



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL



**MANIFESTACIONES DE TEMORES MÁS FRECUENTES
EN LOS USUARIOS CON HIPERPLASIA PROSTÁTICA
BENIGNA EN LA CONSULTA POLICLÍNICA UROLOGÍA
DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, EN EL PERÍODO
MARZO-ABRIL DE 2003**

AUTORES:

Br. Espínola, Noelia
Br. Rivero, Claudia
Br. Silva, Gabriela

TUTORES:

Lic. Enf. Curbelo, Graciela
Lic. Enf. Díaz, Alvaro

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2003

INDICE

• Agradecimientos.....	Pág. 1
• Resumen.....	Pág. 2
• Introducción.....	Pág. 3
• Problema de Estudio y objetivos.....	Pág. 5
• Marco conceptual.....	Pág. 6
• Aspectos Metodológicos.....	Pág. 21
• Resultados y Análisis.....	Pág. 26
• Conclusiones.....	Pág. 39
• Sugerencias.....	Pág. 41
• Índice de abreviaturas.....	Pág. 42
• Bibliografía.....	Pág. 43
• Índice de anexos.....	Pág. 44

AGRADECIMIENTOS

- A la Dirección y División Enfermería del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" por permitimos llevar adelante nuestra investigación en la Policlínica de Urología.
- A la Supervisora Subrogante de la Consulta Externa Lic. Enfermería Mirtha Vico, a la Jefa de Policlínicas Lic. Enfermería Laura Franco y a los auxiliares de enfermería de la policlínica quienes facilitaron la inserción de las investigadoras en el área de estudio.
- A los usuarios que concurrieron a la policlínica y que hicieron posible la realización de nuestra investigación.
- Al equipo médico de Urología quienes se interesaron y colaboraron con nuestro estudio. En especial al Dr. Giurías que colaboró con el aporte de material.
- A los docentes tutores Prof. Adjunta Licenciada en Enfermería Graciela Curbeño y Prof. Asistente Licenciado en Enfermería Álvaro Díaz por el apoyo brindado y a la docente Rosa Espina por su apoyo incondicional y aportes.
- Finalmente deseamos expresar agradecimientos a nuestras familias y amigos, por sus palabras de apoyo y comprensión, por el tiempo que no les brindamos por estar en la preparación de esta investigación.

A todos ellos, muchas gracias.

RESUMEN

A través de este estudio pretendemos conocer si manifiestan temores los usuarios con hiperplasia prostática benigna cuando consultan en la policlínica urológica del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" y de ser así cuáles son los más frecuentes.

Para ello se realizó un estudio exploratorio, descriptivo, prospectivo y transversal, empleando para el mismo la metodología cuantitativa y basándonos en la teoría de enfermería de Virginia Henderson.

Se tomaron los datos de 71 usuarios que concurren a la policlínica, la mayoría de los cuales fueron adultos mayores, casados, con sintomatología clínica correspondiente al síndrome prostático, encontrándose la mayor parte de la población en tratamiento médico y dentro del primer año del mismo. El 70% negó poseer información sobre la hiperplasia prostática benigna. Más de la mitad de la población manifestó algún tipo de temor en relación a dicha patología y el temor manifestado con más frecuencia fue a padecer patología maligna. Por lo que a partir de este estudio sugerimos la importancia de atender esta temática a través de la elaboración de un programa que atienda a las necesidades de estos usuarios en forma integral.

A través de este estudio se pretendió obtener una primera aproximación al abordaje de los aspectos psicológicos, que permita en un futuro ahondar en los mismos. Con el fin de brindar una atención del usuario desde una perspectiva integral y contribuir a mejorar el desempeño de la actividad de enfermería profesional.

INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde al trabajo de investigación, que fue realizado por un grupo de tres estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería del Instituto Nacional de Enfermería, requisito final para culminar la misma.

A través de este estudio queremos conocer si los usuarios con hiperplasia prostática benigna manifiestan temores en relación a su patología, cuando consultan en la policlínica urológica del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" y de ser así cuáles son los más frecuentes.

El tema surge de las inquietudes que presentamos las investigadoras durante las diferentes experiencias prácticas a lo largo de nuestra carrera, donde se observó usuarios con dicha patología que no poseían información acerca del tema y presentaban diferentes preocupaciones en relación a la misma, siendo expresadas a enfermería. A lo anterior se sumó el hecho de que la hiperplasia prostática benigna es la patología urológica más frecuente en nuestro país, que afecta a los hombres a partir de la cuarta década de vida.

Además durante la revisión bibliográfica y la búsqueda de información¹, no se encontraron antecedentes de estudios e investigaciones vinculados a los aspectos psicológicos de estos usuarios aunque si existen en el área biológica.

"Desde fines del siglo XIX la medicina científica ha considerado a la enfermedad como un fenómeno puramente biológico" no contemplando al individuo como un ser biopsicosocial. Observándose posteriormente, a través de diferentes investigaciones, la importancia de las variables psicológicas en la promoción de la salud y en la prevención y tratamiento de las enfermedades en general (Llor, 1998).

Toda enfermedad desencadena diferentes reacciones y emociones, las cuales varían de un individuo a otro, dentro de las emociones se encuentra el temor que surge como reacción frente a la amenaza que implica la situación de enfermedad. Este sentimiento puede permitir adaptarse y favorecer la vivencia de enfermedad o desencadenar conductas inadaptadas pudiendo provocar ansiedades y angustia. El temor puede interferir en la relación del usuario con el equipo de salud, dificultando la comprensión de la información brindada durante la consulta. Por esto es fundamental que el equipo de salud conozca cuáles son los temores de los usuarios para poder ayudarlos a elaborarlos y posteriormente superarlos.

Por otra parte, si bien la hiperplasia prostática benigna constituye la patología de mayor frecuencia en los varones adultos en nuestro país, la misma no se encuentra

¹ Para la búsqueda de información y revisión bibliográfica se recorrieron los siguientes lugares: la Sociedad Uruguaya de Urología, Ministerio de Salud Pública (M.S.P.), Organización Panamericana de la Salud, Hospital de Clínicas, biblioteca de Facultad de Psicología, Universidad Católica y Colegio de Nurses del Uruguay. También se recogió información a través de la consulta a profesionales de diferentes áreas (urología, enfermería, psicología, bibliotecólogas) y la búsqueda de material electrónico en: <http://www.ops.org.uy>, <http://www.rau.edu.uy>, <http://www.inde.edu.uy>, <http://www.biname.edu.uy>, <http://www.bireme.br>, <http://www.e-rol.es/menu.htm>

contemplada en los programas de salud del Ministerio de Salud Pública; a lo cual se le suma la falta de difusión sobre esta temática y sus implicancias a nivel psicológico. Teniendo en cuenta que la mayor parte de los usuarios que presentan dicho diagnóstico médico no requieren ser internados en servicios de segundo nivel de atención, creemos que esta temática debería ser abordada a nivel comunitario. Es en este sentido donde juega un rol primordial la Licenciada en Enfermería como agente multiplicador de conocimientos tanto a nivel individual como colectivo, brindando la ayuda necesaria para que cada persona pueda satisfacer sus necesidades fundamentales, apuntando a promover y proteger los aspectos saludables y prevenir y limitar los problemas de salud.

Para llevar a cabo esta investigación se realizó un estudio de tipo exploratorio, descriptivo, de corte transversal, prospectivo, empleando para el mismo la metodología cuantitativa. Partimos de la concepción de Virginia Henderson, que consiste en la ayuda que proporciona el enfermero a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales, enfatizando en la necesidad de seguridad y protección (ver Anexo N° 1).

Para la recolección de los datos se utilizaron dos instrumentos, uno nos permitió recoger información de las historias clínicas y el otro recabar datos aportados por los usuarios utilizando como método la entrevista estructurada.

A partir de los resultados obtenidos en el análisis se establecieron las conclusiones y se realizaron las propuestas que consideramos pertinentes tener en cuenta.

La finalidad de este estudio es que permita en un futuro ahondar en los aspectos psicológicos de los usuarios con dicha patología. Apuntando de esta forma a concebir y brindar una atención del usuario desde una perspectiva integral y contribuir a mejorar el desempeño de la actividad de enfermería profesional.

PROBLEMA DE ESTUDIO

¿Manifiestan temores los usuarios con hiperplasia prostática benigna, en relación a su patología, cuando consultan en la policlínica urológica del Hospital de Clínicas en el período comprendido entre marzo-abril de 2003, de ser así cuales son los más frecuentes?

OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Conocer si los usuarios con hiperplasia prostática benigna manifiestan sus temores cuando consultan en la policlínica urológica del Hospital de Clínicas en el período comprendido entre el 7 de marzo y el 30 de abril de 2003.
- Determinar cuales son los temores más frecuentes que presentan los usuarios con hiperplasia prostática benigna que consultan en la policlínica de urología del Hospital de Clínicas en el periodo comprendido entre el 7 de marzo y el 30 de abril de 2003.

Objetivos específicos:

- Explorar si los usuarios con hiperplasia prostática benigna manifiestan temores.
- Caracterizar a la población según estado civil, grupo etareo, sintomatología, tipo de tratamiento y tiempo que llevan en tratamiento.
- Conocer si poseen información acerca de dicha patología, a través de que fuente fue recibida (medico, enfermera, medios de comunicación, familiares y/o amigos) y como se relaciona con la manifestación de temor.
- Determinar cuanto tiempo tardaron los individuos en consultar desde la aparición de los síntomas.
- Conocer como se relaciona la presencia de síntomas, la etapa etarea y el tipo de tratamiento con la manifestación de temor.
- Describir los temores más frecuentes que manifiestan los usuarios.
- Conocer como se relaciona el principal temor con el hecho de poseer información.

MARCO CONCEPTUAL

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA SITUACIÓN DE ENFERMEDAD

"Desde fines del siglo XIX la medicina científica ha considerado a la enfermedad como un fenómeno puramente biológico" no contemplando al individuo como un ser biopsicosocial. Observándose posteriormente, a través de diferentes investigaciones, la importancia de las variables psicológicas en la promoción de la salud y en la prevención y tratamiento de las enfermedades en general. Es erróneo considerar que la enfermedad se pueda comprender fuera de su contexto psicológico y social. "En 1977, Engels formula los principios del modelo biopsicosocial, considerando a los procesos de salud-enfermedad como resultados de la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales; y que por tanto es necesario tener en cuenta estos tres tipos de factores al considerar las causas de la enfermedad y su tratamiento" (Llor, 1998).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, podemos decir que la vivencia de una enfermedad varía de un individuo a otro dependiendo del contexto sociocultural e histórico que condiciona al individuo a nivel biopsicosocial. Pero existen una serie de características genéricas para toda enfermedad y características específicas que derivan de la naturaleza concreta de la enfermedad que se trate. La vivencia de la enfermedad se encuentra condicionada por una serie de factores: situación psíquica y biológica del usuario, grado de contención a nivel de los vínculos familiares, laborales y sociales; situación asistencial, las relaciones con el equipo tratante y con las instituciones asistenciales. Dentro de las características genéricas de la situación de enfermedad se encuentran: el sentimiento de invalidez que surge en el usuario ante la imposibilidad de desarrollar su actividad cotidiana habitual; el malestar que produce la situación patológica ya sea por dolor, sufrimiento o molestia; el sentimiento de amenaza a la vida, sentimiento de muerte biológica o biográfica, pues la enfermedad impide realizar ciertas acciones de futuro; el sentimiento de soledad, o sea, sentirse que se encuentra solo con su malestar y padecimiento, además de dejar de participar en la vida social si no puede desempeñar su rol habitual; y el sentimiento de anomalía, o sea, que la situación de enfermedad supone una anomalía social o estado de desviación social. Pero además de éstas características genéricas el usuario puede presentar: un nivel elevado de auto centrismo o egocentrismo, solo piensa en sí mismo; regresión infantil con manifestaciones claras de dependencia; y ansiedad, "entendida como miedo falseado, pues existe una tendencia por parte del usuario a interpretar la realidad en forma ansiosa, incluyendo la interpretación de la enfermedad de forma poco objetiva" (Lain Entralgo). Es por esto último que se van a imponer modos de pensamiento de carácter irracional y se desarrollan pensamientos mágicos; esto muchas veces se traduce en la tendencia a desarrollar conductas desorganizadas y en ocasiones desadaptativas.

La experiencia de enfermedad se divide en cinco etapas y cada una se asocia con percepciones, decisiones y conductas específicas. Debido a que enfermería atiende a los usuarios durante su internación, es fundamental que conozca las reacciones emocionales y conductuales que se manifiestan en cada una de esas etapas. La primera etapa de la enfermedad, o etapa de los síntomas, es cuando la persona se da cuenta que algo no anda bien, lo cual se puede presentar como una sensación física o un malestar emocional. Son diversos los factores que se ponen en juego cuando la persona intenta determinar si realmente existe una enfermedad, como: la naturaleza de los síntomas, el conocimiento del individuo sobre el tema y la disponibilidad de recursos terapéuticos. La respuesta emocional del individuo suele condicionar el comportamiento durante esta etapa. Si la persona cree que los signos y síntomas de la enfermedad son leves, puede automedicarse, optar por la medicina alternativa, rezar, meditar o ignorar la situación. Si son más graves, puede buscar asistencia médica o negar el problema. Cuando reconoce el problema de salud entra en la segunda etapa que es la de asumir el rol de enfermo-paciente. Para confirmar el padecimiento la persona busca la opinión de familiares, amigos y/o compañeros de trabajo. Si su grupo social confirman la presencia de la misma, el individuo asume el rol de enfermo o continúa negando la enfermedad. Si los síntomas persisten y fracasan los remedios caseros, la persona suele buscar la intervención de un profesional sanitario quien será el encargado de confirmar la presencia de enfermedad. Puede pasar aquí que el individuo acepte su diagnóstico y comience el plan terapéutico o que continúe negando el problema. En la etapa siguiente el individuo está dispuesto a aceptar la atención de otras personas y asume un papel dependiente. El individuo queda eximido de sus obligaciones, se le permite adoptar una actitud pasiva y dependiente en espera de su recuperación y el mismo puede experimentar sentimientos ambivalentes: agradecimiento por la ayuda y resentimiento por las limitaciones. Durante esta fase es fundamental la información y el apoyo emocional. Por último se da la fase de recuperación y rehabilitación. Esta fase puede ser rápida y completa, entonces el individuo abandona gradualmente su rol de enfermo, o puede ser prolongarse, debiéndose planificar cuidados a largo plazo. No todos los individuos atraviesan todas las fases y los pasos sucesivos para cada una varían de una persona a otra. Pero si enfermería comprende los aspectos emocionales de esta experiencia estará capacitada para planificar y brindar cuidados eficaces.

La enfermedad generalmente "rompe con la negación existencial con que las personas vivimos", esto se refiere a no ser consciente de los peligros que amenazan a la vida, por lo que es vivida como una puesta en peligro de la existencia, desencadenando ciertas reacciones y emociones (Belzarena, Capezutto y col., 1990)

Las reacciones psicológicas que aparecen frente a la situación de enfermedad también son conocidas como mecanismos de defensa, éstos permiten reequilibrar y readaptar el organismo frente a dicha situación, pudiendo en oportunidades resultar

desadaptativas si se estereotipan. Los individuos frente a la enfermedad pueden reaccionar con ansiedad (esta varía según el individuo y la etapa de la enfermedad), resentimiento, negación, shock o aislamiento.

Las emociones se pueden definir como "estados anímicos que manifiestan una gran actividad orgánica, que se refleja a veces como un torbellino de comportamientos externos e internos" (Gilda Valera, 2001). Dentro de éstas emociones encontramos temor, sorpresa, tristeza, ira, esperanza, alegría y aceptación. Éstas pueden ser adaptadas y favorecer la vivencia de la enfermedad o bien desencadenar conductas ineficaces que pronto se convierten en inadaptadas.

TEMOR

El temor puede definirse como el sentimiento de miedo cuyo origen es identificable por la persona, relacionado con experiencias anteriores traumáticas y/o la hospitalización (Rigol, A.; Ugalde, M., 1991).

Según Michelle Morrison (1999) el temor se puede definir como: la valoración intelectual que un individuo hace frente a una situación estresante peligrosa, a diferencia de la ansiedad, a la cual se la considera como una respuesta emocional normal frente a determinada amenaza o estrés. Esta definición diferencia claramente a la ansiedad del temor. Pero existen otros autores, como Genovard, que define al temor como un estado afectivo de ansiedad que suele relacionarse con una situación de peligro difusa o específica, que puede ir acompañado de sentimiento de culpa, impotencia o frustración. Si bien estas definiciones difieren en su contenido, ambas coinciden en el hecho de que el temor se manifiesta frente a las situaciones de estrés y amenaza, por lo que se deduce que también lo hará frente a la situación de enfermedad.

De acuerdo con Goldstein (1940) y Jersild (1954) podemos decir que el miedo y la ansiedad difieren básicamente en el sentido de la inmediatez o la identificabilidad de las condiciones estimulantes. La diferencia radica en que la ansiedad se presenta frente a un estímulo que no puede identificarse con facilidad y cuando la situación temible no está presente ante el estímulo inmediato.

Una vez definido temor, podemos decir que es una de las emociones más frecuentes que aparecen en los individuos frente a la consulta médica en el primer nivel de atención según refiere Tizón García (1988). Este autor menciona que frente a la consulta surge fundamentalmente el sentimiento de que le encuentren algo maligno, incurable, pudiendo alterar la relación del consultante con el médico; este sentimiento puede llegar a ser transmitido espontáneamente al médico o no, aunque se expresa con mayor frecuencia a enfermería. Es importante que el equipo de salud tenga en cuenta este sentimiento ya que el mismo no tiene por que ser de origen somático sino que puede ser psicológico. Por otra parte, según este autor, existe el temor por parte del usuario a que se le considere culpable

de su patología. Éste temor interfiere en la relación con el equipo de salud pudiendo dificultar la comprensión de la información brindada durante la consulta. Por último menciona el temor al sufrimiento, al dolor que puede aparecer en la exploración física. Este sentimiento puede ser tan importante que el usuario evite la consulta. El temor de los consultantes a que le hagamos daño implica que éstos acuden a la consulta con una serie de ansiedades persecutorias que se suman a las ya existentes debidas a la afección, las cuales pueden resultar sumamente angustiosas para cada tipo de paciente. Por todo lo anteriormente expresado es fundamental que el equipo de salud conozca cuales son los temores de los usuarios para poder ayudarlos a elaborarlos y posteriormente superarlos.

