



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Fuentes Valencia, María; Arroyo Rodríguez, Almudena. Investigación Cualitativa de la Ansiedad Prequirúrgica con perspectiva de género. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0793.php>

CENTRO DE ENFERMERÍA “SAN JUAN DE DIOS”
Centro adscrito a la Universidad de Sevilla

GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO
CURSO 2012-2013

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA DE LA
ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA CON
PERSPECTIVA DE GÉNERO

QUALITATIVE RESEARCH OF PREOPERATIVE
ANXIETY WITH A GENDER PERSPECTIVE

MARÍA FUENTES VALENCIA
Bormujos, Junio 2013

REGLAMENTO DEL TRABAJO FIN DE GRADO

CENTRO DE ENFERMERÍA “SAN JUAN DE DIOS”
Bormujos, Sevilla

ANEXO II: AUTORIZACIÓN TFG

D/Dña: Almudena Arroyo Rodríguez

Profesor/a del Departamento: Enfermería

Acredita que:

El Trabajo Fin de Grado titulado: *Investigación cualitativa de la ansiedad prequirúrgica con perspectiva de género*

Realizado por D^a. María Fuentes Valencia

Reúne las condiciones exigibles para su presentación y defensa públicas.

Sevilla, a 23 de Abril de 2013

El Tutor/a,

Fdo:

Agradecimientos

Quiero agradecer en primer lugar a Almudena Arroyo, tutora de este trabajo, por entregarse, durante la elaboración del mismo, las 24 horas del día. Sus opiniones y consejos han sido un pilar básico para llevar a cabo este proyecto. Gracias por dedicar tanto tiempo personal a corregir y perfeccionar el trabajo una y otra vez, además de facilitarnos abundante material para realizarlo.

Del mismo modo a los pacientes que han intervenido en el estudio y a sus familiares, al Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, al Director y Coordinadores de Enfermería y a todo el personal del hospital ya que sin ellos, no hubiera sido posible la elaboración de este trabajo.

También me gustaría agradecer su apoyo y aportaciones a mis compañeras Lorena, Natalia, Laura y Pedro, ya que sin sus palabras de ánimo y su ayuda hubiera sido mucho más difícil la elaboración diaria del trabajo.

De forma particular, quiero dar las gracias a Juan Manuel Carmona, por acceder a revisar este trabajo, darme su punto de vista personal y hacer una crítica constructiva del mismo, con el fin de mejorar algunos aspectos.

Así como a Isabel, Reyes y Rocío por ayudarnos desde su ámbito, alargando el préstamo de libros, revistas, etc. para que todo fuera más asequible.

También a mis compañeras del piso de estudiantes por animarme y apoyarme.

Por otra parte, dar las gracias a mis amigos y a mi novio, por haber entendido el hecho de no pasar suficiente tiempo con ellos debido a la realización de este trabajo, así como por las palabras de ánimo en los momentos de debilidad.

Igualmente quiero agradecer a mis padres por ayudarme en todo lo que han podido. Esto me ha permitido centrarme plenamente en este trabajo.

Muchas gracias a todos.

Índice

0. Resumen	6
1. Introducción	8
1.1 Planteamiento del problema de investigación	8
2. Estado de la cuestión	9
2.1 Antecedentes y lagunas de conocimiento	9
2.2 Marco teórico.....	14
2.2.1 Ansiedad	14
2.2.1.1 Definición de ansiedad.....	14
2.2.1.2 Niveles de ansiedad.....	15
2.2.1.3 Etiología	15
2.2.1.4 Manifestaciones.....	16
2.2.1.5 Epidemiología	17
2.2.1.6 Instrumentos para medir la ansiedad.....	17
2.2.2 El proceso quirúrgico desde la perspectiva enfermera	18
2.2.3 Enfoque basado en el género	20
2.2.3.1 Definición de género.....	20
2.2.3.2 Definición de perspectiva de género.....	20
2.2.3.3 El cuidado como rol de género	21
2.2.3.4 Determinantes sociales de la salud	22
2.2.3.5 Sesgo de género en salud	23
2.3 Justificación	24
3. Objetivos	26
3.1 Objetivo general	26
3.2 Objetivos específicos.....	26
4. Metodología	27
4.1 Diseño del estudio	27
4.2 Sujetos de estudio	27
4.3 Fuentes de información	29
4.4 Técnicas de investigación.....	29
4.5 Fases del estudio. Procedimiento de actuación con cada participante. Procedimiento de recogida de datos	32
4.6 Análisis de datos.....	34
4.7 Aspectos éticos	35
4.8 Limitaciones del estudio	36
5. Bibliografía	37
6. Anexos	44
Anexo 1: Guión de entrevista para el cribado	44
Anexo 2: Guión de entrevista al paciente.....	45
Anexo 3: Solicitud permiso dirección, coordinación de enfermería y jefatura.....	46
Anexo 4: Solicitud Comité de Bioética del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.....	47
Anexo 5: Consentimiento informado del paciente	48

Índice de tablas

Tabla 1. Diagnóstico enfermero de Ansiedad	19
Tabla 2. Descripción de la muestra	28
Tabla 3. Cronograma del proyecto de investigación	33
Tabla 4. Categorización	34

0. Resumen

Este trabajo está justificado por el intenso nivel de ansiedad que, a día de hoy, presentan los pacientes antes de someterse a una intervención quirúrgica. Nuestra intención es que sean los propios sujetos los que nos cuenten su experiencia, es decir, qué es lo que les preocupa y dar a conocer las diferentes causas que generan ansiedad en los mismos, antes de una intervención quirúrgica. Asimismo diferenciaremos qué preocupa más a los hombres y qué preocupa más a las mujeres, qué es lo que les genera mayor ansiedad para así poder, ayudarles a atajarla y disminuirla de una manera eficaz, con el fin último de disminuir esa ansiedad para que la recuperación sea más favorable.

Nuestro objetivo es, pues, conocer y analizar con perspectiva de género las preocupaciones que generan ansiedad en hombres y en mujeres que van a ser intervenidos quirúrgicamente en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe y evaluar cuáles de estas preocupaciones se consideran más relevantes por los hombres y por las mujeres desde la perspectiva de género.

Se trata de un diseño cualitativo de tipo fenomenológico. Después de realizar una selección de participantes teórica, de conveniencia y oportunista, se constituirá una muestra de aproximadamente 20 pacientes, ya que siempre tendremos en cuenta la saturación teórica. Las categorías fijadas son la carga familiar, el trabajo fuera o dentro de casa y la etiología de la ansiedad.

El instrumento para la recogida de datos será la entrevista en profundidad, en concreto, se realizarán dos entrevistas. El análisis de datos se realizará con el paquete estadístico Atlas.ti 6.1.1.

Palabras clave: Ansiedad, Cirugía, Enfermería, Género.

Abstract

This work is justified by the intense level of anxiety that, today, the patients are exhibiting before undergoing a surgical procedure. Our intention is to use experiences of actual patients and therefore discover what it is that worries them and to communicate the different reasons that generate anxiety in patients, before a surgical procedure. Likewise we will differentiate between what men and women worry about more. We will investigate what generates male's and female's heightened anxiety, suggest how patients can be more aware of it, in order to help them reduce their level of anxiety in an effective way. All of this will result in significantly diminishing the anxiety in order for the recovery to be more effective.

Our aim is, therefore, to understand and to analyze what causes anxiety in men and women who will be operated on in the Hospital San Juan de Dios del Aljarafe and assess what these concerns are, according to their relevance from a male or female perspective.

It's a phenomenological qualitative design. After making a selection of participants theoretical, convenience and opportunist, shall constitute a sample of approximately 20 patients, as is customary for a theoretical saturation. Fixed categories are the family burden, or outside of House work and the etiology of anxiety.

The instrument for the collection of data will be an in depth interview, in particular, two interviews will be carried out. Data analysis will be done with the statistical package Atlas.ti 6.1.1.

Key words: Anxiety, Surgery, Nursing, Gender.

1. Introducción

1.1 Planteamiento del problema de investigación

Este trabajo será llevado a cabo en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla). La motivación principal de esta investigación, está relacionada con el período final de prácticas de este último curso de Grado en Enfermería que tuvo lugar en un área quirúrgica de este hospital. Pude observar que prácticamente todos los pacientes que se iban a someter a una intervención quirúrgica de mayor o menor complejidad, desde su ingreso, presentaban ansiedad o angustia.

Durante ese corto período observé que la ansiedad no iba en concordancia al tipo de intervención, es decir, no era mayor si la intervención era considerada más compleja o viceversa, sino que tenía mayor relación con otro tipo de causas personales y en función del sexo.

Planteamos como presupuesto de partida que una de las preocupaciones más importantes que contribuye a la generación de ansiedad en las mujeres son las relacionadas con el cuidado (carga familiar), mientras que en los hombres la ansiedad está relacionada con otras causas o esta causa en concreto, es menos frecuente.

Tras lo expuesto, para este trabajo fin de grado, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación ¿Ante una intervención quirúrgica, cuáles son las causas más comunes que generan ansiedad en el período preoperatorio? ¿Son las mismas en hombres y en mujeres? ¿Tienen la misma relevancia para ambos?

De acuerdo con lo anterior, con este estudio pretendemos conocer si hay diferencias en estas preocupaciones relacionadas con la ansiedad en función del sexo desde la perspectiva del paciente, es decir, son ellos los que nos informarán de cuáles son los aspectos que mayor ansiedad le producen, cuál o cuáles de los mismos consideran más relevantes, o qué preocupaciones hacen que se les produzca esa ansiedad ante la cirugía desde su propio punto de vista.

En definitiva, queremos dar voz y conocer lo que más preocupa a ellos desde su posición individual de madre, padre, hija o hijo, cuidadora o cuidador, etc., y ponerlas de manifiesto para mejorar la calidad de la atención enfermera en el proceso quirúrgico y aminorar ese malestar, ya que la ansiedad puede repercutir de forma negativa en la evolución postquirúrgica del paciente, aumentando la estancia hospitalaria y como consecuencia, el gasto sanitario.

2. Estado de la cuestión

2.1 Antecedentes y lagunas de conocimiento

La cirugía es un suceso que produce temor incluso cuando está considerada como un procedimiento relativamente menor (Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien, Giddens y Bucher, 2006). Además el miedo y la ansiedad pueden estar presentes a pesar de ser una cirugía menor con una estancia media corta, anestesia local y poca incidencia de complicaciones (Moreno en Calderó, Freixas, Fuenmayor y Luque, 2007; Reyes, Rodríguez y Pino en Calderó et ál., 2007). Las reacciones psicológicas y fisiológicas a la cirugía desencadenan una respuesta de estrés del organismo (Lewis et ál., 2006). Ese estrés psicológico se debe a que los pacientes se enfrentan a situaciones desconocidas que además implican ciertos riesgos (Orihuela-Pérez et ál., 2010) y puede presentarse por lo menos una semana antes de su ingreso (Navas, 2008).

El papel de la elevada ansiedad preoperatoria está suficientemente documentado por la investigación para ser considerada como síntoma en todo proceso quirúrgico (Ramos et ál., 2008; Romero, 2008; León y Salazar, 2007). Flório y Galvão (en Martín-Crespo, Caravantes, García y Gómez, 2007) identificaron el diagnóstico de ansiedad, provocada por una intervención quirúrgica en el 86,6% de los casos de su estudio. En los pacientes supone, en mayor o menor medida, una alteración bio-psico-social de la persona; sobre todo cuando este paciente no ha tenido previamente contacto con el medio quirúrgico (Díez-Álvarez et ál., 2012).

Si esa ansiedad y estrés se genera de forma moderada, es un mecanismo deseable que permite al organismo afrontar, adaptarse y curar en el período postoperatorio (Lewis et ál., 2006) ya que potencian un estado de alerta positivo y actúan como activadores o motivadores de acción; pero si sobrepasan el umbral deseado, desencadenan los aspectos negativos de la ansiedad, que repercuten en la buena evolución, en la inducción y en el mantenimiento de la anestesia y en la recuperación del postoperatorio, incluyendo múltiples factores que aumentan el dolor. (Chirveches et ál., 2006; Ebirim y Tobin, 2011; Fernández, González, López, Negueruela, Urdiales y Ureña, 2009).

Puede presentarse en cualquier persona de forma transitoria o crónica, y puede producir reacciones agresivas que repercuten en un incremento en el estrés experimentado por el paciente. La angustia 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 (Valenzuela-Millán, Barrera-Serrano y Ornelas-Aguirre, 2010) que en el individuo se manifiesta con sensaciones de inquietud, miedo e incluso pánico (Solar, Agudo, Espada y Saavedra, 2008).

