



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

Facultad de Enfermería

FACTORES QUE OCASIONAN ESTRÉS AL
PACIENTE QUIRÚRGICO

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de:

Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta

Arlene Berenice Sánchez Astudillo

Santiago de Querétaro Qro. Marzo, 2009.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de la Enfermería

TESIS

Factores que ocasionan estrés al paciente quirúrgico

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de la Enfermería

Presenta:

Ariene Berenice Sánchez Astudillo

Dirigido por:

Dra. Austreberta Nazar Beutelspacher

SINODALES

Dra. Austreberta Nazar Beutelspacher
Presidente

M.C. Ruth Magdalena Gallegos Torres
Secretario

M.P.P.I.A. Juan Manuel Oñate Romero
Vocal

M.M.S. Martha Catalina Zalapa Covarrubias
Suplente

M.S.P. Rosalba Flores Ramos
Suplente


L.E. Maria Eugenia Peñaloza Servien
Directora de la Facultad


Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Marzo, 2009
México

RESUMEN

El propósito del estudio fue determinar el tipo de factores que provocan estrés al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente. El diseño fue descriptivo, observacional, transversal con base en una muestra de 60 pacientes que asistieron a cirugía electiva de las especialidades de cirugía general y ginecobstetricia entre el 1 de diciembre de 2005 y el 30 de abril de 2006. El instrumento utilizado fue un cuestionario semiestructurado con 128 ítems dividido en cinco secciones. El análisis estadístico incluyó la obtención de frecuencias simples y la comparación de las distintas variables por sexo utilizando Ji Cuadrada de Máxima Verosimilitud y el cálculo de Intervalos de Confianza de Cornfield. Los resultados del estudio evidenciaron distinta magnitud de ansiedad y depresión en hombres y mujeres, aunque en su conjunto de variables componentes no fueron estadísticamente significativas ($p=0.13$ y $p=0.43$, para ansiedad y depresión, respectivamente). Solamente fueron significativas las diferencias en cuanto a la tristeza ($p=0.05$) y el llanto fácil ($p=0.03$). Se registró diferencia significativa en la claridad de la información proporcionada por el cirujano a hombres y mujeres ($p=0.02$), en detrimento de éstas últimas. Las actividades de enfermería en el periodo preoperatorio fueron factores desencadenantes de estrés así como los procedimientos realizados por el anestesiólogo. También fue significativa la diferencia en lo que respecta a que en el trabajo estuvieran enterados de la cirugía, ya que menos de la mitad de las mujeres dijeron haber informado de esta situación en su trabajo ($p=0.05$). Los resultados estadísticos del estudio aportan elementos importantes para la planeación y la estandarización de la intervención de enfermería en el paciente que va a ser sometido a la experiencia quirúrgica como parte del tratamiento, la cual deberá prestar atención particular a las mujeres, quienes manifestaron mayor proporción de ansiedad, depresión y menor información acerca de su cirugía en el trabajo.

(Palabras clave: enfermería, ansiedad, depresión, estrés quirúrgico, Betty Neuman)

SUMMARY

The purpose of the study was to determine the factors that cause stress to the patient about being under surgical treatment. The design of this study was descriptive, observational, and transversal based on a sample of sixty patients who attended general surgery and gynecobstetrics from December first, 2005 to April 30, 2006. The instrument used was a semi-structured questionnaire with 128 items divided into five sections. The statistical analysis included the acquisition of simple frequencies and the comparison of the different sex variables using chi square of maximum probability and the calculus of confidence of Cornfield intervals. The results of the study evidenced a distinct magnitude of anxiety and depression on men and women, though in the whole of component variables they were not statistically significant ($p=0.13$ and $p=0.03$, for anxiety and depression, respectively). The differences were only significant regarding the sadness ($p=0.05$) and the easy crying ($p=0.03$). Significant difference was registered in the clarity of the information given by the surgeon to men and women ($p=0.02$), in detriment to the latter. The activities of nursing in the pre-surgery period were unchained factors of stress as well as the procedures accomplished by the anesthesiologist. Besides, the difference regarding the acknowledgement by the labor place of the surgery was significant, since less than half of the women said they had informed of the situation in their workplace ($p=0.05$). The statistical results of the study gave important elements for the planning and the standardization of the nursing intervention on the patient who is going to be submitted to the surgery experience as part of the treatment, which ought to pay particular attention to women, who showed greater proportion of anxiety, depression and less information about their surgery in their workplace.

(Key words: nursing, anxiety, depression, surgical stress, Betty Newman)



AGRADECIMIENTOS

A Dios: por haberme permitido existir y ser colaboradora en el cuidado del *ser humano*.

A mi Familia: que en todo momento de mi vida personal y profesional ha estado conmigo,
Carlos gracias por tu paciencia y apoyo.

A Daniel: por el apoyo incondicional que en todo momento me ha brindado.

A la Maestra Martha González Esquivel, por su orientación y experiencia para la selección del
tema.

A mi Directora de Tesis: Dra. Austreberta Nazar Beutelspacher, por el tiempo, conocimientos y
asesorías para la realización de la investigación y la revisión detallada de presente trabajo.

Al Dr. Benito Salvatierra Izaba, por su asesoría en el desarrollo de la investigación

A Lucrecia Magdalena Hernández Pilicastro, por la disposición en tiempo, tolerancia y
conocimientos.

A Rafael Jiménez Martínez, por la disposición en tiempo, conocimientos y orientación durante
el desarrollo del trabajo

INDICE

Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Índice de Cuadros	v
Índice de Figuras	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Importancia del estudio	4
1.3 Objetivos	6
II. REVISION DE LITERATURA	7
2.1 Aspectos generales del estrés	7
2.2 Modelos de estrés	8
2.3 Estrés y paciente quirúrgico	12
2.4 Estrés y estudios relacionados	13
2.5 Modelo de los sistemas de neuman	18
2.6 Estudios relacionados bajo el Modelo Neuman	24
2.7 Adaptación del Modelo Neuman al estudio	26
III METODOLOGIA	29
3.1 Diseño de estudio	29
3.2 Área de estudio	29
3.3 Universo y muestra	29
3.4 Material y método	30
3.5 Plan de análisis	32
3.6 Ética del estudio	32
IV. RESULTADOS Y DISCUSION	34
V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	52
BIBLIOGRAFIA	56
APÉNDICE	60

INDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
1. Características de la población en estudio.....	35
2. Síntomas de ansiedad por sexo en pacientes hospitalizados	36
3. Síntomas de depresión por sexo en pacientes hospitalizados.....	38
4. Calidad y suficiencia en la información recibida preoperatoria por los pacientes según sexo.	39
5. Factores estresantes relativos al trato de enfermería en el área quirúrgica, por sexo.	40
6. Factores estresantes relativos al trato del anestesiólogo en el área quirúrgica, por sexo.	42
7. Factores estresantes relativos al trato del cirujano en el área quirúrgica, por sexo.	43
8. Factores estresantes relacionados con la experiencia del paciente en el quirófano, por sexo	44
9. Cirugía y anestesia como factores estresantes, por sexo.	45
10. El ambiente del quirófano como factor estresante, por sexo.....	46
11. Efecto del color de las paredes del quirófano en el estrés del paciente, por sexo.	46
12. Efecto del uniforme quirúrgico en el estrés del paciente, por sexo.	47
13. Cirugías previas como factor estresante en el paciente, por sexo	47
14. Experiencia de la cirugía actual como factor estresante, por sexo.....	48
15. Conocimiento en el trabajo acerca de la cirugía actual, por sexo	49
16. Preocupación por el ausentismo laboral por motivo de la cirugía actual, por sexo.	49
17. Quien apoya a los hijos e hijas, y si esto preocupa a los y las pacientes, por sexo.	51

INDICE DE FIGURAS

Figura	Página
1. Modelo de los Sistemas Neuman (1995)	25
2. Interacción del paciente quirúrgico y estresores, adaptado por Sánchez (2007).	28

I. INTRODUCCIÓN

La evolución del mundo de la enfermería plantea numerosos desafíos en el campo de la salud, tanto en la atención de los enfermos como en la investigación. La enfermería ha tenido un importante desarrollo en el primer aspecto, aspirando al dominio del arte y encontrando como reto el amplio campo de la investigación orientada a los problemas.

Uno de los problemas de salud de la época es el estrés, que en niveles elevados altera al organismo en su homeostasis afectando negativamente la salud. El problema del estrés moderno es que, la causa principal es de origen psicosocial, cuya influencia difícilmente puede evitarse (Lopategui, 2000).

Dentro de los conceptos que hasta la fecha se conocen sobre lo que es el estrés tenemos que son los siguientes: Hans Seyne (1936), definió el estrés como la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier exigencia a que se ve sometido; dicha respuesta puede ser de tipo psicológica o fisiológica. La demanda se refiere a la causa del estrés (el estresor). Imogene King (1981) en la Teoría de la consecución de objetivos y Marco sistémico conceptualiza al estrés como “un estado dinámico por el cual el ser humano interacciona con su entorno”, el estrés “implica un intercambio de energía e información entre la persona y el entorno, para lograr la regulación y el control de factores estresantes”...es una respuesta de energía del individuo hacia personas, objetos y acontecimientos. Por otro lado, Betty Neuman (1982) en el Modelo de sistemas, refiere que los factores estresantes “son las fuerzas del entorno que pueden alterar la estabilidad del sistema”.

El Modelo de sistemas de Neuman utiliza la definición de Hans Seyne sobre el estrés, donde se señala que el estrés eleva la necesidad de reajuste. La demanda del cuerpo es inespecífica y requiere la adaptación a un problema, sea cual sea su naturaleza. La esencia del estrés es por lo tanto, la demanda no específica de la actividad (Seyne, 1974). Los factores que contribuyen al estrés son los estímulos que producen tensión y pueden provocar un desequilibrio.

Dentro de los factores estresantes se encuentran los: físicos y psicológicos, estos últimos reales o imaginarios, y todos son peligrosos para el organismo cuando resultan excesivos. La influencia de estos en el organismo dependen de diversas circunstancias, como son: número de factores, edad, sexo, estado físico, previsión del estrés, aparición súbita del estrés y experiencias previas con el estrés.