TEMOR AL DOLOR

El dolor se encuentra presente en la mayoría de las enfermedades y estancias hospitalarias. El mismo se puede definir como una experiencia sensorial y emocional desagradable, única e intransferible aunque comunicable a los demás.

El dolor está relacionado con la ansiedad y ésta, a su vez, disminuye la tolerancia y la resistencia. Los temores vinculados al mismo pueden ser: a perder el control de sí mismo, a la incapacidad, a que llegue a ser intolerable y a tener una enfermedad maligna. Muchos pacientes suponen que la gravedad de la patología es proporcional a la intensidad del dolor. Para tratar este aspecto es fundamental disminuir la ansiedad, brindando la información apropiada a las necesidades del usuario.

La presencia de temor al dolor se apoya en lo que expresan algunos teóricos (Miller, 1951) de que el dolor es un estímulo que puede producir miedo de forma innata, se podría decir que el miedo es una respuesta compleja a estímulos dolorosos y ésta respuesta puede poseer consecuencias motivacionales. Según resultados de estudios experimentales (Miller, 1948) que afirman que la reducción del miedo puede utilizarse como reforzador para el aprendizaje de nuevas respuestas, podemos decir que las intervenciones por parte del equipo de salud en este sentido facilitan la readaptación del individuo en las distintas fases de la enfermedad.

TEMOR, HOSPITALIZACIÓN E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Hospitalización

“La hospitalización consiste en la estancia del enfermo en una institución sanitaria capaz de proporcionarle cuidados de enfermería continuos y que cuenta con personal sanitario organizado” (Morrison, 1999).

El individuo hospitalizado experimenta distintas amenazas emocionales a su bienestar y atraviesa por distintas etapas durante su estadía en el hospital (Robinson, 1984). En cada etapa va a experimentar diferentes preocupaciones y problemas emocionales en relación con su patología y como hacerle frente a la misma. Los individuos hospitalizados

tienen problemas físicos, emocionales y ambientales al mismo tiempo. La mayor parte de las personas consideran la internación como una crisis.

Cada paciente reaccionará de forma diferente a la hospitalización, es decir, que la forma de responder al estrés de la internación esta determinada por la forma de reaccionar frente a otros tipos de crisis.

"La hospitalización puede tener un significado simbólico" (Morrison, 1999). Para algunos individuos la internación confirma el temor de que su enfermedad no es corriente y de que realmente les ocurre algo grave. Para muchos ancianos el hospital es el lugar donde se va a morir. Se pierde la independencia y la autonomía al ingreso y se añade a ello la separación de la familia y amigos por lo que es fácil comprender la necesidad de expresar el malestar que experimentan al ingreso.

Intervención quirúrgica

Las personas que van a ser intervenidas quirúrgicamente se enfrentan a múltiples situaciones estresantes, físicas y psicológicas. Las operaciones quirúrgicas son procedimientos cruentos. El fin último de la cirugía es penetrar en el organismo, arreglar o eliminar lo que está mal, "cocer" y mandar al paciente a la casa lo antes posible. Pero sin importar el número de veces que la persona se haya sometido a una cirugía, genera gran ansiedad y numerosas situaciones estresantes en la persona. Según Morrison es importante que los pacientes se sientan apoyados emocionalmente durante la experiencia quirúrgica, pues cuanto mas ansioso está el individuo antes de la cirugía, más problemas postoperatorios surgen.

La intervención quirúrgica no solo hace referencia al acto quirúrgico, él que comienza y se desarrolla en el quirófano, sino que integra la constelación de vivencias que experimenta el paciente durante dicho proceso.

Los riesgos que existen dentro de dicha intervención son: amenaza a la vida misma, pérdida de partes o funciones importantes del cuerpo, el peligro de invalidez crónica, dolor o sufrimiento post operatorio, postergación de planes importantes, complicaciones económicas; problemas de atención durante la internación y tratamiento post operatorio, así como: sentimiento de ansiedad, angustia, miedo a la muerte, a la invalidez, al abandono y al daño corporal. La forma en que éstos riesgos y sentimientos sean vividos dependerá de varios factores, entre estos entramos: la estructura de personalidad, fortaleza del yo, mecanismo de defensas, modelos de conducta aprendidos en situaciones críticas semejantes, etapa etarea que atraviesa el individuo, importancia subjetiva del órgano operado, situación de los vínculos a nivel familiar, laboral y social (grado de soporte) y relación con equipo tratante e institución asistencial.

Por otra parte, el estado emocional del individuo dependerá de la fase en que se encuentre: preoperatorio, intra operatoria y postoperatorio.

Fase preoperatoria: es el tiempo que transcurre entre el momento en que se ha tomado la decisión de operar hasta que ingresa al quirófano.

La información que se brinde en esta fase es un elemento fundamental, el contenido de la misma va incidir en el descenso o aumento de ansiedad por parte del usuario.

Es importante tener en cuenta el balance entre los temores, los riesgos y los aspectos positivos de la intervención creando una instancia para que el usuario exprese los mismos, permitiendo sentir confianza y reducir la ansiedad frente a este hecho.

Fase post operatoria: transcurre desde que vuelve del quirófano hasta que abandona el hospital.

Durante esta fase los usuarios, pueden desarrollar el mecanismo de regresión, observándose en los mismos actitudes infantiles, o pueden volverse más exigentes en cuanto sus demandas.

El mantenimiento de este mecanismo perjudica la rehabilitación del paciente, el cual ha de ir adquiriendo paulatinamente una actitud más independiente.

Muchos autores han mostrado que los pacientes operados en estado de angustia se exponen más a presentar complicaciones durante la anestesia y durante esta fase.

CICLO VITAL: ADULTOS

Se denomina edad adulta al período que se extiende desde los 18 a los 65 años (Morrison, 1999), aunque esta división solo se realiza con fines analíticos, pues cada adulto es un individuo que envejece a su propio ritmo.

La edad adulta se encuentra repleta de tareas, problemas y oportunidades de aprendizaje. Los adultos con el transcurso de los años deben ir aprendiendo a enfrentarse a cambios en la familia, la profesión y en sus relaciones. Todo ello enmarcado en la compleja sociedad en que vive.

Luego de los 30 años muchos individuos comienzan a mostrar signos de envejecimiento, pero si mantienen un estilo de vida saludable y no presentan enfermedades crónicas, generalmente tienen una buena salud hasta bien avanzada la madurez.

El temor a la mala salud, a la muerte y a la pérdida de seguridad económica causa ansiedad a muchos adultos. Esta ansiedad se traduce a menudo en la aparición de enfermedades relacionadas con el estrés y en problemas de comportamiento.

Los adultos que gozan de buena salud mental pueden adaptarse con éxito a los cambios de la vida. Luego de establecida su identidad personal, saben utilizar cada experiencia de la vida como una lección válida para su crecimiento personal. Desarrollan la capacidad de resolver problemas y de aprender. Los adultos sanos pueden establecer prioridades y expectativas razonables para sí mismos.

Los problemas habituales que acechan a los adultos se pueden dividir en internos y externos. Es fundamental que los profesionales de la salud y la enfermería que trabajan con adultos conozcan los mismos.

Las elecciones que los adultos realizan respecto a sí mismos, a las relaciones, a la educación, a la ocupación, al matrimonio y a la familia ejercen un efecto directo en su propia vida. Cuando los adultos sienten que han hecho la elección de forma adecuada, desarrollan la fuerza necesaria para hacer frente a nuevos problemas, pero cuando dejan que la ansiedad, la agresividad u otras emociones se conviertan en el núcleo de una experiencia, la adaptación eficaz no se da tan fácilmente. El conocimiento de los problemas de los adultos y su forma de enfrentarlos debe ser manejado por los profesionales de enfermería y de la salud, pues la intervención precoz es una buena forma de cuidado preventivo de la salud mental.

Los problemas emocionales afectan a todos los adultos, pero los adultos mentalmente sanos pueden identificar y aceptar sus emociones sin actuar de forma inadecuada.

El entorno también genera problemas en los adultos, como ser la falta de estudios, la pobreza, la carencia de hogar, y la falta de apoyo social.

La formación o educación de una persona se encuentra vinculada estrechamente con el nivel económico de la misma. Los individuos con menos estudios generalmente son más pobres y cuentan con menores reservas económicas. El hecho de no contar con estudios limita la capacidad del individuo y fomenta la incapacidad.

Tanto la pobreza, como la falta de estudios y de hogar van de la mano. Los adultos que deben enfrentarse a éstos problemas casi siempre necesitan algún tipo de ayuda. El apoyo social lo constituyen generalmente amistades que apoyan al individuo para que puedan sobrellevar los momentos difíciles de la vida. De tal forma que si tienen amigos pueden compartir sus problemas, preocupaciones y tensiones. Estas interacciones pueden marcar la diferencia entre la salud y la enfermedad.

Se debe considerar que toda enfermedad física tiene componentes a nivel emocional, por eso, los profesionales de la salud deben reconocer la necesidad de que las intervenciones de salud mental tienen que llegar a todos los individuos y no solo a los que presenten diagnóstico de trastorno mental.

CICLO VITAL: ADULTO MAYOR

“La tercera edad, también conocida como madurez, se define como la etapa de la vida comprendida entre los 65 años y la muerte de la persona.

El envejecimiento se inicia en el momento del nacimiento pero sus signos no se perciben hasta bien entrada la edad media de la vida. Todos los sistemas y aparatos del organismo envejecen con el individuo. Las modificaciones físicas que origina la vejez no se

perciben hasta el final de la cuarta década de la vida. Los signos de envejecimiento se ponen de manifiesto hasta los 85 años, a partir de esta edad, las personas parecen envejecer poco hasta que fallecen.

Los ancianos deben afrontar un gran número de cambios y adaptarse a las modificaciones que acompañan al transcurso de los años. La adaptación a los cambios físicos del envejecimiento plantea múltiples problemas que incrementan el riesgo de trastornos mentales. Los problemas físicos pueden modificar el estado mental. Los ancianos suelen tener signos y síntomas físicos de carácter general e inespecífico que pueden enmascarar un trastorno mental. Las interacciones entre fármacos (o entre fármacos y alimentos) y los efectos secundarios de la medicación pueden generar problemas físicos y psicológicos.

Los ancianos pueden tener problemas en relación con el dinero, la comida, la vivienda o la asistencia sanitaria. Socialmente son vistos como seres incapaces de aprender, de realizar trabajos complicados, se los considera torpes y se los etiqueta como exentos de todo tipo de interés, deseo y capacidad de respuesta sexual. Si bien generalmente los adultos mayores presentan disfunciones sexuales o en ocasiones abandonan toda actividad de tipo erótica, esto se debe fundamentalmente a su situación psicológica, a la presencia de mitos o estereotipos sociales.

La pérdida de seres queridos, de nivel social y de poder adquisitivo debilita su sistema de apoyo social, y la disminución de sus capacidades sensoriales hace que muchos ancianos se cuestionen la fiabilidad de sus juicios."

El reto fundamental para la salud mental que deben superar la mayor parte de los ancianos es la reacción ante la pérdida de seres queridos y amigos. Con el paso de los años muchos pierden a las personas esenciales para su apoyo emocional y su bienestar. El individuo que pierde a su cónyuge debe afrontar la vida en soledad. Los trastornos de salud mental de los ancianos se relacionan fundamentalmente con el sentimiento de pérdida y la depresión.

SEXUALIDAD

La sexualidad según la OMS se define como: "el equilibrio del soma (cuerpo), del intelecto, lo emocional y lo social para la trascendencia del amor, y la comunicación. Con una doble función, la reproducción y el placer".

Frente a la alteración urológica o al dolor aparece la afección emocional por la impotencia o imposibilidad de llevar a cabo la relación coital normal. Aunque esto es más complejo cuando la alteración urológica se manifiesta acompañada de una historia previa de alteraciones sexuales. El miedo a padecer impotencia eréctil es el mayor de los temores que se presenta en el hombre. La crisis de miedo que causa la pérdida de la integridad, ya sea real o posible, tiene que ver con todo un sistema de valores que tiene el usuario, aspecto

que debe ser identificado por el equipo de salud, así como debe auto reconocerse por parte del sujeto con el cual se está en relación terapéutica. Por otra parte cabe aclarar que el sentimiento de pérdida es independiente de si el hombre tiene compañera o vida sexual activa. El temor que aparece puede no ser por él mismo, sino que en ocasiones teme por su pareja a la cual hay que atender pues de ello depende su recuperación afectivo-sexual. Se debe tener siempre presente que el enfermo no es un ser asexual, sino que tiene su propia sexualidad y que la misma es independiente de su edad ("Sexualidad del paciente urológico". Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Medicina. Escuela Universitaria de Enfermería. "Temas de urología". Montevideo. 1991).

HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

La hiperplasia prostática benigna es uno de los procesos tumorales benignos que afectan con mayor frecuencia a la glándula prostática, este proceso también se conoce con el nombre de adenoma de próstata (Schenone y otros) o adenofibroma (Couvellaire).

El adenoma o hiperplasia benigna de la próstata constituye un tema fundamental en la urología debido a que produce síndromes urológicos frecuentes conocidos como uropatía obstructiva baja. El adenoma se define como tumor debido a su tamaño y estructura histológica y como hiperplasia debido a que se cree que "es un proceso reaccional a un estímulo hormonal debido a que aparece en el usuario en la edad del llamado climaterio masculino; se necesita la presencia de testículos funcionantes para su producción y se estabiliza con la disminución androgénica en las etapas de involución testicular". (L.Bonavita; G.Malfatto, 1986).

Según Gil Vernet la próstata no es un órgano sino una región anatómica compleja, una encrucijada urogenital con estructuras de significación funcional y morfológica diversas. La glándula prostática es la parte más importante de dicha encrucijada por la patología que en ella se puede desarrollar. Es una glándula impar y mediana, situada por debajo de la vejiga y alrededor de la uretra; se considera secundaria, el testículo es la glándula principal, pero esencial para la reproducción. Participa como glándula exócrina colaborando en la elaboración del espermatozoide e interviene en la fisiología del coito, es hormono dependiente (los andrógenos son los principales reguladores del crecimiento y actividad de la próstata), no produce secreción hormonal y por su topografía influye en el acto miccional. La próstata pesa habitualmente 20 gramos, aunque su tamaño es variable, en hombres con hiperplasia prostática benigna crece aproximadamente 4 g por década. Debido a que en la etiología de la HPB el factor hormonal es fundamental para el crecimiento de la próstata se observa que los hombres más añosos presentan un crecimiento menor que los de menor edad, estimándose que se requieren 4 años y medio para la duplicación del peso prostático en los hombres entre 31 y 50 años; de 10 años en los hombres entre 51 y 70 años; y 100 años para

los mayores de 70 años (John Connell, 2000).*

Epidemiología de la Hiperplasia Prostática Benigna

Sabido es que la hiperplasia prostática benigna es una de las enfermedades más comunes que afectan a los hombres en su envejecimiento y la patología urológica de mayor frecuencia en nuestro país, seguida en orden decreciente por el cáncer de próstata y la prostatitis (John Connell, 2000).

Es causa significativa de deterioro en la calidad de vida en los hombres mayores y además tiene asociadas morbilidades significativas tanto en Estados Unidos como en todo el mundo según los últimos hallazgos publicados por el Comité de Epidemiología e Historia Natural de la Hiperplasia Prostática Benigna (HPB).

Si bien no existe un acuerdo a nivel mundial en cuanto a la definición básica de la HPB, la misma tiene un diagnóstico histológico. Esta patología causa morbilidad en forma de síntomas en el tracto urinario inferior y complicaciones tales como la retención aguda de orina y la uropatía obstructiva baja.

Debido a lo anteriormente expuesto los epidemiólogos se dedican sobre todo a medir e informar sobre la distribución de los síntomas del tracto urinario inferior y el flujo urinario en poblaciones, y también a veces se efectúan mediciones del tamaño de la próstata, el volumen residual posmiccional o determinaciones de la calidad de vida específica con una enfermedad en toda la población o en parte de ella. Aunque cabe destacar que muchos autores han demostrado una correlación relativamente escasa o nula entre gravedad de los síntomas, tamaño de la próstata, flujo urinario, volumen residual y variables cistomanométricas en estudios clínicos y poblacionales, aunque la gravedad de los síntomas y las medidas de la calidad de vida sí que se encuentran relacionadas (M. J. Barry, 1998).

En nuestro país no existen datos epidemiológicos concretos en cuanto a la prevalencia de esta patología, pero sí sabemos que el comportamiento de la misma no escapa a la realidad de países como Estados Unidos, Austria y México, donde la expectativa de vida creciente hace que la HPB sea la neoplasia benigna más frecuente en el hombre adulto; manejándose en nuestro medio datos norteamericanos y europeos. En México a partir de los 40 años afecta al 25% de los hombres, llegando al 100% a los 80 años; los síntomas se presentan en el 10% a partir de los 40 años y en el 40% de los hombres a los 70 años. Según los datos del INEGI en México 55% de la población con hiperplasia obstructiva es mayor de 64 años y 30% tienen entre 55 y 64 años. En Estados Unidos de América se dan aproximadamente 1.7 millones de consultas anuales de HPB de las cuales 300.000 pacientes terminan en cirugía con un costo que sobrepasa los 2 billones de dólares anuales. (Datos epidemiológicos obtenidos en línea: <http://www.drscope.com/pac/urologia/a3/index.htm> [20/05/02]).

* John, D. Mc Connell, M.D. "Curso anual de revisión sobre la hiperplasia prostática benigna". Asociación Urológica Americana. EEUU. 2000.

La prevalencia de HPB en nuestro medio es: en autopsias, el 50% de los hombres a los 60 años y el 90% a los 85 años. El aumento prostático palpable al tacto rectal 21% de los hombres entre los 50 y 60 años, y 53% de los hombres a los 80 años. Presencia de síntomas en el 14% de los hombres a los 40 años y 24% a los 50 años (John Connell, 2000).

Existen estudios que afirman que la HPB tiene un componente genético (Sanda cols. 1994, Johns Hopkins), donde cerca del 50% de los hombres prostatectomizados por HPB menores de 60 años podrían ser atribuibles a formas hereditarias de enfermedad, en contraste con el 9% de hombres prostatectomizados mayores de 60 años con riesgo familiar.

Además estudios de comunidad, encontraron elevado riesgo de síntomas urológicos moderados a severos en hombres con historia familiar de próstata voluminosa y de HPB comparados con hombres sin historia (Roberts y col., estudio realizado a más de 2000 hombres).

