



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Trabajo de Fin de Grado Curso  
2014/15**

**Aspectos psicológicos de los cuidados  
de enfermería en el paciente  
quirúrgico.**

**Autor/a: Cristina Salinas Infante**

**Tutor/a: José Luís Viaña Caballero**





## RESUMEN:

El presente trabajo aborda mediante una investigación de carácter explicativo-descriptivo los aspectos psicológicos más característicos del paciente quirúrgico. Para ello se centra en la etiología de los principales problemas de origen psíquico en el preoperatorio y en el postoperatorio.

El objetivo de este trabajo, es evidenciar como determinados factores y aspectos psicológicos influyen y de qué forma ante una intervención quirúrgica y en su posterior recuperación, así como, detallar las acciones de enfermería encaminadas a la disminución y recanalización de estos factores hacia una mejora sobre el control y recuperación eficaz por parte del paciente.

Como último apartado, se ha elaborado un plan de cuidados de enfermería sobre la mastectomía y otro sobre la histerectomía en mujeres adultas en edad fértil, basándose en los aspectos con mayor repercusión psicológica de las intervenciones y su recuperación. Estableciendo las intervenciones y cuidados de enfermería con mayor relevancia para la superación y recuperación satisfactoria por parte de la mujer mastectomizada o histerectomizada.

**Palabras claves:** aspectos psicológicos, preoperatorio, postoperatorio, mastectomía, histerecomía.



## INDICE:

1 INTRODUCCIÓN.....	2
2 JUSTIFICACIÓN.....	4
3 OBJETIVOS.....	5
4 DESARROLLO DEL TEMA.....	6
4.1 Factores psico-sociales que influyen en el paciente quirúrgico:.....	6
4.2 Aspectos psicológicos y cuidados de enfermería del paciente quirúrgico en el preoperatorio:.....	8
4.3 Aspectos psicológicos y cuidados de enfermería del paciente quirúrgico en el postoperatorio.....	11
5 PLAN DE CUIDADOS EN MUJERES ADULTAS MASTECTOMIZADAS:.....	15
5.1 Valoración enfermera:.....	15
5.2 Diagnóstico, objetivos e intervenciones de enfermería:.....	16
6 PLAN DE CUIDADOS EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS.....	23
6.1 Valoración enfermera.....	23
6.2 Diagnósticos e intervenciones de enfermería.....	24
7 CONCLUSIÓN.....	27
ANEXOS:.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	37



## 1 INTRODUCCIÓN.

A pesar de la modificación y desarrollo de mejoras en las técnicas quirúrgicas para hacer cada vez menor el riesgo para la vida, la cirugía constituye un evento estresante, alrededor del cual existen preocupaciones sobre la autonomía, condiciones físicas, dolor, supervivencia, recuperación, la separación de la familia y el hogar entre otros. Además, pueden surgir varias respuestas emocionales ante un proceso quirúrgico, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias para la recuperación. (1)

Para conseguir adecuados resultados ante una situación quirúrgica, es de especial importancia una buena cooperación entre los diferentes niveles asistenciales, dentro de estos, la labor de enfermería debe ser adecuada, integral e individualizada de acuerdo a cada tipo de intervención y persona que es intervenida.

La comunicación y la observación son aspectos esenciales de los cuidados de enfermería, permitiendo establecer interacciones (hablar-escuchar) y relaciones terapéuticas con el paciente, que ayudaran a su restauración de la salud.

Una comunicación efectiva y adecuada por parte de la enfermera debe agrupar de manera global; la observación a través de los 5 sentidos (observación de la expresión facial, del comportamiento, de la actitud del paciente...), la comunicación verbal, que debe ser: simple, clara, pertinente, creíble y con un lenguaje adecuado, y la comunicación no verbal, consistente en: una postura abierta, apariencia relajada, mantener un adecuado contacto visual, utilización de un tono adecuado y una actitud de empatía.

Por último, debido a su actualidad y aumento de incidencia en nuestra sociedad se desarrolla de forma específica un plan de cuidados de mujeres mastectomizadas y otro de histerectomizadas en edad adulta y estado fértil, que aunque el diagnóstico precoz y las mejoras en el tratamiento han aumentado y mejorado en estos últimos años, la mastectomía sigue siendo la primera causa de muerte de cáncer entre las mujeres y la histerectomía afectando a 1 de cada 5 mujeres. Además estas intervenciones son consideradas por muchas mujeres como un ataque a su feminidad e identidad, generando un importante impacto psicosocial que puede comprometer su calidad de vida. Por una parte, estas cirugías atentan contra la auto-percepción, la imagen corporal y de la sexualidad de la mujer.



Por otra parte, las relaciones sociales pueden verse perjudicadas en ámbitos de pareja, amistades y laboralmente.

Por todo ello la actuación y papel de enfermería es primordial para ayudar en la adaptación a la nueva situación y todo su proceso, dando unos cuidados que favorezcan la auto-aceptación y una adecuada reestructuración social. Para lograr de manera satisfactoria estos objetivos la enfermera tendrá que contar con buenos y actualizados conocimientos del proceso y una capacidad comunicativa adecuada para lograr tratar cada caso de manera específica e individualizada.

Los planes de cuidados son la expresión escrita de la aplicación del proceso enfermero. Son un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente. El proceso de atención de enfermería consta de varias fases (2):

- **Valoración:** fase de recogida e interpretación de información del paciente y de sus familiares a través de un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado sobre el estado de salud de una persona. Se realiza a través de una serie de patrones funcionales o necesidades de salud. Esta fase se divide en dos: fase de valoración inicial, donde se establece el primer contacto con la persona y la fase de valoración continua, que se realiza de manera progresiva durante todo el proceso de atención.

El objetivo de la valoración enfermera es conocer en cada momento la situación de salud que está viviendo la persona y su respuesta de forma integral e individualizada.

- **Diagnóstico:** consistente en el análisis de los datos e información de la etapa anterior identificando los problemas que encontramos en la salud de la persona. Se realizan a través de la taxonomía NANDA.
- **Planificación:** se establecen las prioridades, objetivos e intervenciones para el logro de los resultados definidos. Se realiza a través de la utilización de la taxonomía NIC y NOC.
- **Ejecución:** puesta en marcha del plan, se llevarán a cabo las intervenciones y se recogerá información del proceso.
- **Evaluación:** se realiza una valoración de los resultados obtenidos, de la eficacia de las intervenciones, identificando si existe la necesidad de cambios en el plan, y si es necesario una continuidad de cuidados o se puede dar por finalizados.



## 2 JUSTIFICACIÓN.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, se entiende por salud como: *completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedades.* (3). Al aceptar esta definición, el estado psicológico forma parte e influencia el estado de salud de las personas, por ello un paciente que debe someterse a una intervención quirúrgica se encuentra con una serie de problemas específicos de su situación.

En primer lugar, las consecuencias que genera la hospitalización y toda cirugía.

En segundo lugar, la intervención puede resolver el problema o bien puede dejar una serie de secuelas que lleven a una cronicidad del estado de salud.