Numerosos estudios nombran las posibles causas que, en general, producen ansiedad en este período preoperatorio. Algunas de las causas son que la cirugía es una situación de estrés, el desconocimiento del proceso y ambiente hospitalario, una amenaza del cambio en el rol y el estado de salud (Díez-Álvarez et ál., 2012), la gravedad de la enfermedad, la duración del periodo preoperatorio (a mayor urgencia, menor tiempo de adaptación emocional y mayor ansiedad), los antecedentes familiares sobre problemas en intervenciones quirúrgicas (Gordillo, Arana, y Mestas, 2011), las dudas e inquietudes que pueden surgir (Vargas y Herrera, 2012), el dolor, la supervivencia y la recuperación, la separación de la familia y el hogar, la propia hospitalización, la

separación de personas significativas, la ruptura de la rutina diaria, la pérdida de control y autonomía, (Ortigosa, Gutiérrez, Astilleros, Sánchez y Riquelme, 2009), alteraciones en la dinámica familiar, pérdida de la función orgánica y reincorporación a su vida laboral y sexual, etc. (Parra, 2007).

Normalmente los pacientes ingresados no reciben tratamiento farmacológico cuando se detecta ansiedad ya que es atribuida al proceso de la hospitalización o a la enfermedad (Grau, Comas, Suñer, Peláez, Sala y Planas, 2007).

El tema de la ansiedad prequirúrgica ha sido abordado por diferentes profesionales de la medicina, enfermería, psicología, psiquiatría, etc.

Desde la medicina hay estudios como el de León y Salazar (2007) que pretendían valorar la disminución de la ansiedad a través de una intervención de un profesional explorando una muestra de 100 pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. Querían conocer el impacto de esta sobre el paciente y conocer los sentimientos de ansiedad y miedo que les genera la misma, valorando dos áreas, mediante una entrevista un día antes del procedimiento. La entrevista constaba de dos partes: una de datos demográficos y la segunda que estaba a su vez dividida en dos estaba compuesta por diez preguntas abiertas. Dentro de esta segunda parte del cuestionario, la primera pretende descubrir el conocimiento sobre su enfermedad y su tratamiento, el grado de comprensión del procedimiento (obtenido después de la explicación por parte de un profesional) y la percepción sobre el procedimiento y la evolución postquirúrgica mientras que la segunda, busca conocer los sentimientos, los pensamientos, las expectativas y la actitud tomada ante la situación.

Desde la psiquiatría y conjuntamente con la medicina, en concordancia con el punto anterior, destacar el trabajo de Ramos et ál. (2008) en el que utilizan una muestra de 42 pacientes que dividen en dos grupos según la edad. Les administran el Test de Ansiedad Estado/Rasgo de Spielberg (STAI) y les toman una muestra de saliva para valorar el nivel del cortisol el día previo a la intervención quirúrgica, con el fin de averiguar la repercusión negativa de estos dos factores, ansiedad y cortisol, en la recuperación postquirúrgica.

Valenzuela-Millán et ál. (2010) realizan también un estudio desde la perspectiva médica pero, contrariamente a los trabajos expuestos anteriormente, utilizan para medir la ansiedad la escala de Ansiedad e Información de Amsterdam (APAIS). Administraron el cuestionario 24 horas antes de la cirugía y 24 horas después de la intervención quirúrgica en un grupo de 135 pacientes. Evidenciaron un porcentaje elevado de pacientes que presentaban ansiedad (76%) y una relación proporcional entre ese malestar y el dolor y los vómitos postoperatorios.

Desde la enfermería, como exponemos a continuación, se ha abordado la ansiedad de múltiples formas (cualitativa, cuantitativa, caso clínico, estudio piloto, etc.)

Desde la perspectiva cualitativa subrayamos el trabajo de Santos, Henckmeiers y Benedets (2011) que consiste en demostrar el impacto de la información preoperatoria en el paciente quirúrgico. El estudio fue llevado a cabo por 6 enfermeros, se seleccionó una muestra de 25 pacientes. Utilizaron la entrevista semiestructurada en el periodo prequirúrgico y la observación en el postoperatorio inmediato y en el primer y segundo

postoperatorio. Se demostró que la orientación proporcionada hizo que los pacientes presentaran sentimientos de tranquilidad, bienestar y optimismo, disminución de la ansiedad y el miedo, etc. Todo esto contribuyó a una recuperación más rápida y con menos complicaciones, lo que se traduce en una mejor calidad de vida.

Desde el punto de vista cuantitativo destacar el estudio de Orihuela-Pérez et ál. (2010) sobre la eficacia de la visita preoperatoria de enfermería, que consistió en hacer una visita estructurada preoperatoria de enfermería durante un periodo de 6 meses a pacientes mayores de 18 años que iban a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas programadas, que ingresaban la tarde antes de la intervención y que permanecían ingresados más de 48 horas en el postoperatorio con el fin de explorar la satisfacción del paciente con la visita preoperatoria de enfermería, examinar los contenidos de las intervenciones realizadas (NIC) y analizar su efectividad en los resultados postoperatorios (NOC). El estudio constaba de 3 fases: prequirúrgica, en la que solicitaron el consentimiento informado del paciente para participar en el estudio, entrevistaron a los pacientes seleccionados y recogieron variables como edad, sexo, nivel educativo, tipo de intervención, anestesia, intervenciones y complicaciones quirúrgicas previas, necesidades y preocupaciones del paciente, etc. También se recogieron diagnósticos NANDA e intervenciones NIC que se elaboraron como respuesta a esos diagnósticos para favorecer los resultados (NOC); la segunda fase es la de intervención y por último la fase posquirúrgica (48 horas después de la intervención) en la que el mismo profesional de enfermería que había hecho la valoración prequirúrgica, registraba los mismos indicadores NOC del prequirúrgico incorporando el indicador del nivel de satisfacción, además de los días de estancia, las complicaciones quirúrgicas en las primeras 48 horas, reingresos y reintervenciones.

Asimismo, Díez-Álvarez et ál. (2012) y Chirveches et ál. (2006) también han indagado en el efecto que tiene una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad en los pacientes quirúrgicos, la diferencia es que Díez-Álvarez et ál. (2012), realizan la visita una hora antes de que los pacientes entren al quirófano. Utilizan una muestra final de 335 pacientes de dos hospitales distintos, que dividieron en dos grupos de forma aleatoria. Con uno de los grupos (ensayo) se llevó a cabo una entrevista prequirúrgica estructurada, de 15 minutos de duración en la que se le informó detalladamente, de forma individual y organizada del antes, durante y después de la cirugía, permitiendo hacer preguntas y aclarar dudas. Al otro grupo de pacientes (control), no se le dio ninguna información prequirúrgica adicional, solo lo que se hacía por rutina: verificar la preparación prequirúrgica del paciente y responder las preguntas, relacionadas con la cirugía, solicitadas por este. Como herramienta de medición de la ansiedad emplearon el cuestionario STAI (Test de Ansiedad Estado/Rasgo de Spielberg).

Por su parte, Chirveches et ál. (2006) valoran el efecto que tiene esa visita de enfermería sobre la ansiedad, al igual que los anteriores, pero incorporan otro parámetro que es el dolor agudo después de la intervención. La muestra elegida estaba compuesta por 350 pacientes que fueron divididos aleatoriamente en 2 grupos. Como en algunos estudios ya citados, un grupo recibía información adicional sobre el proceso quirúrgico mediante una visita prequirúrgica de enfermería (grupo intervención) en la que se les valoraba según las 14 necesidades de Virginia Henderson y se les explicaba todo lo relacionado con el prequirúrgico: ayuno, medicación, higiene y rasurado, la situación del quirófano, el recorrido que harán hasta llegar a él y se les respondían las dudas que pudieran tener

relacionadas con el proceso quirúrgico; mientras que el otro grupo (control) recibía la atención prequirúrgica habitual del centro (ayuno, preparación del campo quirúrgico y rasurado de la piel). Para la recogida de datos utilizaron 3 encuestas, una en la visita preanestésica (en la que se recogía información sobre el nivel de ansiedad mediante el cuestionario mencionado anteriormente STAI), otra en la prequirúrgica (en la que se obtenían los datos sociodemográficos y clínicos y medían la presencia habitual de dolor con la Escala Visual Analógica (EVA)) y una tercera, en la visita posquirúrgica. Demostraron que la visita enfermera reduce la ansiedad situacional, pero no encontraron diferencias entre ambos grupos en relación a la percepción de dolor agudo en el postquirúrgico.

A diferencia de los anteriores, Vargas y Herrera (2012) utilizan la metodología para el desarrollo de la práctica clínica basada en la evidencia con el fin de certificar si la información preoperatoria disminuye la ansiedad en una muestra de 142 niños divididos en dos grupos. El primer grupo formado por 80 niños recibió más información (recorrido por el área quirúrgica, manipularon el equipo médico, etc.), mientras que el segundo grupo recibió únicamente información general. Para evaluar el nivel de ansiedad utilizaron dibujos. Plantearon la siguiente pregunta de investigación: “en los pacientes de edades entre siete y catorce años ¿La información preoperatoria acerca de su cirugía mayor ambulatoria comparada con los que no reciben información disminuye la ansiedad y presentan menos complicaciones postoperatorias?”. Realizaron una búsqueda de la información científica existente, analizaron de forma crítica la información, implementaron los resultados en el trabajo diario del profesional y por último, evaluaron esa implementación.

Solar, Agudo, Espada y Saavedra (2008) presentan un caso clínico para un paciente que se someterá a una intervención quirúrgica urológica. Valoran al paciente mediante el modelo conceptual de Virginia Henderson en las primeras 24 horas del ingreso y elaboran un plan de cuidados usando las taxonomías NANDA, NIC y NOC. Le ofrecen al paciente toda la información relacionada con el proceso quirúrgico de forma oral y gráfica en un cómic para que si algún paciente no sabe leer, pueda recibir al menos una información básica. Al mismo tiempo enseñan a los pacientes técnicas de relajación que, junto a la información, contribuyen a reducir ese nivel de ansiedad.

Asimismo Navas (2008), a través de un estudio piloto, perseguía valorar y comparar el nivel de ansiedad del paciente en el prequirúrgico inmediato y el obtenido en la unidad de recuperación postanestésica y estudiar la relación de esa angustia con factores de riesgo como la edad, el sexo, el estado civil y el servicio de procedencia. Para ello, recurrió a 30 pacientes a los que les administró el cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de forma completa antes de la intervención y únicamente el test estado en el postoperatorio inmediato, una vez que habían recibido el alta de la URPA, para valorar el nivel de ansiedad en ese preciso momento. No haya relación entre la ansiedad y las variables edad, sexo y estado civil, ni establece una relación de dependencia entre los niveles de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado medidos antes de la intervención y ansiedad-estado medido después.

En cuanto a resultados no mencionados, de los estudios descritos anteriormente, debemos destacar los relacionados con la visita prequirúrgica; varios demuestran que esta es eficaz, es decir, hace que disminuya la ansiedad, el miedo, el dolor, etc. (Orihuela-Pérez et ál., 2010; Chirveres et ál., 2006; Vargas y Herrera, 2012 y Solar,

Agudo, Espada y Saavedra, 2008); sin embargo en el estudio de Díez-Álvarez et ál. (2012) no se evidencia una disminución de la ansiedad tras la visita de enfermería en el preoperatorio inmediato (una hora antes de la intervención). Además sigue habiendo una falta de información en relación a todo el proceso (enfermedad, cirugía propuesta y evolución) (León y Salazar, 2007). Asimismo concluyen que la ansiedad preoperatoria influye en la recuperación posquirúrgica (Orihuela-Pérez et ál., 2010 y Ramos et ál., 2008), que sufren mayor ansiedad los pacientes con un riesgo anestésico elevado (ASA mayor de 2) (Díez-Álvarez et ál., 2012), que los pacientes poseen un malestar menor si han recibido más información y que tienen un mayor nivel de ansiedad aquellos pacientes que son trabajadores activos o tienen una convivencia familiar respecto a los trabajadores no activos o que viven solos (Díez-Álvarez et ál., 2012).