La HPB comienza a antes de los 30 años, pero generalmente luego de los 50 años comienza a manifestarse la sintomatología clínica, provocando generalmente el síndrome prostático, el cual se caracteriza por: poliaquiuria, principalmente nocturna, disuria, disminución de la potencia del chorro, goteo posmiccional y en algunos casos retención aguda de orina; aunque los mismos no se presentan uniformemente en todos los pacientes. En nuestro medio podemos decir que ya a los 55 años el 25% de los pacientes presenta algún tipo de éstas alteraciones miccionales y a los 75 años el 50% los presenta (John Connell, 2000).

Estudios comunitarios realizados a nivel mundial, así como un estudio realizado en Escocia llevado a cabo por Garraway y cols han demostrado que "los síntomas del tracto urinario inferior en los hombres pueden ser molestos y por lo tanto interferir en las actividades diarias, causar incomodidad y ser preocupantes". Además los sujetos con dichos síntomas muestran un deterioro del estado de salud general en particular cuando éstos producen molestias.

Otros estudios realizados en comunidades señalan que de los hombres que presentan síntomas urinarios considerados como moderados o graves, sólo una minoría acude a la consulta médica. Entre las causas más frecuentes de consulta se incluye el agravamiento de los síntomas y el aumento de molestias y turbaciones a causa de los mismos. Aunque éstos estudios no muestran el por qué algunos hombres consultan y otros no (S.J., Jacobsen; H.A., Guess y col.).

Un investigación realizada en Brasil sobre el por que los hombres con síntomas urinarios por hiperplasia prostática evitan la consulta médica, mostró los siguientes resultados: el 45% presentaron miedo de padecer cáncer, en igual porcentaje refirieron temor a someterse a un intervención quirúrgica y a padecer impotencia; el 29% consideraban que los síntomas no eran graves; el 14% pensaban que los síntomas eran parte del proceso natural de envejecimiento y un 5% de los mismos refirieron evitar la

consulta por timidez. (<http://www.netkey.com.br/up/prostata/pag1.htm> 20/05/2002).

Recientes estudios realizados en Francia obtuvieron como resultado que el agravamiento de los síntomas urinarios provoca un aumento del grado de insatisfacción sexual en pacientes con HPB. Si bien se plantea además que dichos resultados deberán ratificarse con nuevos estudios (Macfarlane y col.).

Aspectos clínicos de la hiperplasia prostática benigna

La HPB se caracteriza por presentar un cuadro clínico conocido como síndrome prostático, el cual es fundamental en la urología por ser el motivo más frecuente de consulta. Aunque dicho síndrome no es la única forma bajo la cual se presenta la afección ya que en ocasiones puede transcurrir asintomático. Por lo que a continuación pasaremos a definir los síntomas que pueden manifestar los usuarios con HPB, si bien la presentación clínica es variable de un usuario a otro.

Sintomatología clínica del síndrome prostático

Poliaquiuria: aumento de la frecuencia de micción, manteniendo la diuresis normal (1500 ml/día).

Nicturia: éste síntoma se produce por la sensación de micción que se presenta durante el sueño y obliga a levantarse; una vez o más por la noche.

Disuria: es el dolor o la molestia que se produce durante la micción relacionada a veces con ardor durante o al final de la micción o dolor suprapúbico y con procesos del tracto urinario bajo, ya sea por infección urinaria, litiasis o carcinoma .

Disminución de la potencia del chorro: disminución de la fuerza con que se emite la micción al exterior.

Goteo postmiccional: pérdida de orina una vez finalizada la micción, que puede presentarse segundos o minutos después de la misma.

Otros síntomas que puedan aparecer son:

Incontinencia urinaria: es la micción involuntaria de orina, que puede ser de carácter temporal o permanente.

Retención aguda de orina: imposibilidad de vaciamiento vesical, que puede producirse por razones mecánicas (HPB, cálculos, traumatismos y otros) o funcionales (ansiedad o temor después de una cirugía, reflujo ureterovesical y otros).

Pujo abdominal: es la contracción voluntaria de los músculos abdominales para aumentar la presión intrabdominal y junto con la contracción vesical vencer la resistencia que ofrece la obstrucción a nivel de la uretra prostática.

Chorro intermitente: es la interrupción del chorro de orina durante la micción, que puede ser secundario a contracciones, ya sea a nivel de la uretra prostática o del esfínter externo.

Hematuria: presencia de sangre en la orina, causada generalmente por la ruptura de venas dilatadas en la superficie de la próstata aumentadas de volumen, la cual puede provocar la formación de coágulos, pudiendo llegar a una retención urinaria.

Cabe destacar que los síntomas urinarios pueden afectar la calidad de vida de los usuarios, llegando a causar en algunos casos tensiones emocionales y alteraciones de los patrones de socialización del individuo si no se solucionan.

Además de la sintomatología clínica para confirmar el diagnóstico es fundamental la realización de la exploración física a través del tacto rectal. El adenoma se muestra al tacto como una tumoración bien delimitada, globulosa, elástica, móvil, generalmente indolora y de tamaño variable.

Un estudio fundamental es el antígeno prostático específico (PSA) en sangre cuyo valor habitual es inferior a 4 ng/ml, encontrándose elevado en los usuarios con hiperplasia, no debiendo exceder los 10 ng/ml pues esto hace sospechar la presencia de carcinoma prostático.

Otros exámenes que pueden contribuir al diagnóstico son: orina simple, química sanguínea, radiografía simple, urografía de excreción, ecografía, entre otros; aunque no son concluyentes pues solo aportan datos asociados a la patología.

En algunas oportunidades se requiere realizar un diagnóstico diferencial, de éste el más importante es el cáncer primitivo de la próstata. Siendo fundamental para ello la realización de una punción biopsica prostática.

"El adenoma de próstata, independientemente de su tamaño, puede evolucionar durante un largo período sin complicaciones; pero dicha evolución puede alterarse por la aparición de múltiples complicaciones, algunas de fácil tratamiento y otras irreversibles, que pueden comprometer la vida del paciente" (L. Bonavitta; G. Malfatto; 1986). Dichas complicaciones se pueden ver a nivel del aparato urinario bajo, por ejemplo, litiasis vesicular, adenomitis, retención aguda completa de orina y hematuria; o a nivel del aparato urinario alto como ser: insuficiencia renal y litiasis renal.

Tratamiento

El abordaje de esta patología puede ser de tipo médico o quirúrgico. El tratamiento médico consiste en la administración de bloqueadores alfa adrenérgicos que disminuyen la contracción y el tono del estroma fibromuscular de la próstata así como la presión que ésta ejerce sobre la uretra. Otro fármaco utilizado es el finasteride, que actúa inhibiendo la acción del andrógeno (DHT).

En cuanto al tratamiento quirúrgico sabemos que la probabilidad de cirugía de próstata en hombres mayores de 40 años es del 29% (John Connell, 2000) siendo las cirugías de elección la prostatectomía transuretral, la adenomectomía suprapúbica y la adenomectomía perineal. La prostatectomía por vía transuretral, no daña fibras nerviosas, y prácticamente no afecta la capacidad de erección, los investigadores Finkle y Pirau han confirmado que solo un 5% de los varones operados por esta vía presentan problemas de erección; sin embargo se sabe que la causa es más psicológica que física. Cabe aclarar que el cambio que se produce realmente es que el 90% de los varones operados queda con

eyaculación retrógrada, o sea, eyaculan el semen hacia la vejiga en lugar de hacia el exterior; pero "esto no afecta en nada el funcionamiento sexual y de hecho la sensación placentera orgásmica, eyaculatoria o ambas siguen existiendo" (Álvarez-Gayou, "Sexualidad de la pareja", 1996).

La adenomectomía suprapúbica requiere de una incisión en el abdomen, por encima del pubis. Los varones operados con esta técnica quirúrgica presentan en su mayoría eyaculación retrógrada y las secuelas para la erección son similares a las de la vía transuretraf.

La adenomectomía perineal requiere de la realización de una incisión en la base del pene, siendo esta usada solo en casos que se requiera una cirugía muy amplia, generalmente en los neoplasmas avanzados, realizándose con poca frecuencia en la resección de los tumores benignos. Las consecuencias sexuales de ésta técnica son más importantes que las anteriores, el 40 a 50% de los varones (John Connell, 2000) quedan con impotencia eréctil.

Sabiendo que el crecimiento de la próstata es una condición común en el varón, cuando no se lo permite progresar mucho requiere técnicas quirúrgicas más sencillas y con menores consecuencias, esto determina la importancia de las revisiones médicas anuales en los hombres.

ENFERMERÍA Y COMUNIDAD

La enfermera comunitaria es la/el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud y posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender en los lugares donde viven, trabajan, estudian y se relacionan las personas, o en las Instituciones sanitarias cuando fuera preciso. Actúa desde una concepción de la enfermera como miembro de un equipo interdisciplinario trabajando en coordinación con otras instituciones y sectores; cumpliendo funciones de docencia, asistencia e investigación y fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.

Se podría decir que los cuidados de enfermería en la comunidad tienen como finalidad contribuir a mejorar las condiciones de vida favoreciendo el desarrollo de la salud con vistas a proteger, promover, prevenir y limitar en ella los problemas de salud.

A través del trabajo en equipo interdisciplinario debe desarrollarse un espacio donde la dimensión interpersonal tenga lugar tanto con el usuario como con su familia, esto permite al usuario una reorganización progresiva de su situación de enfermedad. Es fundamental que el equipo entienda que etapa vive el paciente y comprenda las reacciones del mismo para desarrollar actitudes que le permitan al usuario adaptarse a la situación de enfermedad que vive.

Para ir logrando una buena adaptación entre el usuario y el equipo asistencial es necesaria una capacidad de adaptación muy plástica y rápida a la vez, de acuerdo a la situación que se atraviesa en ese momento. Esto ha de permitir establecer pautas preventivas tendientes a impedir futuras desorganizaciones. Para lograr esto es necesario que el equipo asistencial esté capacitado para comprender mejor a los demás y a comprenderse a sí mismo en esa relación. Se hace necesario ir ampliando la comprensión clínica incluyendo el conocimiento de los dinamismos psíquicos del usuario y de estructuras dinámicas relacionables a nivel laboral, familiar y social. Todo el equipo de salud debe formarse para comprender los problemas, ejercitar su sentido de observación y adoptar decisiones junto con la comunidad, siendo el sistema de Atención Primaria de Salud clave en el encare de esta situación.

De acuerdo con lo expresado por Tizón García (1992) podemos decir que la enfermera posee aspectos diferenciales, en relación al equipo interdisciplinario, en cuanto a la salud mental en el primer nivel de atención. Se destaca por su formación, que le permite establecer un contacto más próximo, directo y estrecho con el consultante, es por lo general, a quien el paciente le expresa quejas, peticiones, consultas, temores e inquietudes. Todo lo anterior le permite desempeñar un papel integrador ante el paciente en relación a aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Empleando para el mismo la metodología cuantitativa.

Área de estudio: La investigación se realizó en la ciudad de Montevideo, en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", dependiente de la Universidad de la República. Dicha institución pertenece al sector público, es referente a nivel nacional y brinda asistencia en los tres niveles de atención a la población adulta (mayores de 14 años).

El servicio seleccionado donde se realizó la investigación es la Policlínica Urológica, situada en el ala este del primer piso, de dicha institución (Anexo N° 2).

Tiempo de estudio: La recolección de los datos se realizó en el período comprendido entre el 7 de marzo y el 30 de abril de 2003. De acuerdo con el cronograma de actividades establecido previamente (Anexo N° 3).

Universo: Usuarios mayores de 40 años, con hiperplasia prostática benigna que consultan en policlínica urológica del Hospital de Clínicas, en el período comprendido entre el 7 de marzo y el 30 de abril de 2003.

Muestra: Usuarios mayores de 40 años con diagnóstico médico de hiperplasia prostática benigna que consultaron en la policlínica urológica del Hospital de Clínicas, en el período comprendido entre el 7 de marzo y el 30 de abril de 2003, los días lunes, martes, miércoles y viernes en el horario comprendido entre las 8 y las 13 horas.

Tipo de muestreo: No probabilístico, por conveniencia.

Variabes:

- 1) **Manifestación de temor:** variable independiente, cualitativa, nominal.

Definición conceptual: expresión verbal de temor en relación a algún aspecto de su patología.

Definición operacional:

- sí
- no

2) **Tipo de temores**: variable dependiente, cualitativa, nominal.

Definición conceptual: diferentes aspectos que el individuo identifica como fuente estresante y generador de temor, y que los refiere a través de la entrevista.

Considerando al temor como una respuesta del individuo ante la percepción de un factor estresante peligroso (Morrison, 1999).

Definición operacional: Temor:

- A la exploración física (tacto rectal)
- Al dolor
- A la enfermedad maligna
- A la impotencia sexual y/o trastornos sexuales
- A que interfiera en la relación sexual con su pareja
- A la intervención quirúrgica
- A la incontinencia urinaria
- Otros

3) **Etapas etareg**: variable cualitativa ordinal.

Definición conceptual: grupo de individuos que comparten un determinado rango de edad expresada en categorías: adulto y adulto mayor; considerados a partir de los 40 años de acuerdo con nuestro objetivo de estudio.¹

Definición operacional:

Adulto: 40 a 65 años

Adulto mayor: mayor de 65 años

4) **Estado civil**: variable cualitativa nominal.

Definición conceptual: Es la calidad de un individuo en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones (Art. 39 Código Civil).

Definición operacional:

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Divorciado
- Unión libre (concubinato)

¹ Extraído de Morrison, "Fundamentos de enfermería en salud mental". Ed. Mosby. Madrid, España. 1999.

5) **Presencia de síntomas:** variable cualitativa nominal.

Definición conceptual: manifestación verbal del usuario que hace referencia a la percepción subjetiva de algún síntoma clínico al momento de la entrevista.

Definición operacional: - si
- no

6) **Síntomas:** variable cualitativa nominal.

Definición conceptual: Indicación subjetiva de una enfermedad o de cambio en la enfermedad según percepción del paciente (Diccionario Oxford-complutense de Enfermería, 2001)

Definición operacional:

- polaquiuria
- nicturia
- disuria
- disminución en la fuerza del chorro
- goteo postmiccional
- incontinencia urinaria
- retención de orina
- pujo abdominal
- chorro de orina intermitente
- hematuria
- Otros

7) **Tipo de tratamiento:** variable cualitativa, nominal.

Definición conceptual: modalidad de tratamiento por el que se encuentra transitando el usuario al momento de la entrevista.

Definición operacional:

- Tratamiento Médico
- Tratamiento Quirúrgico: -preoperatorio
-postoperatorio

8) **Información sobre el tema:** variable cualitativa nominal.

Definición conceptual: manifestación verbal de posesión de información acerca de la hiperplasia prostática benigna.

Definición operacional:

- si
- no

Nota: se considerará que la respuesta es afirmativa si el usuario hace mención al órgano afectado y al carácter benigno de dicha patología.

- 9) **Tiempo que tardó en consultar desde la aparición de los síntomas:** variable cuantitativa continua.

Definición conceptual: tiempo que transcurre desde la aparición de los síntomas hasta la fecha de la primera consulta.

Definición operacional: tiempo transcurrido en meses.

- 10) **Tiempo que lleva en tratamiento:** variable cuantitativa continua.

Definición conceptual: tiempo que transcurre desde la primera consulta hasta el momento actual (entrevista).

Definición operacional: tiempo transcurrido en años.

Instrumento para la recolección de los datos:

Los datos del presente estudio fueron recogidos a través de dos instrumentos (Anexo N° 4): uno para recoger información de las historias clínicas y otro recabar datos aportados por los usuarios utilizando para este fin entrevistas estructuradas.

El primero de los instrumentos nos permitió identificar a la población en estudio, el grupo etareo y el tipo de tratamiento en que estos se encontraban.

El segundo instrumento nos permitió obtener los datos para conocer como se comportan el resto de las variables escogidas en la presente investigación. Corresponde a una entrevista semi-estructurada compuesta por seis preguntas cerradas, tres de las mismas dicotómicas y las restantes aceptan más opciones; y dos preguntas abiertas.

Los instrumentos utilizados para recabar la información se evaluaron previos a su aplicación definitiva, aplicando los mismos en una prueba piloto.

Procedimiento para la recolección de los datos:

A continuación describiremos en detalle el proceso que se siguió para la recolección de datos y las etapas de ejecución.

Autorización: para llevar a cabo la recolección de datos en el Servicio "Policlínica de Urología" contamos con la previa autorización de división enfermería del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" y la Licenciada a cargo de dicho servicio.

Recursos necesarios para llevar a cabo la investigación: los recursos humanos, materiales y financieros se encuentran detallados en el Anexo N° 5.

Proceso: Se planteo una reunión con la Licenciada Jefe del Sector de Policlinicas, con la finalidad de informar el objetivo de la propuesta de investigación y coordinar fecha para realizar las actividades de recolección de datos. La misma fue la responsable de transmitir al equipo de salud la futura visita del grupo de investigación.

Las tres investigadoras se organizaron para recoger los datos concurriendo en subgrupo de a dos en forma rotatoria, en el horario de atención de la policlinica (de 8 a 13 horas), los días lunes, martes, miércoles y viernes.

Una vez establecidos los criterios de organización del trabajo, el grupo se presentó ante la Licenciada Jefe, uniformadas y correctamente identificadas. Se le informó a la misma acerca de las actividades a realizar así como también se realizó la presentación del grupo de investigación ante el equipo de salud, con el fin de facilitar la inserción en el área de estudio.

Los instrumentos fueron puestos a prueba por las investigadoras en la prueba piloto. Una vez evaluados los mismos se procedió a la recolección definitiva de los datos a fin de obtener respuesta al problema planteado.

Cada una de las investigadoras llevó a cabo las tareas asignadas, procurando no interferir en el funcionamiento habitual del servicio, cumpliendo los días y horarios planificados.

Diariamente concurrieron dos de las investigadoras, que fueron rotando en forma equitativa, una de ellas recogía la información de las historias clínicas y la otra realizaba la entrevista a cada usuario en forma individual, previa a la consulta médica, en uno de los consultorios.

Una vez obtenidos los datos, los mismos fueron tabulados y analizados.

Acuerdos: las investigadoras unificaron criterios en cuanto a la forma de obtención y registro de los datos durante las diferentes entrevistas.

RESULTADOS OBTENIDOS

A continuación se presentan los resultados más relevantes obtenidos en el presente estudio, en base a los objetivos planteados al comienzo, la totalidad de las tablas analizadas se presentan en el Anexo N° 6.