En tercer lugar, el hecho de tener que someterse a una intervención quirúrgica supone una situación problemática (sea cual sea la causa y pronóstico) que repercute en el paciente y en su entorno familiar. (4)

Por estas razones, tanto en la etapa preoperatoria (necesidad de información que proporcione seguridad y control del medio al paciente) y en la etapa postoperatoria (necesidad de ejecución efectiva de las pautas de cuidados por el paciente) es imprescindible la intervención de enfermería para conseguir una buena preparación psicológica del paciente y una buena evolución en el postoperatorio.

Por último y para lograr una mayor comprensión de la importancia de los aspectos psicológicos en el paciente que se va a someter a una intervención quirúrgica, he considerado adecuado realizar un plan de cuidados centrado en los aspectos más relevantes de la mujer que se expone a una cirugía, como es la de una mastectomía o una histerectomía, ya que en mi opinión son las intervenciones con mayor carga psicológica en la mujer, donde es muy importante una atención no meramente biológica sino una atención integral, ya que el apartado psicológico cobra especial importancia y la enfermería debe conocer las técnicas e intervenciones adecuadas para lograr buena praxis.



### 3 OBJETIVOS

General: Definir los aspectos y factores psicológicos más relevantes ante una intervención quirúrgica, identificando el papel e intervenciones de enfermería.

Específicos:

- Establecer un plan de cuidados centrado en los temas con mayor impacto psicológico en mujeres adultas mastectomizadas e hysterectomizadas.
- Establecer el rol y las acciones de enfermería sobre los aspectos psicológicos con mayor repercusión en ambas intervenciones.



## 4 DESARROLLO DEL TEMA.

Para mejor comprensión del contenido, decir que el marco teórico se centra en el modelo conceptual enfermero adoptado por Virginia Henderson, que dice: *la función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.* (5)

En el marco se incluyen los diagnósticos enfermeros de la taxonomía NANDA y las intervenciones enfermeras de la taxonomía NIC. (6)

Las catorce necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminación.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Seguridad.
10. Comunicación.
11. Creencias y valores.
12. Trabajar para sentirse realizado.
13. Participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

### 4.1 Factores psico-sociales que influyen en el paciente quirúrgico:

Todos los factores que vamos a nombrar determinan diferentes comportamientos y diferentes formas de hacer frente a una intervención quirúrgica.

#### Factores personales:

- Edad y sexo en la hospitalización del adulto: son personas totalmente conscientes de la intervención, pero aún así experimentan diferentes miedos y



ansiedad ante lo que no conocen y que no tienen control sobre ello. Dependiendo de la edad (adulto joven- adulto viejo) y del sexo la intervención podrá tener más o menos carga psicológica, es decir, psicológicamente no es lo mismo una histerectomía para una mujer de 30 años en edad fértil que para una mujer de 55 años.

- Personalidad, capacidad de adaptación, afrontamiento del estrés, experiencias previas, creencias y valores personales: lo ideal es una personalidad fuerte y formada, con una capacidad de adaptación y de afrontamiento del estrés amplia y solvente, contando con una adecuada información del proceso, todo esto facilitará el preoperatorio y la evolución del postoperatorio. La intervención enfermera irá enfocada a conseguir lo expuesto en este punto.

Factores socio-culturales: donde influyen la respuesta, el apoyo, el rol y la posición que ocupa el paciente en la familia, en sus relaciones sociales, en su entorno laboral y económicamente.

Factores relacionados con la asistencia hospitalaria: donde influye la actitud del equipo de salud y la confianza del paciente en el equipo terapéutico.

Factores relacionados con la cirugía: referido al pronóstico, a las posibles secuelas, potenciales de incapacitación y a las medidas terapéuticas que requiera la intervención.

#### Tipos de intervención:

- Voluntarias: el hecho de la voluntariedad de la intervención hace que exista un mayor control del medio y disminuya la ansiedad.
- Involuntarias: son intervenciones por la salud de la persona, estas se pueden clasificar de acuerdo a:

Si implica mutilación por extirpación de algún órgano o partes del cuerpo. En este caso existe una alteración de la imagen corporal, que cursa con una disminución del auto-concepto y del auto-estima, que se puede ver acrecentada por factores como: la edad, sexo, creencias...

Si implica un riesgo vital o no, donde el grado de temor y ansiedad se verá magnificado en el caso que se implique la posibilidad de riesgo vital.

Si la intervención es de tipo curativo o paliativo, esto determinará: las expectativas, el tipo de respuesta más o menos adaptativa y unos niveles determinados de ansiedad.



Si la intervención ha sido programada con antelación o no. El tiempo que antecede a una intervención esperada (no menor a una semana, ni mayor de tres semanas) es muy importante para la adaptación de la persona a la necesidad del tratamiento y así pueda recibir ayuda para prepararse psicológicamente (temor, miedos...). La intervención urgente no cuenta con tiempo para la preparación psicológica y tiene las connotaciones que cualquier urgencia conlleva: shock emocional, intensa ansiedad y miedos, sentimientos de pérdida de control...

## **4.2 Aspectos psicológicos y cuidados de enfermería del paciente quirúrgico en el preoperatorio:**

Preoperatorio: esta etapa comprende desde que se decide la cirugía hasta su inicio. La asistencia de enfermería influye en la experiencia peri-operatoria del paciente, por lo que deberemos valorar la respuesta fisiológica y psicológica del paciente.

### **Valoración del paciente quirúrgico:**

Primera fase del proceso enfermero, que a través de una entrevista planificada y con un método para realizarla con la paciente y la familia, obtendremos información del conocimiento de la intervención y de su estado de salud físico y psíquico.

Conoceremos la información previa que posee el paciente, es decir, qué conocimiento tiene sobre: lo que se le va hacer, la causa, los resultados y las posibles complicaciones potenciales. También valoraremos información referida a pérdidas y cambios que le supone y lo que el paciente puede hacer para afrontarlo. Además es importante que la enfermera conozca la existencia de información errónea. Por último recogeremos información sobre los cuidados básicos (alimentación en el preoperatorio, ejercicios, higiene...) necesarios para el buen tratamiento.

Conoceremos el significado de la enfermedad, de la intervención e intentaremos conocer cómo vive el paciente el proceso quirúrgico y el significado que tiene para él. Si existen experiencias previas deberán ser valoradas con aspectos positivos y negativos.

En relación a los sentimientos y pensamientos del paciente es importante conocer sus temores (miedo a la anestesia, al dolor, a la incapacidad, alteración de la imagen corporal...), para planificar la información y el apoyo que se le deba dar.



Por último hacer referencia a los recursos de apoyo centrándonos en la "red natural" (familia, amigos...) y en la "red organizada" (asociaciones, grupos de ayuda...).

### **Principales diagnósticos enfermeros en el preoperatorio: (6)**

- Afrontamiento individual ineficaz (00069): relacionado con la hospitalización y la intervención que se va a realizar, con la disminución del auto-estima y el desamparo e impotencia ante la situación.
- Ansiedad (00146): relacionada con la intervención y los cambios que supone.
- Dolor (00132): relacionado con malestar físico o psíquico.
- Alteración del patrón del sueño (00095): relacionado con la ansiedad, la hospitalización y el dolor.
- Temor (00148): relacionado con la pérdida de una parte o función del cuerpo, con la hospitalización, con la cirugía y sus resultados o con la falta de conocimiento.