Comparando estas investigaciones hay discrepancias en los resultados que nos interesan para nuestro trabajo. Navas (2008) y Orihuela-Pérez et ál. (2010) no encuentran diferencias significativas en el nivel de ansiedad entre hombres y mujeres, mientras que Díez-Álvarez et ál. (2012) y Valenzuela-Millán et ál. (2010) afirman un mayor nivel de ansiedad en las mujeres.

Hay trabajos que sitúan el sexo femenino como factor potencial para padecer mayor ansiedad (Díez-Álvarez et ál., 2012) o que en sus resultados hay una mayor ansiedad en las mujeres (Ebirim y Tobin, 2011; Perks, Chakravarti y Manninen, 2009), incluso que afirman que pertenecer al sexo femenino parece ser un generador de riesgo hasta cinco veces más en relación con el masculino (Valenzuela-Millán et ál., 2010).

Podrían considerarse estos, prejuicios sexistas, ya que apoyan la existencia de una ansiedad innata en las mujeres, por lo que condicionan en cierto modo la atención recibida por estas en el sistema sanitario, pudiendo enmascarar otras patologías.

Además de lo expuesto, existen autoras como Pilar Blanco Prieto (2004) que señalan que numerosas mujeres acuden a las consultas de Atención Primaria presentando síntomas (dolores de espalda o de cabeza, sensación de opresión o nudo en la garganta, cansancio, molestias gastrointestinales, tristeza, etc.) que no pueden encajarse en ningún diagnóstico y que se medicalizan prescribiendo tratamientos como analgésicos, relajantes musculares e incluso ansiolíticos o antidepresivos, que no ofrecen una solución a su problema por lo que estos síntomas no mejoran, o si lo hacen, reinciden numerosas veces. Cuando se habla el suficiente tiempo con este tipo de mujeres, se conoce que esos síntomas tienen que ver con dificultades en su vida (miedos, preocupaciones, falta de momentos de ocio y de relaciones sociales, monotonía, incompreensión...); muchas veces son amas de casa o profesionales con hijos, sin apenas relaciones sociales y agobiadas por el exceso de trabajo. A veces, siguen sintiendo que les corresponde a ellas hacer las tareas del hogar y no piden ayuda. Otras veces se encuentran aisladas por dedicarse al cuidado del padre o de la madre sin apenas vida propia.

Para terminar, señalar que hasta el momento, cuando se analizan las causas que generan la angustia en el período prequirúrgico no se ha hecho una diferenciación basándose únicamente en el sexo del paciente, ni se ha demostrado cuáles de esas causas tienen más fuerza, es decir, cuáles preocupan más al paciente. Puede ser que aunque las causas sean las mismas, el orden de relevancia, sea completamente distinto en función de si el paciente es hombre o mujer, ya que como expondremos posteriormente el cuidado se ha

atribuido socialmente al sexo femenino y esto puede ser un factor de distinción en este aspecto.

2.2 Marco teórico

2.2.1 Ansiedad

2.2.1.1 Definición de ansiedad

Durante el período quirúrgico uno de los diagnósticos de enfermería más común es el de ansiedad o riesgo de ansiedad, tal y como avalan estudios como el de Flório y Galvão (en Martín-Crespo, Caravantes, García y Gómez, 2007), el de Valenzuela-Millán et ál., (2010) o el caso clínico llevado a cabo por Sanclemente, Egido, Chueca y Santolaria (2010).

La NANDA International, (2010) define la ansiedad como:

“Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza”.

Se entiende por ansiedad: “Temor de un individuo ante una amenaza real o imaginaria” (Diccionario médico, 1998). Es una emoción que prepara al organismo para reaccionar ante ese tipo de situación (Echeburúa y de Corral, 2009).

También se define como “una sensación vaga de miedo, preocupación o aprensión en respuesta a un estímulo externo o interno que puede acompañarse de síntomas conductuales, emocionales, cognitivos y fisiológicos” (Videbeck, 2012).

Las respuestas de ansiedad están integradas a modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de todas las personas (Echeburúa et ál., 2009), y desde ese punto de partida es algo sano y positivo, pero en la sociedad moderna esta característica se ha desarrollado de forma patológica y muchas personas la viven como una emoción negativa y muy desagradable (Méndez en Reyes, 2009).

Después de examinar la clasificación que realiza el DSM-IV-TR (2003) sobre los trastornos de ansiedad, parece que el que más se ajusta al detectado en los pacientes que van a someterse a un proceso quirúrgico es la *crisis de angustia situacional* que son las que aparecen de manera anticipada o durante la exposición a un desencadenante situacional, que en nuestro caso sería la cirugía; pero la definición de crisis de angustia lleva implícito síntomas como terror, sensación de muerte inminente, asfixia, miedo a “volverse loco”, etc., además son de aparición repentina y rápida, alcanzan su máximo esplendor en menos de diez minutos (Díez en Vallejo y Gastó, 2000). Estas manifestaciones no se corresponden totalmente con las de los pacientes ya que son demasiado extremas, en cambio el trastorno adaptativo puede ser desencadenado por un estresante de intensidad variable y expresarse a través de una amplia gama de síntomas posibles siendo la ansiedad uno de ellos.

De acuerdo con lo anterior, los pacientes no presentan un trastorno de ansiedad, sino un trastorno adaptativo que se define como una “respuesta psicológica a uno o varios estresantes identificables que comportan la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento clínicamente significativos”. Los acontecimientos estresantes pueden ser un hecho, una experiencia o una situación, en este supuesto, la cirugía. Esta respuesta psicológica provoca síntomas como malestar importante, depresión, alteraciones del funcionamiento en la vida diaria y ansiedad, que es el que nos interesa en nuestra investigación (Videbeck, 2012).

La ansiedad como síntoma, puede aparecer de forma momentánea o transitoria o de manera generalizada o crónica.

2.2.1.2 Niveles de ansiedad

Videbeck (2012), distingue 4 niveles de ansiedad: leve, moderada, grave y pánico. Cada nivel se acompaña de cambios psicológicos y fisiológicos.

La ansiedad leve aumenta la estimulación sensorial y ayuda a la persona a centrar la atención para aprender, solucionar un problema, pensar, actuar, etc. A veces esta ansiedad actúa como factor de motivación.

La ansiedad moderada hace que la persona se ponga nerviosa o agitada y aunque aparece dificultad para concentrarse, aún puede procesarse la información que se recibe y resolver problemas.

Cuando la ansiedad es tan alta como en el nivel grave o en el pánico, disminuyen las funciones cognitivas del individuo, es decir, la persona tiene dificultades para pensar y razonar, pueden aparecer conductas de huida o lucha, o por el contrario, la persona puede quedar paralizada.

2.2.1.3 Etiología

Tal y como hemos mencionado en los antecedentes de este trabajo, se han descrito numerosas causas que producen ansiedad en este período preoperatorio. Puede tener su origen en el propio sujeto o estar provocada por un suceso externo (Reyes, 2009). El concepto de situación quirúrgica hace referencia al conjunto de factores externos e internos o individuales. Algunos de los factores externos que encontramos son: ambiente extraño (ambiente hospitalario, cambios en la alimentación...), falta de intimidad (habitaciones compartidas, profesionales y familiares de enfermos, etc.), sometimiento a técnicas (anestesia o la propia cirugía) y ausencia de apoyo social (separación de la familia). El tipo de personalidad (impaciencia, competitividad excesiva, agresividad...), el hecho de tener fuera de control la situación, un estado de ansiedad-rasgo elevado que hace que perciban la cirugía como un hecho más amenazante que las personas con un grado de ansiedad-rasgo menor, etc. son ejemplos de los factores internos que desencadenan angustia (Navas, 2008).

Otro factor desencadenante de ansiedad es la preocupación de los pacientes por la familia o personas a quienes atienden normalmente ya que ahora no pueden hacerlo debido al ingreso (Díez-Álvarez et ál., 2012).

Esto es lo que queremos trabajar para ver si, conociendo qué preocupa al paciente, podemos intervenir desde la enfermería ya sea resolviendo dudas o dando información sobre la propia cirugía o solventando aquellas preocupaciones relacionadas con su rol, poniendo, por ejemplo, a su disposición información sobre el respiro familiar, entre otros recursos, en función de la problemática que plantee la persona que atendemos.

2.2.1.4 Manifestaciones

Según Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamón (2008) y Videbeck (2012), las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos: manifestaciones físicas, psicológicas, de conducta, intelectuales o cognitivas y sociales.

A nivel físico puede aparecer taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, cefalea, boca seca, disnea, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, náuseas, vómitos, tensión o rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad, palidez, aumento de la frecuencia urinaria, etc. También pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

Algunas de las manifestaciones psicológicas que encontramos son inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones.

En relación a la conducta pueden aparecer modificaciones en el estado de alerta, hipervigilancia, agudización de los sentidos, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, llantos o gritos, dificultad para estarse quieto y en reposo y cambios en la expresividad y el lenguaje corporal como movimientos automáticos, posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión de las mandíbulas, tono de la voz más agudo, expresión facial de asombro, duda o crispación, conductas ritualizadas, etc.

A nivel intelectual o cognitivo se presentan dificultades de atención y concentración, pérdida de memoria, aumento de los despistes, atención selectiva, preocupación intensa, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e inoportunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, incapacidad para solucionar problemas, abuso de la sospecha, interpretaciones inadecuadas de la realidad, susceptibilidad, etc.

En el ámbito social hallamos irritabilidad, embelesamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación o, por el contrario verborrea, aumento en la velocidad del habla, bloqueos o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresarse, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni estos se presentan con la misma intensidad. Cada persona, según su predisposición biológica y/ o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas.

2.2.1.5 Epidemiología

La ansiedad es una patología muy frecuente y que, como ya hemos mencionado a lo largo de este trabajo, puede tener repercusiones negativas para el paciente.

Según la OMS la ansiedad generalizada y la depresión mayor se convertirán en la segunda causa de discapacidad para el año 2020 (Murray y López en Esquivel, Buendía, Villa, Ontiveros, Velasco y Martínez, 2007).

La epidemiología psiquiátrica se ocupa del estudio de la distribución de la patología, en este caso la ansiedad, en el espacio y en el tiempo dentro de una determinada población, así como de los factores que influyen en esa distribución (Bernardo en Vallejo y Gastó, 2000).

Flório y Galváo (en Martín-Crespo, Caravantes, García y Gómez, 2007) tal y como hemos referido anteriormente, identificaron el diagnóstico de ansiedad, debida a una intervención quirúrgica en el 86,6% de los casos de su investigación.

2.2.1.6 Instrumentos para medir la ansiedad

Existen numerosos cuestionarios para medir la ansiedad. Estos deben ser fiables, válidos y, si puede ser, cortos (Perpiñá, Richart y Cabañero, 2011). Algunos de estos cuestionarios son the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS), the Beck Anxiety Inventory (BAI), Depression, Anxiety and Stress Scale (DAAS), la Escala Visual Análoga de Ansiedad, las escalas de ansiedad de Taylor (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) o Hamilton, el cuestionario de ansiedad de Zung, etc.

El cuestionario más utilizado es el State Trait-Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger que se utiliza para la medición de dos conceptos independientes que la versión española las evalúa diferenciando dos cuestionarios, uno para los componentes de ansiedad estado (STAI-E) y otro para evaluar la ansiedad rasgo (STAI-R) (González, Ortín y Bonillo, 2011).

La subescala ansiedad-estado valora el estado de ansiedad del paciente a la hora de completar la prueba, es decir, el paciente señala lo ansioso que se siente en ese preciso momento mediante 20 ítems en una escala de respuesta de tipo Likert de 4 puntos (nada, un poco, bastante, mucho). Se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad como estado no persiste una vez que finaliza el motivo que lo acciona.

El constructo ansiedad-rasgo hace referencia a la propensión de un sujeto a experimentar ansiedad como rasgo estable de su personalidad (Rodríguez y Vetere, 2010). Esta subescala, al igual que la anterior, también posee 20 ítems que expresan afirmaciones del tipo “me siento bien, siento que fallo, soy feliz...”, a las que el individuo debe responder teniendo en cuenta cómo se siente generalmente, por medio de una escala tipo Likert de cuatro puntos con las opciones “casi nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente” y “casi siempre”.

Valores altos de ansiedad-estado indicarían un grado elevado de ansiedad situacional, mientras que los valores elevados de ansiedad-rasgo se corresponderían con una personalidad ansiosa (Chirveches et ál., 2006). Los individuos con alto rasgo de ansiedad tienen una mayor probabilidad de manifestar respuestas de ansiedad en situaciones percibidas como amenazantes (Rodríguez y Vetere, 2010).