TABLA N° 1- Distribución según manifestación de temor en relación a la hiperplasia prostática benigna, de los individuos que concurren a la policlínica urológica entre el 7 de marzo y el 30 de abril de 2003.

Manifestación de temor	F.A.	F.R.
Manifestaron temor	50	70,42%
No manifestaron temor	21	29,57%
N	71	100%

FUENTE: Entrevista.

GRÁFICO N° 1

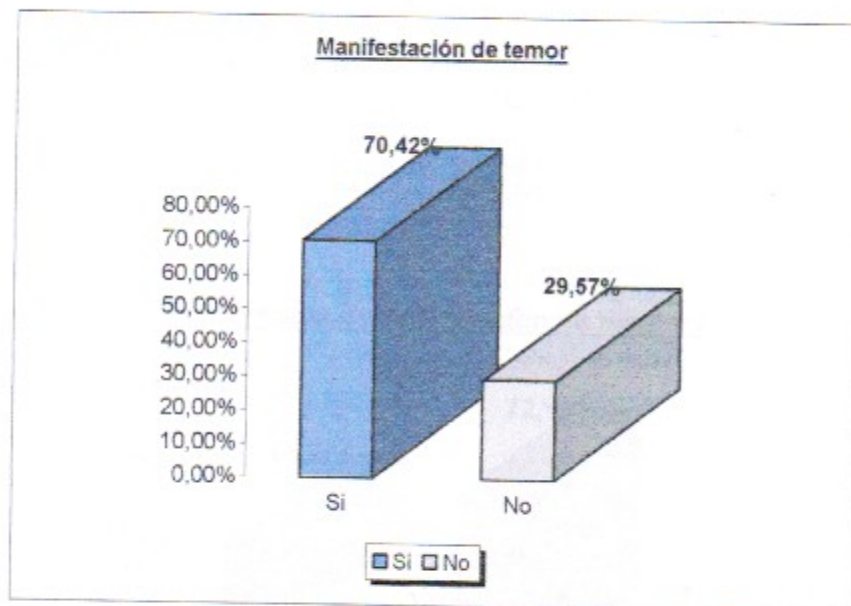


TABLA N° 2- Distribución según estado civil de los individuos con hiperplasia prostática benigna.

Estado Civil	FA	FR%
Soltero	8	11,26%
Casado	38	53,52%
Viudo	8	11,26%
Divorciado	11	15,49%
U. Libre	6	8,45%
N	71	100%

FUENTE: Entrevista.

TABLA N° 3- Distribución según etapa etarea y manifestación de temores, de los individuos con hiperplasia prostática benigna.

Manifestaron temores

Etapa etarea	Si		No		Total
	F.A.	F.R. %	F.A.	F.R. %	
Adulto	6	60,00%	4	40,00%	10 (14,08%)
Adulto mayor	44	72,13%	17	27,87%	61 (85,91%)
N	50	70,42%	21	29,58%	71

FUENTE: Historia Clínica y Entrevista.

GRAFICO N° 2

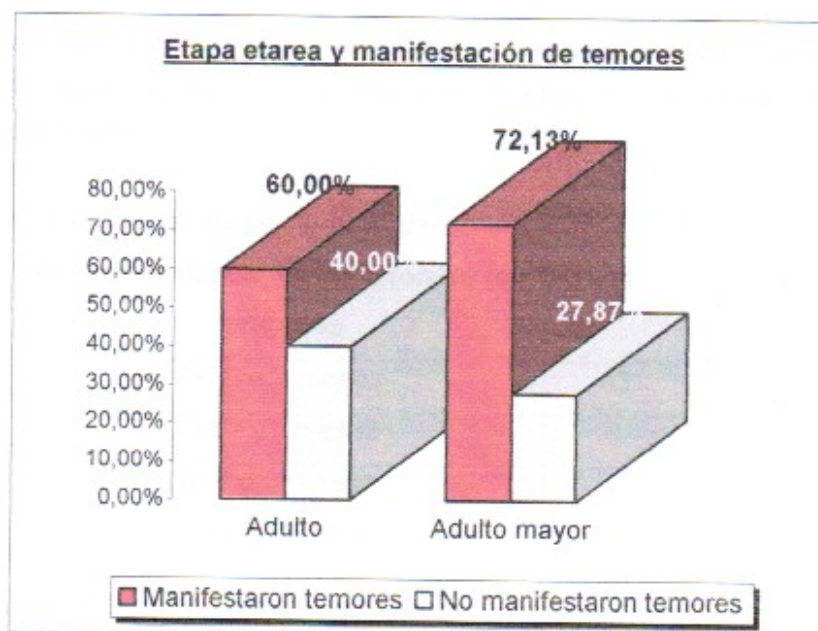


TABLA N° 4 - Distribución según presencia de síntomas y manifestación de temores, en los individuos con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna.

Presencia de Síntomas	Manifestaron temores				Total
	Si		No		
	F.A.	F.R. %	F.A.	F.R. %	
Si	44	67,69%	21	32,31%	65 (91,55%)
No	6	100%	--	--	6 (8,45%)
N	50	70,42%	21	29,58%	71

FUENTE: Entrevista.

GRAFICO N° 3

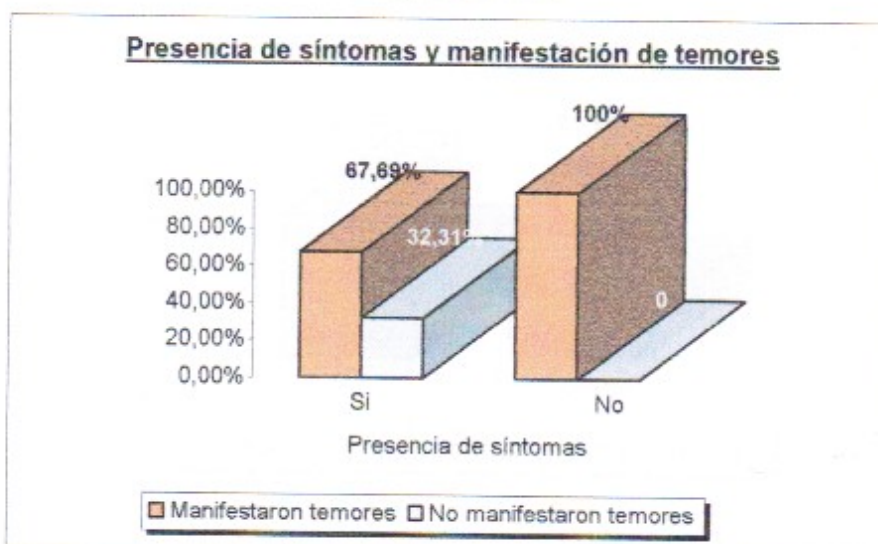


TABLA N° 5 - Distribución según tiempo en meses que tardaron en consultar desde la aparición de los síntomas, los usuarios con diagnóstico médico de hiperplasia prostática benigna.

Nota: cabe destacar que el "N" no coincide con el total de los usuarios, ya que 9 de los mismos fueron diagnosticados sin previa sintomatología, 5 datos se encontraban muy dispersos y 1 usuario no recordaba el tiempo transcurrido.

Tiempo en meses que tardaron en consultar desde la aparición de los síntomas	FA	FR%
De 0 a 3 meses	43	76,78%
De 4 a 7 meses	6	10,71%
De 8 a 11 meses	-	-
De 12 a 15 meses	7	12,50%
N	56	100%

FUENTE: Entrevista.

TABLA N° 6 - Distribución según tipo de tratamiento y manifestación de temor de los individuos con hiperplasia prostática benigna.

Manifestaron temores

Tipo de tratamiento	Si		No		Totales
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%	
Tto. Médico	35	67,30%	17	32,69%	52 (73,24%)
Tto. Quirúrgico	15	71,42%	4	19,04%	19 (26,76%)
N	50	70,42%	21	29,58%	71

FUENTE: Historia Clínica y Entrevista.

GRAFICO N° 4

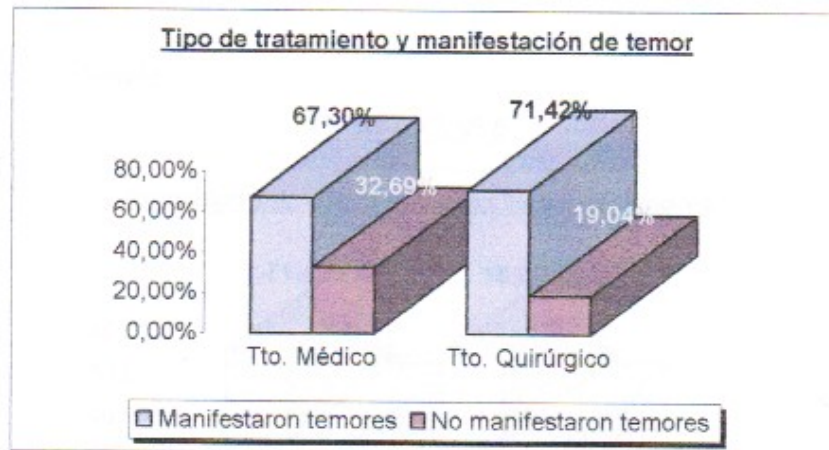


TABLA N° 7 – Distribución según el tiempo en años que llevaban en tratamiento los usuarios con hiperplasia prostática benigna.

Tiempo en años que llevaban en tratamiento	FA	FR%
De 0 a 1 año	46	64,78%
De 2 a 3 años	10	14,08%
De 4 a 5 años	6	8,45%
De 6 a 7 años	7	9,85%
De 8 a 9 años	-	-
De 10 a 11 años	2	2,81%
N	71	100%

FUENTE: Entrevista.

TABLA N° 8 - Distribución según si posee información sobre hiperplasia prostática benigna y manifestación de temor de los individuos con dicha patología.

Información sobre HPB	Si		No		Totales
	FA	FR%	FA	FR%	
Si	15	71,42%	6	28,57%	21 (29,58%)
No	35	70,00%	15	30,00%	50 (70,42%)
N	50	70,42%	21	29,58%	71

FUENTE: Entrevista.

GRAFICO N° 5

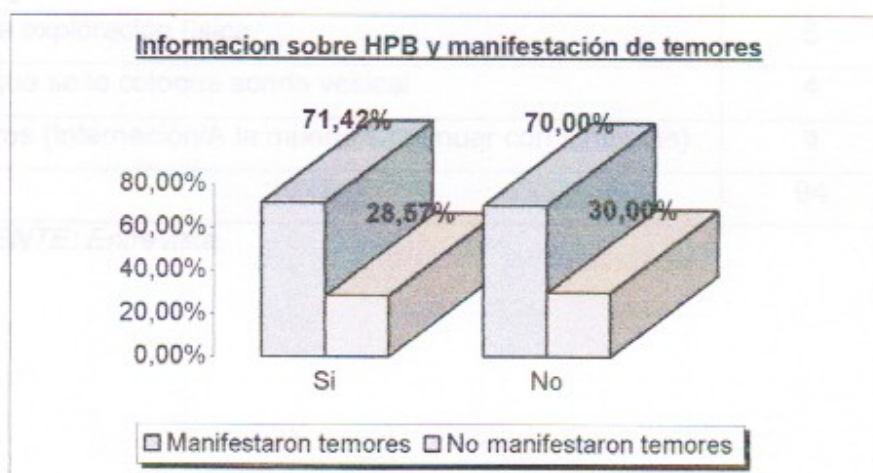


TABLA N° 9 - Distribución según la fuente de información sobre hiperplasia prostática benigna que refirieron los individuos con dicha patología

Fuente de información	FA	FR%
Médicos	17	80,95%
Enfermeros	2	9,52%
Compañeros de trabajo	1	4,76%
Familiares	1	4,76%
N	21	100%

FUENTE: Entrevista.

TABLA N° 10 - Distribución según tipos de temores que manifestaron los individuos con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna.

Nota: cabe mencionar que el "N" no coincide con el número de individuos que manifestaron temores debido a que algunos de ellos manifestaron más de un temor.

Tipos de temores	F.A	F. R %
Enfermedad Maligna	19	20,21%
A padecer trastornos sexuales	15	15,95%
Al dolor	14	14,87%
A que interfiera en la relación sexual con su pareja	12	12,76%
A ser intervenido quirúrgicamente	11	11,70%
Padecer Incontinencia Urinaria	10	10,63%
A la exploración física	5	5,43%
A que se le coloque sonda vesical	4	4,25%
Otros (Internación/A la muerte/Continuar con síntomas)	4	4,25%
N	94	100%

FUENTE: Entrevista.

GRAFICO Nº 6

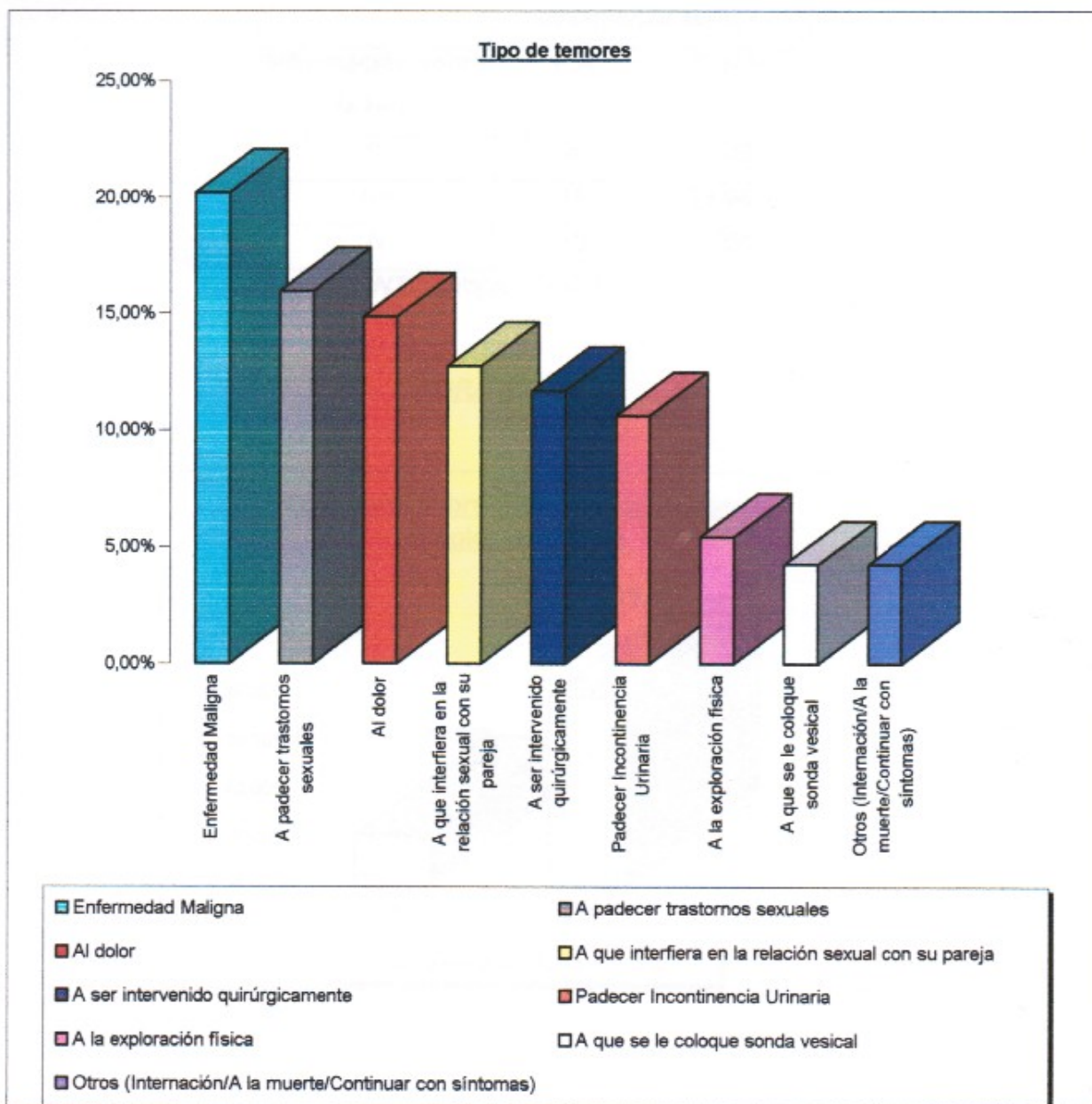
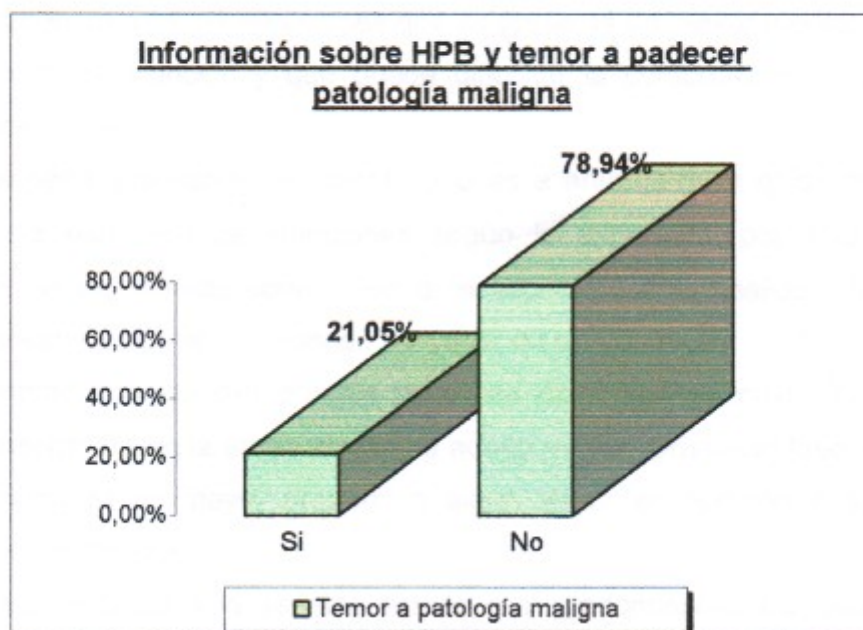


TABLA N° 11 - Distribución según temor a padecer enfermedad maligna e información que poseen los individuos sobre la hiperplasia prostática benigna.

Información sobre la HPB	Temor a padecer enfermedad Maligna	
	F.A	F. R %
Si	4	21,05%
No	15	78,94%
N	19	100%

FUENTE: Propia (Entrevista)

GRAFICO N° 7



ANÁLISIS

El análisis de los datos obtenidos se realizó sobre un total de 71 usuarios con diagnóstico médico de hiperplasia prostática benigna a los cuales se les realizaron entrevistas estructuradas, con el objetivo de conocer si manifestaban temores acerca de su patología y cuales eran los más frecuentes.