En el caso de situaciones en las que una persona necesita ser sometida a un proceso quirúrgico el estrés que va en aumento si no existe información por parte del equipo humano que lo atiende. El conflicto entre el deseo de autonomía y la necesidad de dependencia para recibir cuidados actúan como disparadores del estrés, siendo manifiesto en la persona con agresividad, enojo y sentimientos de humillación por su dolencia o limitaciones físicas, angustiados por su familia y el entorno hospitalario, entre otros.

Considerando todo lo anterior, se observó la necesidad de conocer e identificar los tipos de factores productores de estrés, mediante un estudio descriptivo. Como marco teórico se propone el Modelo de Neuman "Modelo de sistemas", del cual fue seleccionado el concepto de factores estresantes que son las fuerzas de rompimiento que agotan la energía del sistema y conducen a la enfermedad; éste fue adaptado y operacionalizado en relación a los objetivos de identificación de factores de estrés quirúrgico.

1.1 Planteamiento del problema

El estrés se define como una "amplia clase de experiencias en las cuales se produce tensión ante situaciones demandantes que ponen a prueba los recursos, la capacidad de resolución de problemas y el nivel de adaptación del individuo" (Martínez, 2000). La adaptación alude a las respuestas con las que el sujeto mantiene el equilibrio cuando se enfrenta a estímulos o a agentes destructivos, internos o externos, de manera consciente o inconsciente.

Hans Selye, (1940) refiere que "es una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga". Dicha respuesta puede ser de tipo psicológica (mental) o fisiológica (física/orgánica). El factor que estimula esta demanda se denomina agente estresante que puede ser de tipo social y biológico, interno o externo, positivo o negativo.

Dentro de las variaciones de las constantes vitales (respuestas fisiológicas) generadas por el estrés, Salas (1999), diseñó un estudio de comportamiento de las variables de frecuencia cardiaca, presión arterial diastólica y sistólica, y temperatura en pacientes sometidos a intervención quirúrgica. Los resultados de las variables: frecuencia cardiaca, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y temperatura mostraron una disminución significativa en el periodo postoperatorio en relación a los registros en el periodo preoperatorio, que puede atribuirse en parte, a la satisfacción de los pacientes con la atención recibida del equipo quirúrgico. La utilización de estas variables como un método de valoración de respuesta fisiológica, es un indicador útil y económico para la valoración del paciente ante el estrés quirúrgico.

Una persona que va a ser sometida a un acto quirúrgico por pequeño que sea, recibe un impacto emocional (respuesta psicológica), variable de acuerdo con la capacidad resolutoria del individuo y su nivel de adaptación. En algunas personas el trauma operatorio reactiva recuerdos correspondientes a muchas situaciones previas que hasta el momento se mantenían disociadas. Los efectos automáticos de estas memorias reactivan las emociones más temidas para el ser humano: el miedo a morir, descontrol a no despertar de la anestesia, al dolor y al cambio de identidad (Suchek, 2003).

En la unidad hospitalaria donde se realizó el estudio, y en opinión del personal de enfermería se reportaron diversos factores que generan estrés, como son: una preparación psicológica deficiente, recursos materiales insuficientes, y el ausentismo de personal, repercutiendo en la calidad del servicio otorgado al paciente y el bienestar de las enfermeras existentes quienes se ven afectadas por sobrecarga de trabajo y estrés, inexistencia de educación continúa dentro de la unidad, relaciones humanas no fomentadas que contribuyen a desestabilizar la atención y a no unificar criterios para el cuidado del paciente, así como la ausencia de liderazgo creativo. Estas situaciones cotidianas por las cuales atraviesa el departamento de enfermería, produce un desequilibrio psicológico y fisiológico que se refleja en el ambiente laboral y en la relación enfermera-paciente quirúrgico, donde ambos resultan estresados.

Bajo la observación del investigador las situaciones que favorecen el estrés quirúrgico son las siguientes: preparación psicológica deficiente, insuficientes recursos humanos y materiales, experiencias quirúrgicas previas, la no información preoperatoria del ambiente hospitalario, rigidez en la normatividad, ausentismo del personal de enfermería; entre otros que pueden constituirse como factores de estrés. Finalmente, en México, son escasos los trabajos que aportan información sobre indicadores identificados como causantes de estrés en el paciente quirúrgico, así como los estudios que aborden la incidencia de estos factores que originan estrés a la persona que va a enfrentar la experiencia de una cirugía.

De tal forma que mediante el presente trabajo se pretendió conocer ¿Cuáles son los factores que ocasionan estrés al paciente quirúrgico?

1.2 Importancia del estudio

El estrés conceptualizado por la Organización Mundial de la Salud determina que es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo, para la acción (O.M.S.2000).

El estrés es parte de la vida, surgen los problemas si los factores estresantes asumen importancia excesiva o insuficiente, en virtud de la incapacidad del cuerpo para hacer los ajustes necesarios. La teoría de Hans Seyne (1940) ha servido como referencia para estudios posteriores sobre el estrés en el organismo, desde el punto de vista psicológico fisiológico, en diferentes áreas de la especialidad en salud, para el trabajo con familias, en ambientes laborales específicos, en general en donde se encuentra inmerso el ser humano racional, y en las diferentes actividades a lo largo de la vida.

En el ejercicio y cuidado de enfermería el estrés se aplica más a menudo a una discusión del estado psicosocial de los individuos, mientras interactúan con el ambiente hospitalario (Huber, 1999). Una de las teóricas que han retomado la teoría de la tensión de Seyne es Neuman integrando así mismo la teoría de los sistemas, la teoría de la adaptación, y el enfoque holístico a los individuos y al cuidado de la salud (Griffith, 1999).

En enfermería se propone obtener y mantener el bienestar máximo al reducir a los opresores (productores de tensión) o fortalecer la línea de defensa

del individuo (Griffith, 1999). Cuidar a los otros es un arte que la enfermera practica cada día. Este deseo de cuidar-curar- es la principal motivación de la mayor parte de las enfermeras. Todo individuo que ha sido cuidado en un periodo crítico de su vida comprende la importancia de realizar este arte según diversas reglas, estas reglas constituyen el aspecto científico del cuidar bajo el enfoque del método de cuidado enfermero.

La ciencia en el cuidado permite observar, clasificar, experimentar, evaluar las inter-relaciones para comprender mejor los acontecimientos naturales. Una actitud científica identifica específicamente las intervenciones eficaces y ayuda a los pacientes a conseguir una mejor aceptación de la enfermedad, reestructurarse ante la misma, conseguir un mejor estado de salud y aplicar los principios aprendidos en situaciones semejantes.

Múltiples estudios realizados a nivel internacional y nacional abordan el tema del estrés; enfocándose en su mayoría al comportamiento fisiológico durante la exposición a los estresores. En la región y a nivel estatal no se han encontrado trabajos que respondan a cuáles son los factores que generan estrés de acuerdo con el modelo de Neuman u otros teóricos que se enfoquen a la población a estudiar.

De manera particular y para fines del estudio se tomó el Modelo de sistemas y la adaptación del mismo para la detección de factores intrapersonales, extrapersonales e interpersonales que provocan estrés al paciente con experiencia quirúrgica, siendo estos y en un momento determinado, los que permitan la planeación de cuidados enfermería y la continuidad de los mismos.

Para el personal de enfermería, los resultados del estudio favorecerán la identificación y planeación de cuidados que incluyan valores de respeto a la vida humana, humanización del cuidado y calidad del mismo, trato amable con la disposición de siempre escuchar al individuo (paciente), atendiendo la mente, el cuerpo y el espíritu, retomando los valores de la persona con fundamento ético; reestructurar los planes de atención y adaptarlos a las necesidades de salud de la región y por ultimo; en relación a la rigidez de la normatividad institucional es necesaria establecerla de manera más flexible

utilizando y retomando el concepto de humanización en la práctica diaria; sin desviarse o violentar las mismas.

En el campo de la investigación, el modelo de sistemas de Neuman y las adaptaciones del mismo guían de manera práctica la identificación de estresores, en el caso particular del paciente quirúrgico, además de abrir espacios para otras líneas de investigación utilizando esta teoría.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Identificar los factores que ocasionan estrés al paciente quirúrgico en la Clínica Hospital del ISSSTE de San Cristóbal de las Casas.

1.3.2 Objetivos específicos

- Evaluar la presencia o no de estrés en pacientes con tratamiento quirúrgico electivo en los servicios de ginecología y cirugía general.
- Determinar la influencia que tiene la información preoperatoria en la presencia de estrés en el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.
- Determinar si el antecedente previo quirúrgico es un factor para el desarrollo de estrés.
- Identificar elementos del entorno familiar y laboral, generadores de estrés.
- Describir los procedimientos intraquirúrgicos y los elementos de entorno de la sala de operaciones, que provocan estrés.
- Determinar el efecto de las relaciones interpersonales paciente-equipo quirúrgico, y su impacto en el estrés.

II. REVISION DE LITERATURA

Dentro de este apartado se hace referencia, de manera resumida, a los aspectos generales del estrés, modelos de estrés, el estrés y el paciente quirúrgico, estrés y estudios relacionados; así mismo se describe el modelo de Neuman, estudios nacionales, internacionales y por último la adaptación del modelo al estudio.

2.1 Aspectos generales del estrés

El estrés es un fenómeno universal que todo el mundo sufre. Puede tener origen en experiencias positivas y negativas. El concepto de estrés es importante porque proporciona una forma de entender a la persona como un ser que responde en su totalidad (mente, cuerpo y espíritu) a diversos cambios que tienen lugar en su vida diaria.

El estrés es una alteración en la que la persona responde a cambios producidos en su estado de equilibrio normal. Un factor estresante es cualquier episodio o estímulo que hace que la persona experimente estrés. Existen muchas fuentes de estrés. De forma general se puede clasificar como: factores estresantes internos que se originan dentro de la persona, por ejemplo, el cáncer o los sentimientos de depresión. Los factores estresantes externos tienen su origen fuera del individuo, como el traslado a otra ciudad, la muerte de un familiar o la presión de los compañeros. Los factores estresantes de desarrollo tienen lugar en momentos predecibles a lo largo de la vida del individuo. Los factores estresantes de situación son impredecibles y pueden producirse en cualquier momento de la vida y puede ser la muerte de un familiar, matrimonio o divorcio, nacimiento de un hijo, nuevo trabajo, enfermedad. El estrés de situación puede ser positivo o negativo, (Golanty y Brown, 2002).