La puntuación final puede variar entre 0 y 60 puntos (Perpiñá et ál., 2011).

2.2.2 El proceso quirúrgico desde la perspectiva enfermera

El proceso quirúrgico, desde el punto de vista de los paradigmas de enfermería, se encuentra anclado en el paradigma de la categorización (modelo biomédico), ya que según esta orientación, el cuidado se centra en los problemas, se pone tratamiento al factor que causa la enfermedad y se dejan de lado el resto de factores ambientales o personales (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette y Major, 2007), es decir, se tiene en cuenta a la persona según su patología sin considerar el resto de las dimensiones, en nuestro caso, se desarrolla centrado en la intervención quirúrgica.

La enfermera tiene un papel muy importante en este momento prequirúrgico, en cambio, este proceso está muy medicalizado. El profesional de enfermería solo interviene para la realización de pruebas prescritas por el profesional médico, aun existiendo, diagnósticos e intervenciones de enfermería que permitirían atender al paciente de forma integral al tener en cuenta su situación tanto social como a nivel psicológico.

En nuestro caso, como ya hemos dicho en el marco teórico de este trabajo, encontramos el diagnóstico de ansiedad recogido en los Diagnósticos Enfermeros de la NANDA International (2010), que se puede relacionar, entre otras causas, con una amenaza de cambio en el estado de salud o de la función del rol. Algunas de las manifestaciones relacionadas con este diagnóstico, según esta clasificación, pueden ser conductuales (nerviosismo, insomnio, expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales...), afectivas (angustia, temor, incertidumbre, etc.), fisiológicas (aumento de la sudoración...), simpáticas (palpitaciones, aumento del pulso y la tensión arterial, etc.), parasimpáticas (mareos, fatiga, náuseas, diarrea...) y cognitivas (dificultad para la concentración, deterioro de la atención, confusión, etc.), tal y como se muestra en la Tabla 1.

En el caso del diagnóstico de riesgo, cabe destacar que no hay manifestaciones, aunque sí, factores relacionados, ya que no es un diagnóstico real.

A este diagnóstico se asocian criterios de resultados NOC (Moorhead y Johnson, 2009), e intervenciones de enfermería NIC (Bulechek, Butcher y McCloskey, 2009). Uno de los criterios de resultados (Moorhead et ál., 2009) es “Nivel de ansiedad” y uno de los indicadores que podríamos utilizar para medir el efecto de las intervenciones enfermeras sería: ansiedad verbalizada.

Del mismo modo, encontramos intervenciones de enfermería NIC (Bulechek, et ál., 2009) como “disminución de la ansiedad” que se define como: minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente de peligro, en este caso, la fuente de peligro es la intervención quirúrgica. Algunas de las actividades que se proponen, a realizar por la enfermera, para disminuir la ansiedad de un paciente son: explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar

durante el procedimiento, escuchar con atención, ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad, instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación u observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

El paciente es un ser biopsicosocial que debe ser tratado de manera integral, por lo que debemos humanizar la atención prequirúrgica teniendo en cuenta a la persona en todas sus dimensiones.

Tabla 1. Diagnóstico enfermero de Ansiedad.

	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
ANSIEDAD	Cambio en: <ul style="list-style-type: none"> - La situación económica - El entorno - El estado de salud - Los patrones de interacción - La función del rol - El estatus del rol 	Conductuales
	Crisis situacionales	Afectivas
	Estrés	Fisiológicas
	Amenaza de muerte	Simpáticas
	Amenaza para: <ul style="list-style-type: none"> - La situación económica - El entorno - El estado de salud - Los patrones de interacción - La función del rol - El estatus del rol - El autoconcepto 	Parasimpáticas
	Necesidades no satisfechas	Cognitivas

2.2.3 Enfoque basado en el género

2.2.3.1 Definición de género

Lamarca (2004) define género como “una construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo y que convierten la diferencia sexual en desigualdad social”. La diferencia de género no es un rasgo biológico, sino una construcción mental y sociocultural que se ha elaborado históricamente. Por lo tanto, género no es equivalente a sexo ya que este último se refiere a una categoría biológica.

Otra posible definición es: “conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social” (Benería en Arroyo, Lancharro, Romero y Morillo, 2011). Este proceso supone la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que a los que se definen como masculinos se les atribuye mayor valor. Estas diferencias entre los hombres y las mujeres son jerarquizadas, dándose más valor a las masculinas, lo que produce una situación de desigualdad. Esta desigualdad, también ocurre en otras variables como la etnia, la edad, la clase social, etc., e implican una jerarquía entre las personas (Blázquez-Rodríguez, 2005).

También hemos considerado interesante la definición sobre este concepto que ofrece la guía Equal (2007):

“diferencias sociales o los diversos roles asignados a mujeres y hombres, roles que se aprenden a medida que crecemos, que cambian con el paso del tiempo y que dependen de nuestra cultura, origen étnico, religión, educación, clase social y el entorno geográfico, económico y político en que vivimos. Estos modelos de comportamiento establecen las pautas e influyen en quienes somos aparte de nuestro sexo. Así pues, el género describe el conjunto de calidades y comportamientos esperados de los hombres y de las mujeres por sus sociedades y forma su identidad social. Una identidad que difiere de una cultura a otra y según los diferentes períodos de la historia”.

2.2.3.2 Definición de perspectiva de género

El concepto de mainstreaming¹ de género tiene su origen en la Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre las mujeres celebrada en Nairobi en 1985 y posteriormente en Pekín en 1995, donde la plataforma de acción pidió a los gobiernos y otros agentes que intervienen en los procesos de elaboración de las políticas promocionar una política activa y visible de mainstreaming de género, de modo que antes de que se tomen decisiones se haga un análisis de los efectos sobre las mujeres y los hombres (Guía Equal, 2007).

¹ El Consejo de Europa (1998) define mainstreaming o transversalidad de género: como la organización ó reorganización, mejora, desarrollo y evaluación de los procesos políticos para que los actores normalmente involucrados en la adopción de medidas políticas, incorporaren una perspectiva de igualdad de género a todos los niveles y en todas las fases de esos procesos.

La perspectiva de género es un enfoque teórico procedente de las teorías feministas, cuyo eje principal es el análisis de las desigualdades de género (Ariño et ál., 2011), o lo que es lo mismo, un punto de vista desde el que se visualizan los distintos fenómenos de la realidad científica, académica, social o política, que tiene en cuenta las implicaciones y efectos de las relaciones sociales de poder entre los géneros masculino y femenino (Serret, 2008).

La Comisión Europea en 1996, adoptó el enfoque de *mainstreaming* o transversalidad, no con el fin de sustituir la política de igualdad de oportunidades, sino como complemento de la misma. Defiende que la transversalidad de género implica no limitar la promoción de la igualdad a la adopción de medidas específicas a favor de las mujeres, sino movilizar todas las medidas y políticas generales específicas con el propósito de lograr la igualdad, teniendo en cuenta durante la planificación los posibles efectos sobre las situaciones de hombres y mujeres (perspectiva de género).

De acuerdo con lo anterior, deducimos que el objetivo final de la integración es conseguir la igualdad de los géneros a todos los niveles.

2.2.3.3 El cuidado como rol de género

Según la OMS, en las sociedades occidentales se ha atribuido a los hombres características como la ambición, la competitividad, la agresividad, la dominación, la racionalidad, etc., mientras que a la mujer se considera más emocional, intuitiva y se le atribuye la sumisión, la pasividad, la dependencia, el cuidado de los demás... (Pique en Blázquez-Rodríguez, 2005; Nemecek en Bar y Jarymowicz, 2010).

Además de estas características, siempre ha existido una división sexual del trabajo, es decir, se ha atribuido ciertas tareas y roles según el sexo (Blázquez-Rodríguez, 2005); a los hombres, el trabajo fuera de casa y a las mujeres el cuidado del hogar y de la familia (Blanco, 2004).

Desde su origen y a nivel intercultural y mundial, el cuidado de los miembros más frágiles de la familia, los niños, los enfermos y los ancianos, es una función adscrita a las mujeres como parte del rol de género (Arroyo et ál., 2011; Zuñiga y Paravic, 2009; Blanco, 2004; García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004; Crespo y López, 2008). Este tipo de cuidado, además es considerado como no productivo desde el punto de vista económico (Zuñiga y Paravic, 2009) y está infravalorado (Mazarrasa en Blázquez-Rodríguez, 2005). Más de un 80% de los cuidados de las personas dependientes se realiza por alguna mujer (Germán en Arroyo et ál., 2011; Díez en Blanco 2004; Crespo y López, 2008).

En el proceso de socialización se infunden distintos valores en función del rol asignado y según eso, aprendemos a pensar, a sentir, a comportarnos, etc.; por esto, se crea un punto de vista distinto dependiendo del sexo, es decir, construimos nuestra identidad en base a unas expectativas sociales diferentes. La sociedad espera de la mujer que desarrolle el rol de esposa y madre, y se la educa para cuidar, ser obediente, dependiente..., adquiere un papel subordinado y doméstico (esfera privada o doméstica); mientras que el hombre aprende a ser fuerte, valiente, decidido, dominante, etc., se espera de él que sea el “cabeza” de familia (Blanco, 2004) y se relaciona con la

esfera exterior (Crespo y López, 2008). También hay estudios que afirman que tradicionalmente se ha asignado a las mujeres el papel de cuidadora por el hecho de ser madre, o lo que es lo mismo, como son las mujeres las que normalmente cuidan de los hijos, se ha asociado el cuidado en general con el rol femenino (Crespo y López, 2008).

Generalmente no ha habido un acuerdo explícito en la familia para que sea esa persona la que asuma los cuidados, sino que por las expectativas sociales asignadas a la mujer, se da por hecho (Crespo y López, 2008).

El perfil típico de las personas que asumen el papel de cuidadora principal cumple tres variables: género (mujer), convivencia (vive con la persona a la que cuida y es la responsable de las tareas domésticas) y parentesco (familiar directo: madre, hija o esposa). Además de la desigualdad de género que existe en relación al cuidado, también se puede observar una desigualdad social. La mayoría de cuidadoras de nuestro medio son mujeres con un bajo nivel educativo, sin trabajo remunerado y de nivel socioeconómico bajo (García-Calvente et ál., 2004 y Larrañaga, Martín, Bacigalupe, Begiristáin, Valderrama y Arregi, 2008).

La vida de la cuidadora principal se ve condicionada por ese trabajo ya que entre otras cosas, se ve afectado su autocuidado, sus relaciones sociales y las oportunidades de empleo remunerado (García-Calvente et ál., 2004).

Así pues, entendemos que la mujer cuando ingresa, deja su rol de cuidadora y esto podría traducirse en un aumento de las preocupaciones y la angustia sumadas a la que ya produce el acto quirúrgico en sí mismo.

2.2.3.4 Determinantes sociales de la salud

La esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, pero el estado de salud es peor (Artazcoz et ál., 2002). Pinquart y Sorensen (en del Pino, Frías y Palomino, 2009) declaran una mayor presencia de carga subjetiva y depresión en las cuidadoras y un menor bienestar y salud física percibido.

Esa mayor prevalencia de los problemas de salud en las mujeres, se ha atribuido a las diferencias biológicas entre ambos sexos, al uso de los servicios sanitarios o a la mayor verbalización de los problemas de salud de las mujeres, pero parece que el peor estado de salud de las mujeres puede tener su origen en lo referido anteriormente, las desigualdades de género en las cuidadoras (Artazcoz et ál., 2002). El riesgo de deterioro de la salud de la persona cuidadora es directamente proporcional a la carga de trabajo.

Otro elemento que puede explicar la mayor vulnerabilidad psicológica de las mujeres es el escaso reconocimiento social de la función de cuidadora (Artazcoz et ál., 2002); mientras que a ella se la cuestiona como mujer si no se comporta de acuerdo a su rol, es decir, si no es cuidadora, que un hombre lo sea se premia socialmente y parece algo extraordinario (Larrañaga et ál., 2008).

2.2.3.5 Sesgo de género en salud

El sesgo de género es definido como “un planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres, el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios y es discriminatoria para un sexo respecto al otro” (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

La calidad de la atención sanitaria recibida por las mujeres está condicionada por el desconocimiento científico. Esto se debe a la tendencia histórica de realizar ensayos que incluyen mayoritariamente muestras de hombres como sujetos de estudio (Ruiz-Cantero et ál., 2004), excluyendo a las mujeres alegando protección durante la edad fértil de los efectos desconocidos de los tratamientos experimentales y por la creencia de que se podía extrapolar y aplicar los resultados en las mujeres (presunción errónea de igualdad biológica entre hombres y mujeres) (Macias, Yaque y Álvarez, 2004) como si la naturaleza de la enfermedad y las respuestas a la misma, fueran iguales (Ruiz-Cantero et ál., 2004).

