD EN PACIENTES INTERVENIDOS DE RODILLA. (PRÓTESIS TOTAL RODILLA). *Enfermería global revista electrónica semestral de enfermería* mayo.

¹⁶⁶. Navas, M. (2008). Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo *Cuidando la salud: revista científica de enfermería*, ISSN 1696-1005, N°. 8, 2008, págs. 36-5