El estrés tiene consecuencias físicas, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales. Habitualmente, los efectos son mixtos, ya que afecta la totalidad de la persona. Desde el punto de vista físico el estrés amenaza la homeostasia fisiológica de la persona. Emocionalmente, ocasiona sentimientos negativos o no constructivos sobre el Yo. En el aspecto intelectual influye sobre

la capacidad perceptiva y de resolución de problemas de la persona. Socialmente altera las relaciones con los demás. Desde el punto de vista espiritual puede suponer un desafío a las creencias y valores personales. Muchas enfermedades se encuentran relacionadas con el estrés, (Golanty y Brown,2002).

2.2 Modelos de estrés

En la actualidad y para identificar los factores estresantes en un situación concreta y predecir las respuestas del individuo se establecen los siguientes modelos: modelo basado en el estímulo, en la respuesta y el la transacción.

En los modelos de estrés basados en el estímulo, el estrés se define como un estímulo, un acontecimiento vital o un conjunto de circunstancias que despiertan reacciones fisiológicas, psicológicas o de ambos tipos, que pueden aumentar la vulnerabilidad de individuo a la enfermedad. Holmes y Rahe (1967), asignaron un valor numérico a 43 cambios y episodios vitales. La escala de acontecimientos vitales estresantes se utiliza para documentar las experiencias relativamente recientes de una persona, como el divorcio, embarazo y jubilación. Desde esta perspectiva se consideran estresantes tanto los acontecimientos positivos como negativos.

El estrés basado en la respuesta, (Seyne, 1976), se caracteriza por la misma cadena o el mismo patrón de acontecimientos fisiológicos que recibe el nombre de síndrome de adaptación general (SGA) o síndrome de estrés. Para identificar la causa del estrés de la respuesta al estrés, se creó el término factor estresante para referirse a cualquier factor que produzca estrés y altere el equilibrio del organismo. Dado que el estrés es un estado corporal, únicamente se puede observar mediante los cambios que se producen en el organismo. Esta respuesta del cuerpo, el síndrome de estrés o SGA, se debe a la liberación de determinadas hormonas adaptativas y a los cambios subsiguientes en la estructura y composición bioquímica del organismo. Los órganos y sistemas afectados por el estrés son el aparato digestivo, las glándulas suprarrenales y las estructuras linfáticas. En el estrés prolongado, las glándulas suprarrenales aumentan notablemente su tamaño, las estructuras

linfáticas (como el timo, el bazo y los ganglios linfáticos) se atrofian, y aparecen úlceras profundas en el recubrimiento interno del estómago.

Además de adaptarse globalmente, el cuerpo también reacciona a nivel local; es decir, reacciona únicamente un órgano o una parte del cuerpo. Esto se denomina síndrome de adaptación (SAL). Seyne (1976) señaló que el en SAG y SAL existen tres etapas: reacción de alarma, resistencia y agotamiento.

Las teorías transaccionales del estrés se basan en el trabajo de Lazarus (1991) donde afirma que las teorías del estímulo y de la respuesta no tienen en consideración las diferencias individuales. Lazarus reconoce que algunas demandas y presiones del entorno producen estrés en un número considerable de personas y los grupos difieren en cuanto a la sensibilidad y la vulnerabilidad a determinados tipos de situaciones, así como en sus interpretaciones y reacciones.

El modelo de Lazarus tiene en cuenta los procesos cognitivos que intervienen entre el conflicto y la reacción, y los factores que influyen en la naturaleza de este proceso. Al contrario de Seyne, que se centra en las respuestas fisiológicas. Lazarus incluye los componentes o las respuestas mentales y psicológicas como parte de su concepto de estrés.

La teoría transaccional del estrés de Lazarus abarca un conjunto de respuestas cognitivas, afectivas y adaptativas (afrontamiento) que surgen de las transacciones entre las personas y el entorno. El individuo y su entorno son inseparables; cada uno de ellos influye en el otro y recibe su influencia. El estrés hace referencia a cualquier episodio en el que las demandas del entorno, las demandas internas o ambas, ponen a prueba o exceden los recursos adaptativos de un individuo, sistema social o sistema tisular, (Monat y Lazarus 1991). El individuo responde a los cambios del entorno percibidos con respuestas adaptativas o de afrontamiento.

De manera general la respuesta o los indicadores de estrés de una persona pueden ser fisiológicos, psicológicos y cognoscitivos. Dentro de los indicadores fisiológicos los resultados de estrés varían dependiendo de la percepción que la persona tenga de las situaciones. Los signos y los síntomas

del estrés se deben a la activación del sistema orgánico, simpático y neuroendocrino; como son la dilatación pupilar, diaforesis, aumento de frecuencia y gasto cardíaco, piel pálida, aumento y retención de sodio y agua, aumento de la frecuencia y profundidad de la respiración, disminución de la diuresis, resequedad de la boca, peristaltismo intestinal disminuido, mejora en la agilidad mental, entre otras.

Las manifestaciones psicológicas del estrés comprenden la ansiedad, el miedo, la cólera, la depresión y los mecanismos inconscientes del Yo. Los indicadores cognitivos del estrés son respuestas mentales que comprenden la solución de problemas, la estructuración, el autocontrol o autodisciplina, la inhibición y la fantasía. La solución de problemas supone pensar en la solución. La persona valora la situación o el problema, lo analiza o delimita, elige alternativas, lleva a cabo la alternativa seleccionada, y evalúa si la solución ha sido satisfactoria, (Monat y Lazarus 1991).

Dentro de las estrategias para hacer frente al estrés está el afrontamiento que se puede describir como el abordaje de problemas y situaciones o la lucha contra ellos con buen resultado. Una estrategia de afrontamiento es una manera innata o adquirida de responder a un entorno cambiante o a un problema o situación concretos. Según Folkman y Lazarus (2000) el afrontamiento es el esfuerzo cognitivo y conductual para hacer frente a demandas específicas externas o internas que se valoran como cargas o superan los recursos de la persona.

Se han descrito dos tipos de estrategias de afrontamiento: el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción. El primero se refiere a los esfuerzos por mejorar la situación haciendo cambios o tomando alguna medida. El afrontamiento centrado en la emoción comprende pensamientos y acciones que alivian el sufrimiento emocional. Este segundo tipo de afrontamiento no mejora la situación, aunque la persona suele sentirse mejor, (Folkman y Lazarus, 2000).

Las estrategias de afrontamiento también pueden dividirse en estrategias a largo y a corto plazo. A largo plazo pueden ser constructivas y

realistas. Por ejemplo, en algunas situaciones hablar sobre el problema con otras personas y tratar de averiguar más cosas acerca de la situación. Las estrategias de afrontamiento a corto plazo reducen el estrés temporalmente hasta un límite tolerable, pero a la larga constituyen formas ineficaces de hacer frente a la realidad. Incluso pueden tener un efecto destructivo o perjudicial sobre la persona. Como ejemplo tenemos, la ingestión de bebidas alcohólicas o drogas, las ensoñaciones y las fantasías, la confianza y la creencia de que todo va a salir bien, y ceder ante los demás para evitar el cólera, (Fontaine y Fletcher, 2003).

Las estrategias de afrontamiento varían de una persona a otras, y con frecuencia están relacionadas con la percepción individual del episodio estresante. Tres tácticas para afrontar el estrés son: alterar el factor estresante, adaptarse a él y evitarlo. Las estrategias de afrontamiento cambian con frecuencia tras una reevaluación de la situación.

El afrontamiento puede ser adaptativo o inadaptativo. El afrontamiento adaptativo facilita que la persona haga frente de forma eficaz a las situaciones estresantes, y reduce al mínimo el sufrimiento que se asocia a dichas situaciones. El afrontamiento inadaptativo puede causar un sufrimiento innecesario para el individuo y para otras personas relacionadas con él o con la situación estresante.

El afrontamiento eficaz conlleva la adaptación, el afrontamiento ineficaz termina en inadaptación. La eficacia del afrontamiento de un individuo recibe la influencia de diversos factores, entre ellos: el número, la duración y la intensidad de los factores estresantes, las experiencias pasadas de la persona, los sistemas de apoyo de que dispone la persona y las cualidades individuales. Si la duración de los factores estresantes se prolonga más allá de las capacidades de afrontamiento del individuo, la persona se agota y puede desarrollar una mayor susceptibilidad a los problemas de salud, (Fontaine y Fletcher, 2003).

A medida que las estrategias de afrontamiento o los mecanismos defensivos se hacen ineficaces, el individuo puede tener problemas

interpersonales, dificultades laborales, y un descenso notable de la capacidad para cubrir las necesidades humanas básicas, (Fontaine y Fletcher, 2003).

Los profesionales de enfermería utilizan tanto el conocimiento de los modelos de estrés como los indicadores para la asistencia a los pacientes a potenciar respuestas de afrontamiento saludables y adaptar las respuestas insanas e improductivas. La valoración de enfermería de un paciente con estrés comprende una historia de enfermería encaminada a identificar las percepciones de los factores estresantes y su duración, así como las estrategias de afrontamiento, y una exploración física para detectar indicadores de estrés. Las intervenciones de enfermería están dirigidas a promover las estrategias de promoción de la salud, minimizar la ansiedad, hacer de mediador en la cólera, enseñar técnicas de relajación específicas y llevar a cabo intervenciones en crisis según proceda, (Kozier 2006).

2.3 Estrés y paciente quirúrgico

A pesar de que las técnicas quirúrgicas se han modificado, la cirugía sigue constituyendo indudablemente un factor estresante, alrededor del cual existen preocupaciones sobre la autonomía, condiciones físicas, acciones dolorosas, la supervivencia, recuperación y separación de la familia y el hogar, a lo que se suma el carácter impersonal de la propia hospitalización (Yalilis, 1999). Pueden surgir variadas respuestas emocionales ante el proceso quirúrgico, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias en la recuperación. Un gran número de evidencias sugieren que mientras mayor es la ansiedad, más lenta y complicada resulta la recuperación posoperatoria lo que ocurre a través de mecanismos tanto conductuales como fisiológicos. En este sentido, en el campo de la Psiconeuroinmunología se señala que el estrés rompe la homeostasis neuroendócrina y retarda la recuperación de tejidos, dificultando la cicatrización de heridas. La ansiedad y el estrés pueden aumentar el dolor y hacer más difícil la adherencia a las orientaciones terapéuticas que contribuyen a la recuperación (Kircott-Glaser, 2000).