En el ámbito sanitario encontramos diferentes sesgos de género con respecto al esfuerzo diagnóstico (retraso en el diagnóstico de mujeres como consecuencia de la diferente presentación de los síntomas), al esfuerzo terapéutico (si el paciente no es diagnosticado, no puede ser tratado), a la utilización hospitalaria (mayor número de ingresos en hombres), a la aplicación de procedimientos terapéuticos (mayor coste en tratamientos para hombres), a la demora y espera (con la misma necesidad hay más demora en la asistencia sanitaria a las mujeres que en los hombres) y en la prescripción y consumo de fármacos psicótrpos (mayor en las mujeres porque se atribuyen síntomas físicos a factores psicológicos) (Ruiz-Cantero et ál., 2004).

Una de las consecuencias de estos sesgos es una mayor morbimortalidad femenina, ya que se produce un retraso diagnóstico de numerosas enfermedades porque la sintomatología es diferente dependiendo del sexo.

2.3 Justificación

Ante la situación planteada, es necesario mencionar que son escasas las investigaciones que hacen un análisis de la salud de las personas considerando las diferencias entre hombres y mujeres. El 80,4% de los trabajos de medicina, al igual que el 74,1% de los de psicología y el 62,5% de los de enfermería no tienen enfoque de género (Castaño, Plazaloa, Bolívar y Ruiz, 2006).

En consecuencia a lo expuesto anteriormente, es decir, a que no se han estudiado las causas de la ansiedad prequirúrgica basándose exclusivamente en el sexo del paciente, hay desigualdades en los resultados de los estudios encontrados, sobre la prevalencia de la ansiedad en relación al sexo. Tampoco se han jerarquizado esas causas según la importancia que les otorga el paciente, esto es significativo, ya que nosotros consideramos que no tiene por qué tener igual importancia una misma causa para un hombre que para una mujer. Debido a esto, no se ha logrado minimizar el nivel de ansiedad de un paciente que se va a someter a una intervención quirúrgica, que es bastante elevado.

La mayoría de la documentación encontrada abala que el cuidado de los familiares es llevado a cabo por el sexo femenino por lo que nos planteamos si la ansiedad que sufre la mujer está en mayor porcentaje producida, por la carga familiar de esta, es decir, por ese rol de cuidadora, mientras que en los hombres esa causa posiblemente no es la que produce, en mayor medida, esa ansiedad.

Como hemos mencionado precedentemente, la presencia de un nivel de ansiedad elevado durante el proceso quirúrgico da lugar a una serie de complicaciones sobre todo en el postoperatorio como son mayor dolor, que a su vez conlleva un aumento de administración de medicación analgésica y un retraso en la cicatrización. Esto se traduce en más días de hospitalización que dan lugar a una mayor ansiedad y, generalmente, producen un mayor gasto sanitario.

Según Ramos, Rico y Martínez (2012), dentro de las funciones del profesional de enfermería está la de establecer una relación de ayuda para favorecer la disminución de la ansiedad que produce en el paciente el acto quirúrgico, utilizando entre otras habilidades, la comunicación verbal y no verbal (Pritchard, 2010). Para esto, contamos con la visita que el personal de enfermería realiza durante el período prequirúrgico, que como apoyan autores citados anteriormente como son Orihuela-Pérez et ál. (2010), Díez-Álvarez et ál. (2012), etc., para que esta sea eficaz, en relación a que disminuya la ansiedad, debe estar enfocada en base a las necesidades emocionales y las preocupaciones del paciente previas a la intervención, es decir, orientada casi exclusivamente hacia aquello que preocupa e interesa al paciente.

Pero ¿cómo vamos a averiguar qué es lo que preocupa al paciente si normalmente se lleva a cabo una visita protocolizada, sistemática y con un tiempo limitado, en lugar de una visita individualizada según el tipo de paciente, que le permita contarnos sus miedos o sus dudas sobre el proceso y al que podamos dedicarle el tiempo necesario? Incluso en muchos hospitales no se hace esa visita prequirúrgica, sino que se hace una consulta prequirúrgica medicalizada (consulta de preanestesia) y la enfermera se limita a hacer las pruebas prescritas por el médico antes de la intervención quirúrgica.

Con este trabajo pretendemos que sean los pacientes, atendidos en el hospital donde se realiza este estudio, los que nos cuenten que les preocupa y dar a conocer las diferentes causas que generan ansiedad en los mismos, antes de una intervención quirúrgica. Además haremos una diferenciación de qué es lo que más preocupa a los hombres y qué preocupa más a las mujeres, dando especial importancia a conocer desde su posición individual, qué es lo que les genera mayor ansiedad para así, poder ayudarles a atajarla y disminuirla de una manera eficaz, con el fin de que la recuperación sea más favorable.

Tal y como se describe en los diagnósticos enfermeros de la NANDA, la ansiedad puede estar relacionada con un cambio en la función del rol, por tanto, una vez que averigüemos qué preocupa al paciente, se podrían programar una serie de intervenciones de enfermería desde una consulta de enfermería prequirúrgica que contribuyan a disminuir esas preocupaciones, con el fin último de mejorar la atención y la intervención de enfermería humanizando el proceso quirúrgico.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Analizar con perspectiva de género las preocupaciones que generan ansiedad en hombres y en mujeres que van a ser intervenidos quirúrgicamente en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

3.2 Objetivos específicos

Conocer las preocupaciones más comunes, expresadas por las propias mujeres, que se relacionan con el aumento de ansiedad ante una intervención quirúrgica.

Conocer las preocupaciones más comunes, expresadas por los propios hombres, que se relacionan con el aumento de ansiedad ante una intervención quirúrgica.

Evaluar cuáles de estas preocupaciones se consideran más relevantes por los hombres y por las mujeres desde la perspectiva de género.

4. Metodología

4.1 Diseño del estudio

Salgado (2007) refiriéndose a una investigación cualitativa, define diseño como el abordaje general que se utiliza en el proceso de investigación y que se va ajustando a las condiciones del ambiente y del escenario. Teniendo en cuenta la clasificación de los diseños de investigación que hace la autora citada anteriormente, nuestro proyecto se enmarca dentro del diseño fenomenológico, ya que en este se plasman las experiencias subjetivas del paciente.

Lo más característico de la fenomenología es que pretende describir y entender los fenómenos desde un punto de vista subjetivo y desde una perspectiva colectiva y que se basa en analizar discursos y temas específicos además de buscar su significado. El investigador relaciona las experiencias descritas por el paciente en función del tiempo, del lugar, de las personas y de las relaciones interpersonales e intenta comprender dicha vivencia (Creswell, Alvarez-Gayou y Mertens en Salgado, 2007).

Teniendo en cuenta las consideraciones de los dos autores anteriores, nuestro estudio se refleja en este tipo de diseño, ya que indagaremos en cómo se encuentra el paciente en los momentos previos a la intervención quirúrgica y qué le hace sentirse así. El paciente desde su subjetividad nos contará su experiencia, es decir, averiguaremos sus preocupaciones mediante su propia descripción de cómo se siente antes de la intervención quirúrgica, que es el objetivo de nuestro estudio. El fin último es programar intervenciones de enfermería encaminadas a ayudarlo a que se sienta mejor disminuyendo esas preocupaciones y como consecuencia de esto, la ansiedad que generan las mismas, para mejorar la recuperación postquirúrgica.

4.2 Sujetos de estudio

La perspectiva cualitativa, a diferencia del estudio cuantitativo, normalmente estudia un individuo o situación o unos pocos individuos o situaciones, permitiendo profundizar en el tema investigado (Olabuénaga, 2009). La selección de participantes que consideraremos en la investigación se hará de forma teórica, cuya preocupación principal es la naturaleza del problema que va a ser investigado (Tójar, 2006), se encarga de recoger la información más relevante.

Como ya se ha comentado a lo largo de este trabajo se tendrá en cuenta la perspectiva de género por lo que esta muestra, en principio, estará compuesta por 20 pacientes, de los cuales 10 serán hombres y 10 mujeres, aunque este tipo de selección de sujetos de estudio (muestreo teórico) no cesa hasta que se tiende a repetir la misma información y no aparecen datos nuevos que nos puedan interesar, esto es, lo que se denomina saturación teórica (Olabuénaga, 2009).

A pesar de que, como se ha dicho en el párrafo anterior, la muestra en un principio esté compuesta por 20 pacientes, esto es algo secundario, ya que lo relevante en este tipo de estudios es no dejar a un lado información que pueda ser significativa. Por esto, el número de casos puede ser alterado a lo largo de la investigación, pueden unirse pacientes no previstos al inicio para mejorar la calidad y riqueza de la información o

puede interrumpirse la selección de participantes cuando se alcance la saturación teórica, ya descrita anteriormente (Tójar, 2006; Olabuénaga, 2009).

Esta selección, además de lo señalado anteriormente, también es intencional o de conveniencia, es decir, el investigador decide los participantes de la muestra en función de los propósitos de la investigación, no son elegidos por azar y, a su vez es un estudio oportunista, esto quiere decir que el investigador está en el lugar y en el momento adecuado (Tójar, 2006; Olabuénaga, 2009).

Para la captación de los pacientes accederemos, mediante el personal de admisión del hospital, a los partes de los quirófanos programados, y con estos a la historia clínica, con el fin de revisar la parte de los criterios de inclusión referida a esta. Más tarde a través del sistema informático Actix accederemos al registro de citas de la consulta de preanestesia para ver qué día está citado cada paciente que podría participar en nuestro estudio.

Los criterios que seguiremos para la selección de los participantes son los siguientes: pacientes mayores de 18 años, que en la historia clínica no se refleje tratamiento ansiolítico ni ningún antecedente de patología mental (deterioro cognitivo), ni ningún episodio previo de ansiedad, ya sea una patología de base o algún episodio de ansiedad transitoria, ya que no pretendemos perjudicar al paciente, por tanto, evitaremos los que tengan cierta susceptibilidad a la ansiedad; que tengan o no carga familiar y que el paciente trabaje en el ámbito doméstico, fuera de casa o ambos. Estos pacientes serán sometidos a una intervención quirúrgica de cirugía general digestiva o traumatología durante nuestro periodo de estudio, ya que son las cirugías más prevalentes en nuestro hospital y además tienen un alto componente incapacitante o un componente álgico elevado.

De la muestra elegida (20 pacientes) la mitad serán hombres y otra la mitad mujeres, la mitad de los mismos tendrán algún tipo de carga familiar, ya sea de personas mayores o niños, mientras que los pacientes restantes no tendrán carga familiar. A su vez, considerando los pacientes de ambos grupos anteriores, algunos de ellos tendrán un trabajo remunerado, otros se dedicarán plenamente al ámbito doméstico, sin remuneración económica y otros trabajarán en ambos ámbitos. Se irán incorporando al estudio de forma paulatina las diferentes posibilidades de sujetos hasta que acontezca la saturación teórica (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de los criterios de inclusión.

	NÚMERO	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
Con carga familiar	10	Mujeres	Trabajo doméstico
			Trabajo fuera de casa
		Hombres	Ambos ámbitos
			Trabajo doméstico
Sin carga familiar	10	Mujeres	Trabajo fuera de casa
			Trabajo doméstico
		Hombres	Ambos ámbitos
			Trabajo fuera de casa

Para proteger la identidad de los pacientes, serán identificados con las letras “M” y “H” seguida de un número, que se corresponderá con el orden en el que haya sido entrevistado, por ejemplo, el primer paciente varón entrevistado se identificará como H1, el segundo será H2 y así sucesivamente. Se seguirá el mismo método para identificar a las mujeres (M1, M2, etc.).

4.3 Fuentes de información

La Real Academia Española (2001) define las fuentes de información como “confidencias, declaraciones o documentos que sirven de base para la elaboración de una noticia o reportaje periodístico o las personas que emiten esas declaraciones”.