### **Principales objetivos e intervenciones de enfermería en el preoperatorio:**

- Fomentar el sueño (0003): el objetivo de esta intervención será que el paciente recupere su patrón de sueño habitual, para ello debemos identificar los factores que influyen de forma negativa en el sueño y así promover actividades que ayuden a mantener el sueño de forma adecuada.
- Terapia de relajación (1460): con el objetivo de disminuir las tensiones y ansiedad del proceso.
- Enseñanza pre-quirúrgica (5610): con el objetivo de ayudar al paciente a comprender y a prepararse psicológicamente para la cirugía y para el periodo de recuperación.
- Disminución de la ansiedad (5820): identificando primero las causas (conductuales, afectivas, fisiológicas y cognitivas), con el objetivo de conseguir la verbalización de los acontecimientos generadores de la ansiedad y así promover actividades para su reducción (técnicas de relajación, control de la ansiedad y factores estresantes).
- Apoyo y asesoramiento (5240), (5820): con el objetivo de aumentar su seguridad, aceptación y ánimo en los diferentes momentos del proceso quirúrgico.



### Ansiedad, estrés y temor preoperatorio.

Dentro de todos los problemas que pueden aparecer en el paciente quirúrgico durante el preoperatorio, la ansiedad considero que es uno de los que mayor repercusión tiene en el proceso y donde la intervención de enfermería debe ser de especial importancia.

*La ansiedad es una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos percibidos como peligrosos. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales. Psicológicamente, la ansiedad es vivida por el propio sujeto como un estado de ánimo desagradable, producido por situaciones que, de manera consciente o no, el sujeto las percibe como amenazadoras (7). La valoración será con la escala de ansiedad de Hamilton (Anexo 1. Escala de ansiedad Hamilton )*

Las características más comunes que hacen que el sujeto perciba la situación quirúrgica como una amenaza a su integridad físico-psíquica son; la novedad, la incontrolabilidad, la incertidumbre y el temor a: el ámbito hospitalario, a lo desconocido, a la anestesia, el dolor, a la muerte, a la separación, a la alteración de los patrones de vida, a la mutilación o pérdida de una parte del cuerpo.

El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, es decir, se aumenta la estancia hospitalaria, mayor necesidad de fármacos, aumento del coste sanitario...Por ello es necesaria una buena preparación psicológica del paciente consistente en facilitar toda la información necesaria y apoyo psicológico en todo el proceso quirúrgico, disminuyendo así el nivel de ansiedad del individuo, aquí será muy importante la intervención enfermera (relación enfermera-paciente).

El objetivo de la intervención enfermera irá enfocada a conseguir en el paciente un control de la ansiedad (NOC-1402) y superación de problemas (NOC-1302), las intervenciones se centrarán en:

- Disminución de la ansiedad (NIC-5820): proporcionar toda la información de forma objetiva de todo el proceso quirúrgico, evitar proporcionar falsas seguridades, estimular la verbalización de sentimientos , establecer una buena relación enfermera-paciente, establecer una adecuada comunicación, enseñar a la localización y canalización de factores estresantes ( técnicas de relajación), fomentar un buen descanso nocturno...



- Asesoramiento (NIC-5240): intimidad que garantice confidencialidad. Proporcionar información objetiva.
- Enseñanza pre-quirúrgica (NIC-5610): informar sobre la cirugía y su proceso, conocer las experiencias previas y su conocimiento sobre el proceso quirúrgico, describir las técnicas preoperatorias y su preparación, describir toda medicación y sus efectos durante el proceso...
- Relajación muscular progresiva (NIC-1460): ejercicios de relajación.

### 4.3 Aspectos psicológicos y cuidados de enfermería del paciente quirúrgico en el postoperatorio.

Postoperatorio: proceso comprendido desde la finalización de la cirugía hasta el alta del paciente. Consta de tres fases: post-operatorio inmediato, mediato y alejado.

Cuidados postoperatorios: conjunto de actividades que garanticen la seguridad del paciente, que incluyen la profilaxis, identificación y tratamiento de complicaciones que aparezcan tras el proceso quirúrgico.

#### Valoración del paciente:

Además de la valoración fisiológica y neurológica del paciente (registros vitales), se deberá recoger información sobre:

- Sentimientos y pensamientos del paciente tras la cirugía con el objetivo de conocer su estado psicológico y ver su capacidad para afrontar la nueva situación.
- Impacto de la enfermedad y de la intervención, realizando una valoración de la existencia de implicaciones laborales (baja temporal o por invalidez), de implicaciones familiares (cambios en el rol, en modificaciones en el estilo de vida, dependencia de otros miembros...) y del grado de dependencia o independencia tras el tratamiento quirúrgico.
- Habilidades de adaptación: valoración de la competencia del paciente en las situaciones de crisis y las estrategias de afrontamiento y de adaptación que posee. Será importante conocer cómo ha resuelto crisis anteriores para conocer su capacidad de respuesta y las habilidades familiares.
- Evaluación del dolor: para poder ajustar analgesia y conocer su tolerancia al dolor.



- Recursos de apoyo: valoraremos su existencia y su magnitud tras la operación, además conoceremos el tipo de ayuda que dan (emocional, económica, física...).

### **Principales diagnósticos enfermeros en el paciente post-operado (9):**

- Confusión aguda (00128): relacionada con los efectos secundarios de la anestesia, con la agitación, agresividad y alteración de conciencia.
- Dolor (00132): físico (relacionado con la cirugía) y psíquico (relacionado con estrés y alteraciones del sueño...).
- Alteración en el mantenimiento de la salud (00099): relacionado con la pérdida de independencia o alteración de la propia imagen.
- Alteración de los patrones de sexualidad: relacionados con cambios corporales, impotencia o percepción de sí mismo alterada.
- Ansiedad (00146) y temor (00148): relacionado con la pérdida de rol o de las funciones que debe llevar a cabo para desempeñarlo, en su salud, en sus relaciones, su auto-concepto, su entorno; atraviesa una crisis situacional y sufre un alto grado de estrés.
- Alteración de la imagen corporal (00118): relacionado con la cirugía, con la pérdida de parte o función del cuerpo.
- Riesgo de síndrome postraumático (00145): superación o no del proceso del duelo.
- Riesgo de infección / control del riesgo de infección (00004).
- Deterioro de la interacción social (00052): relacionado con el aislamiento terapéutico, con interacción ineficaz con los compañeros, familia y amigos, además de malestar en situaciones de verbalización.
- Afrontamiento inefectivo (00069): relacionado con tendencia al aislamiento, tristeza, falta de iniciativa, falta de verbalización de sentimientos y temores, inseguridad, alteraciones del sueño e incluso conducta auto-lítica.

### **Principales objetivos e intervenciones de enfermería en el post-operatorio.**

- Disminución de la ansiedad (paciente y familia), (5820): con el objetivo de reducir la ansiedad del proceso y de la estancia post-operatoria.
- Manejo del dolor (1400): con el objetivo de que el paciente sea capaz de expresar y reconocer el comienzo, los factores causales de su dolor y la reducción o desaparición de este.
- Control de infecciones (6540): con el objetivo de reducir la aparición de ellas.