2.4 Estrés y estudios relacionados

Giacomantone (1998), en el artículo “Estrés quirúrgico y ansiedad. Criterios para su manejo terapéutico”, menciona que en cirugía la magnitud de ansiedad que experimenta el paciente y su capacidad para tolerarla y dominarla, depende de la intervención de varios factores y, cita los siguientes: 1) La magnitud del factor traumático externo real, 2) La duración del periodo preoperatorio, 3) Los antecedentes personales y familiares en cuanto a cirugía, 4) La capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad.

De la interacción de estos factores resulta un determinado grado de ansiedad que varía en un amplio espectro desde aquellos pacientes que impresionan con su absoluta tranquilidad, hasta los enfermos con una notable angustia e inquietud motora, e incluso con crisis de excitación psicomotriz y agresividad.

Las intervenciones quirúrgicas constituyen también una fuente de estrés psicológico, en la cual los enfermos deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad y cirugía e intentar sortear con mayor o mejor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. Los niveles de ansiedad son el síntoma frecuente en los pacientes quirúrgicos que resulta de este complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía. Es decir que una adaptación emocional ineficaz frente al estrés operatorio determinará un riesgo quirúrgico adicional, de origen psicológico y psiquiátrico que deberían ser evaluados con los demás factores de riesgo. Uno de los rasgos distintivos de las reacciones emocionales anormales frente al estrés quirúrgico es el manejo de la ansiedad, del que se desprende la necesidad de su adecuada evaluación.

En lo referente a la relación enfermera- paciente y el estrés, el Instituto Universitario de Salud en Barcelona España (1998), en el artículo “Estrés del entorno y familia del paciente quirúrgico”, señala que una actitud profesional adecuada de las enfermeras requiere de conocimientos psíquicos y fisiológicos que apoyen al paciente quirúrgico, y que actúen como determinantes de la conducta del mismo. En situaciones de estrés, las personas ven amenazada su identidad, a la que sienten como más vaga y difusa. En el contexto quirúrgico esto es evidente, y los pacientes están más susceptibles a la influencia de

todos los mensajes sobre sí mismos, mensajes de los que hacen depender notoriamente su auto imagen y autoestima.

Slipak (1999) en la publicación "Estrés y perfiles de la personalidad" amplía la definición de estrés como: la fuerza o estímulo que actuó sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión; es la respuesta fisiológica y psicológica, que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental, es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales a la respuesta idiosincrática del individuo.

La intervención quirúrgica funciona como un disparador con alto grado de impacto emocional para la persona cuyas necesidades de salud lo exponen a someterse a una operación como medida curativa y, en los casos de urgencia, para salvar su vida o un órgano vital.

La persona que va a ser intervenida quirúrgicamente produce un dialogo interno con varios cuestionamientos, donde el lenguaje cobra un estado casi caótico, emociones y sentimientos que se agolpan sin sentido; que podemos clasificar como estresores negativos. En la relación enfermera-paciente identificamos esta amplia clase de experiencias ante situaciones demandantes que ponen a prueba nuestros recursos, la capacidad de resolución de problemas que facilite al individuo su adaptación y manejo de estrés. Cada persona invita a acompañarlo en un desafío de lo más temido.

Por su parte, Yalilis (1999), publica sobre el tema de preparación psicológica para la cirugía, en que refiere que a pesar de que las técnicas quirúrgicas se han modificado, la cirugía sigue constituyendo indudablemente un factor estresante, alrededor del cual existen preocupaciones sobre la autonomía, condiciones físicas, acciones dolorosas, la supervivencia y la recuperación y la separación de la familia y el hogar, a lo que se suma el carácter impersonal de la propia hospitalización. De acuerdo con los resultados de su estudio señala que existen reacciones emocionales en los pacientes quirúrgicos antes y después de los procedimientos, dentro de los cuales la depresión, el trastorno del sueño, la irritabilidad, el nerviosismo y la tristeza, fueron manifestados, dando como consecuencia una recuperación progresiva difícil.

Otras investigaciones ponen de manifiesto que tanto el paciente como el personal de enfermería perciben estresores. Martínez (1999) en la investigación “Percepción diferencial de estresores entre paciente y personal de enfermería”, aplicaron un cuestionario a partir de la escala de estresores hospitalarios. Como resultados se tiene que, los pacientes señalaron una ocurrencia promedio de 18.1 estresores; mientras que los profesionales han señalado una ocurrencia media de 21.15. En la valoración de grado de malestar para el grupo de pacientes fue de 1.99 y para los profesionales de 2.37, en la subescala de enfermedad la puntuación media para el grupo de pacientes fue de 2.43 y para el de profesionales 2.82. Por lo tanto, ¿son acertadas las percepciones de los profesionales de enfermería sobre que cosas preocupan más y menos a los pacientes?. Los resultados demuestran que los profesionales de enfermería fueron capaces de percibir con aceptable precisión qué situaciones eran más o menos estresantes para los pacientes. Sin embargo, no fueron capaces de percibir el grado de tensión en dichas circunstancias estresantes. En otras palabras, los profesionales de enfermería saben que a los pacientes les preocupan más “el pensar que les pueda ocurrir algo grave” que “tener un compañero de habitación antipático o nada amistoso”, pero no saben cuánto les preocupa cada cosa.

Por otro lado Canovas (1999), realizó un estudio sobre “Eficacia de una técnica cognitivo-conductual en pacientes quirúrgicos”, con el objetivo de diseñar y comprobar la eficacia de una técnica psicológica para reducir los niveles de ansiedad y depresión, y facilitar la recuperación de los pacientes quirúrgicos. La técnica se compuso de los siguientes elementos: 1) información, 2) expresiones de emociones, 3) respiración, relajación, visualización, 4) ejercicios para facilitar la recuperación, 5) entrega de hojas informativas. Los resultados fueron que el grupo experimental, respecto al grupo control, padeció menos ansiedad y depresión posquirúrgica, sufrió menos dolor y complicaciones después de la operación, necesitó menos analgésicos, recuperó antes sus funciones orgánicas y se acortó su estancia hospitalaria. Los autores llegan a la conclusión de que la técnica psicológica diseñada se mostró eficaz como facilitadora de la recuperación en pacientes quirúrgicos.

San José (2000) publica el estudio: “Aspectos de la intervención preoperatorio al paciente en cirugía de urgencias”. Entre las observaciones aportadas por los pacientes destacan como causa de estrés él: miedo al dolor, preocupación por el tiempo de espera, preocupación por la familia, hijos y cónyuge a quienes atiende, temor a la anestesia y temor al resultado de la intervención. Con base en esos resultados, se pueden sugerir propuestas para disminuir esos causantes de estrés; para ello los autores consideran que es necesario un trabajo multidisciplinario para elaborar y protocolizar la información relevante que debe facilitarse a los pacientes intervenidos en situación de urgencia, que comprende los relativos al postoperatorio inmediato y a la conveniencia de adquirir habilidades de comunicación en situaciones de estrés para facilitar la diseminación de información, habiendo fijado previamente el contenido de la misma.

Ortigosa (2000), en su estudio: “Repercusión de la preparación psicológica a la cirugía pediátrica” cuyo objetivo fue valorar los efectos de una preparación psicológica a la cirugía centrada en el periodo pre-quirúrgico sobre la recuperación pos-quirúrgica durante la estancia hospitalaria, reportó que los niños mostraron menos miedo, llamaron menos veces a la enfermera, se les administraron menos dosis de calmantes y durmieron mejor tras la operación. El análisis del tamaño del efecto señaló que los programas que incluían el entrenamiento en afrontamiento obtuvieron más beneficios en la recuperación pos-quirúrgica, concluyendo que la preparación psicológica prequirúrgica repercute sobre la recuperación pos-quirúrgica. El efecto mayor lo obtienen los programas que incluyen el entrenamiento de los padres en habilidades de afrontamiento.

En otra investigación realizada por el mismo autor, titulada “Preparación psicológica a la hospitalización quirúrgica: resultados sobre la aplicación en hospitales españoles”, se plantearon los objetivos de estimar la proporción de hospitales que en la actualidad aplican preparación psicológica formal a la hospitalización quirúrgica en España, así como conocer técnicas utilizadas y averiguar los motivos para no preparar a la hospitalización quirúrgica infantil. Los resultados evidencian que solamente en 12.0% (n=13) de los hospitales aplican algún procedimiento de preparación, de ellos tres son hospitales

infantiles. Si bien la información oral es el método más utilizado, ésta suele ir acompañada de otros procedimientos como apoyo audiovisual o material escrito (visita al hospital, juego de afrontamiento). El cirujano y el personal de enfermería son los principales responsables de la preparación, quedando en tercer lugar el psicólogo y el pediatra. Las tres razones para que el resto de hospitales no realicen preparación psicológica son el esfuerzo del personal y el tiempo que se requiere por parte del personal sanitario, así como la falta de recursos materiales o humanos. El autor concluye que el porcentaje de implantación o aplicación de la preparación psicológica en la cirugía infantil es bajo, debido principalmente a motivos de orden práctico y no por la escasa utilidad de la preparación.

La información que debe de recibir el enfermo exige un esfuerzo de sensibilización y adquisición de habilidades por parte del equipo quirúrgico integrado por el cirujano, ayudantes, anestesiólogo y enfermeras, que es el personal humano que interviene en el acto quirúrgico en sus diferentes periodos y cuya responsabilidad es de realizar acciones que coadyuven en el tratamiento y recuperación de la persona enferma y que, como se ha señalado, van más allá del tratamiento médico. Por lo tanto la instauración de un diálogo entre el equipo y el paciente representa una condición imperativa para el tratamiento.

En un estudio realizado por Fernández (2002) sobre “Control de la ansiedad y el dolor en el paciente al que se le va a implantar un marcapasos”, tuvo como disminuir la ansiedad y la incidencia de complicaciones transoperatorias a través de la información y control del dolor. De los resultados obtenidos en el estudio, los autores concluyen que la información facilitada durante el transoperatorio, contribuyó a disminuir la ansiedad de los pacientes y con ello la incidencia de complicaciones. Como resultado, se ha implantado un protocolo en el quirófano de cirugía cardíaca, utilizando la información del proceso quirúrgico en el antequirófano y la aplicación de un anestésico local junto con bicarbonato para disminuir el dolor durante la infiltración.