Según Rubio y Varas (2004) debemos distinguir entre información, fuentes e investigaciones primarias y secundarias. La información primaria es la obtenida directamente como investigador a través de alguna técnica de investigación, como por ejemplo la observación, mientras que la secundaria es la que ya ha sido producida por otra persona, es decir, por otros investigadores o por agentes sociales, y que nosotros utilizamos para nuestro trabajo. Las fuentes pueden ser obtenidas de primera mano de la realidad social o de forma secundaria de archivos, documentos, censos, estudios, bases de datos, etc. Por último, distingue entre investigación primaria o secundaria, la primera se refiere a la obtención y análisis de la información por el investigador mientras que la investigación secundaria alude a un análisis y una reelaboración de la información recogida por otros investigadores anteriormente con un propósito diferente.

En nuestro trabajo de campo no se va a utilizar información de fuentes secundarias. Por otra parte, la información primaria la obtendremos de los propios pacientes mediante la entrevista en profundidad. Como única fuente secundaria podemos considerar los artículos o revisiones hechas para confeccionar nuestro marco teórico.

4.4 Técnicas de investigación

La técnica que se llevará a cabo en este proyecto será la entrevista en profundidad (Anexo 2). Hay numerosas definiciones de esta técnica por lo que nosotros vamos a nombrar las características más importantes. La entrevista es un encuentro cara a cara entre un entrevistador, que es la persona que lleva el mando de la entrevista, y la persona investigada, que en nuestro caso será un paciente. El intercambio de información se lleva a cabo mediante un lenguaje verbal y no verbal. Una de las diferencias entre una entrevista y una conversación común es que la entrevista tiene un fin, que es obtener información para cumplir los objetivos de nuestra investigación (Rubio y Varas, 2004).

En nuestro estudio se entrevistará a 20 pacientes, aunque siempre, como ya se ha mencionado anteriormente, teniendo en cuenta la saturación de información. Las entrevistas se harán de forma alternativa a hombres y a mujeres.

Aunque se describen numerosos tipos de entrevistas como por ejemplo según el número de participantes, centradas en el problema, centradas en la persona, según el tipo de preguntas, etc., Rubio et ál., (2004) se centran en dos clasificaciones que son: según el objetivo y según el grado de estructuración y directividad.

Dentro de la clasificación según el objetivo de estas, se enmarcan las entrevistas clínicas, de orientación y de investigación, mientras que según la estructura y el grado de directividad se distinguen la entrevista estructurada o directiva y la entrevista semidirectiva o abierta. Estos autores no comparten la denominación de entrevista no estructurada, ya que siempre hay un cierto grado de estructuración.

En nuestro trabajo llevaremos a cabo dos entrevistas, una estructurada y otra semiestructurada o abierta. En la primera de ellas el entrevistador lleva la iniciativa, es decir, es el que conduce la entrevista. Este fija una serie de preguntas, que pueden ser abiertas o intercalar abiertas y cerradas, pero no se deben improvisar preguntas ni alterar el orden de estas, únicamente el entrevistador puede anotar algún dato relevante que no haya sido considerado en la lista de preguntas. Si se realizan más de una entrevista, como en nuestro caso, se deben mantener tanto las preguntas como el orden de formulación de las mismas.

Por otro lado en la entrevista abierta el protagonismo lo tiene la persona entrevistada que, al contrario que en la entrevista descrita anteriormente, está menos controlado por el entrevistador. En este tipo de entrevistas no hay un guión de preguntas fijas, si no un listado de temas que tratar. La función del entrevistador es incentivar al entrevistado, mediante técnicas de comunicación, para que siga hablando, asociando ideas, recuerdos, etc. y promoviendo que el relato sea lo más subjetivo, sincero, detallado y extenso posible, siempre interviniendo lo mínimo. Si la persona entrevistada no aborda todos los aspectos considerados en la investigación, el entrevistador puede introducirlos; al igual que si la entrevista se “agota” también puede intervenir para enlazar temas nuevos. El orden de los temas a tratar depende de la iniciativa del paciente, por tanto, si se realiza más de una entrevista, al contrario que en el caso anterior, el orden de abordaje de los temas y el de la formulación de las preguntas no tiene que coincidir.

La entrevista estructurada (Anexo 1) será llevada a cabo si, una vez revisada la historia clínica, se considera que ese paciente, si lo desea, puede ser incluido en nuestro estudio. Se realizará el día que el paciente esté citado en la consulta de preanestesia, a modo de cribado, para seleccionar los pacientes que cumplen los criterios de inclusión en este trabajo. Si el paciente accede a participar en nuestro estudio y cumple los criterios de inclusión, ese mismo día se le dará el Consentimiento Informado (Anexo 5) y se concertará con él una cita cinco o seis días antes de la intervención quirúrgica para llevar a cabo la entrevista abierta (Anexo 2), en la consulta de enfermería prequirúrgica.

Para evaluar la calidad de una investigación cualitativa Guba y Lincoln (en Vasilachis, 2006) definieron los siguientes criterios: credibilidad, transferibilidad, seguridad/auditabilidad y confirmabilidad.

La credibilidad implica poder evaluar la confianza tanto en el resultado como en el proceso del estudio. Es un criterio muy importante por lo que hay procedimientos para garantizar su validez. Los recursos propuestos por estos autores son:

- Admitir un compromiso con el trabajo de campo, es decir, realizarlo de manera responsable, observando y averiguando información durante el tiempo necesario; registrar las diferentes perspectivas de los pacientes que permitirán apoyar las conclusiones; realizar transcripciones inalteradas, completas y precisas, diferenciando entre los datos originales y las interpretaciones propias, etc.
- Obtención de datos ricos: información densa y completa que pueda conllevar a una mayor comprensión del tema estudiado y ser objeto de un trabajo analítico.

- Triangulación: es una estrategia que sigue el investigador para aumentar la confianza en la calidad de sus datos, mediante el contraste entre informaciones o interpretaciones tanto concordantes como discordantes (Olabuénaga, 2009).
- Control de los miembros: se solicita a las personas entrevistadas que realicen una lectura crítica de los documentos de la investigación para que valoren la calidad de las descripciones realizadas, las perspectivas y la captación del significado.
- Auditores externos e internos al equipo de investigación: esto es importante en el proceso de validez. El estudio es evaluado antes de su publicación por auditores que se comprometen a valorar el trabajo con el fin de garantizar la máxima calidad a nivel teórico, metodológico, literario y social (Vasilachis, 2006).

La transferibilidad no es un objetivo de la investigación cualitativa, ya que estos estudios se llevan a cabo con muestras muy reducidas o en un contexto individual y por tanto, los resultados no se pueden generalizar; aunque sí se deben poder transferir los resultados de un estudio realizado en un determinado contexto a un ambiente similar (Vasilachis, 2006).

El término de confiabilidad ha sido redefinido, por los dos autores citados anteriormente, como seguridad o auditabilidad. La seguridad de la información es la repetición de datos y hallazgos a través de distintas mediciones en diferente momento y de forma independiente al investigador (Vasilachis, 2006).

Por último el criterio de confirmabilidad se define como la objetividad del investigador. Se comprueba a través de otro investigador o de los entrevistados, que ratifican si los hallazgos son adecuados (Vasilachis, 2006).

En nuestro trabajo nos ceñiremos a estos criterios de calidad mediante la realización y grabación de las entrevistas en profundidad para que con estas recojamos la máxima información y la transcripción sea lo más exacta posible. Los pacientes entrevistados realizarán una lectura crítica para que verifiquen los datos obtenidos. La tutora y otras personas externas a este proyecto, lo evaluarán. El trabajo quedará redactado de forma detallada para que pueda ser replicado por otros investigadores (transferibilidad).

4.5 Fases del estudio. Procedimiento de actuación con cada participante. Procedimiento de recogida de datos

Para la planificación del estudio se ha utilizado el Cronograma de Gantt (Rubio y Varas, 2004) que aparece en la Tabla 3.

El trabajo se ha llevado a cabo en 2 períodos, cada uno de ellos compuesto por dos fases. El primer período tiene una duración de 8 meses, mientras que el segundo durará 10 meses. A modo de resumen, la duración total de estudio será de 18 meses.

➤ PRIMER PERÍODO: NOVIEMBRE DE 2012 A JUNIO DE 2013.

- **Fase de introducción en el terreno de investigación.** Esta fase tiene una duración de dos meses, noviembre y diciembre. En ella se planteó el tema a investigar, se realizó la búsqueda bibliográfica y hemos ido formándonos en investigación cualitativa.
- **Fase intensiva.** La duración de esta fase es de 6 meses, durante los cuales se confecciona el marco teórico, se planifica el proceso de selección de los participantes y se redactan las entrevistas que vamos a realizar a los pacientes. Al final de este período se entrega el proyecto de investigación.

➤ SEGUNDO PERÍODO: SEPTIEMBRE DE 2013 A JUNIO DE 2014.

- **Fase de trabajo de campo.** Esta fase tiene una duración de 5 meses. En ella se realizarán las dos entrevistas para la recogida de datos. Además, se transcribirán las grabaciones de las entrevistas.
- **Fase de análisis de los datos y redacción del informe final.** La duración de esta etapa es de 6 meses. En estos meses se analizarán los datos recogidos en ambas entrevistas utilizando el software informático Atlas.ti 6.1.1. Una vez finalizado el análisis de datos, se redactarán los resultados en el informe final.

El procedimiento con cada paciente consistirá, como se ha referido anteriormente, en una revisión de la historia clínica, para verificar que el paciente no cumple ningún criterio de exclusión (deterioro cognitivo, medicación ansiolítica, menor de 18 años, etc.) y que, por tanto, si lo desea puede participar en el estudio. Si es así, lo veremos el día de la consulta con el anestesista. Mientras se realizan las pruebas prescritas por el profesional médico se realizará un pequeño cribado (Anexo 1), para seleccionar los pacientes que cumplen los criterios de inclusión en este trabajo. Si el paciente accede a participar en nuestro estudio y cumple los criterios de inclusión, ese mismo día se le dará el Consentimiento Informado y se concertará con él una cita cinco o seis días antes de la intervención quirúrgica para llevar a cabo la entrevista abierta (Anexo 2), en la consulta de enfermería prequirúrgica.

La recogida de datos será llevada a cabo por el investigador. Los instrumentos utilizados para ello serán: una entrevista estructurada, un guión de entrevistas en profundidad, una grabadora.

Tabla 3. Cronograma del proyecto de investigación.

PRIMER PERÍODO											
2012/13	Actividades	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN		
Fase de introducción	- Selección del tema a investigar	X									
	- Búsqueda bibliográfica	X	X								
	- Formación en investigación cualitativa	X	X								
Fase intensiva	- Análisis del marco teórico			X	X						
	- Planificación del proceso de selección de participantes				X	X					
	- Redacción de las entrevistas					X	X				
	- Entrega del proyecto										X
SEGUNDO PERÍODO											
2013/14	Actividades	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Fase de trabajo de campo	- Selección de los participantes del estudio	X	X	X							
	- Entrevista en profundidad		X	X	X	X					
Fase de análisis y redacción del informe final	- Transcripción de las entrevistas					X	X	X			
	- Clasificación y reordenación de la información							X	X		
	- Redacción del informe final									X	
	- Correcciones									X	
	- Entrega										X

4.6 Análisis de datos

Después de la fase de recogida de datos, comienza el análisis de los mismos. Existen varios programas que pueden utilizarse para el análisis de datos como son NVivo, ethnograph, aquad, etc. En nuestro trabajo utilizaremos el paquete estadístico para datos cualitativos, Atlas.ti 6.1.1. Este programa es una herramienta informática que administra y ordena los datos cualitativos: textos, gráficos, imágenes, audio y video y, ofrece múltiples herramientas que facilitan al investigador efectuar el análisis de los datos de manera visual (Blanco, 2012).

Este programa ayuda a descubrir relaciones complejas ocultas en los datos cualitativos, ofreciendo una potente red de comentarios y categorías, que permiten mantener los datos bajo el análisis permanente, ya que podemos recuperarlos y relacionarlos con otros comentarios. Asimismo, permite escribir comentarios en partes de un video o audio (Blanco 2012).

Otra técnica utilizada para analizar los datos es la triangulación que se define como una estrategia metodológica, que no se limita a un solo momento o a un solo aspecto de la investigación sino que está presente en todo el proceso, que consiste en relacionar los diferentes datos (informaciones o interpretaciones) con el objetivo de aumentar el enriquecimiento y la calidad de la información a través de esa comparación (Olabuénaga, 2009).