Para comenzar podemos decir que del análisis de los datos obtuvimos que el 70,42% de los usuarios que concurrieron a la policlínica manifestaron algún tipo de temor en relación a su patología. Sabemos que frente a la situación de enfermedad el individuo experimenta una serie de emociones, dentro de las cuales se encuentra el temor, el cual no siempre es manifestado en la consulta de forma espontánea, observándose un porcentaje significativo de usuarios que lo expresaron a través de preguntas específicas que contemplaron dicho aspecto. Este hecho es importante debido a que el equipo de salud, teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, puede indagar acerca de los temores de cada individuo en particular, ya que es una de las emociones que se presenta en mayor medida en la consulta en el primer nivel de atención y que puede dificultar la comprensión de la información brindada durante la misma.

Por otra parte y teniendo en cuenta que es a enfermería a quien se expresa con mayor frecuencia este tipo de emociones según lo expresado por Tizón García*, es importante que las enfermeras contemplen este aspecto con la finalidad de disminuir las ansiedades y preocupaciones que puedan aparecer en los usuarios.

Prosiguiendo con nuestro análisis podemos decir que el mayor porcentaje de la población se encontraba en la etapa etarea de adulto mayor. Observándose que los adultos mayores manifestaron en mayor proporción algún temor en relación a su patología al compararlos con los adultos.

En lo que respecta a la variable estado civil predominaron los usuarios casados, observándose además que los usuarios que más consultaron fueron los que tenían pareja en relación a los que no la tenían.

Continuando con el análisis se observó que la mayor parte de los usuarios que consultaron en la policlínica presentaron síntomas clínicos. La sintomatología clínica que se presentó en mayor porcentaje en orden decreciente fue la nicturia, alteración del chorro miccional y polaquiuria. Esto puede influir en la calidad de vida de los usuarios llegando a provocar alteraciones a nivel emocional y social, por lo que es de especial importancia contemplar los aspectos psicológicos de los mismos en la consulta. Cabe destacar, que se observó que el 100% de los individuos que no presentaron sintomatología clínica

* Tizón García, J. L.; "componentes psicológicos de la práctica de medicina", Cap. 1. En Tizón García, J. L.; "Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria". Ed. Doyma. Barcelona, España. 1992.

manifestaron temores en relación a la HPB. Por lo que podemos decir que la manifestación de los temores es independiente de si los individuos presentan sintomatología clínica.

En cuanto a la variable tiempo que tardaron en consultar los usuarios desde la aparición de los síntomas, observamos que la mayor parte (76,78%) de los mismos refirieron consultar dentro de los 3 primeros meses de aparición de la sintomatología. Estos datos pueden estar influidos por el hecho de que muchos de los adultos mayores, consideran algunos de los síntomas manifiestos como parte de su proceso natural de envejecimiento y esto puede llevar a que consideren que los síntomas "comienzan" cuando en realidad se agrava el cuadro clínico. Por otro lado, obtuvimos que un 12% de los usuarios refirieron haber consultado entre los 12 y 15 meses de aparición de los síntomas, lo cual podría estar relacionado con lo dicho anteriormente.

En relación al tipo de tratamiento, observamos que los usuarios que se encontraban en tratamiento quirúrgico, manifestaron en mayor medida sus temores, en comparación a los que se encontraban en tratamiento médico. Esto es de esperar pues la intervención quirúrgica y todo lo que ella implica es una fuente importante de estrés físico y psicológico. Además se obtuvo que de los usuarios que se encontraban en tratamiento quirúrgico, el 78,94% transitaba la fase postoperatoria.

Por otra parte el 73,23% de los usuarios se encontraban en tratamiento médico. Lo cual coincide con los datos que manejamos en nuestro marco conceptual, que afirman que los usuarios de más de 40 años tienen una probabilidad de cirugía del 29%.

En relación a la variable tiempo que llevaban en tratamiento obtuvimos que la mayor parte de los individuos (64,78%) se encontraban dentro del primer año. Observándose un descenso de la manifestación de temores al aumentar los años que llevaban en tratamiento. Esto podría estar relacionado a que se puede ver atenuada la sintomatología una vez iniciado el tratamiento, ya sea médico o quirúrgico, además podría intervenir el factor información acerca de la patología (podrían manejar más información), así como también el relacionamiento con el equipo de salud; estos aspectos podrían contribuir a disminuir las ansiedades y miedos de los usuarios.

En relación a la información sobre la hiperplasia prostática benigna se obtuvo que el 70,42% de los mismos negaron tener información sobre dicha patología y el resto refirió poseerla y expresó el carácter benigno de la misma y el órgano afectado. A través de la comparación de los datos obtenidos entre los individuos que manifestaron temores y los que no, no se encontraron marcadas diferencias, por lo que podríamos decir que la manifestación de temores no depende necesariamente de poseer información o no acerca de la patología. Algunos de los factores que podrían incidir en lo anteriormente expuesto son: el tipo de información que tenga cada individuo, la fuente que la haya proporcionado y la interpretación que cada individuo haga de la misma.

En cuanto a los usuarios que poseen información podemos decir que el 80,95% de la misma fue proporcionada por el equipo médico y solo un 9,52% por enfermería. Debemos señalar que en primer término, el porcentaje de individuos que manejan información sobre su patología es bajo, si consideramos la totalidad de la población; por otra parte, dentro de los individuos que la poseen solo un pequeño porcentaje fue proporcionada por el equipo de enfermería. Es en cuanto a la información que enfermería debería prestar especial atención ya que es el profesional capacitado y responsable que debe atender las necesidades, intereses y problemas tanto a nivel individual como colectivo, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida.

Continuando con el análisis y en relación con los tipos de temores que manifestaron los usuarios obtuvimos los siguientes datos:

En primer lugar se observó con un 20,21% los usuarios que manifestaron temores a padecer patología maligna. Estos datos concuerdan con nuestra teoría que afirma que el temor que surge con mayor frecuencia frente a la consulta por cualquier enfermedad es a la patología maligna, esto podría relacionarse con la falta de información sobre la patología, pues se observó que el 70,42% de los individuos que manifestaron este temor no poseían información al respecto.

En segundo lugar se observó con un 15,95% temor a padecer trastornos sexuales, dentro de los cuales el 80% fue a padecer impotencia sexual; sabemos que frente a la alteración urológica (según señala nuestra bibliografía) el mayor de los temores que se presenta en el hombre es a padecer impotencia eréctil, aunque según los datos recogidos este temor se manifestó en menor frecuencia que el de padecer patología maligna. Esto podría estar influido por el pudor que provoca hablar sobre estos temas fundamentalmente en los adultos-mayores.

Debemos tener en cuenta que la hiperplasia prostática benigna no afecta directamente a la erección peneana y además existe una probabilidad muy baja de padecer impotencia como consecuencia del tratamiento quirúrgico, observándose una probabilidad del 5%* de padecer impotencia en los sujetos sometidos a resecciones transuretrales y en igual porcentaje los sujetos sometidos a adenomectomías transvesicales, los cuales constituyen los tratamientos quirúrgicos de elección para la HPB. Por lo tanto, podemos decir que el hecho de que los individuos presentan temor a padecer impotencia sexual, podría influir en que esto ocurra en un futuro pues sabemos que el componente psicológico juega un rol fundamental en dicha disfunción, por lo que continúa siendo fundamental que se consideren los aspectos emocionales de estos individuos que pueden llegar a ser fuente de ansiedades y angustias.

* John, D. Mc Connell, M.D. "Curso anual de revisión sobre la hiperplasia prostática benigna". Asociación Urológica Americana. EEUU. 2000.

Es fundamental tener siempre presente que los individuos son seres sexuados y que el temor a alteraciones en la sexualidad se encuentra presente independientemente de la edad y de si el individuo tiene pareja o vida sexual activa; por lo tanto, debe ser tenido en cuenta por parte del equipo interdisciplinario cuando se brinda atención a los usuarios con esta patología, si lo que se pretende es brindar una atención integral que contribuya a elevar la calidad de vida de los mismos.

En tercer lugar con un 14,87% se manifestó el temor a padecer dolor, este temor podría estar relacionado con el temor a padecer una patología maligna, pues, muchos individuos consideran que el dolor y la intensidad del mismo se relacionan con la malignidad de la afección, por lo que aquí también juega un rol importante la información que el usuario tenga acerca de la patología que padece.

En cuarto lugar se encuentra el temor a que su patología interfiera en la relación sexual con su pareja en un 12,76% lo cual reafirma lo expresado anteriormente en cuanto a la sexualidad de los adultos mayores, teniendo en cuenta además que la mayor parte de la población correspondió a usuarios casados.

En quinto lugar, con un 11,70% manifestó miedo a ser intervenido quirúrgicamente, esto podría estar condicionado por la información que los individuos tengan sobre el tema y es independiente de si el usuario ha sido intervenido quirúrgicamente o no antes. En nuestro estudio solo un 26,76% de los individuos se encontraban en tratamiento quirúrgico, en tal caso es importante tener en cuenta que si los individuos se sienten apoyados emocionalmente durante la experiencia quirúrgica tendrán menos problemas postoperatorios, por lo que contemplar estos aspectos podría contribuir a mejorar la calidad de atención y disminuir de cierto modo los costos de atención si se acortan las estancias postoperatorias.

En sexto lugar obtuvimos que el 10,63% de los usuarios manifestaron temor a padecer incontinencia urinaria, en cuanto a este dato obtenido podemos decir que podría estar relacionado a la sintomatología y la calidad de vida de los usuarios que lo expresaron, pues los síntomas urinarios pueden llegar a causar tensiones emocionales y alteraciones en los patrones de socialización de los individuos que los padecen.

En séptimo lugar obtuvimos que el 5,43% de los usuarios manifestaron temor a la exploración física o temor al sufrimiento que puede aparecer en la misma, debemos recordar que además de la sintomatología clínica el diagnóstico de hiperplasia prostática benigna se confirma con la realización del tacto rectal, por lo que este aspecto ha de tenerse en cuenta al proporcionar información a los usuarios pues se debe explicar la importancia que esto tiene para el diagnóstico de la misma.

En octavo lugar obtuvimos que un 4,25% manifestaron temor a que se le coloque sonda vesical, esto podría estar relacionado a experiencias traumáticas previas y a la creencia de que con la misma no podría mantener relaciones coitales según manifestaciones

de algunos usuarios. Y por último un 4,25% expresaron otros tipos de temores. Entre estos últimos se encuentra el temor a la internación, esto puede deberse a que para algunos individuos el hecho de tener que internarse confirma que su patología no es corriente, sino que le ocurre algo más grave.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta todo lo expresado en el análisis, podemos decir que si bien el sentir temor de cara a una patología es una situación frecuente, los usuarios con hiperplasia prostática benigna, también presentan temores y en su mayoría (70,42%) lo expresaron verbalmente a las investigadoras a través de preguntas concretas. La mayor parte de estos temores podrían estar relacionados con la falta de información, pues se observó que el 70,42% de los individuos no tenían información sobre su patología y solo el 9% de los que tenían información la recibieron por parte de enfermería; por lo que consideramos un aspecto fundamental el rol de la Enfermera Comunitaria en la Atención Primaria de la Salud, como agente multiplicador de conocimientos tanto a nivel individual como colectivo, brindando la ayuda necesaria para que cada persona pueda satisfacer sus necesidades fundamentales. El hecho de conocer cuales son los temores más frecuentes que aparecen en la consulta, nos permite orientarnos acerca de la información que debemos tener en cuenta a la hora de aportar conocimientos. Además, basándonos en la concepción de Virginia Henderson, diremos que dentro de estas necesidades fundamentales se encuentra la seguridad, el sentirnos seguros disminuye nuestros miedos y ansiedades, lo cual facilita la interrelación del usuario con el equipo tratante, por tal motivo este estudio contempla apenas una de las aristas que debemos tener en cuenta cuando nos enfrentamos a este tipo de usuarios si lo que pretendemos es brindar una atención holística.

Los temores más frecuentes que manifestaron los usuarios fueron: a padecer patología maligna, a padecer trastornos sexuales (80% de los mismos a la impotencia sexual), al dolor y a que interfiera en la relación sexual con su pareja. Si sumamos el temor a padecer trastornos sexuales y el temor a que interfiera en la relación sexual con su pareja, tendríamos aproximadamente un 29% de la muestra, siendo de esta forma el principal temor manifiesto, por lo que consideramos fundamental que se contemplen los aspectos sexuales de los usuarios con hiperplasia prostática benigna.

Por otra parte los usuarios que manifestaron temor a la enfermedad maligna en su mayoría no poseían información acerca de su patología, lo cual reafirma lo expresado anteriormente acerca de la información.

Debido a la frecuencia con la que se presenta dicha afección en la clínica, elaboramos una propuesta programática (Anexo N° 7) con el fin de atender las necesidades de los hombres mayores de 40 años que se atienden en la Policlínica Urológica del Hospital de Clínicas; con el fin de promover la consulta anual urológica, abordando a los individuos desde una perspectiva holística, con la participación de un equipo interdisciplinario que incluya médicos (urólogos, geriatras, andrólogos), enfermeros, psicólogos, sexólogos y asistentes sociales. Además, creímos conveniente en dicha propuesta incluir la consulta de enfermería. De esta forma a través del enfoque preventivo podríamos, en primer término,

contribuir a disminuir la incidencia de complicaciones que provoca la HPB, en segundo término, contribuir a la detección precoz del cáncer de próstata (uno de los tumores malignos de mayor incidencia en la población masculina de nuestro país) y en tercer término, contribuir a disminuir los costos y las secuelas en tratamientos quirúrgicos de la HPB, pues, los tratamientos quirúrgicos precoces requieren de técnicas más sencillas y menos costosas.

SUGERENCIAS

- Teniendo en cuenta las características demográficas de nuestro país, donde se observa una población mayoritariamente envejecida, con una tendencia al aumento en la expectativa de vida y considerando la frecuencia con que se presenta en la clínica la hiperplasia prostática benigna y la falta de información que se observó en la mayor parte de nuestra población acerca del tema, creemos conveniente que se cree e incluya un programa de atención a los hombres, el cual promueva la consulta médica anual e incluya la consulta de enfermería con la finalidad de promover y proteger los aspectos saludables, detectar las patologías precozmente y prevenir y limitar las complicaciones que ésta pueda provocar.
- Como resultado de nuestro estudio y teniendo en cuenta cuales son los temores más frecuentes que presentan estos usuarios creemos que podríamos estar en condiciones de brindar algunas pautas de hacia que aspectos se debería dirigir la información. Consideramos además que enfermería tendría que mostrar un mayor compromiso en relación a esta temática y sobre todo a los aspectos psicológicos que juegan un papel preponderante en estos usuarios, pudiendo abordar esto a través de la consulta de enfermería. Siempre considerando a enfermería inmersa dentro de un equipo interdisciplinario.
- Sugerimos además que se contemplen y profundicen en futuras investigaciones los aspectos sexuales, más específicamente la impotencia eréctil en los usuarios con hiperplasia prostática benigna, relacionándola con las patologías asociadas y como ello se relacionaría con el componente psicológico.

INDICE DE ABREVIATURAS

Abreviatura

Término

- HPB.....Hiperplasia Prostática Benigna
- PSA.....Antígeno Prostático Específico
- DTH.....Dihidrotestosterona

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L.; "Sexualidad en la pareja". Ed. El Manual Moderno, S.A. D.C. V. D.F., México. 1996.
- Bedos, F.; "Manual de urología". Ed. Masson. Barcelona, España. 1996.
- Canales, F. De; Alvarado, E. De; Pineda, E.; "Metodología de la investigación" (Manual para el desarrollo de personal de salud), México. Ed. LIMUSA, 1988.
- Dapuelto, J.; Iusín, S.; Petit, I. "Aportes prácticos a la medicina psicosocial". Montevideo. 1990.
- J. S. Cook; K. L. Fontaine "Enfermería psiquiátrica". Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill. Madrid, España. 1990.
- Llor, B.; Abad, M.; García, M.; Nieto, J.; "Ciencias psicosociales aplicadas a la salud". Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill. España. 1998.
- Morrison, M.; "Fundamentos de enfermería en salud mental". Ed. Mosby. Madrid, España. 1999.
- Perry, S.; Vierderwan, M.; "Tratamiento de las reacciones emocionales creadas por enfermedades médicas agudas". Nueva York. 1990.
- Polit, D.; Hungler, B.; "Investigación científica en ciencias de la salud". Quinta edición. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, D.F., 1997.
- Tizón García, J. L.; "componentes psicológicos de la práctica de medicina", Cap. 1. En Tizón García, J. L.; "Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria". Ed. Doyma. Barcelona, España. 1992.
- Weiss, R.; Fair, W.; "Atención de las enfermedades prostáticas". Segunda edición, Ed. Professional Communications. Nueva York, EE.UU. 1998.
- Belzarena, V.; Capezutto, B.; Sica, R.; Bernardi, R.; "Reacciones psíquicas adecuadas e inadecuadas a la situación de enfermedad". Departamento de Psicología Médica. Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay. 1990.
- John, D. Mc Connell, M.D. "Curso anual de revisión sobre la hiperplasia prostática benigna". Asociación Urológica Americana. EEUU. 2000.
- "Sexualidad del paciente urológico", En. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Medicina. Escuela Universitaria de Enfermería. "Temas de urología". Montevideo. 1991. Pág. 13-18.
- Scope; "Contenido", en línea, disponible en:
<http://www.drscope.com/pac/urologia/a3/index.htm>[20/05/02],
http://www.drscope.com/pac/urologia/a3/a3_pag9.htm [20/05/02]
- Factores económicos en el manejo de la hiperplasia prostática benigna sintomática, en línea, disponible en: http://www.prostanet.org.ar/econom_hpb.html [20/05/02]

- ¿Por qué los hombres con síntomas urinarios evitan a su médico?, en línea, disponible: <http://www.netkey.com.br/up/prostata/pag1.htm> [20/05/02]
- Biblioteca virtual en salud BIREME/OPS/OMS, en línea, disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> {02/07/02}

INDICE DE ANEXOS

- Anexo N° 1: Teoría de enfermería de Virginia Henderson

- Anexo N° 2: Diagnóstico referencial
 - A) Entrevista al personal de Enfermería de la Policlínica urológica del Hospital de Clínicas

- Anexo N° 3: Diagrama de Gannt

- Anexo N° 4: Instrumentos para la recolección de datos

- Anexo N° 5: Recursos humanos, materiales y financieros empleados para la investigación

- Anexo N° 6: Tablas completas de los resultados obtenidos.