2.5 Modelo de los sistemas de Neuman

Con base en los marcos teóricos que los sustentan, Richl y Roy (1980), se clasifican a los modelos en tres grandes categorías. Estos marcos referenciales son teorías científicas sobre el desarrollo, sistemas e interacción. Dentro de los modelos de enfermería basada en la teoría de los sistemas se encuentra el modelo de la Dra. Neuman que tiene como marco teórico el acercamiento a la persona como un todo, se refiere a las variables que afectan al sistema de adaptación del individuo (Bertalanffy, 1979).

Neuman describió su primer modelo en 1972 como respuesta a la petición de los estudiantes graduados que solicitaban un instrumento en la asistencia de ellos, para asesoría y desarrollo de un plan de cuidados. Desde entonces se ha visto dicho modelo como una forma de enseñanza excelente y como una herramienta e instrumento ideal que permite promover la práctica de la enfermería (Brady, 2000).

El modelo de los sistemas de Neuman tiene cierta similitud con la teoría de la Gestalt. La Gestalt sostiene que el proceso homeostático es aquél por el que un organismo mantiene su equilibrio y, por consiguiente, su salud en un entorno de condiciones cambiantes. Neuman describe la adaptación como el proceso mediante el cual el organismo satisface sus necesidades. El planteamiento de la Gestalt considera, por tanto, al individuo como una función del binomio organismo-entorno y considera la conducta como un reflejo de la relación con este entorno (Marriner, 2000).

El modelo se deriva también del pensamiento filosófico de Pierre Teilhard, de Chardin y Bernard y de Marx. La filosofía Marxista sugiere que las propiedades de las partes están determinadas en cierta medida por conjuntos mayores dentro de sistemas organizados dinámicamente. Desde esta perspectiva Neuman confirma que los modelos del todo influyen en el conocimiento de las partes, como una derivación de la filosofía de Chardin sobre la plenitud de la vida.

Neuman utiliza la definición de estrés, considerado como una respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda que le exige. El estrés eleva la necesidad de reajuste. Esta demanda es inespecífica y requiere adaptación a

un problema, sea cual sea su naturaleza. La esencia del estrés es, por lo tanto, la demanda no específica de actividad. Los factores que contribuyen al estrés son los estímulos que producen tensión y pueden provocar un desequilibrio como por ejemplo, las crisis de maduración o de situación.

El modelo de Neuman refleja también la teoría general, es decir, la naturaleza de los sistemas vivos abiertos. Esta teoría establece que todos los elementos interaccionan dentro de una organización compleja (Marriner, 2000).

El modelo constituye una síntesis de conocimientos, forjada a partir de diversas disciplinas científicas, en el que se proyectan también los criterios filosóficos de la autora y sus primeras experiencias en enfermería clínica, sobre todo en el campo de la salud mental.

Como gran teoría, proporciona una base completa para el ejercicio de la enfermería científica, para la formación e investigación y ha logrado aceptación en todo el mundo, ofrece un marco ideal para las iniciativas sanitarias adaptadas a los planes de la organización mundial de la salud que persiguen seguir “salud para todos en el año 2000”.

En el área formativa en enfermería, ha sido adaptado en una amplia variedad de áreas prácticas. El modelo tiene gran importancia en el ejercicio de la enfermería actual y futura. El uso que de él hacen las enfermeras, facilita planteamientos integrales, unificados y dirigidos a una meta, en el marco de la asistencia al paciente.

El modelo delinea un sistema del paciente y ofrece una clasificación de los factores estresantes comprensibles para su empleo por todos los miembros del equipo de asistencia sanitaria. La amplitud ha permitido su adaptación a múltiples situaciones prácticas de enfermería con individuos, familias, grupos y comunidades. Se ha utilizado con éxito con pacientes en muchas circunstancias diferentes, ya sea en hospitales, residencias asistidas, centros de rehabilitación, asilos o maternidades (Neuman, 1995).

Neuman (1992), afirma que su modelo es uno de los tres más utilizados en la investigación de enfermería. Se utiliza en la práctica con grupos y en la enfermería de sanidad pública, en pacientes que sufren factores estresantes multidimensionales complejos. La finalidad es: “proporcionar un centro de

unificación para el enfoque de los diversos problemas de enfermería y para la comprensión del enfoque básico: el hombre y su ambiente. Se basa “en la relación individual con la tensión – su reacción a ésta y a los factores de reconstrucción – y se piensa que es de naturaleza dinámica”.

El modelo considera tres factores: la presencia de opresores o estresores, la reacción del paciente a estos y el estado fisiológico, psicológico, sociocultural y de desarrollo del paciente (Neuman, 1998).

Los conceptos principales que se identifican son: aproximación integral al paciente, sistema abierto, estructura básica, entorno, entorno creado, factores estresantes, líneas de defensa y resistencia, grado de reacción y prevención como intervención y reconstrucción (figura 1).

A continuación se mencionan sus principales conceptos (Marriner, 2000):

Aproximación integral al paciente: el modelo es un método de sistema abierto y dinámico, dirigido al cuidado del paciente y desarrollado con el fin de ofrecer un enfoque unificador con el que definir los problemas de enfermería y comprender mejor al paciente en su interacción con el entorno.

Noción de integral: los pacientes se consideran como un todo cuyas partes se encuentran en un proceso de interacción dinámica. El modelo contempla todas las variables que afectan de modo simultáneo al sistema del paciente: fisiológicas, sociológicas, psicológicas, de desarrollo y espirituales

Persona: El ser humano es visto como un sistema abierto que interactúa con el ambiente a través de factores interpersonales y extrapersonales. Hay intercambio continuo entre el sistema de la persona y el medio ambiente. El sistema de la persona se autorregula con retroalimentación. Cada individuo es único con respuestas características dentro de límites normales que representan un conjunto interno de resistencia a los estresores. Los individuos son sistemas abiertos con variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo que influyen de manera dinámica en el estado de bienestar o enfermedad. Los individuos están expuestos continuamente a varios estresores en el ambiente y responden ajustándose al ambiente o ajustando éste. Por medio de interacciones y ajustes, el individuo intenta conservar la armonía y el equilibrio, tanto interno como externo.

Para Neuman (1998) el concepto de persona es el de paciente/sistema del paciente, ya se trate de un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o una entidad social.

Entorno: conjunto de fuerzas internas y externas que influyen en el paciente y reciben la influencia de éste en un momento dado. El entorno y el ser humano son los fenómenos básicos del modelo de los sistemas de Neuman, existiendo entre ambos una relación recíproca.

Dentro del concepto de entorno adquieren particular importancia los factores estresantes (intrapersonal, interpersonal, extrapersonal) que se definen como las fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y pueden modificarlo. Neuman ha señalado la existencia de tres clases importantes de entornos: interno, externo y creado. El primero es intrapersonal o interno y todas las interacciones tienen lugar en el interior del paciente; el entorno externo es interpersonal o extrapersonal y sus interacciones se producen fuera del paciente. Finalmente el entorno creado, es sobre todo intrapersonal pero también comprende al entorno externo y el paciente lo desarrolla de forma subconsciente, como una “expresión simbólica de la integridad del sistema”.

Los entornos interno y externo se superponen entre sí y están contenidos en el entorno creado.

Contenido: está formado por las cinco variables del ser humano (fisiológicas, socioculturales, psicológicas, de desarrollo y espirituales) en interacción con el entorno y que constituyen el sistema completo del paciente.

Estructura básica: Está formada por todas las variables como factores de supervivencia comunes a todo ser humano, así como por características únicas de cada individuo. El círculo interior del diagrama, representa los factores de supervivencia básicos o los recursos energéticos del paciente.

Enfermería: profesional que asiste al paciente a la reorganización, es decir al alivio de la tensión desde el grado más profundo de la reacción de regreso al estado de salud o bienestar. La enfermería inicia su intervención identificando un estresor y se basa en cuatro elementos: grado de reacción, recursos, metas y resultado anticipado.

La enfermería como profesión cuidadora tiene la oportunidad de fortalecer la capacidad de hacer frente y asistir al paciente para lograr un desenlace benéfico, mediante intervenciones de enfermería. Neuman (1998) conceptualiza a la enfermería como profesional especial, que se ocupa de mantener estable el sistema del enfermo mediante la precisión en la valoración de los efectos y posibles efectos de los factores de estrés ambientales, y de ayudar a los ajustes del paciente para un nivel óptimo de bienestar.

Línea normal de defensa: representa la estabilidad del individuo que se produce después de la adaptación a los factores que provocan estrés, forma en que la persona afronta los factores estresantes. Está representada en el modelo de Neuman por el círculo exterior de trazo continuo, es un estado de estabilidad del individuo, el sistema o la situación. Es el resultado de una serie de variables y conductas, como los modelos de afrontamiento o defensa habituales, el estilo de vida y el estadio de desarrollo; básicamente es la forma en que el individuo afronta los factores estresantes mientras sigue actuando con arreglo a sus patrones culturales intrínsecos a los que intenta adaptarse.

Línea flexible de defensa: es un estabilizador que representa el grado de fortaleza creada a través de la prevención primaria realizada por el individuo, familia y comunidad. Son líneas flexibles y dinámicas y varían de acuerdo a la edad, sexo, bagaje sociocultural, estado de desarrollo y destrezas cognoscitivas.

Círculo exterior del modelo de Neuman, de trazo discontinuo; línea dinámica que puede cambiar rápidamente en un espacio de tiempo. Es un amortiguador de protección que evita que los factores estresantes rompan la línea continua normal o continua de defensa. Las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales pueden influir en el grado en que el individuo sea capaz de emplear su línea flexible de defensa frente a la posible respuesta a los factores estresantes (la pérdida del sueño).

Líneas de resistencia: son elementos que poseen todos los individuos en su interior y que le ayudan a enfrentarse con los causantes de tensión.

Son círculos de trazo discontinuo que rodean a la estructura central básica, representan los recursos que ayudan al paciente a defenderse del factor estresante (el sistema inmunológico del organismo).

Grado de reacción: nivel de respuesta ante un factor estresante que haya pasado la línea normal de defensa de la persona. Es el nivel de inestabilidad del sistema derivado de la invasión de la línea normal de defensa por un factor estresante.

Factores estresantes: son fuerzas de rompimiento que agotan la energía del sistema y conducen a la enfermedad. Los factores estresantes tienen la fuerza para interactuar con la persona y causar síntomas, tienen la capacidad de llevar a tensión el colchón entre la línea flexible de defensa y la línea normal de defensa.