- Manejo ambiental (6482): manipulación del entorno del paciente para facilitar su comodidad, con el objetivo de evitar interrupciones, ruidos, limitar visitas y enseñar a la familia proporcionando un ambiente tranquilo.
- Aumento del afrontamiento (5230): con el objetivo de aumentar la capacidad de afrontamiento a través de dar información sobre el proceso, el tratamiento, los sentimientos, la toma de decisiones y enseñar a identificar estrategias positivas para adaptarse al nuevo rol.
- Asesoramiento (5820): con el objetivo de proporcionar información y enseñanza a la paciente y a la familia en materia de cuidados y técnicas para llegar a una completa recuperación. Además se le informará de la existencia de grupos de apoyo y de las diferentes alternativas que haya.
- Potenciación de la imagen corporal (5220): con el objetivo de mejorar las percepciones y actitudes del paciente hacia su nueva imagen corporal.
- Apoyo en el autoestima (5250) y apoyo emocional (5270): ayudar al paciente a expresar su estado emocional, a identificar sentimientos de culpa, de frustración, de ira o rabia, con el objetivo de proporcionar apoyo durante todo el proceso y ayuda en la toma de decisiones.
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440): facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad, explicándoles de qué manera pueden ayudar.

### Dolor y control del dolor

Dentro de todos los problemas que pueden aparecer en el paciente quirúrgico durante el postoperatorio, el dolor, considero que es uno de los que mayor repercusión tiene en el proceso y donde la intervención de enfermería debe ser de especial importancia.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como: *una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial*. (10).

Existen tres tipos de dolor: dolor agudo (intenso), dolor crónico (dolor persistente, mayor de 6 meses) y dolor psicógeno (sin base orgánica, común en personas que magnifican el dolor). (10)



Cada persona según su personalidad, cultura y educación tendrá una diferente percepción y expresión del dolor.

Dentro del ámbito de la enfermería, el control del dolor es importante, ya que este, disminuye la capacidad de cooperación del paciente e interfiere en su recuperación. La valoración del dolor es dificultosa, debido a que es una experiencia subjetiva, las escalas elegidas son: escala visual analógica (EVA) y cuestionario breve del dolor (CBD) (Anexo 3. Escala Visual Analógica (EVA) ;Anexo 4. Cuestionario Breve del Dolor (CBD))

El objetivo de la intervención enfermera irá enfocado a conseguir: la disminución o eliminación del dolor, ayudar al paciente a adaptarse al dolor y su control (NOC-1605). Las intervenciones se centrarán en:

- Asesoramiento: centrada en actividades de información y educación. Se da información sobre las sensaciones dolorosas que puede percibir según la intervención y las medidas que se usarán para manejar el dolor. Enseñaremos técnicas no agresivas para eliminar el dolor (distracción, relajación...). Todo ello disminuye la ansiedad y da al paciente un control sobre sí mismo y el medio.
- Apoyo: con el objetivo de proporcionar apoyo psicológico (respeto, disponibilidad), de ayudar al paciente a modificar su actitud contra el dolor (no luchar contra, sino asociarse a él), enseñar que hay más métodos que los analgésicos (frio, calor, distracción, relajación...), incentivar la expresión de sus experiencias dolorosas y como se producen e identificar las causas que le impiden al paciente hacer frente y adaptarse al dolor.
- Manejo ambiental confort (NIC-6482): manipulación del entorno del paciente para facilitar mayor comodidad, evitando interrupciones, ruidos y limitar visitas.
- Manejo del dolor: alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente, a través de vigilar la efectividad de la analgesia, utilización de frio, calor, relajación y de posturas antiálgicas.

## 5 PLAN DE CUIDADOS EN MUJERES ADULTAS MASTECTOMIZADAS:

Se realiza este plan de cuidados debido a que el cáncer de mama es un problema con mucha repercusión y prevalencia en la sociedad actual. Cada año se diagnostican en España 22.000 nuevos casos. Además una mastectomía tiene mucha repercusión a nivel psicológico tanto en pre como en el post-operatorio. (12)

Este plan de cuidados se centrará en mujeres adultas de edades comprendidas entre los 30 – 45 años, donde considero que puede tener más repercusión psicológica y social un cáncer de mama y por consiguiente una mastectomía.

El objetivo de la realización de este plan de cuidados es intentar abordar de manera integral todos los aspectos psicológicos que se producen en un proceso quirúrgico con es una mastectomía.

### 5.1 Valoración enfermera:

Se realiza a través del modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades:

- Necesidad de Respiración: no se encuentra alterada.
- Necesidad de Alimentación-Hidratación: apetito disminuido, nauseas y/o vómitos debido a la anestesia, necesidad de hidratación por la dieta absoluta pre y post-intervención.
- Necesidad de Eliminación: sin alteraciones.
- Necesidad de Actividad-Movilidad-Reposo: reposo en la cama durante las primeras 24h horas tras la intervención, después deambulación a demanda.  
La movilidad se encuentra afectada a nivel de la extremidad superior, creando un nivel de dependencia en las actividades de: alimentación, uso del wáter, arreglo personal e higiene.
- Necesidad de Percepción- cognición-desarrollo: somnolencia tras la anestesia, luego nivel de conciencia normal. Aparece una actitud destructiva hacia sí mismo, rechazo de su cuerpo tras la mastectomía, esto en ocasiones se encuentra disminuido por la posibilidad de reconstrucción mamaria.
- Necesidad de estado emocional: pueden aparecer petición excesiva de calmantes, mareos... Rechazo a la comunicación: no hablan de sus temores.



- Necesidad de relación: sentimiento de rechazo a que otra persona la vea desnuda.
- Necesidad de apoyo de familia, amigos o compañeros para compartir sus temores y frustraciones.
- Necesidad de seguridad: Dolor de la cirugía y drenajes, posible aparición de infección de herida quirúrgica, de retención de exudado linfático, por procesos invasivos como por ejemplo catéter IV, vía central...
- Necesidad de cuidados de la salud: necesidad del paciente y de la familia de información suficiente sobre cuidados en todo el proceso, acto quirúrgico y en los hábitos de vida (esto les ayuda a disminuir sus miedos y ansiedad).

## 5.2 Diagnóstico, objetivos e intervenciones de enfermería:

Todos los diagnósticos están nombrados con la taxonomía NANDA, NOC, NIC (6), (13).

Necesidad de alimentación-hidratación.

Código	Diagnóstico	Factor relacionado	Objetivos	Código	Intervenciones
00134	Náuseas	Tratamiento	Manifestará control o disminución de las náuseas	1450	Manejo de las náuseas

Necesidad de actividad- movilidad-reposo.

Código	Diagnóstico	Factor relacionado	Objetivos	Código	Intervenciones
00108 00102 00109 00110	Déficit de auto-cuidado: Baño/higiene, alimentación, vestido, uso WC	Dolor, malestar	Mantendrá higiene/ alimentación adecuada. Mantendrá cubierta su necesidad de vestimenta. Utilizará el WC con ayuda.	1801 1803 1802 1804	Ayuda con Ac: baño/higiene, alimentación, vestido/arreglo personal y aseo.
00085	Deterioro de la mov.Física	Dolor	No presentará anquilosamiento del hombro	0224	Terapia de ejercicios de mov. Articular.