A continuación del análisis de datos tiene lugar la categorización. La investigación cualitativa tiene la propiedad de ser emergente, por lo que pueden aparecer categorías a lo largo de todo el proceso. En principio hemos partido de categorías pre-definidas de acuerdo con el marco teórico, pero no descartamos que puedan surgir algunas más (Blanco, 2012). Tabla 4.

Tabla 4. Categorización.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Carga familiar	Personas mayores
	Niños
Trabajo	Trabajo doméstico
	Trabajo fuera de casa
Etiología de la ansiedad	Causas propias de la cirugía: miedo, anestesia, dolor, complicaciones...
	Causas "ajenas" a la propia intervención

4.7 Aspectos éticos

Como este trabajo se va a llevar a cabo en una institución es necesario el permiso de la Dirección del Centro, de la Coordinación de Enfermería de las áreas quirúrgicas y de la Jefatura del Bloque Quirúrgico (Anexo 3), además, de la autorización del Comité de Ética Asistencial del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Anexo 4).

La investigación cualitativa debe servir para dar respuesta a necesidades concretas de una población, comunidad, etc. Una investigación en la que hay seres humanos implicados provoca de forma ineludible dilemas sobre lo correcto o no de las intervenciones que vayamos a realizar. En investigación cualitativa, tampoco el fin justifica los medios, por tanto, hay derechos que no pueden ser transgredidos como por ejemplo la dignidad, la convivencia, la privacidad, etc. al igual que la integridad de instituciones como pueden ser hospitales, centros educativos... (Tójar, 2006).

Los múltiples métodos utilizados en la investigación cualitativa, basados en diferentes perspectivas epistemológicas, demandan que los aspectos éticos tengan en cuenta las distintas situaciones del estudio y el planteamiento desde cada tradición. Además de esto, existen responsabilidades relacionadas con la interpretación de los datos, como pueden ser si se ha estado el tiempo suficiente en el campo, si han sido suficientes informantes, si hemos interpretado los datos de forma correcta, etc. (Tójar, 2006).

Por todo lo mencionado en los párrafos anteriores, consideramos un aspecto de vital importancia tener presente en todo momento los aspectos éticos que atañen nuestra investigación. De acuerdo con esto último, los usuarios del sistema sanitario que participarán en este estudio lo harán de forma voluntaria, garantizándose el anonimato de las respuestas, así como la intimidad en el momento en que se realice la entrevista. Los pacientes serán identificados con las letras "M" y "H", seguida del número correspondiente a la entrevista, es decir, el primer paciente varón que sea entrevistado se identificará como H1, el segundo será H2 y así sucesivamente. Se seguirá el mismo método para identificar a las mujeres; la primera se denominará como M1, la segunda, M2, etc. con el fin de preservar la identidad del paciente.

Del mismo modo si en algún momento de la entrevista, la persona entrevistada no quiere seguir con el proceso, se detendrá; al igual, que durante todo el estudio si lo desean, pueden abandonar la participación en el mismo.

El consentimiento informado (Anexo 5) será dado a los pacientes el día que realicemos el cribado en la consulta de preanestesia.

4.8 Limitaciones del estudio

En primer lugar, debemos señalar, que la mayor limitación de nuestro estudio es la falta de experiencia. Ya que es nuestro primer trabajo de este tipo, sin ninguna duda, habrá numerosos aspectos que modificar, desde la técnica, hasta la redacción.

Otra posible limitación es que, aunque sea una muestra suficiente para aproximarnos a las preocupaciones antes de una intervención quirúrgica, a su vez, es deficiente para extraer conclusiones irrevocables; por todo esto, podemos plantear continuar este trabajo desarrollando una encuesta a partir de las categorías identificadas en nuestro estudio, para así llegar a más población con la intención de buscar relaciones causales entre la ansiedad y la intervención quirúrgica y finalmente encontrar soluciones para prevenir esta ansiedad o disminuirla.

Por último, nos planteamos la posibilidad de que al realizar la entrevista, generemos más ansiedad antes de la intervención, ya que, en ese momento el paciente, al expresar lo que le preocupa, se percata de sus miedos, por lo que estaremos atentos para no continuar con nuestra entrevista en el caso de que el paciente lo solicite así o veamos que podemos perjudicarlo.

Ya que se ha demostrado en estudios citados anteriormente que la visita preoperatoria de enfermería tiene resultados positivos en relación al nivel de ansiedad y con ello, también en la recuperación posquirúrgica, la prospectiva de este trabajo sería pilotar una consulta prequirúrgica de enfermería en las consultas externas del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. En esta consulta se abordarán los aspectos psicosociales que preocupan al paciente y además se evaluarán los resultados para ver su efecto. De esta forma contribuiremos a su implantación como parte de un cuidado más de enfermería durante el proceso quirúrgico dotándolo de una mayor humanización y de una atención integral a la persona.

5. Bibliografía

Ariño, M.D., Tomás, C., Eguiluz M., Samitier, M.L., Oliveros T., Yago T. et ál. (2011) ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación? *La gaceta sanitaria*, 25., 2, 146-150. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/se-puede-evaluar-perspectiva-genero-los-proyectos-90003178-originales-2011>

Arroyo, A., Lancharro, I., Romero, R. y Morillo, S. (2011). La enfermería como rol de género. *Index de enfermería*, 20., 4, 248-251. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000300008&script=sci_arttext&tlng=pt

Artazcoz, L., Borrell, C., Merino, J., García, M.M., Sánchez, J.J., Daponte, A. et ál. (2002). Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. En Cabasés, J.M., Villalbí, J.R. y Remón, C. (Ed.), *Informe SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública* (capítulo 5). Recuperado de http://www.sespas.es/ind_lib06.html

Baeza, J.C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Madrid: Díaz de Santos.

Bar, Y. y Jarymowicz, M. (2010). The effect of gender on cognitive structuring: Who are more biased, men or women? *Psychology*, 1, 80-87. doi:10.4236/psych.2010.12011. Recuperado de <http://www.scirp.org/Journal/PaperDownload.aspx?paperID=2096>

Bernardo, M. (2000). Epidemiología. En Vallejo, S. y Fastó, C. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (25-32). Barcelona: Masson.

Blanco, H. (2012). Análisis de datos cualitativos y Atlas.Ti: una experiencia de formación. *Revista UDENAR*, 1., 1, 103-114. Recuperado de <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/duniversitaria/article/download/418/pdf>

Blanco, P. (2004). Necesidad de incorporar el análisis de género. La atención a las mujeres que acuden con frecuencia a nuestras consultas. *Salud 2000: revista de la federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública*, 95, 23-27. Recuperado de <http://www.fadsp.org/revista95/sgenero95.pdf>

Blázquez-Rodríguez, M.I. (2005). Los componentes de género y su relación con la enfermería. *Index de enfermería*, 14., 51, 50-54. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000300010&script=sci_arttext

Bulechek, G., Butcher, H. y McCloskey J. (Ed.). (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Madrid: Elsevier Mosby.

Calderó, M., Freixas, N., Fuenmayor, A. y Luque, M. (2007). Estudio cualitativo del estado emocional y nivel de conocimientos del paciente ante la realización de una fístula para hemodiálisis. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. Recuperado de: http://www.revistaseden.org/files/1835_h22.pdf

Castaño-López, E., Plazaola-Castaño, J., Bolívar-Muñoz, J. y Ruiz-Pérez, I. (2006). Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). *Revista española de salud pública*, 80., 6, 705-716. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v80n6/original5.pdf>

Chirveches, E., Arnau, A., Soley, M., Rosell, F., Clotet, G., Roura, P. et ál. (2006). Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería clínica*, 16., 1, 3-10.

Consejo de Europa. (1999). *Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de "buenas prácticas"*. Informe final de las actividades del Grupo de especialistas en mainstreaming (EG-S-MS), (versión español e inglés). Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Serie documentos, número 28.

Crespo, M. y López, J. (2008). Perfiles y tendencias. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el envejecimiento*, 35. Madrid: IMSERSO. Recuperado de http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenveje_c35.pdf

Del Pino, R., Frías, A. y Palomino, P.A. (2009). Análisis de las desigualdades de género en salud y calidad de vida en el cuidado informal. *La gaceta sanitaria*, 23., 6, 564-567. doi: 110.1016.

Diccionario médico (1998). 4ª edición. Barcelona: Masson.

Díez, C. (2000). Clínica. En Vallejo, S. y Fastó, C. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (33-42). Barcelona: Masson.

Díez-Álvarez, E., Arrospide, A., Mar, J., Álvarez, U., Belaustegi, A., Lizaur, B. et ál. (2012). Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enfermería clínica*, 22., 1, 18-26. Recuperado de [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1130-8621\(11\)00189-6.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1130-8621(11)00189-6.pdf)

Ebirim, L. y Tobin, M. (2011). Factors responsible for pre-operative anxiety in elective surgical patients at a university teaching hospital: a pilot study. *The Internet Journal of Anesthesiology*, 29., 2. doi: 10.5580/1584. Recuperado de <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-anesthesiology/volume-29-number-2/factors-responsible-for-pre-operative-anxiety-in-elective-surgical-patients-at-a-university-teaching-hospital-a-pilot-study.html#sthash.oqK1HmXf.dpbs>

Echeburúa, E. y de Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Esquivel, C.G., Buendía, F., Villa, F., Ontiveros, R., Velasco, V.M. y Martínez, J.A. (2007). Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados. *Medicina interna de México*, 23., 6, 512-516. Recuperado de <http://www.nietoeditores.com.mx/download/med%20interna/noviembre-diciembre%202007/Med%20Int-512-16.pdf>

Fernández, T., González, M., López, M.R., Negueruela, A., Urdiales, M.T. y Ureña, P. (2009). Efecto de una intervención enfermera múltiple durante el intraoperatorio sobre el nivel de dolor postoperatorio. *Nure Investigación*, 39, marzo-abril. Recuperado de http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyefeinte nf_391722009121951.pdf

García-Calvente, M.M., Mateo-Rodríguez, I. y Eguiguren, A.P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *La gaceta sanitaria*, 18., supl 1, 132-139. Recuperado de <http://www.sespas.es/informe2004/sepas2004p132-139.pdf>

González, J., Ortín, F.J. y Bonillo J.A. (2011). Actividad física, asistencia psicológica y niveles de ansiedad y depresión en mujeres con fibromialgia: un estudio descriptivo. *Cuadernos de psicología del deporte*, 11., 1, 59-66. Recuperado de <http://revistas.um.es/cpd/article/download/121321/113991>

Gordillo, F., Arana, J.M. y Mestas, L. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista clínica de medicina de familia*, 4., 3, 228-233. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2011000300008&script=sci_arttext

Grau, A., Comas, P., Suñer, R., Peláez, E., Sala, L. y Planas, M. Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *Anales de medicina interna*, 24., 5, 212-216. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007000500002&script=sci_arttext

Guía EQUAL. *La perspectiva de género en proyectos Equal de inserción*. (2007). Recuperado de <http://www.ucm.es/cont/descargas/documento6086.pdf>

Heather, T., PhD y RN. (Ed.). (2010). *Nanda International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2009-2011*. Barcelona: Elsevier España.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (2007). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier-Masson.

Lamarca, M.J. (2004). *La R.A.E. y el monopolio del género gramatical*. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/especulo/cajetin/leygener.html>

- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Berigistáin, J.M., Valderrama, M.J. y Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *La gaceta sanitaria*, 22., 5, 443-450. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/impacto-cuidado-informal-salud-calidad-vida-las-13126925-originales-2008>
- León, A. y Salazar, C. (2007). Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. *Revista costarricense de cardiología*, 9., 3, 11-15. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-41422007000300003&script=sci_arttext
- Lewis, S., Heitkemper, M., Dirksen, S., O'Brien, P., Giddens, J. y Bucher, L. (2006) *Enfermería Medicoquirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos* (371). Madrid: Elsevier.
- López, J.J y Valdés, M. (2003). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Macias, J., Yaque, M. y Álvarez, J.L. (2004). La salud de las mujeres. Cambiar mentalidades. Las relaciones médico/a-paciente. En Rebollo M.A. y Mercado, I. (Coord.), *Mujer y desarrollo en el siglo XXI: voces para la igualdad* (257-272). Aravaca, Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.
- Martín-Crespo, M.C., Caravantes, M.I., García, J.M. y Gómez, B. (2007). Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico en el hospital comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real). *Nure Investigación*, 30, septiembre-octubre. Recuperado de http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/pdf_proyecto_30_ansiedad1172007113628.pdf
- Moorhead, S. y Johnson, M. (Ed.). (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Madrid: Elsevier Mosby.
- Navas, M. (2008). Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato y factores de riesgo. *Cuidando la salud*, 8, 36-51. Recuperado de <http://www.ocez.net/cuidandolasalud/cuidando%20la%20salud.pdf>
- Orihuela-Pérez, I., Pérez-Espinosa, J.A., Aranda-Salcedo, T., Zafra-Norte, J., Jiménez-Ruiz, R.M. et ál. (2010). Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Enfermería clínica*, 20., 6, 349-354.