- Anexo N° 7: Programa propuesto para la atención de los usuarios con HPB

ANEXO N° 1

TEORÍA DE ENFERMERÍA EN LA CUAL SE BASA EL ESTUDIO

TEORÍA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Según la concepción de Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Estas personas podrían llevar a cabo estas actividades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. El objetivo de la profesión enfermera es, pues, conservar y restablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales.

Si la función específica de la enfermera consiste en suplir, en la persona, lo que le falta para ser completa, entera o independiente, los modos de intervención de que dispone la enfermera son los siguientes: reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar y aumentar la fuerza, la voluntad o el conocimiento de la persona. Cuando la persona no puede satisfacer sola una necesidad, la enfermera dirige su atención a la zona de dependencia o a la fuente de dificultad tratando de suplirla y ayudarle a mantener su integridad. El juicio clínico de la enfermera la lleva a reconocer las necesidades insatisfechas y las fuentes de dificultad relacionadas. Las consecuencias esperadas son, a corto plazo, la satisfacción de las necesidades del cliente; a medio o largo plazo, recobrar la independencia en la satisfacción de sus necesidades o, en ciertas situaciones, una muerte tranquila.

Henderson postula que la persona es un todo complejo presentando catorce necesidades fundamentales; cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural. Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales y desea alcanzarla. Según Henderson, una necesidad es un requisito más que una carencia. Las necesidades comunes a toda persona, enferma o sana, son: respirar normalmente, beber y comer adecuadamente, eliminar, moverse y mantener una posición adecuada, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener una temperatura corporal normal, estar limpio y aseado, evitar los peligros del entorno, comunicarse con otras personas, practicar su religión y actuar según sus creencias, ocuparse de manera que se sienta útil, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad.

Henderson no ha presentado una definición formal de la salud y del entorno. Sin embargo, podemos deducir de sus escritos que la salud es la capacidad que posee una persona de satisfacer de manera independiente sus catorce necesidades fundamentales. Es la satisfacción de las necesidades fundamentales en toda su complejidad la que mantiene la integridad de la persona. Igualmente podemos deducir que el entorno, según Henderson, es la naturaleza o el medio que actúa de manera "positiva" o "negativa" sobre la persona. Con esta óptica, la enfermera se esfuerza en crear un entorno favorable a la salud.

TEORÍA DE LAS NECESIDADES

Las necesidades de seguridad, tales como la protección y la libertad sobre la ansiedad y el miedo, emergen una vez que las necesidades físicas se han satisfecho. Para que haya sistemas sociales estables, pacíficos y aceptables, son necesarias las necesidades de seguridad. El usuario de la salud mental necesita ayuda frecuentemente para satisfacer sus necesidades de seguridad. La expresión de seguridad de amor se realiza a través del afecto, la intimidad, el compañerismo y el respeto. El usuario de la salud mental siente a menudo que sus necesidades de este tipo no se satisfacen.

Las necesidades de estima que emergen cuando las necesidades de amor y correspondencia se ven satisfechas, están relacionadas con el respeto a uno mismo y al otro. Estas incluyen el deseo de fuerza, de éxito, de capacidad, de autoridad y de competencia.

Hay muchas implicaciones de la teoría de las necesidades humanas. El déficit de las necesidades físicas o de estima, el sentimiento de no ser querido o no ser cuidado, afecta al usuario ante otras necesidades y puede provocar que este se sienta impotente o inferior.

Según el trabajo de Virginia Henderson que apareció en 1939, estaba influido por la teoría de las necesidades humanas. Henderson vio que la función única del enfermero era ayudar a la persona a realizar las actividades que contribuyen a la salud. Esta ayuda era necesaria tanto cuando el usuario estaba enfermo o sano y ayudaba al usuario a recuperarse o a una muerte en paz.

Henderson visualizó el proceso de enfermería como un cuidado individualizado, basado en las necesidades del usuario.

ANEXO N° 2

MARCO REFERENCIAL

HOSPITAL DE CLÍNICAS:

El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" está ubicado en la Avda. Italia 2870 entre la Avda. Centenario y la calle Gral. Las Heras. Fue inaugurado el 21 de septiembre de 1953. Es el mayor centro asistencial del Uruguay y por pertenecer a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, es un Instituto de carácter docente que sirve como referencia en cuanto a organización, normas y procedimientos de las instituciones asistenciales del país.

FUNCIONES:

- Funciona como centro de referencia para las instituciones asistenciales de todo el país.
- Realiza sus actividades sobre la base del concepto de atención integral a la salud, cumpliendo funciones de docencia, asistencia e investigación.
- Desarrolla actividades en el primer, segundo, tercer y cuarto nivel de atención.
- Coopera en la política Nacional de Salud Pública.
- Extiende los beneficios de su organización al resto de las Instituciones de Atención Médica.
- Encauza sus funciones hacia el perfeccionamiento de la técnica médica y paramédica.
- Hace efectiva la educación de:
 - Estudiantes de medicina.
 - Los médicos graduados, para su especialización y perfeccionamiento.
 - Los estudiantes y egresados de profesiones afines con la medicina.

Requisitos para la atención del usuario en el hospital:

- Poseer carné de asistencia vigente. El mismo se gestiona en el Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Si el usuario proviene del interior debe traer el pase del médico tratante.
- Luego de acceder a dicho carné debe registrarse en el mencionado nosocomio, presentando el carné y los documentos personales en Registros Médicos, donde le entregan una tarjeta de registro. La misma presenta los datos de identificación y el número con el que será asistido en este hospital. Con esta tarjeta y el carné de asistencia el usuario deberá dirigirse a recaudaciones donde abonará su ticket de consulta.

SERVICIO DE POLICLÍNICAS:

Se encuentra ubicado en el primer piso de dicho Hospital, brinda un servicio de asistencia de primer nivel a usuarios mayores de 14 años de todo el país, además cuenta con un servicio de Farmacia, laboratorio, Odontología, Servicio social, Psiquiatría, Dermatología, Endocrinología, Neuropsicología, Cirugía Cardíaca, Urología, Nefrología.

POLICLÍNICA UROLÓGICA:

La policlínica funciona de lunes a viernes, en el horario comprendido entre las 8 y 13 horas (Anexo A).

Los días lunes, martes, miércoles y viernes se realiza la consulta urológica y los días jueves la consulta de nefrología.

Según datos obtenidos del departamento de estadística del Hospital de Clínicas, la policlínica de urología atendió un total de 2070 personas de ambos sexos, mayores de 14 años en el año 2002, con un promedio de atención de 14 usuarios diarios. Se registraron durante dicho año un total de 179 usuarios nuevos y 1891 correspondieron a consultas ulteriores.

El espacio físico de la misma, está constituido por cuatro consultorios, en los cuales se realiza la consulta médica y procedimientos, un estar para el equipo de salud, sala de espera, enfermería limpia, y un baño.

El equipo de salud que integra la policlínica se encuentra constituido por: 1 Licenciada en Enfermería, 2 auxiliares de enfermería, un equipo médico rotatorio (urólogos y nefrólogos), mensajeros, personal de farmacia y archivo, entre otros.

A diario se entregan unos 20 números para la consulta urológica, para poder acceder a los mismos el usuario debe presentar como requisito la tarjeta gris.

En cuanto al funcionamiento de la policlínica, la consulta es organizada por el equipo de enfermería, quienes reciben las historias clínicas y las ordena de acuerdo al orden de llegada de cada usuario, previamente se acondicionan los consultorios y se realizan los cambios de sonda vesical programados según fecha. Posteriormente y luego de la llegada del equipo médico se inicia la consulta urológica.

ANEXO N° 2 A)

ENTREVISTA REALIZADA A LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA JEFA DE LA POLICÍNICA LAURA FRANCO

- 1) ¿Como es el funcionamiento de la Policlínica de Urología?

La policlínica funciona de lunes a viernes, en el horario comprendido entre las 8 y 13 horas.

Los días lunes, martes, miércoles y viernes se realiza la consulta urológica y los días jueves la consulta de nefrología.

Como forma parte del Hospital de Clínicas, que es un referente a nivel nacional, aquí se atienden pacientes que pueden venir de Montevideo o del interior del país.

Se atienden hombres y mujeres mayores de 14 años.

- 2) ¿Cómo está constituido el equipo de salud de la misma?

La policlínica cuenta con un equipo médico de urólogos y otro de nefrología. Los médicos urólogos mantienen un sistema de consulta rotativo, por eso siempre no se encuentran los mismos médicos.

Además cuenta con dos técnicos auxiliares de enfermería, que se encargan del funcionamiento de la policlínica y de los procedimientos de enfermería que allí se realizan.

Contamos también con personal de archivo y mensajería.

- 3) ¿Qué cantidad de personas consultan aproximadamente al equipo de urología?

No contamos con un registro exacto de la cantidad de personas que se atienden allí a diario, pero actualmente se están entregando entre 15 y 20 números, pero hasta hace unos meses se entregaban más números.

- 4) En cuanto a los hombres que se atienden aquí ¿Conoce cual es la afección urológica más frecuente?

Las afecciones urológicas más frecuentes son los problemas prostáticos, tanto los tumores malignos como los benignos, las litiasis vesicales y renales.

- 5) ¿De la población masculina que se atiende aquí que proporción de los mismos consultan por adenoma de próstata o HPB?

Como ya les mencioné anteriormente no se cuenta con un registro exacto de los usuarios que se atienden y por lo tanto sabemos específicamente cuantos son y por que consultan. Aunque sabemos que una de las consultas más frecuentes de los hombres es la patología prostática.

6) ¿Los hombres que consultan con HPB expresan inquietudes o preocupaciones habitualmente en la consulta?

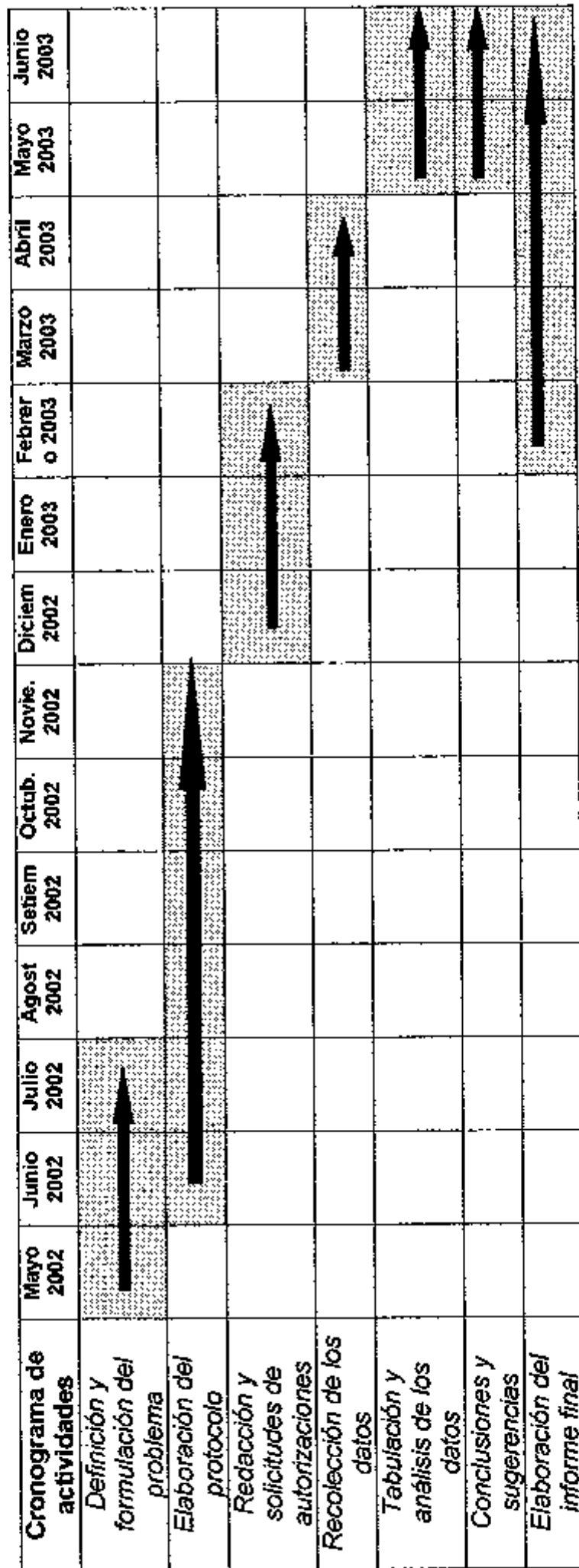
Según me ha comentado el personal auxiliar de enfermería que se encuentra a cargo de la policlínica, muchas de las preguntas que le hacen tienen que ver con todos los aspectos sexuales.

7) ¿Existen algún programa de atención a estos usuarios en particular?

No, en particular para estos usuarios no.

ANEXO Nº 3

DIAGRAMA DE GANTT



ANEXO N° 4
INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Universidad de la República
Instituto Nacional de Enfermería
Hospital de Clínicas
Policlínica urológica

Fecha: / /

ENTREVISTA PARA RECOLECCION DE INFORMACIÓN

VARIABLES:

N° de registro:

• Estado civil

- ⇒ Soltero
- ⇒ casado
- ⇒ viudo
- ⇒ divorciado
- ⇒ unión libre (concubinato)

• ¿Usted sabe por que enfermedad consulta en urología?

- ⇒ Si
- ⇒ no

Nota: se considerará que la respuesta es afirmativa si el usuario hace mención al órgano afectado y al carácter benigno de dicha patología.

Si la respuesta es afirmativa: ¿Quién le proporcionó dicha información?

- ♣ Medico
- ♣ Enfermera
- ♣ Familiares
- ♣ Amigos
- ♣ Medios de comunicación
- ♣ Otros.....

- ¿Presenta síntomas actualmente?

⇒ Si

⇒ No

- ¿Qué síntomas presenta?

⇒ Disuria

⇒ Incontinencia urinaria

⇒ Disminución en la fuerza del chorro

⇒ Polaquiuria

⇒ Retención de orina

⇒ Nicturia

⇒ Tenesmo vesical

⇒ Hematuria

⇒ Otros.....

- ¿Desde que usted comenzó con síntomas, cuanto tiempo tardó en consultar?

.....

- ¿Cuánto tiempo lleva en tratamiento?

.....

- ¿Hay algún aspecto de su enfermedad que le preocupe y le genere temor?

⇒ Si

⇒ No

Si la respuesta es afirmativa: ¿qué le genera temor?

♣ Exploración física (tacto rectal)

♣ Dolor

♣ Enfermedad maligna

♣ Padecer incontinencia urinaria

♣ A la impotencia sexual

♣ A que interfiera en la relación sexual con su pareja

♣ intervención quirúrgica

♣ Otros.....

.....

Universidad de la República
Instituto Nacional de Enfermería
Hospital de Clínicas
Policlínica urológica

Fecha: / /

INSTRUMENTO PARA RECOGER INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

VARIABLES:

Nº de registro:

• **Etapa etaria**

⇒ Adulto (40 a 65 años)

⇒ Adulto-Mayor (> de 66 años)

• **Tipo de tratamiento**

⇒ Tratamiento Médico

⇒ Tratamiento Quirúrgico

▪ Preoperatorio

▪ postoperatorio

ANEXO Nº 5

**RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS EMPLEADOS
PARA LA INVESTIGACIÓN**

Recursos humanos: para realizar las diferentes fases de la investigación participaron tres investigadoras.

Recursos materiales:

- escritorio
- 2 sillas
- material de escritorio
- computadora
- impresora
- disquete
- cartuchos de tinta para impresora
- fotocopias
- teléfono

Recursos financieros:

Presupuesto

▪ transporte:	\$ 4.000
▪ alimentación	\$ 1.500
▪ cartuchos para impresora	\$ 1.000
▪ material de escritorio	\$ 800
▪ teléfono (llamadas y conexiones a Internet)	\$ 800
▪ gastos imprevistos	\$ 500
Total =	\$ 8.600

ANEXO N° 6

TABLAS COMPLETAS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

TABLA N° 1- Distribución según manifestación de temor en relación a la hiperplasia prostática benigna, de los individuos que concurrieron a la policlínica urológica entre el 7 de marzo y el 30 de abril de 2003.

Manifestación de temor	F.A.	F.R.
Si	50	70,42%
No	21	29,57%
N	71	100%

FUENTE: Propia. (Entrevista)

GRÁFICO N° 1

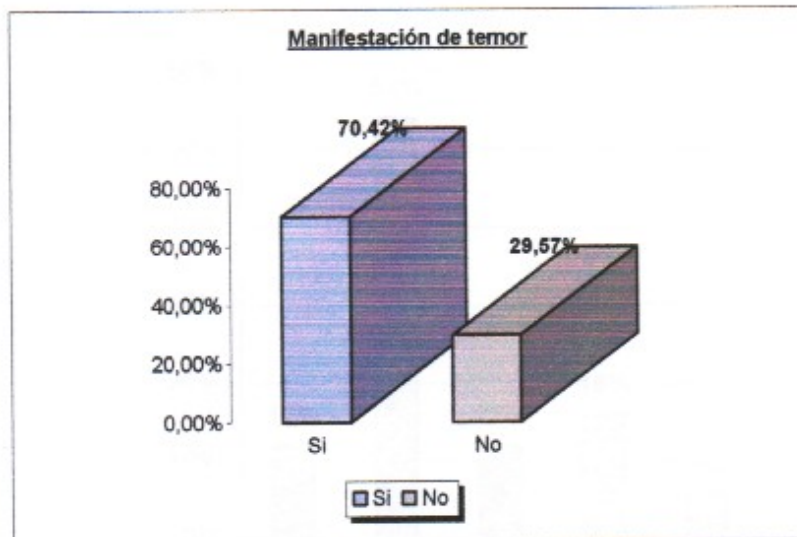


TABLA N° 2 - Distribución según estado civil de los individuos con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna, que concurrieron a la policlínica urológica entre el 7 de marzo y el 30 de abril de 2003.