### Necesidad de percepción-cognición- desarrollo.

Código	Diagnóstico	Factor relacionado	Objetivos	Código	Intervenciones
00153	Riesgo de baja autoestima situacional	Enfermedad, alteración de la imagen corporal	Verbalizará sus preocupaciones	5400	Potenciación del autoestima
00118	Trastorno de la imagen corporal	Enfermedad, cirugía, factores psicosociales.	Manifiestará la aceptación de cambios en su cuerpo	5220 5400 5430	Potenciación de la imagen corporal Potenciación de la autoestima Grupos de apoyo

### Necesidad estado emocional.

Código	Diagnóstico	Factor relacionado	Objetivos	Código	Intervenciones
00148	Temor	Hospitalización, procedimientos	Manifiestará las dudas que le producen los procedimientos	5230 5610	Aumentar el afrontamiento Enseñanza: prequirúrgica.
00146	Ansiedad	Amenaza de cambio en el estado de salud	Manifiestará disminución de sus miedos	5820 5340	Disminución de la ansiedad Presencia
00072	Negación ineficaz	Incapacidad para admitir el impacto de la enfermedad	Verbalizará sus preocupaciones	5240	Asesoramiento

### Necesidad de relación.

Código	Diagnostico	Factor relacionado	Objetivos	Código	Intervenciones
00060	Interrupción de los procesos familiares	Cambio en la salud de un miembro de la familia	Mantendrá la estabilidad familiar	7130	Mantenimiento en los procesos familiares

### Necesidad de seguridad.

Código	Diagnóstico	Factor relacionado	Objetivos	Código	Intervenciones
00132	Dolor agudo	Agentes lesivos	No presentará dolor	1400	Manejo del dolor
00004	Riesgo de infección	Cirugía, proceso invasivos, drenaje	No presentará infección	6550 3662	Protección contras las infecciones Cuidados de las heridas
00043	Protección inefectiva	Cirugía, tratamiento, enfermedad	No presentará lesiones ni complicaciones añadidas	6654 2920	Vigilancia: seguridad Precauciones quirúrgicas

### Necesidad de cuidados de salud.

Código	Diagnóstico	Factor relacionado	Objetivos	Código	Intervenciones
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	Déficit de conocimientos	Demostrará comprensión del régimen terapéutico	5618 5520	Enseñanza procedimiento/ tratamiento Aprendizaje



Tras la realización de una valoración, identificación de los diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería, ampliaré la información referente a: la alteración de la auto-percepción, la afectación de las relaciones y el proceso de duelo, las cuales, en mi opinión, son las que tienen mayor repercusión psicológica en la mujer.

### Alteración de la auto-percepción:

Nos centraremos sobre la imagen corporal y sobre la sexualidad.

La imagen corporal es la evaluación cognitiva y emocional que la persona tiene sobre sí misma en un momento determinado. La evaluación de la imagen corporal, no es fácil en cuanto a su investigación, ya que hay gran variedad de medios para analizarla.

La escala que he elegido es la que introduce las cuestiones que Hopwood (1993) propone como fundamentales para la imagen corporal de mujeres con cáncer de mama. La escala final consta de 12 ítems, a los que se contesta mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones que va de 1= nada a 4 = mucho. (Anexo 2. Escala sobre la imagen corporal )

La sexualidad está íntimamente relacionada con la imagen corporal ya que las dos se relacionan con la forma en que la mujer siente su feminidad y su atractivo. Por ello, una mastectomía produce un gran impacto en este sentido.

La pérdida de un pecho causa pérdida de simetría y por tanto un cambio en la apariencia física de la mujer, esto se ve reflejado sobretodo en la vestimenta, todo ello conforma un problema que las mujeres no superan con facilidad pasados incluso años.

### Afectación de sus relaciones: (15)

Tras una mastectomía se producen cambios en sus relaciones familiares y con el entorno, con la relación de pareja y con las relaciones sexuales.

Cambios en su relación con la familia y el entorno: el cáncer de mama y la mastectomía es también un proceso difícil para la familia y el entorno de la paciente, esto produce una serie de cambios psicológicos en todos los miembros, por ello la actividad enfermera tiene gran relevancia para interpretar y canalizar las respuestas familiares.



Cada persona es única y tiene diferentes formas de afrontar y superar las situaciones que se presentan, por ello cada intervención de enfermería se debe ajustar de forma individual.

Las reacciones más comunes que presentan los familiares son:

- El miedo a la muerte, miedo al tratamiento, miedo a los cambios físicos...
- Sentimiento de culpa, sobre todo en los padres de la paciente, en referencia a que tienen el pensamiento de que ellos deberían morir antes que sus hijos y se sienten culpables porque eso no ocurra.
- Protección excesiva, ocultando partes del diagnóstico o pronóstico con la idea errónea de que así se ahorra dolor y sufrimiento.
- Negación de la enfermedad de la paciente actuando como si todo siguiera igual, llegando a alejarse de la paciente.

Si se producen estas reacciones familiares, es frecuente que la paciente sienta que su familia y el entorno no se preocupan por ella y la dejan sola ante el problema. Lo que debemos hacer es intentar fomentar la comunicación y sinceridad familiar, evitando la sobreprotección, es decir intentar alcanzar un punto medio para lograr un buen entendimiento familia-paciente para un apoyo mutuo.

#### Impacto en la relación de pareja:

La pareja representa el apoyo físico y psíquico más fuerte e importante para la paciente, por ello es muy importante que el apoyo de la pareja tenga efectos positivos y sea adecuada.

Por una parte las mujeres mastectomizadas tienen miedo de ser rechazadas por sus parejas, sobretodo en el ámbito sexual.

Por otro lado, gran parte de los hombres se ven afectados de una forma rápida antes los cambios físicos de su pareja, dando lugar a diversas reacciones que van desde no presentar gran problema para ellos hasta ser un hecho traumático e impactante psicológicamente.

Por todo ello la relación puede verse afectada, por esto deberemos favorecer que expresen mutuamente sus sensaciones, sus miedos y preocupaciones para poder fortalecer su relación, además intentaremos implicar a la pareja en el proceso pre y post-



quirúrgico para superar de forma satisfactoria la situación antes y después de la intervención quirúrgica.

#### Alteración de las relaciones sexuales:

Tras la mastectomía existen gran cantidad de mujeres que cesan o disminuyen sus relaciones sexuales, acompañado de una disminución del atractivo sexual y del interés, debido al miedo al rechazo por su pareja y por la presencia de sentimientos negativos hacia su físico.

Desde el punto de vista de la pareja, el cambio en la fisonomía, la inseguridad de la mujer a mostrar la cicatriz, el miedo a hacerla daño, pueden alterar sus relaciones sexuales.

#### Rol de la enfermería: (16)

La enfermería debe proporcionar a la mujer mastectomizada apoyo psicológico en la adaptación a su nueva etapa, prestando una asistencia individualizada tanto en el diagnóstico, como tras la cirugía. Los profesionales sanitarios deben informar y aconsejar desde el diagnóstico hasta su recuperación a la mujer, para que esta se sienta participe de su proceso, para ello es necesario que la enfermera esté cualificada con una formación continuada para responder todas las dudas que vayan surgiendo a la paciente y derivar las dudas al personal sanitario adecuado cuando estas excedan nuestra competencia profesional, evitando así que realicen búsqueda de información por su cuenta pudiendo ser errónea.

La información que se dará será información real, con los efectos positivos, los negativos y las consecuencias de la operación y su proceso.