Neuman los conceptualiza como las fuerzas que pueden alterar la estabilidad del sistema. Las clasifica en: 1) fuerzas intrapersonales, se producen dentro del organismo. 2) fuerzas interpersonales, surgen en uno o más individuos, por fuera de los límites del sistema y alineados cerca, son fuerzas que operan entre el individuo y los demás. 3) fuerzas extrapersonales, que tiene lugar fuera del individuo, por fuera de los límites del sistema y alineados en forma distante, fuerzas exteriores al individuo.

Son estímulos que pueden traspasar las líneas de defensa del paciente, flexibles y normales: el resultado potencial de una interacción con un factor de tensión puede ser beneficioso (positivo) o nocivo (negativo).

En el campo de la prevención y valiéndose del modelo conceptual de Caplan sobre los niveles de prevención, Neuman relaciona estos niveles con la enfermería del siguiente modo: 1) la prevención primaria consiste en contrarrestar los factores estresantes del entorno que puedan ser perjudiciales antes de que aparezca la enfermedad; 2) la prevención secundaria trata de reducir el efecto real o posible de los factores estresantes mediante un diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz de los síntomas de la enfermedad, 3) la prevención terciaria intenta reducir los efectos de los factores estresantes que perviven tras el tratamiento (Marriner, 2000).

El progreso de la enfermería como disciplina científica exige someterse a prueba la eficacia y utilidad de los modelos por medio de la investigación controlada. Un modelo en enfermería es una descripción simbólica en términos lógicos, de la situación ideal y simplificada que muestra la estructura de la enfermería como un sistema. Es una representación de la realidad, nuestra esencia de la enfermería y la dirección a la educación, la práctica y la investigación (Marriner Tomey, 2002).

Prevención primaria: se adopta cuando se detecta un factor estresante o se sospecha su existencia. Todavía no se ha producido la reacción, pero se conoce el grado de riesgo.

Prevención secundaria: supone intervenciones o tratamientos iniciados tras la aparición de los síntomas producidos por el estrés.

Salud: Neuman concibe la salud como un continuo que va del bienestar a la enfermedad, cuya naturaleza es dinámica y que está sujeta a un proceso de cambio permanente.

2.6 Estudios relacionados bajo el Modelo Neuman

El modelo de Neuman se ha utilizado para orientar las investigaciones destinadas a mejorar la asistencia de enfermería a pacientes afectados por factores estresantes psicológicos específicos dentro de los cuales podemos mencionar los siguientes:

Lowry Anderson (1993), llevaron a cabo un estudio piloto en el que se consideraba a la ventilación mecánica como un factor estresante extrapersonal, llegaron a la conclusión que el ventilador era un foco de estrés en el momento de la intubación, pero que después se convertía en parte del entorno creado del paciente, pues aliviaba el esfuerzo de respirar.

Rodríguez y Fisher (1993), utilizaron el modelo para estudiar la eficacia de la fibra en la dieta para la prevención de estreñimiento en personas de edad avanzada. Los resultados sirvieron para definir las medidas que debían de adoptar para reforzar la línea normal de defensa del paciente y evitar el estreñimiento mediante la ingestión de fibras y líquidos.

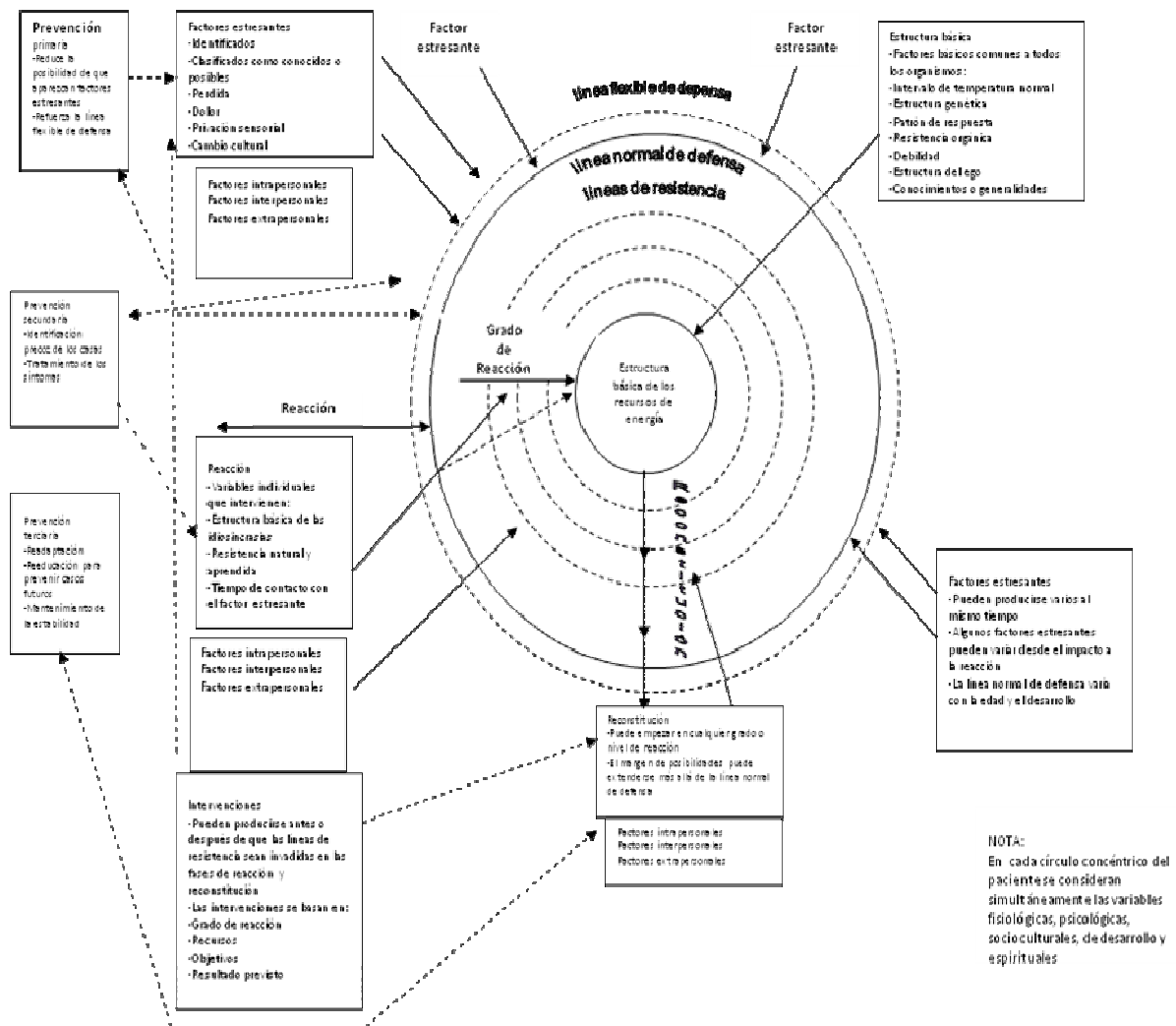


Figura 1. Modelo de los Sistemas Neuman (1995)

Waddell y Demi (1993), estudiaron la eficacia de un programa de hospitalización parcial para pacientes con trastornos provocados por ansiedad; los resultados respaldaron la utilidad del programa.

Magalig (1994), estudió cómo sentían los factores estresantes los padres cuyos hijos eran sometidos a intervenciones quirúrgicas y recomendaron cambios en la práctica de enfermería con el fin de reducir la magnitud de tales factores.

Flamery (1995), quien evaluó la capacidad cognoscitiva en pacientes con lesiones cerebrales provocadas por traumatismos, con el fin de definir un método que permitiera planificar la asistencia de enfermería de forma correcta en estos casos.

González (1999), utilizó el modelo para determinar el tipo de factores que influyen en la presencia de estrés en enfermeras hospitalarias en relación con quienes atienden usuarios en clínicas de primer nivel de atención.

2.7 Adaptación del Modelo Neuman al estudio

La adaptación del modelo sobre la investigación de factores que provocan estrés al paciente quirúrgico se realiza teniendo como marco referencial el modelo de sistemas de Neuman retomando los conceptos de persona, líneas de resistencia y factores estresantes. Para fines del estudio se realizaron adaptaciones, con el propósito de identificar los estresores del paciente quirúrgico y confirmar las hipótesis planteadas en el apartado correspondiente.

Sustituyendo elementos del modelo de Neuman al estudio de factores que provocan estrés al paciente quirúrgico se plantea:

Persona: (paciente quirúrgico). Es un individuo o un sistema abierto en mutua interacción con el entorno, es un conjunto dinámico con relaciones establecidas entre los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, se considera que la persona está en proceso de cambio y movimiento permanente. Durante el proceso de salud enfermedad, el enfermo adquiere experiencias que van a desestabilizar al sistema, en caso particular al enfrentarse al tratamiento quirúrgico. Todas las relaciones del individuo se almacenan en la parte central y son comunes a todas las personas, en la misma área almacena energía disponible en cualquier momento de nuestra vida para sobrevivir al medio ambiente y a las fuerzas del entorno llamadas factores estresantes.

Línea normal de defensa: representa la estabilidad del paciente quirúrgico, que se produce después de la adaptación a los factores que provocan estrés en las áreas quirúrgicas, es la forma en que la persona afronta

los factores estresantes durante la experiencia quirúrgica. Está representada en el modelo de Neuman por el círculo exterior de trazo continuo.

Línea flexible de defensa: es un estabilizador que representa el grado de fortaleza creada por el individuo. Son líneas flexibles y dinámicas y varían de acuerdo a la edad, sexo, etc.

Círculo exterior del modelo de Neuman, de trazo discontinuo; línea dinámica que puede cambiar rápidamente durante la experiencia quirúrgica del paciente. Es un amortiguador de protección que evita que los factores estresantes rompan la línea continua normal o continua de defensa.

Líneas de resistencias: rodean a la estructura básica, la influencia de factores estresantes pueden traspasar dichas líneas, provocando reacciones, inestabilidad en el individuo (quirúrgico) o la estructura básica, denominada por Neuman como grado de reacción al estrés y que es determinada por variables como el tiempo de contacto con el factor estresante, entre otros.

Factores estresantes: son las fuerzas que existen en un área quirúrgica, que alteran la estabilidad del sistema y pueden modificarlo. Son estímulos que pueden traspasar las líneas de defensa flexible y normal del paciente quirúrgico, teniendo como resultado un factor de tensión.