Estado Civil	FA	FR%
Soltero	8	11,26%
Casado	38	53,52%
Viudo	8	11,26%
Divorciado	11	15,49%
U. Libre	6	8,45%
N	71	100%

FUENTE: Propia (Entrevista)

GRAFICO N° 2

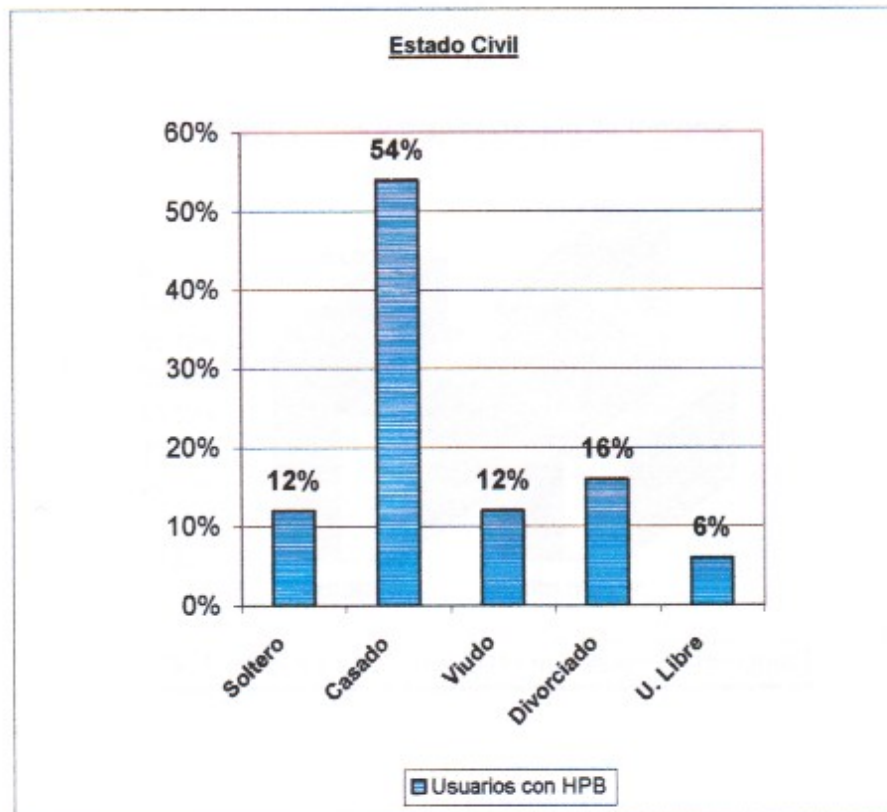


TABLA N° 3- Distribución según etapa etarea y manifestación de temores, de los individuos con hiperplasia prostática benigna.

Manifestaron temores

Etapa etarea	Si		No		Total
	F.A.	F.R. %	F.A.	F.R. %	
Adulto	6	60,00%	4	40,00%	10 (14,08%)
Adulto mayor	44	72,13%	17	27,87%	61 (85,91%)
N	50	70,42%	21	29,57%1%	71

FUENTE: Propia (Entrevista e Historia Clínica)

GRAFICO N° 3

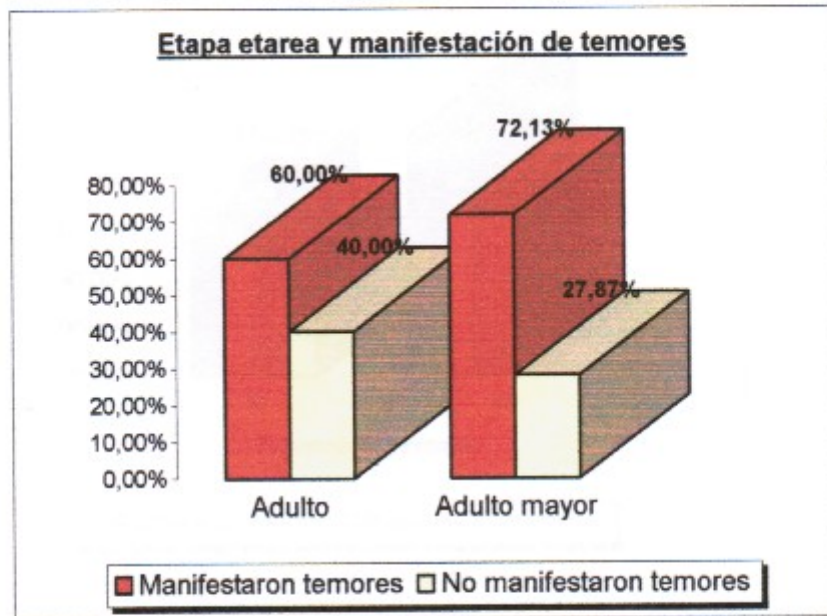


TABLA N° 4 - Distribución según presencia de síntomas y manifestación de temores, en los individuos con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna.

Manifestaron temores

Presencia de Síntomas	Si		No		Total
	F.A.	F.R. %	F.A.	F.R. %	
Si	44	67,69%	21	32,31%	65 (91,54%)
No	6	100%	--	--	6 (8,45%)
N	50	70,42%	21	29,57%	71

FUENTE: Propia. (Entrevista)

GRAFICO N° 4



TABLA N° 5 - Distribución según sintomatología que presentaron los individuos con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna.

Manifestaron temores

Síntomas	Si		No		Totales	
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%
Nicturia	11	13,92%	15	34,09%	26	21,13%
Alteración del chorro de orina	15	18,98%	10	22,72%	25	20,32%
Polaquiuria	12	15,18%	4	9,09%	16	13,00%
Retención de orina	12	15,18%	3	6,81%	15	12,19%
Disuria	8	10,12%	5	11,36%	13	10,56%
Incontinencia urinaria	6	7,59%	5	11,36%	11	8,94%
Hematuria	7	8,86%	2	4,54%	9	7,31%
Prurito	1	1,26%	-	-	1	0,08%
Urgencia miccional	1	1,26%	-	-	1	0,08%
No presentaron síntomas	6	7,59%	-	-	6	4,87%
N	79	64,23%	44	35,77%	123	100%

FUENTE: Propia (Entrevista).

GRAFICO N° 5

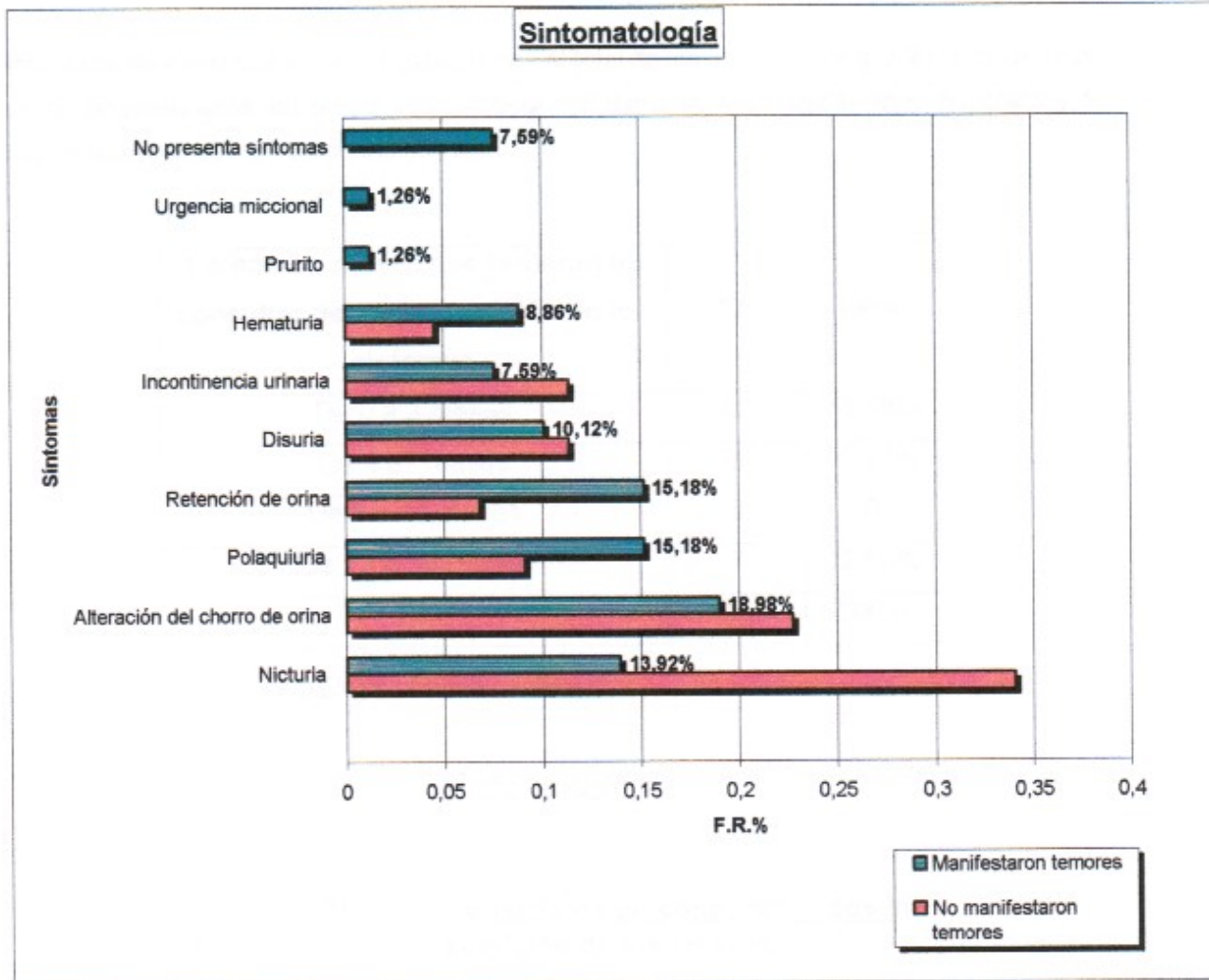


TABLA N° 6 - Distribución según el tiempo en meses que tardaron en consultar los usuarios con HPB desde la aparición de los síntomas.

Nota: cabe destacar que el "N" no coincide con el total de los usuarios, ya que 9 de los mismos fueron diagnosticados sin previa sintomatología, 5 datos se encontraban muy dispersos y 1 usuario no recordaba el tiempo transcurrido.

Tiempo en meses que tardaron en consultar desde la aparición de los síntomas	FA	FR%
De 0 a 3 meses	43	76,78%
De 4 a7 meses	6	10,71%
De 8 a 11 meses	0	0
De 12 a 15 meses	7	12,50%
N	56	100%

FUENTE: Propia (Entrevista)

GRFICO N° 6

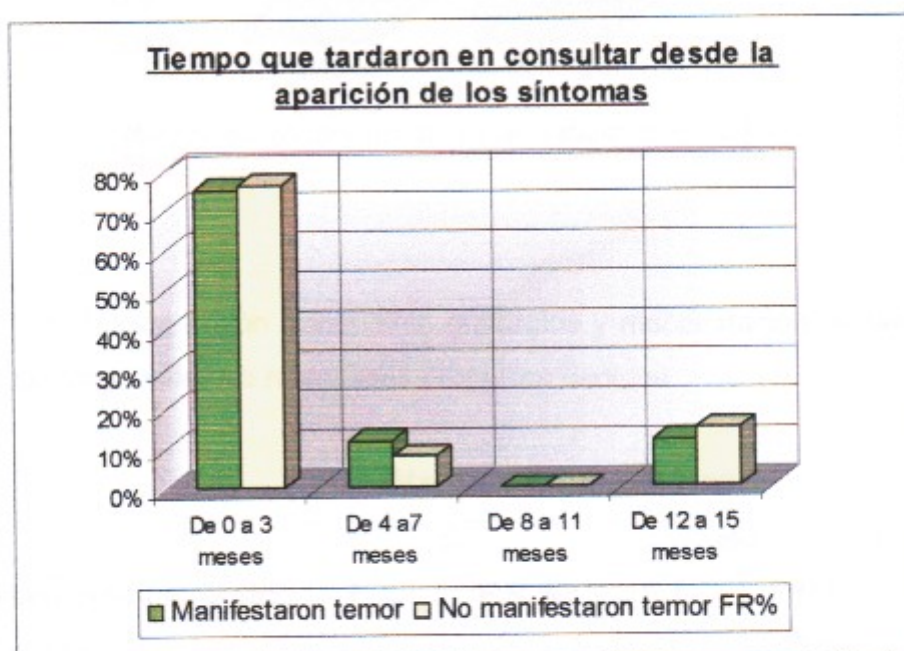


TABLA N° 7 - Distribución según tipo de tratamiento y manifestación de temor de los individuos con hiperplasia prostática benigna.

Manifestaron temores

Tipo de tratamiento	Si		No		Totales
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%	
Tto. Médico	35	67,30%	17	32,69%	52 (73,24%)
Tto. Quirúrgico	15	71,42%	4	19,04%	19 (26,76%)
N	50	70,42%	21	29,57%	71

FUENTE: Propia (Historia Clínica)

GRAFICO N° 7

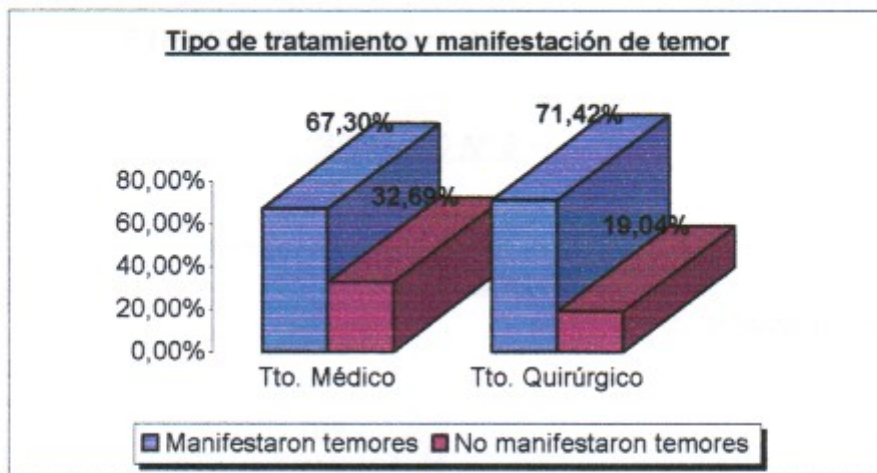


TABLA N° 8 - Distribución según tratamiento quirúrgico y manifestación de temor de los individuos con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna

Manifestaron temores

Tratamiento quirúrgico	Si		No		Totales
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%	
Preoperatorio	3	75%	1	25%	4 (100%)
Postoperatorio	12	80%	3	20%	15 (100%)
N	15	15/19%	4	4/19%	19

FUENTE: Propia (Historia Clínica)

TABLA N° 9 - Distribución según el tiempo en años que llevaban en tratamiento los individuos con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna

Tiempo en años que llevaban en tratamiento	FA	FR%
De 0 a 1 año	46	64,78%
De 2 a 3 años	10	14,08%
De 4 a 5 años	6	8,45%
De 6 a 7 años	7	9,85%
De 8 a 9 años	-	-
De 10 a 11 años	2	2,81%
N	71	100%

F UENTE: Propia (Entrevista)

GRAFICO N° 8

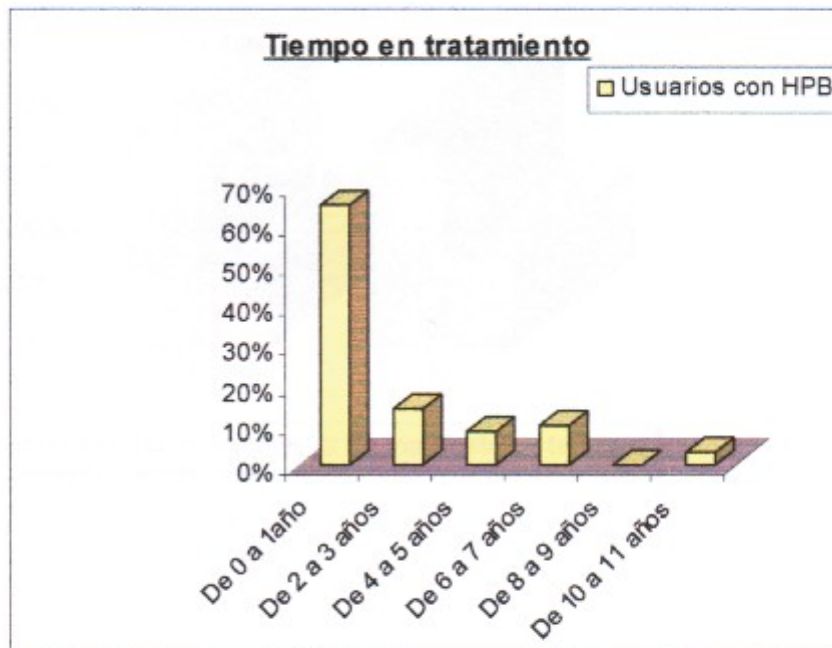


TABLA N° 10 - Distribución según si posee información sobre hiperplasia prostática benigna y manifestación de temor de los individuos con dicha patología.