Ortigosa, J.M., Gutiérrez, M.A., Astilleros, M.J., Sánchez, I. y Riquelme, A. (2009). Los payasos en el hospital: valoración de un programa para reducir la ansiedad ante la cirugía. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 99. Recuperado de

[http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo_4\(7\).pdf](http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo_4(7).pdf)

Parra, A. (2007). Cuidados de enfermería en el preoperatorio de cirugía cardíaca. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*, 15., 1, 24-27. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2007/en071e.pdf>

Perks, A., Chakravarti, S., Manninen, P. (2009). Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *Journal of neurosurgical anesthesiology*, 21., 2, 127-130. doi: 10.1097/ANA.0b013e31819a6ca3.

Perpiñá-Galvañ, J., Richart-Martínez, M. y Cabañero-Martínez, M.J. (2011). Fiabilidad y validez de una versión corta de la escala de medida de la ansiedad STAI en pacientes respiratorios. *Archivos de bronconeumología*, 47., 4, 184-189. Recuperado de

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/6/6v47n04a90002940pdf001.pdf>

Pritchard, M.J. (2010). How effective communication skills can reduce anxiety in elective surgical patients. *Nursing Times*, 107., 3.

Ramos, M.I., Cardoso, M.J., Vaz, F., Torres, M.D., García, F., Blanco, G. et ál. (2008). Influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica. *Actas españolas de psiquiatría*, 36., 3, 133-137. Recuperado de <http://www.actapsiquiatria.es/repositorio/9/51/ESP/9-51-ESP-133-137-806606.pdf>

Ramos, V.M., Rico, R.M. y Martínez, P.C. (2012). Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. *Enfermería global*, 11., 1, 219-232. Recuperado de

<http://revistas.um.es/eglobal/article/download/eglobal.11.1.140461/128451>

Real Academia Española (RAE). (2001). Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>

Reyes, P. (2009). Ansiedad en el paciente quirúrgico. *Universidad autónoma de San Luis Potosí*. Facultad de enfermería.

Rodríguez, R. y Vetere, G. (2010). Ansiedad rasgo y creencias relacionadas con trastornos de ansiedad: una comparación entre el trastorno de ansiedad generalizada y otros cuadros de ansiedad. *Perspectivas en psicología*, 7, 8-15. Recuperado de

<http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/download/7/4>

Romero, A. (2008). Manejo del paciente de cirugía ambulatoria. *Enfermería clínica*, 18., 1, 53-54. Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v18n01a13114754pdf001.pdf>

Rubio, M.J. y Varas, J. (2004). *El análisis de la realidad en la intervención social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: CCS.

Ruiz, J.I. (2009). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Ruiz-Cantero, M.T. y Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *La gaceta sanitaria*, 18., supl 1, 118-125. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400019&script=sci_arttext

Salgado, A.C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13, 71-78.

Sanclemente, S., Egido, B., Chueca, L. y Santolaria M.C. (2010). Caso clínico: plan de cuidados individualizado durante el cateterismo cardíaco en paciente infantil con fibrosis endomiocárdica. *Enfermería en cardiología*, 49., 1er cuatrimestre, 67-69. Recuperado de: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/49_10.pdf

Santos, J., Henckmeier, L. y Benedet, S.A. (2011). O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enfermagem em Foco*, 2., 3, 184-187. Recuperado de: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/131/112>

Serret, E. (2008). Qué es y para qué es la perspectiva de género. *Instituto de la mujer oaxaqueña ediciones*. Recuperado de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/Oaxaca/oax09.pdf>

Solar, C., Agudo, F.J., Espada, J.M. y Saavedra, M.J. (2008). Ansiedad en el paciente urológico quirúrgico. *Enfuro*, 106, 6-8. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2949144.pdf>

Tójar, J.C. (2006). *Investigación cualitativa: comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.

Valenzuela-Millán, J., Barrera-Serrano, J.R., Ornelas-Aguirre, J.M. (2010). Anxiety in preoperative anesthetic procedures. *Cir Cir*, 78., 2, 151-156. Recuperado de <http://www.nietoeditores.com.mx/download/Cirugia%20y%20Cirujanos/marzo-abril2010/ingles/Cir%20cir%202.9%20ingles%20ANXIETY.pdf>

Vargas, R. y Herrera, C. (2012). Inducción preoperatoria para pacientes y familiares en caso de cirugía mayor y su relación con la ansiedad. *Revista enfermería actual en Costa Rica*, 22, 1-11. Recuperado de http://www.revenf.ucr.ac.cr/files/Archivos_Ediciones/Edicion%2022/inducccion.pdf

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Videbeck, S. (2012). *Enfermería psiquiátrica*. Barcelona: Wolters Kluber / Lippincott Williams & Wilkins.

Zúñiga, Y. y Paravic, T. (2009). El género en el desarrollo de la enfermería. *Revista cubana de enfermería*, 25., 1-2. Recuperado de http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n1-2/enf091_209.pdf

6. Anexos

Anexo 1

Guión de entrevista para el cribado

Esta entrevista será llevada a cabo si, una vez revisados los partes de quirófano y accedido a la historia clínica, se considera que ese paciente, si lo desea, puede ser incluido en nuestro estudio. Explicaremos al paciente que estamos realizando un estudio en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, que incluye a pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente en un período próximo. Le propondremos participar en el estudio y solo en caso de asentimiento concertaremos una cita cinco o seis días antes de la intervención quirúrgica.

- ¿Quiere participar en el estudio?
- ¿Cuál es su situación laboral actual?
- ¿Con quién vive habitualmente en su domicilio?
- ¿Presta cuidados a algún miembro de su familia?
- ¿Accedería a que concertásemos otra cita cinco o seis días antes de la cirugía para realizarle una entrevista en profundidad y ver qué le preocupa?
- ¿Le importaría que grabásemos esa entrevista?

Anexo 2

Guión de entrevista al paciente

- Temas:
 - Familia
 - Trabajo.
 - Cuidado.
 - Intervención quirúrgica.
 - Preocupaciones.
- Preguntas:
 - Comprobamos con quién vive habitualmente por si ha cambiado su situación familiar desde la primera entrevista.
 - ¿Trabaja? ¿En qué trabaja?
 - ¿Ha cuidado o está cuidando actualmente a algún miembro de su familia? (niños o personas mayores)
 - ¿Quién presta los cuidados habitualmente en su contexto familiar?
 - ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente antes?
 - ¿Le ha contado algún conocido alguna experiencia quirúrgica?
 - ¿Le han explicado en qué consiste la intervención?
 - ¿Tiene alguna duda?
 - ¿Le preocupa algo relacionado con la intervención?
 - ¿Qué le preocupa?
 - ¿Se siente nervioso? ¿Qué le hace sentirse así?
 - ¿Cree que se podía hacer algo para evitar esas preocupaciones?
 - ¿Podría describir como siente/percibe que tiene ansiedad?
 - ¿Qué cree que contribuye a que esa ansiedad aumente?
 - ¿Esta entrevista ha contribuido a disminuir esas preocupaciones?

Anexo 3

Solicitud permiso dirección

A/A Dirección/Coordinación de enfermería/Jefatura del Bloque Quirúrgico del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe:

Con el presente documento, solicito autorización para llevar a cabo mi trabajo en las consultas externas del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

El proyecto pertenece a la asignatura “Trabajo Fin de Grado”.

Tiene como título: “INVESTIGACIÓN CUALITATIVA DE LA ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO”.

Es un estudio fenomenológico que pretende plasmar las experiencias subjetivas del paciente; en nuestro caso, indagaremos en cómo se encuentra el paciente en los momentos previos a la intervención quirúrgica y qué le hace sentirse así.

En primer lugar a través del personal de admisión del hospital, accederemos a los partes de los quirófanos programados, y con estos a la historia clínica, con el fin de revisar la parte de los criterios de inclusión referidos en este estudio. Más tarde a través del sistema informático Actix accederemos al registro de citas de la consulta de preanestesia para ver qué día está citado cada paciente y realizarle una pequeña entrevista ese mismo día. Si el paciente accede a participar en nuestro estudio se concertará una nueva cita cinco o seis días antes de la intervención quirúrgica para realizar una entrevista en profundidad.

La duración de esta fase del estudio será de, aproximadamente, unos 5 meses, aunque sólo se realizarán observaciones en momentos puntuales y sin interferir en la labor habitual de los servicios mencionados.

Agradeciendo su atención, ruego firme este documento si está de acuerdo con lo reflejado en él.

Atentamente, reciba un cordial saludo

María Fuentes Valencia.

Anexo 4

Solicitud Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

Estimados y estimadas miembros del Comité:

Soy María Fuentes Valencia, alumna del Centro de Enfermería “San Juan de Dios”, adscrito a la Universidad de Sevilla y situado en Bormujos, provincia de Sevilla.

Estoy cursando el cuarto y último curso de Grado en Enfermería. El motivo de este escrito es pedir permiso para la realización del Trabajo Fin de Grado en este centro, titulado: “INVESTIGACIÓN CUALITATIVA DE LA ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO”.

El objetivo de este estudio es describir qué inquieta a un paciente antes de una intervención quirúrgica y si estas preocupaciones son diferentes en función del sexo del mismo.

En primer lugar a través del personal de admisión del hospital, accederemos a los partes de los quirófanos programados, y con estos a la historia clínica, con el fin de revisar la parte de los criterios de inclusión referidos en este estudio. Más tarde a través del sistema informático Actix accederemos al registro de citas de la consulta de preanestesia para ver qué día está citado cada paciente y realizarle una pequeña entrevista ese mismo día. Si el paciente accede a participar en nuestro estudio se le pedirá su consentimiento por escrito (se adjunta consentimiento informado) y se concertará una nueva cita cinco o seis días antes de la intervención quirúrgica, para realizar una entrevista en profundidad (se adjunta guión de entrevista).

Para esta investigación necesitaremos realizar una serie de entrevistas en profundidad a, aproximadamente, 20 pacientes, 10 hombres y 10 mujeres.

El perfil de los pacientes para el estudio, son pacientes mayores de 18 años, que tengan o no carga familiar y que el paciente trabaje en el ámbito doméstico, fuera de casa o ambos.

Esperando me sea concedido el permiso, me despido de ustedes agradeciéndoles su atención.

Firmado. María Fuentes Valencia.

Anexo 5

Consentimiento Informado del paciente

Mi nombre es María Fuentes, y soy estudiante de Grado de Enfermería en el Centro de Enfermería “San Juan de Dios”, adscrito a la Universidad de Sevilla y situado en Bormujos, provincia de Sevilla.

El fin último de este trabajo es disminuir la ansiedad de los pacientes que se van a someter a una intervención quirúrgica, mediante una intervención enfermera, pero empezaremos intentando conocer sus inquietudes en relación a la cirugía.

El objetivo de este estudio de investigación es, pues, conocer su experiencia y sus preocupaciones ante la intervención quirúrgica que se va a someter, desde una perspectiva de género.

Le realizaremos una entrevista, que tendrá una duración menor a 30 minutos, en la que recogeremos con el máximo detalle su experiencia. Toda la información recogida para este estudio será tratada de manera completamente anónima, sin identificarle en ningún momento. Las preguntas de la entrevista tratarán sobre datos personales del tipo: con quién vive, quién realiza los cuidados, qué le preocupa, etc.

Así mismo, le informamos que su participación en este trabajo es completamente voluntaria, y en cualquier momento del mismo puede retirarse.

Para garantizar la autenticidad de los datos de la entrevista esta será grabada, y solo se utilizará para la traspaso de información al estudio. Si usted no se siente cómodo con la grabación puede solicitar no ser grabado y tomaremos notas de la entrevista.

Con los resultados de la investigación, pretendemos mejorar la atención que se le presta en este período hospitalario con el fin de tener una mejor recuperación.

CONSENTIMIENTO

Yo,, he sido informado/a suficientemente sobre el estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria, y que en cualquier momento puedo retirarme. Doy mi conformidad, o no, para participar en el mismo.

SI

NO

Fecha

Firma del participante