Los factores estresantes pueden ser interpersonales, intrapersonales y extrapersonales. En la adaptación al modelo, se exploraron factores de los tres tipos. En los factores o fuerzas estresantes interpersonales (entorno externo), que son fuerzas fuera de los límites del sistema pero alineados en forma cercana, los cuales operan entre el individuo y los demás; tenemos: relación interpersonal con el equipo quirúrgico (dentro de las normas hospitalarias retomamos la información preoperatoria que se le ofrece al paciente), y el entorno de las áreas quirúrgicas (color de las paredes, temperatura y mesa quirúrgica); en los factores o fuerzas estresantes intrapersonales (entorno interno), las que se producen dentro el organismo de las cuales se consideró la experiencia de cirugías previas; y en los factores o fuerzas estresantes extrapersonales (entorno externo), que tienen lugar por fuera del individuo, fuera de los límites del sistema y alineados en forma distante, fuerzas exteriores al individuo; se incluyeron factores laborales y familiares.

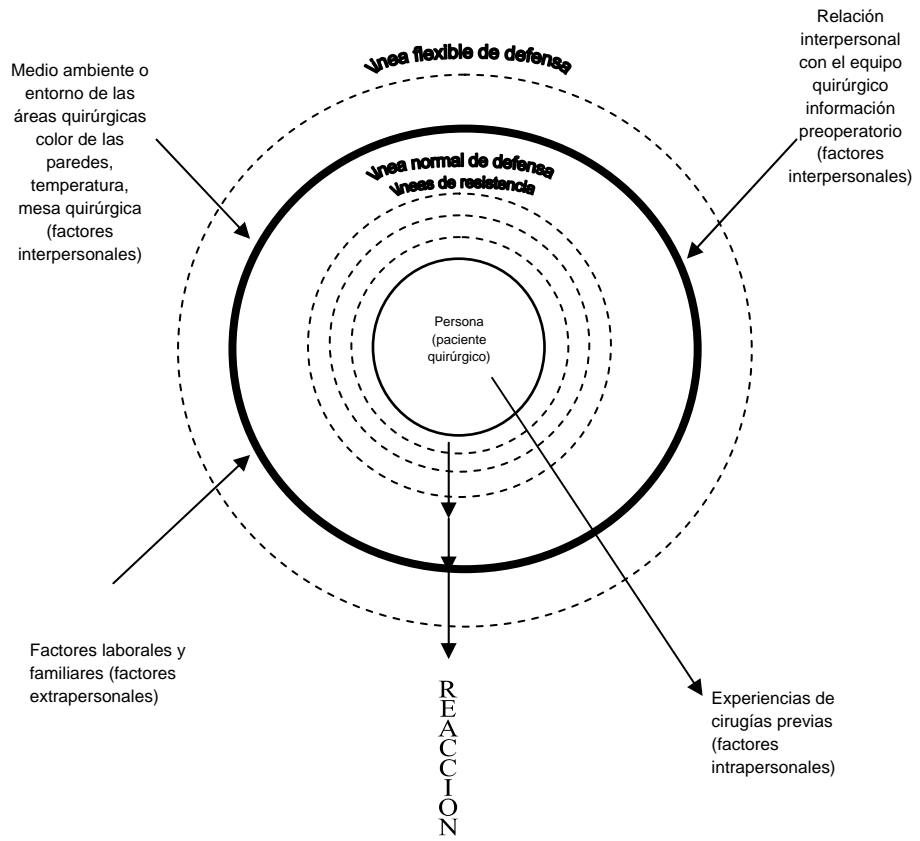


Figura 2. Interacción del paciente quirúrgico y estresores, adaptado por Sánchez (2007).

III METODOLOGIA

3.1 Diseño de estudio

La investigación es descriptiva-observacional (Castillo, 2005); es transversal (Canales, 2007), teniendo en cuenta que se obtiene la información de los factores estresantes, de los niveles de ansiedad y depresión en el periodo preoperatorio y posoperatorio de manera secuencial.

3.2 Área de estudio

Derechohabientes de la Clínica Hospital B del Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado, con un total de población derechohabiente de 54,861; proporcionando atención en las especialidades de Cirugía General, Ginecobstetricia, Pediatría, Medicina Interna y recientemente Traumatología y Ortopedia. De acuerdo con estadística del año de estudio se realizaban quince eventos quirúrgicos al mes en las especialidades seleccionadas como universo, se tuvo un diferimiento quirúrgico mínimo y como causa la presencia de enfermedades respiratorias durante la valoración preanestésica.

3.3 Universo y muestra

Pacientes adultos quirúrgicos, de ambos sexos con adscripción local y de las unidades periféricas de Ocosingo, Yajalón y Palenque, que asistieron a consulta en turno vespertino para cirugía electiva de la especialidades de cirugía general y ginecobstetricia, en la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Muestreo: La estimación del tamaño de muestra se obtuvo con base en los siguientes parámetros:

- Un universo conocido (frecuencia de cirugías por mes).
- Un nivel de confianza de 95.0% equivalente a un valor α de 0.05% (z_{α}).
- Un error de muestreo de 5.0% al 15.0% (d).
- Una prevalencia de 0.9 (p)

La fórmula empleada fue la siguiente:

$$n_i = \frac{z_{\alpha} - X^2 p (1-p)}{d^2}$$

Con base en ella, se estimó un tamaño de muestra de 60 pacientes. Para alcanzar el tamaño de muestra estimado, fueron entrevistados todos aquellos pacientes de las especialidades de cirugía general y ginecobstétrica que fueron sometidos a intervención quirúrgica en el periodo comprendido entre el 01 de diciembre del 2005 al 30 de abril de 2006 (cinco meses).

Criterios de inclusión: Pacientes con adscripción local y foránea en los periodos preoperatorio y postoperatorio de cirugía electiva de los servicios de cirugía general y ginecobstetría.

Criterios de exclusión: pacientes en edades pediátricas.

Criterios de eliminación: Aquellos pacientes en etapa postoperatoria en estado crítico por complicación quirúrgica o que no deseaban volver a participar en el estudio.

3.4 Material y método

3.4.1 Operacionalización de variables (Apéndice 1)

3.4.2 Procedimiento de recolección de información

Se diseñó un instrumento que fue sometido a prueba piloto con cinco personas programadas para cirugía electiva, realizándose posteriormente algunas modificaciones en la redacción y el contenido del mismo. Se presentó el proyecto al personal directivo de la unidad médica, obteniendo la autorización inmediata. Posteriormente se inició de manera simultánea el trabajo de campo obteniéndose la información por la investigadora responsable mediante un cuestionario estructurado compuesto de preguntas abiertas y cerradas. Este instrumento fue aplicado en los periodos pre y postoperatorio. La duración de la entrevista fue de 25 minutos. Se especificó al paciente que la información obtenida tenía un carácter confidencial con fines exclusivamente de investigación para mejorar la calidad de la atención que reciben. El instrumento consta de 128 ítems que se describen a continuación en secciones (apéndice 2).

1ª. Sección. Fue requisitada con el apoyo del expediente clínico y la hoja de referencia de cada paciente; contiene información general sobre la edad, sexo, unidad de adscripción y el tipo de derechohabiente.

2ª. Sección. Fue diseñada para ser aplicada en el periodo preoperatorio el día de la cirugía. Contiene información sobre el tipo de cirugía a realizar, la información proporcionada por el médico acerca de la cirugía y del tiempo estimado de esta, así como los antecedentes de cirugías previas.

3ª. Sección. Fue aplicada también en el periodo preoperatorio. Corresponde a la aplicación del instrumento Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) adaptada por Nazar y Salvatierra del Colegio de la Frontera Sur desde 1994. Este instrumento permite realizar la medición de ansiedad y depresión en individuos. La utilidad del instrumento es la detección de ansiedad y depresión en grupos de refugiados, trauma y tortura, población general y grupos de adolescentes (Veijola et al., 2003; Jones, 2002; Nirakar Man Shrestha et al., 1998). El instrumento adaptado a la población de Chiapas, contiene en lugar de una escala de medición Likert a respuestas binomiales sí/no modificando el valor de las respuestas. Contiene 25 preguntas: 10 correspondiente a ansiedad y 15 correspondientes a depresión. A las respuestas “sí”, se les asignó el valor numérico 3 y a las respuesta “no” el valor numérico “1”. La sumatoria de las respuestas de ansiedad y de depresión respectivamente, fue dividida entre el total de ítems de cada grupo. Se consideró la existencia de ansiedad cuando el promedio tuvo un valor de 1.75 o más; lo mismo que en el caso de depresión.

Este instrumento tiene una especificidad reportada de 87.0% (Veijola et al., 2003), lo que significa que en el 87.0% de los casos verdaderamente negativos, el instrumento los registra como negativos. La sensibilidad para todo tipo de desórdenes psiquiátricos es de 100.0% (Veijola et al., 2003); es decir, capta a la totalidad de personas que tienen sintomatología compatible con esas patologías, sobre todo en el caso de patologías múltiples.

4ª. Sección. Incluye información sobre factores estresantes de tipo familiar y laboral. También fue aplicado en el periodo preoperatorio.

5ª. Sección. Se aplicó en el periodo postoperatorio e incluyó preguntas sobre la relación entre personal de enfermería y el paciente; relación entre el cirujano y el paciente; y entre el anestesiólogo y el paciente. También se indagó sobre el estrés o temor ante la cirugía y la anestesia, así como sobre los

aspectos físicos de la sala quirúrgica como temperatura, color de las paredes, mesa quirúrgica y uniforme quirúrgico.

3.5 Plan de análisis

De acuerdo al tipo de diseño descriptivo, se obtuvieron frecuencias simples de las variables relativas al estrés: ansiedad y depresión, así como de sus respectivos componentes. La información fue estratificada por sexo para todas las variables con la finalidad de documentar posibles diferencias en la percepción de factores estresantes entre hombres y mujeres.

Las variables socioeconómicas fueron comparadas para hombres y mujeres utilizando el estadístico Ji Cuadrada de Máxima Verosimilitud (para muestras pequeñas) y se obtuvieron los Intervalos de Confianza de Cornfield al 95.0%.

La comparación entre hombres y mujeres también fue realizada para la sintomatología de ansiedad y depresión, utilizando los estadísticos ya mencionados.

Los datos fueron capturados y procesados en el programa estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 12.

3.6 Ética del estudio

La investigación sobre factores que ocasionan estrés al paciente quirúrgico se desarrolló conforme a las siguientes principios éticos propuestos por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (Mendoza, 2001), así como por la Ley General de Salud de México.