Por otra parte, enfermería deberá valorar la importancia de la familia en la recuperación de la paciente, conociendo la estructura familiar y el significado que dan al cáncer y a la mastectomía, teniendo en cuenta su cultura, creencias y sus diferentes formas de afrontamiento. En especial, será necesario identificar al cuidador principal, normalmente corresponde a su pareja, por ello conoceremos el tipo de relación y la evolución de esta durante el proceso.

La comunicación durante todo el proceso, haciendo especial hincapié en los aspectos psicológicos, es muy importante teniendo que realizar una adecuada comunicación verbal y no verbal, utilizando un lenguaje adecuado al nivel socio-

cultural de la paciente y la familia, respetando los silencios, facilitando que la paciente exprese sus dudas y miedos, creando un ambiente adecuado y cómodo para poder establecer un vínculo de confianza enfermera-paciente. Debido a la delicadeza de la comunicación de la sexualidad de la paciente, será necesario crear el vínculo antes citado para que la paciente deposite su confianza y así la enfermería actúe de acuerdo a si existe problemática o no.

### Las pérdidas y el proceso de duelo: (17)

La pérdida puede ser definida como: "acción de perder algo o daño que se recibe en alguna cosa".

En este plan de cuidados nos encontramos con una pérdida de función o parte corporal, debido a la cirugía y por consiguiente la pérdida de una mama, esto puede ocasionar una pérdida de rol, un cambio en el estilo de vida y una pérdida de relaciones y lazos afectivos.

En el duelo se pueden observar varias reacciones por parte de la persona que ha experimentado la pérdida, las más destacables son: sentimiento de rechazo, comportamientos de negación a la realidad, incapacidad de para sustituir la pérdida y centrarse en otra cosa que no sea en la pérdida, sintomatología de depresión, síntomas somáticos (pérdida de apetito, sensación de debilidad)...

En el proceso del duelo, el reconocimiento de la pérdida y la tristeza, son reacciones normales y necesarias para la superación de este, pero todo dependerá de la respuesta que dé cada persona al proceso del duelo, que vendrá mediatizada por: la personalidad, experiencias previas, significado que da a la pérdida, recursos personales de afrontamiento, recursos de apoyo y del estado físico y emocional.

La actividad enfermera irá enfocada a conocer por parte de la paciente:

- El tipo y el significado de la pérdida: el valor y los cambios que suponga para la persona.
- Forma para enfrentarse a la situación: sentimientos que expresa, si reconoce la pérdida y como lo expresa (si llora, si lo niega...).
- Experiencias anteriores personales o familiares cercanas y ver de qué manera se enfrentó y se adaptó a ello. Esto nos facilita conocer la capacidad de la persona para responder ante situaciones nuevas.



- Estado físico de salud: si come, si bebe, como es su descanso, sensibilidad al dolor...
- Estado emocional: conocer su auto-concepto, auto-estima, auto-imagen, sus temores, preocupaciones y su capacidad de adaptación tras la pérdida.
- Red natural y organizada de apoyo: conocer disponibilidad de familia cercana e implicación de esta. Además ver si es conocedora de los grupos de ayuda, asociaciones...

Tras conocer los puntos citados anteriormente, los objetivos de enfermería serán:

- Ayudar en la identificación de la pérdida y los sentimientos que se asocian a esta.
- Ayuda a vivir el duelo para lograr una resolución satisfactoria.
- Apoyar y ayudar en la búsqueda de nuevas formas de vida y de relación.

Las intervenciones de enfermería se centrarán en:

- El asesoramiento: consistente en aportar información objetiva y realista sobre la pérdida y sobre las fases del duelo, ayuda para orientar a la paciente y sus familiares cercanos en la resolución satisfactoria del duelo y sobre las formas incorrectas de comportamiento, y por último, informar sobre la existencia de grupos de apoyo y de cómo buscarlos.

- El apoyo , emocional y material:

Establecer una relación terapéutica con la paciente, para fomentar el intercambio de pensamientos, sentimientos, para fomentar el auto-concepto y autoimagen, sin dar falsas esperanzas y creando una atmosfera de terapia de apoyo.

Establecer una adecuada comunicación verbal y no verbal a través de la aceptación, disponibilidad, empatía, escucha activa y destinar un tiempo suficiente para que la paciente exprese sus sentimientos, miedos sobre la situación actual.

Explicar la naturaleza de los sentimientos y miedos expresados y sus formas adecuadas de expresarlos y canalizarlos.

Respetar la no expresión de sentimientos y animar a la paciente a llorar y a expresar sus sentimientos cuando esta no sea capaz de hacerlo.

Apoyar a la familia y reforzar sus capacidades de ayuda a la paciente y el apoyo mutuo.



## 6 PLAN DE CUIDADOS EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS.

Por último, realizo este plan de cuidados de mujeres histerectomizadas en edad fértil íntimamente unido al anterior, ya que como mujer y estudiante de enfermería, aún sabiendo que son temas muy estudiados y conocidos, quiero incidir sobre los principales problemas psicológicos de la mujer histerectomizada, destacando la importancia de una adecuada y eficaz intervención enfermera. (18)

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero. Se considera la segunda cirugía con más frecuencia en mujeres adultas en edad reproductiva, después de la cesárea. Para la mujer el valor simbólico y el papel fisiológico que tiene este órgano en la sexualidad femenina es de gran importancia, la pérdida del útero puede desorganizar el yo, alterando la integridad corporal, la atracción sexual y el concepto sobre su feminidad como reacción a la pérdida de la capacidad reproductiva. Pueden aparecer síntomas emocionales como: ansiedad, insomnio y pensamientos depresivos relacionados con la alteración de la autoestima, de la autoimagen y al cambio de su rol social.

Existen tres tipos de histerectomías: histerectomía parcial (se extirpa parte superior del útero), histerectomía total (se extirpa el útero, cuello uterino, ovarios y trompas) y la histerectomía radical (se extirpa el útero, el cuello uterino y su tejido adyacente y parte superior de la vagina, este tipo se realiza si la causa es cáncer).

Tras la histerectomía la mujer puede experimentar el paso por tres etapas: una primera etapa de conmoción y de negación donde la mujer disminuirá su confianza en sí misma y aparecerán miedos ante los cambios en su feminidad, la segunda etapa marcada por la posible depresión, debida a la imposibilidad de menstruar y de reproducirse, donde su estado de ánimo se encuentra alterado con cambios de humor y asilamiento en sí misma y una tercera etapa, etapa muy difícil donde la mujer ha resuelto su dolor y toma decisiones racionales sobre las alternativas que existen.

### 6.1 Valoración enfermera

En cuanto a la valoración enfermera según las 14 necesidades de Virginia Henderson encontramos grandes similitudes con la valoración de la mastectomía, en cuanto a la alteración de las necesidades de: alimentación e hidratación, actividad-

movilidad-reposo, percepción- cognición- desarrollo, estado emocional, relación, seguridad y de los cuidados de salud.

Una de las diferencias frente a la valoración en la mastectomía, es que en la histerectomía la necesidad de eliminación se encuentra alterada: la paciente es portadora de una sonda vesical no permanente y tiene riesgo de estreñimiento. Las intervenciones y objetivos irán enfocados a: reducir los miedos del paciente a realizar la eliminación y fomentar la eliminación urinaria (tras retirada de sonda vesical) y fecal.