Poseían información sobre HPB	Manifestaron temores				Totales
	Si		No		
	FA	FR%	FA	FR%	
Si	15	71,42%	6	28,57%	21 (29,57%)
No	35	70,00%	15	30,00%	50 (70,42%)
N	50	70,42%	21	29,57%	71

FUENTE: Propia (Entrevista)

GRAFICO N° 9

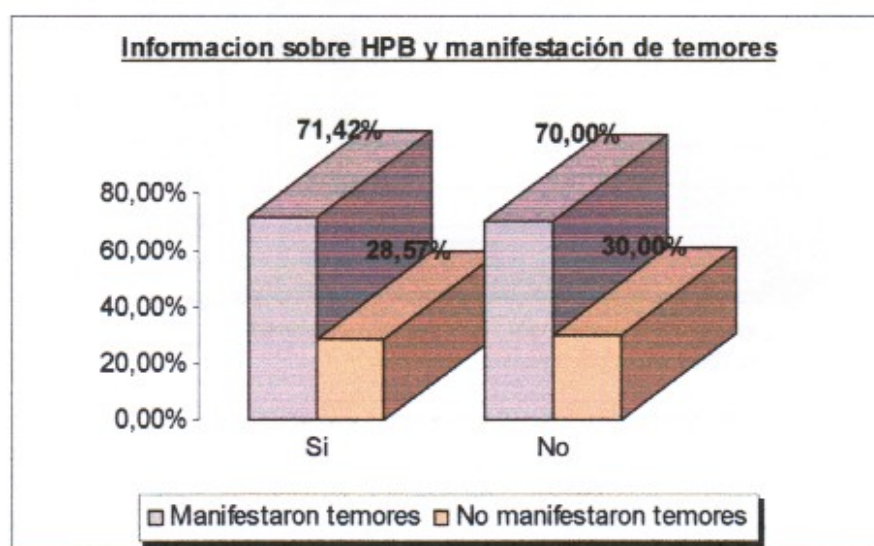


TABLA N° 11 - Distribución según la fuente de información sobre hiperplasia prostática benigna que refirieron los individuos con dicha patología

Fuente de información	FA	FR%
Médicos	17	80,95%
Enfermeros	2	9,52%
Compañeros de trabajo	1	4,76%
Familiares	1	4,76%
N	21	100%

FUENTE: propia (Entrevista)

GRAFICO N° 10

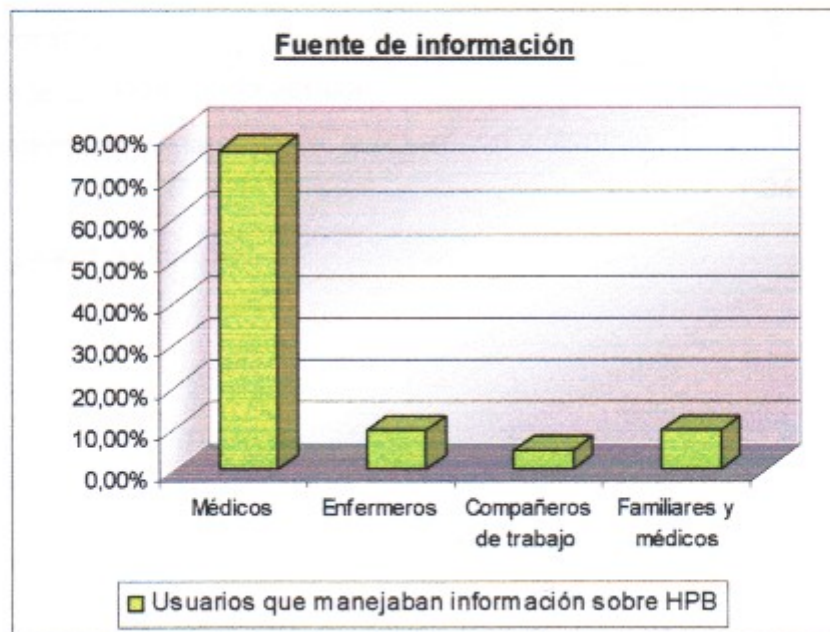


TABLA N° 12 - Distribución según tipos de temores que manifestaron los individuos con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna.

Nota: cabe mencionar que el "N" no coincide con el número de individuos que manifestaron temores debido a que algunos de ellos manifestaron más de un temor.

Tipos de temores	F.A	F. R %
Enfermedad Maligna	19	20,21%
A padecer trastornos sexuales	15	15,95%
Al dolor	14	14,87%
A que interfiera en la relación sexual con su pareja	12	12,76%
A ser intervenido quirúrgicamente	11	11,70%
Padecer Incontinencia Urinaria	10	10,63%
A la exploración física	5	5,43%
A que se le coloque sonda vesical	4	4,25%
Otros (Internación/A la muerte/Continuar con síntomas)	4	4,25%
N	94	100%

Fuente: propia (Entrevista)

GRAFICO N° 11

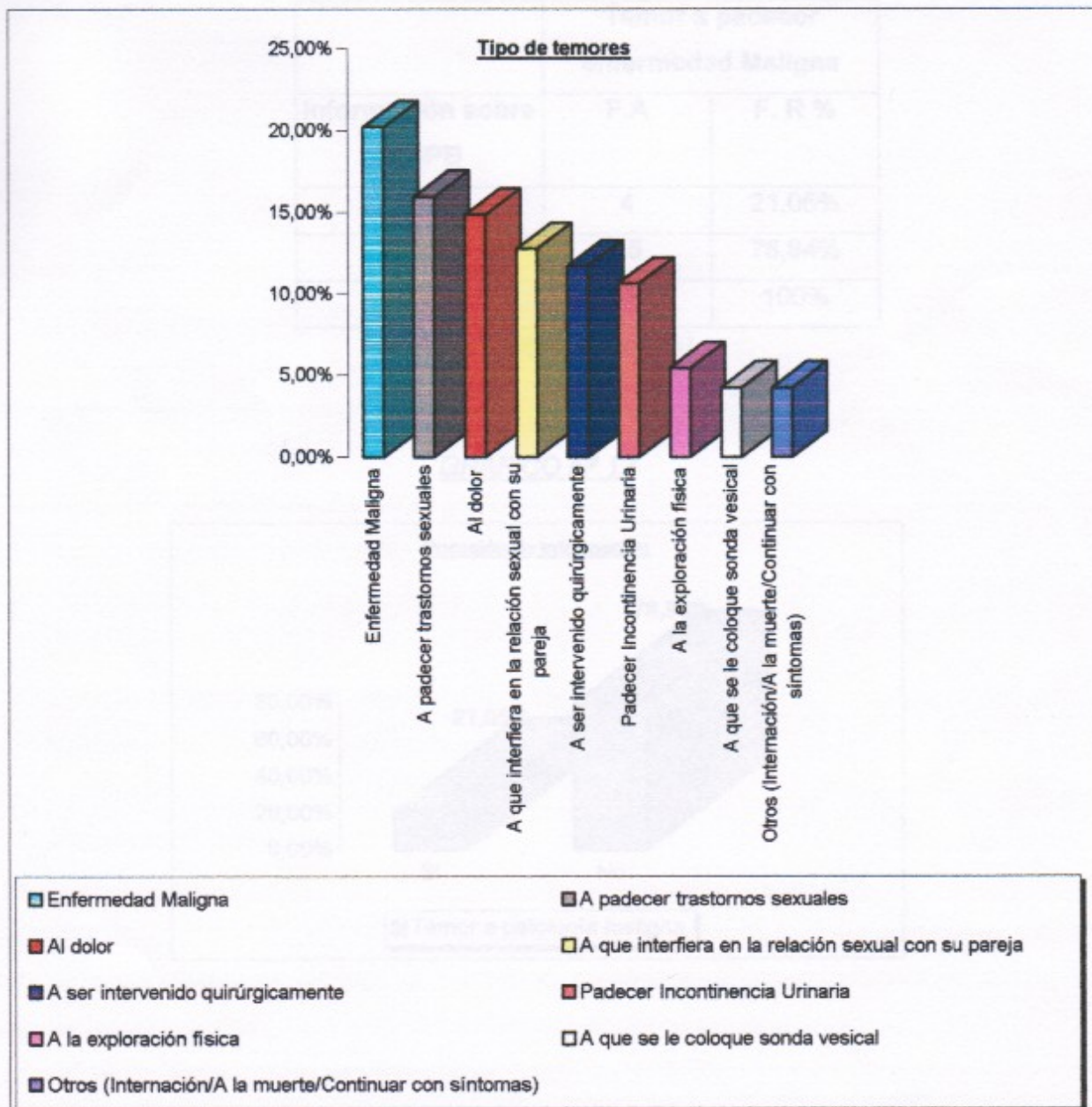
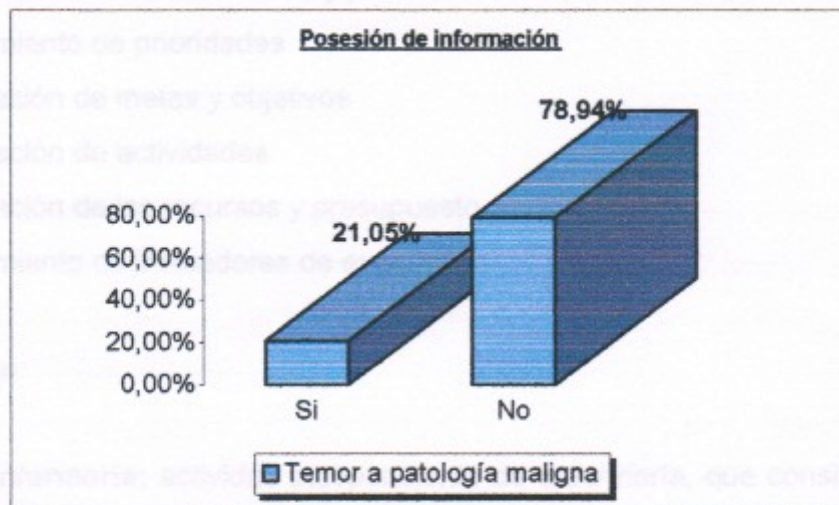


TABLA N° 13 - Distribución según temor a padecer enfermedad maligna e información que poseen los individuos sobre la hiperplasia prostática benigna.

Información sobre la HPB	Temor a padecer enfermedad Maligna	
	F.A	F. R %
Si	4	21,05%
No	15	78,94%
N	19	100%

FUENTE: Propia (Entrevista)

GRAFICO N° 12



ANEXO N° 7
PROGRAMA PROPUETO PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS CON
HPB QUE SE ATIENDEN EN LA POLICLÍNICA UROLÓGICA DEL
HOSPITAL DE CLÍNICAS.

Marco conceptual¹

Definición de programa: es la propuesta que integra un conjunto de actividades, dirigidas a alcanzar objetivos concretos a una población determinada.

Etapas en la elaboración de un programa:

- Identificación de las necesidades y problemas
- Establecimiento de prioridades
- Determinación de metas y objetivos
- Determinación de actividades
- Determinación de los recursos y presupuesto
- Establecimiento de indicadores de evaluación
- Ejecución
- Evaluación

Consulta de Enfermería: actividad independiente de enfermería, que consiste en el encuentro entre la enfermera y el usuario, en donde la enfermera aplica el proceso de atención de enfermería, para brindar una atención calificada (personal y humana).

A través de la misma se logra elevar la calidad de asistencia y aporta al trabajo en equipo

Actividades: conjunto de acciones que se realizan para cumplir los objetivos. Para programar las acciones debemos tener en cuenta los recursos necesarios.

Recursos: conjunto de personal, medios materiales y financieros necesarios para alcanzar los objetivos de un programa.

¹ En cuanto a la HPB y los aspectos psicológicos vinculados a la vivencia de enfermedad, ver marco conceptual de la investigación.

Evaluación: es un proceso continuo, que permite definir si el programa es efectivo y detectar las fortalezas y debilidades que tiene el mismo.

Ésta se debería tener en cuenta en todas las etapas de la programación, pues nos permite detectar los problemas que van surgiendo y retroalimentar el sistema.

Indicadores:

✓ De estructura:

- ❖ Disponibilidad: es la relación entre los recursos existentes y la población a la cual están destinados.
- ❖ Accesibilidad: es la condición variable de la población de poder utilizar los servicios de salud, de obtener dichos servicios en el momento y lugar donde los necesitan, en suficiente cantidad y a un costo razonable.

✓ De proceso:

- ❖ Actividades: mediante las cuales determinadas funciones son desempeñadas por los recursos disponibles para cumplir los objetivos de una institución de salud.
- ❖ Productividad: nº de actividades realizadas por unidad de recurso disponible por unidad de tiempo.
- ❖ Extensión del uso: proporción de la población que se beneficia de un servicio determinado en un período de tiempo.
- ❖ Rendimiento: es el nº de actividades producidas por unidad de recurso utilizado.

✓ De resultados:

- ❖ Cobertura: establece la proporción de personas con necesidad de servicio de salud, que recibe atención para tales necesidades.
- ❖ Eficacia: logro de objetivos del servicio sobre los usuarios del mismo.
- ❖ Eficiencia: relación entre los efectos de un programa o servicio de salud y los gastos correspondientes a recursos e insumos.

IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES Y PROBLEMAS

La hiperplasia prostática benigna es una de las enfermedades más comunes que afectan a los hombres a partir de la cuarta década de vida y que en nuestro país es la de mayor frecuencia en la consulta urológica, seguida en orden decreciente por el cáncer de próstata y la prostatitis.

Si bien no contamos con datos epidemiológicos concretos en nuestro país acerca de la prevalencia de la HPB, sabemos que el comportamiento de dicha patología es similar a la de los países del primer mundo, por lo que podemos decir, según datos norteamericanos, que en autopsias se observa en el 50% de los hombres a los 60 años y en el 90% a los 85 años. El aumento prostático palpable al tacto rectal es del 21% en los hombres entre los 50 y 60 años y del 53% a los 80 años. La presencia de síntomas es de 14% a los 40 años, de 24% a los 50 años y de 50% a los 75 años.

Debido a los anteriormente mencionado y según los datos obtenidos de nuestra investigación, donde el 70,42% de los usuarios con HPB no poseían información sobre el tema, manifestando en igual porcentaje temores en cuanto a la misma, los cuales mayoritariamente estaban relacionados con la patología maligna y trastornos sexuales, podemos decir que creemos conveniente la elaboración y puesta en práctica de la presente propuesta programática con el fin de atender las necesidades en cuanto a los aspectos psicológicos y a la información.

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Creemos que la prioridad en la atención de estos usuarios debería ser, en primer término, atender al usuario desde un punto de vista integral contemplando los aspectos psicológicos de los mismos, a través del trabajo interdisciplinario y en segundo término enfocarse a brindar información acerca de dicha patología y cuidados con respecto a la misma.

DETERMINACIÓN DE METAS Y OBJETIVOS

META:

- Lograr que el 100% de los usuarios con HPB que se atiendan en la policlínica urológica del Hospital de Clínicas, sean contemplados desde un punto de vista integral, con especial énfasis en los aspectos psicológicos.

OBJETIVOS GENERALES:

- Contribuir a elevar la calidad de vida de los usuarios con HPB que consultan en la policlínica urológica del Hospital de Clínicas.
- Mejorar la calidad de atención a los usuarios con patología urológica (HPB) cuando consultan en la policlínica urológica del Hospital de Clínicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Atender las necesidades físicas, psicológicas y sociales del usuario y/o familia durante las diferentes etapas de su proceso patológico.
- Fortalecer el trabajo interdisciplinario para mejorar la atención brindada a estos usuarios.
- Unificar criterios con el equipo de salud en cuanto la atención de los usuarios.
- Brindar información clara y precisa sobre la HPB a los usuarios que consulten en la policlínica.
- Promover la realización de la consulta de enfermería en la atención de los usuarios con HPB.
- Atender los aspectos que se encuentran relacionados a la sexualidad de los usuarios.
- Promover la consulta urológica anual de los hombres mayores de 40 años.
- Contribuir a disminuir la incidencia de complicaciones que provoca la HPB y a la detección precoz del cáncer de próstata.
- Contribuir a disminuir los costos y las secuelas en tratamientos quirúrgicos de la HPB.

POBLACIÓN OBJETIVO:

Todos los usuarios de sexo masculino, mayores de 40 años, que concurran a la policlínica de urología los días lunes, martes, miércoles y viernes de 8 a 13 horas.

DETERMINACIÓN DE ACTIVIDADES

- Consulta de enfermería.

Objetivos de la misma:

Brindar un espacio de escucha a todos los usuarios que presenten HPB, permitiendo de esta forma expresar las inquietudes y preocupaciones acerca de la vivencia de su enfermedad y como esto incide en su calidad de vida.

Crear y aplicar instrumentos que faciliten el registro de la información y nos permita recabar datos patronímicos y además registrar los datos relevantes de la valoración, incluyendo las necesidades y problemas planteados por el usuario durante la misma.

Realizar los procedimientos de enfermería acordes a las necesidades de cada usuario (curaciones, cambios de sonda vesical, etc.) aportando información sobre los cuidados en cada uno de ellos y disipar las dudas que se presenten.

- Instancias educativas individuales y grupales.

A través de las mismas se pretende brindar información clara y oportuna a los usuarios, y fortalecer el trabajo en equipo interdisciplinario.

Las instancias educativas individuales se abordaran dentro de la consulta de enfermería.

Realizar instancias educativas grupales mensuales partiendo de los aspectos que dichos usuarios manifiesten más interés. Si consideramos los datos obtenidos de nuestra investigación estas educaciones se encontrarían dirigidas al abordaje de esta patología (epidemiología, sintomatología, tratamiento, vivencia de enfermedad, temores, etc.) y los factores sexuales que la misma involucra. Para lo cual es imprescindible organizar estas instancias educativas contando con la colaboración del equipo de salud (urólogos, sexólogos, psicólogos, enfermeros, entre otros).

- Determinación de los recursos

Recursos humanos:

- ✓ Licenciadas en Enfermería
- ✓ Auxiliares de enfermería
- ✓ Urólogos
- ✓ Sexólogos²
- ✓ Psicólogos
- ✓ Asistente social
- ✓ Servicios accesorios (farmacia, laboratorio, mensajería, archivo, personal de servicio, entre otros)

Recursos materiales:

² Cabe aclarar que actualmente la políclínica de urología no cuenta con sexólogos, lo cual consideramos que es un problema, pues es fundamental la participación del mismo a la hora de atender los aspectos sexuales de los usuarios; teniendo en cuenta los datos obtenidos en nuestra investigación, los trastornos sexuales fueron los que provocaron en mayor medida preocupaciones y temores.

- ✓ Para la consulta de enfermería: 2 sillas, 1 mesa y material de papelería.
- ✓ Para las instancias educativas: material de papelería y folletería.

Nota: se utilizarían los recursos materiales existentes en dicha policlínica.

Recursos financieros: aportados por el Hospital de Clínicas.

- Establecimiento de indicadores de evaluación

Los indicadores de estructura serían:

- ✓ Disponibilidad
- ✓ Accesibilidad

Los indicadores de proceso serían:

- ✓ Actividad
- ✓ Productividad
- ✓ Uso
- ✓ Extensión del uso
- ✓ Rendimiento

Los indicadores de resultado serían:

- ✓ Cobertura
- ✓ Eficacia
- ✓ Eficiencia

- Ejecución

En cuanto a la consulta de enfermería se realizaría previo a la consulta médica, en un consultorio destinado para tal finalidad. Se llevaría a cabo los días lunes, martes, miércoles y viernes, su duración sería de aproximadamente 15 a 20 minutos por usuario. En la misma se aplicaría el instrumento para la recolección de los datos pertinentes según cada usuario, se pondría en práctica el proceso de atención de enfermería y realizarían educaciones incidentales.

De acuerdo con las necesidades, intereses y problemas que surjan en cada usuario enfermería en coordinación con el equipo médico evaluarían la necesidad de inter consulta con otros profesionales.

En cuanto a las actividades educativas se realizarán mensualmente instancias grupales, sobre las temáticas anteriormente expuestas y sobre nuevos planteamientos que manifiesten los usuarios.

- Evaluación

Se evaluarán las consultas de enfermería y las instancias educativas a través de los indicadores previamente establecidos.