En la histerectomía todas las necesidades alteradas irán enfocadas a la extremidad inferior del cuerpo a diferencia de la mastectomía, es decir la información sobre todos los cuidados irán enfocados a la zona genital.

## 6.2 Diagnósticos e intervenciones de enfermería

De la misma manera tomaremos como referencia los cuadros de diagnóstico enfermero de la mastectomía, siendo compatibles con los de la histerectomía, excepto la necesidad de eliminación (NANDA, NOC, NIC) (6).

Código	Diagnóstico	Factor relacionado	Objetivos	Código	Intervenciones
00015	Riesgo de estreñimiento	Miedo al dolor y a la intervención quirúrgica	La paciente mantendrá su eliminación normal	0450	Manejo del estreñimiento (Fomento de la eliminación fecal)

Dentro de los aspectos psicológicos que pueden influir en una mujer histerectomizada, me centraré en la repercusión de la operación en la sexualidad y reproducción.

### Sexualidad y reproducción tras la histerectomía (19),(20)

Es importante partir de la idea que para cada mujer la experiencia de pasar por una cirugía como es la histerectomía es única, ya que depende de sus características individuales, de su personalidad y de los factores situacionales que la rodean y que dan a la enfermedad un sentido especial para cada paciente. Para la mayoría de mujeres en edad fértil tiene un impacto significativo en: la sexualidad (miedo a la pérdida del disfrute sexual transitorio o permanente) y en la imposibilidad de poder tener hijos. Otras dudas comunes son: si la cirugía afectará a sus relaciones sexuales y a la forma de



sentirlas, si se modificaran las reglas, si tiene afectación al nivel urinario y cómo será el periodo postoperatorio. Ante estos miedos y dudas, la información, orientación y ayuda por parte de la enfermería es muy importante para lograr un avance positivo sobre la mujer.

La intervención enfermera irá enfocada al asesoramiento, información, apoyo y ayuda ante todas las dudas y temores de la paciente y de su familia. Para que todo esto sea posible, como ya hemos dicho en puntos anteriores, es necesario forjar una adecuada relación terapéutica entre enfermera-paciente-familia, consiguiendo a través de un proceso de comunicación adecuado un flujo de información real y sincero entre los sentimientos de la paciente y su familia y la respuesta enfermera.

En primer lugar, la enfermera debe informar sobre: el procedimiento que ha sufrido y sus consecuencias, es decir, si la mujer no ha llegado a la menopausia y se la han retirado los ovarios, se la explicará y se le darán recomendaciones de enfermería sobre la menopausia que va a experimentar de manera inmediata, denominada menopausia quirúrgica que puede cursar con: bochornos o sensación de calor, sudores nocturnos, ansiedad, cambios estéticos, mayor probabilidad de problemas con el tracto urinario, cambios en el humor y disminución del deseo sexual. Si no se la han retirado los ovarios explicaremos que experimentará con mayor probabilidad una perimenopausia normal y la menopausia posteriormente. Las recomendaciones de enfermería serán: realizar ejercicio y una dieta equilibrada, no fumar, técnicas de relajación, como realizar los ejercicios de Kegel e invitarles a que acudan a grupos de apoyo y atención psicológica.

En segundo lugar, algunas mujeres se sienten menos femeninas tras la cirugía, sus pensamientos están centrados en que no se ven como un todo, sino que les falta una parte simbólica de su feminidad, este apartado está muy influenciado por la importancia que se da a la cultura y creencias en la sociedad en la que se encuentra la mujer al aparato reproductor femenino. Informaremos sobre que la histerectomía no afecta ni a las relaciones sexuales ni a la forma de sentir las ya que la matriz (parte que se extirpa) no juega un papel protagonista en la respuesta sexual femenina, por lo tanto la vida sexual de la pareja no se ve afectada. Si es cierto, que si se produce la entrada de la menopausia quirúrgica (sólo si se extirpan los ovarios) puede aparecer un descenso de la vida sexual y en su cantidad. La intervención de enfermería irá enfocada a conocer



sus miedos y dudas referentes a este tema y así poder potenciar su autoimagen y autoestima, con el fin de lograr que recupere su vida sexual.

En tercer lugar, tras una histerectomía la mujer no podrá tener hijos, debido a que la matriz, parte que se extirpa en esta intervención, es donde se anida el feto. Esto dará lugar a sentimientos de tristeza y dolor por la pérdida del útero, pudiendo dar lugar a la depresión si la paciente quería tener hijos. La intervención enfermera se centrará en establecer una relación de confianza enfermera-paciente, dar apoyo emocional intentando evitar el aislamiento social, aumentar su autoestima e informar sobre la existencia de grupos de apoyo, como la asociación contra el cáncer que cuenta con grupos de apoyo psicológico.



## 7 CONCLUSIÓN.

Aunque parece incuestionable el impacto negativo de las intervenciones quirúrgicas, y más concretamente de las mastectomías e histerectomías en el plano psicosocial de las personas, hoy en día, no se le da la suficiente importancia. Los sentimientos de angustia, ansiedad, miedo y temor a la intervención, a sus posibles consecuencias y al rechazo de sus familiares y entorno, son solo algunas de las consecuencias psicológicas que pueden aparecer en una intervención quirúrgica, alterando la estabilidad del paciente y de su familia y dificultando tanto el proceso preoperatorio como el postoperatorio.

En este contexto, el personal de enfermería, debe realizar un esfuerzo por asistir no solo desde la perspectiva biológica, sino también desde la perspectiva psicosocial, siendo capaz de comprender las experiencias que están viviendo, han vivido y experimentado los pacientes, pudiéndoles ofrecer una atención individualizada, favoreciendo su reestructuración psíquica y social, lo que facilitará la recuperación física del paciente, paciente con mayor colaboración. Sin embargo, la ausencia de habilidades comunicativas, como la falta de aptitudes o conocimiento de las enfermeras, son algunas de las dificultades a las que muchos pacientes se enfrentan.

En una búsqueda de soluciones, todo revoca en la necesidad de una mayor formación y concienciación sobre el ámbito psicosocial, para conseguir las herramientas de especialización, citadas en el desarrollo del trabajo, sobre los aspectos psicológicos del paciente sometido a una intervención quirúrgica o en este caso, también en una mastectomía e histerectomía. Sólo de esta manera se alcanzarán unos cuidados integrales de calidad acordes a las necesidades individualizadas de los pacientes y en este caso concreto de la mujer mastectomizada e histerectomizada.

**ANEXOS:****Anexo 1. Escala de ansiedad Hamilton (8)**

<b>SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</b>	<b>Au se nte</b>	<b>Le ve</b>	<b>Mo der ado</b>	<b>Gr ave</b>	<b>Muy grav e Inca paci tant</b>
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0				4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0				4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0				4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0				4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0				4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0				4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0				4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0				4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0				4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0				4



<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0				4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0				4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0				4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0				4

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento



Anexo 2. Escala sobre la imagen corporal (14)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Te has sentido cohibido por tu apariencia?	....	....	....
2. ¿Te has sentido menos atractivo físicamente como resultado de tu enfermedad o del tratamiento?	....	....	....
3. ¿Has estado insatisfecha con tu apariencia al vestirte?	....	....	....
4. Te has sentido menos femenino/masculino como resultado de la enfermedad o del tratamiento?	....	....	....
5. ¿Te resulta difícil mirarte a ti mismo desnudo?	....	....	....



6. ¿Te has sentido menos atractivo sexualmente como resultado de la enfermedad o del tratamiento?

....                      ....                      ....                      ....

7. ¿Has evitado a la gente por la forma en la que te sentías acerca de tu apariencia?

....                      ....                      ....                      ....

8. ¿Has sentido que el tratamiento ha dejado a tu cuerpo menos completo?

....                      ....                      ....                      ....

9. ¿Te has sentido insatisfecha con tu cuerpo?

....                      ....                      ....                      ....

10. ¿Te has sentido insatisfecha con la apariencia de la cicatriz?

....                      ....                      ....                      ....

No aplicable

### Anexo 3. Escala Visual Analógica (EVA) (11)

La **Escala Visual Analógica (EVA)** permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor \_\_\_\_\_ Máximo dolor

La **Escala numérica (EN)** es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Sin										Máximo
dolor										dolor

La **Escala categórica (EC)** se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresando la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico.

<b>0</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>10</b>
Nada	Poco	Bastante	Mucho

La **Escala visual analógica de intensidad** consiste en una línea recta horizontal, de 10 cm de longitud, donde los extremos marcan la severidad del dolor. En el extremo izquierdo aparece la ausencia de dolor y en el derecho se refleja el mayor dolor imaginable.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Nada										Insoportable

La **Escala visual analógica de mejora** consiste en la misma línea recta donde en el extremo izquierdo aparece la no mejora y en el derecho la mejora completa.



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No mejora									Mejora completa	

**Anexo 4. Cuestionario Breve del Dolor (CBD) (11)**

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque una cruz en la zona que más le duele.

	Delante				Detrás			
Derecha		Izquierda	Izquierda	Derecha		Izquierda	Izquierda	Derecha

2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *máxima* de su dolor en la última semana.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor dolor imaginable

3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *mínima* de su dolor en la última semana.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor dolor imaginable

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *media* de su dolor.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor dolor imaginable

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor *ahora mismo*.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor dolor imaginable

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor? (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)

7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor? (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)

8. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

9. En la última semana, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido.

Ningún 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Alivio total

10. Si toma medicación, ¿cuánto tarda en volver a sentir dolor?

1. ® La medicación para el dolor no me ayuda nada 5. ® 4h





**B. Estado de ánimo**

No me    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Me ha afectado  
afectado

**c. Capacidad de caminar**

No me    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Me ha afectado  
afectado

**D. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)**

No me    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Me ha afectado  
afectado

**E. Relaciones con otras personas**

No me    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Me ha afectado

**F. Sueño**

No me    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Me ha afectado  
afectado

**G. Disfrutar de la vida**

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

**14. Prefiero tomar mi medicación para el dolor:**

- 1.  De forma regular
- 2.  Sólo cuando lo necesito
- 3.  No tomo medicación para el dolor

**15. Tomo mi medicación para el dolor (en un período de un día):**

- 1.  No todos los días    4.  5 a 6 veces al día
- 2.  1 a 2 veces al día    5.  Más de 6 veces al día
- 3.  3 a 4 veces al día

**16. ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor?**

- 1.  Sí    2.  No    3.  No lo sé



17. ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que le ha recetado el médico?

1.  Sí 2.  No 3.  No lo sé

18. ¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor?

1.  Sí 2.  No 3.  No lo sé

Si la respuesta es «sí», ¿por qué?

¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor?

2.  Sí 2.  No

¿Qué efectos secundarios?

19. ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?

1.  Sí 2.  No

20. Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor, marque con una cruz todo lo que se le aplique):

Compresas calientes  Compresas frías  Técnicas de relajación

Distracción  Biofeedback  Hipnosis

Otros  Por favor, especifique

21. Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el dolor son:



## BIBLIOGRAFÍA

x

1. Amador YC, Vega MPLdl. Preparación psicológica para la cirugía mayor. R.E.M.E ( revista electrónica de motivación y emoción). 2007; 6(13).
2. Andrés Franco Zambrano EGMCMDDPdlSFMSPMCM. Planes de cuidados enfermeros en SM. Primera edición ed. Junta de Extremadura CdSyDEdS, editor. Extremadura; 2008.
3. Organización Mundial de Salud. sitio web de la Organización Mundial de Salud. [Online]. [cited 2015 junio 12. Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
4. Gloria Novel Martí MTLC. Aspectos psico-sociales del paciente quirurgico. In MASSON SA, editor. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona: MASSON, S.A; 2000. p. 227-232.
5. Rosales MAA, Vallejo JCB, Casanova VC, Muñoz JI, Márquez AL, Cobo MDM, et al. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Primera edición ed. Jaén ICdEd, editor. Jaén; 2010.
6. Nanda international. Diagnósticos enfermeros. Primera edición ed.: S.A Elsevier España; 2012.
7. Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E, et al. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. [Online]. [cited 2015 Febrero 9. Available from: <https://www.uclm.es>.
8. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. [Online].; 2006 [cited 2015 Febrero 2. Available from: [http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala\\_de\\_ansiedad\\_de\\_hamilton.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf).
9. NANDA Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación : ed. ELSERVIER; 2003-2004.
10. Díaz FP. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. SCIELO. 2005 Marzo; XXVIII(3).
11. Mila Arrieta Ayestarán LBGBGCAEOEAGGLMMMSRdCJSG. Guia Salud ( biblioteca de Guías de Prectica del Sistema Nacional de Salud). [Online].; 2008 [cited 2015 Junio 2. Available from: [http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo\\_2\\_Escalas.pdf](http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo_2_Escalas.pdf).
12. Asociación Española Contra el Cancer. aecc ( contra el cancer). [Online].; 2015 [cited 2015 Junio 3. Available from: <https://www.aecc.es/Paginas/PaginaPrincipal.aspx>.
13. Dirección de enfermería - Hospital Universitario Ramón y Cajal. Salud Madrid. [Online].; 2005 [cited 2015 Marzo 7. Available from: <http://www.madrid.org/>.
14. Hopwood P FILAAGS. PubMed.gov. [Online].; 2001 [cited 2015 Mayo 24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11166145>.



15. Iglesias LM. Impacto psicológico de la mastectomía en la mujer: el rol de la enfermería. 2014. Trabajo fin de grado. Universidad del País Vasco.
16. Iglesias LM. Impacto psicológico de la mastectomia en la mujer: el rol de la enfermera. 2014..
17. Gloria Novel Martí MTLC. Las pérdidas y el proceso de duelo. In Gloria Novel Martí MTLCMDMdv. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona: Masson; 2000. p. 185-192.
18. Asociación Española Contra el Cancer. aecc. [Online].; 2011 [cited 2015 junio 10. Available from: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERDEUTERO/Paginas/Tratamientoquirurgico.aspx>.
19. Vargas-Mendoza JEyLSA. Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2010; 4(1).
20. María Teresa Urrutia AACFDJSSMJL. scielo. [Online].; 2013 [cited 2015 junio 10. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262013000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262013000400004&script=sci_arttext).
21. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. Onceava edición ed.: MCGraw-Hill/Interamericana de España; 2007.
22. Vargas-Mendoza JEyLSA. Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. In.; 2010. p. 5-10.
23. Díaz FP. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Scielo. 2005 Marzo; 28(3).

x