De acuerdo con la Estructura del Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2008), en el artículo 17 apartado I, el presente estudio fue sin riesgo tanto en el aspecto físico como en lo moral. No obstante, la investigación se realizó de acuerdo a tres principios éticos básicos, a saber: respeto a las personas, búsqueda del bien y justicia.

Por lo tanto:

- Se respetó la autonomía y las decisiones del sujeto con el debido respeto en caso de negarse a ser sujeto de estudio.

- Se explicó de manera detallada a la persona entrevistada, acerca de los riesgos y beneficios de participar en la investigación, asumiendo la investigadora, la responsabilidad de salvaguardar el bienestar de las personas que participan en ella.

- Se proporcionó trato ético a cada persona de acuerdo con lo que es moralmente correcto y apropiado.

Además, en todo momento de la investigación, se tuvo como referencia el principio básico 22 contenido en la declaratoria de Helsinki: “En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de interés, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos”.

Por lo anterior se solicitó a las(os) posibles participantes su consentimiento informado para la realización de la entrevista (apéndice 3).

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

Posterior a la aplicación de 60 cuestionarios a pacientes programados para cirugía programada de las especialidades de Cirugía General y Ginecobstetricia se obtuvieron los resultados de cada sección del instrumento.

4.-1 Características de la población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por 60 personas, situándose en un rango de 21 a 85 años de edad, correspondiendo en más del 50.0% a personas jóvenes menores de 40 años. No se registraron diferencias significativas en la distribución de la edad según sexo. De acuerdo con el tipo de derechohabientes, los trabajadores correspondieron en su mayoría a varones (77.7%) reflejando la división sexual del trabajo en la que los hombres tienden a ocupar una posición de responsabilidad económica en el hogar; sin embargo, casi la mitad de las mujeres (47.7%) también fueron trabajadoras. Aproximadamente nueve de cada diez pacientes fueron locales; el resto provenía de ciudades como Ocosingo, Yajalón y Palenque.

Del total de pacientes entrevistados, aproximadamente un tercio correspondió a mujeres para ser intervenidas quirúrgicamente en el servicio de ginecobstetricia, el resto se hospitalizó para intervenciones de cirugía general.

Los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en los pacientes entrevistados fueron: la colecistectomía (23.3%), cesárea (21.7%), y las plastías de pared, umbilical e inguinal (16.6%) (Cuadro 1).

Prevalencia de ansiedad y depresión en el periodo preoperatorio

Respecto a la totalidad de los pacientes con síntomas de ansiedad, 86.7% manifestaron miedo, 81.7% nerviosismo, 36.7% dijeron sentirse presionados y el 26.7% reportó sentirse intranquilo (cuadro 2). Sin embargo, de acuerdo a los criterios para considerar a una persona con síndrome de ansiedad, solamente el 30.0% de hombres y mujeres fueron considerados como casos. En las mujeres se registró una prevalencia más elevada (35.7%) que la de los hombres (16.7%).

Estos datos revelan que un alto porcentaje de pacientes cursa con por lo menos una manifestación importante de ansiedad como miedo o nerviosismo.

Sin embargo, como ya fue mencionado, la frecuencia del síndrome de ansiedad fue mayor en las mujeres, independientemente del servicio al que ingresaron.

Cuadro 1. Características de la población en estudio

Característica	Hombres (n=18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n=60) %	Valor de p
Edad				
21-29	33.3	33.3	33.3	0.421
30-39	11.1	28.6	23.3	
40-49	38.9	28.6	31.7	
50-85	16.7	9.5	11.7	
Total	100.0	100.0	100.0	
Tipo de derechohabiente				
Trabajador(a)	77.7	47.7	56.6	<0.000
Cónyuge	5.6	38.1	28.4	
Jubilado(a)	5.6	7.1	6.7	
Hijo(a)	11.1	7.1	8.3	
Total	100.0	100.0	100.0	
Lugar de procedencia				
Local	83.3	95.2	91.7	0.145
Foráneo	16.7	4.8	8.3	
Total	100.0	100.0	100.0	
Especialidad quirúrgica				
Cirugía general	100.0	47.6	63.3	<0.000
Ginecobstetricia	0.0	52.4	36.7	
Total	100.0	100.0	100.0	
Tipo de cirugía				
Colecistectomía	27.8	21.4	23.3	<0.000
Histerectomía abdominal	0.0	16.7	11.7	
Cesárea	0.0	31.0	21.7	
Laparotomía	11.1	9.5	10.0	
Plastías (pared, umbilical e inguinal)	33.4	9.6	16.6	
Lgrado	0.0	4.8	3.3	
Fistulectomía	11.1	0.0	3.3	
Prostatectomía	5.6	0.0	1.7	
Debridación de Absceso	5.6	0.0	1.7	
Mastectomía subcutánea	5.6	0.0	1.7	
Drenaje de músculo	0.0	2.4	1.7	
Resección en bloque	0.0	2.4	1.7	
Tiroidectomía	0.0	2.4	1.7	

Fuente: Cuestionario sobre "Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico" 2006.

De acuerdo con Giacomonte (1998), un disparador de ansiedad en el paciente en cirugía mayor varía, desde aquellos pacientes que impresionan con tranquilidad absoluta, hasta aquellos enfermos con una notable angustia e inquietud motora, como lo es el nerviosismo manifestado con sudoración excesiva de las manos la cual se observó en la población estudiada.

Cuadro 2. Síntomas de ansiedad por sexo en pacientes hospitalizados

Síntomas	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n= 60) %	Valor de p
Ha tenido miedo (sí/no)	88.9	85.7	86.7	0.737
Se ha sentido nervioso(a) (sí/no)	83.3	81.0	81.7	0.826
Ha sentido palpitaciones (sí/no)	16.7	23.8	21.7	0.531
Se ha aislado de manera repentina (sí/no)	5.6	2.4	3.3	0.547
Ha tenido temblores en el cuerpo (sí/no)	5.6	2.4	3.3	0.547
Ha tenido dolores de cabeza de manera repentina (sí/no)	16.7	35.7	30.0	0.126
Se siente muy presionado(a) (sí/no)	33.3	38.1	36.7	0.725
Se siente intranquilo(a) o no puede estar tranquilo(a) (sí/no)	22.2	28.6	26.7	0.606
Se aísla de repente y sin razón alguna (sí/no)	0.0	7.1	5.0	0.137
Se desvanece, se mareo o se siente débil (sí/no)	0.0	7.1	5.0	0.137
Prevalencia de Ansiedad	16.7	35.7	30.0	0.126

Fuente: Cuestionario sobre “Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico” 2006.

Las manifestaciones clínicas de depresión más frecuentes en los pacientes entrevistados fueron: llanto fácil (48.3%), dificultad para dormir (31.7%) y tristeza (26.7%), que son manifestaciones clínicas que deben ser atendidas, particularmente en las mujeres quienes registraron una prevalencia más elevada (11.9%) que la de los hombres (5.6%) (Cuadro 3).

En síntesis, la prevalencia de depresión y ansiedad fue más alta en mujeres que en hombres independientemente del servicio al que ingresaron, lo que coloca a este grupo de la población en mayor riesgo de complicaciones asociadas al estrés quirúrgico. Sin embargo, debido a la elevada frecuencia de manifestaciones como miedo, nerviosismo, llanto fácil o dificultad para dormir, se requiere de atención especializada a todos los pacientes en el periodo preoperatorio.

Lo antes mencionado se relaciona estrechamente con el estudio de Yalilis (1999), en el cual refiere que a pesar de que las técnicas quirúrgicas se han modificado, la cirugía sigue constituyendo indudablemente un efecto estresante, alrededor del cual existen preocupaciones de autonomía,

condiciones físicas, acciones dolorosas, la supervivencia y la recuperación, la separación de la familia y el hogar, a lo que se suma el carácter impersonal de la propia hospitalización, teniendo como resultado la existencia de reacciones emocionales en los pacientes quirúrgicos antes y después de los procedimientos, dentro de los cuales la depresión, el trastorno del sueño, la irritabilidad, el nerviosismo y tristeza, fueron manifestadas y en consecuencia se obtuvo una recuperación progresiva pero difícil.

4.2 Factores estresantes interpersonales

4.2.1 En el periodo preoperatorio

Calidad y suficiencia en la información recibida

Como factores estresantes en la relación médico-paciente en el periodo preoperatorio se identificó una información insuficiente en relación al tiempo quirúrgico, ya que un poco más del 50.0% de los pacientes dijeron no haber sido informados al respecto. Cabe señalar que las mujeres recibieron menos información y el 33.3% hubiera preferido operarse en otro hospital. Sin embargo, casi la totalidad de pacientes manifestaron tener confianza en su médico. Aproximadamente en cuatro de cada diez pacientes se generó estrés como resultado de la información sobre el tiempo quirúrgico (cuadro 4).

4.2.2 En el periodo transoperatorio

Relativos al trato de personal de enfermería

En lo que se refiere al trato de enfermería en el área quirúrgica solamente el 36.0% del personal se presentó con el usuario, lo que significa que en 64.0% de los casos, la enfermera no señaló a este quién era y cómo lo iba a apoyar.

Dentro de los procedimientos que causaron más ansiedad e inseguridad estuvieron los establecidos en la rutina prequirúrgica inmediata en un (55.2%), pero un (30.4%) de los pacientes reportaron que ningún procedimiento de enfermería les causó inseguridad y ansiedad, (85.0%) de pacientes recibieron apoyo del personal de enfermería; es decir, un (15.0%) reportaron no recibirlo, y en quienes lo recibieron solamente el (68.2%) refirió que era suficiente.

Cuadro 3. Síntomas de depresión por sexo en pacientes hospitalizados.

Síntomas	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n= 60) %	Valor de p
Se siente con falta de energía (sí/no)	11.1	19.0	16.7	0.435
Se culpa de las cosas que pasan (sí/no)	5.6	14.3	11.7	0.305
Llora fácilmente (sí/no)	27.8	57.1	48.3	0.034
Ha perdido interés por sus relaciones sexuales o no las disfruta como antes (sí/no)	5.6	19.0	15.0	0.147
Ha tenido poco apetito (sí/no)	5.6	11.9	10.0	0.430
Ha tenido dificultad para dormir o despierta continuamente (sí/no)	27.8	33.3	31.7	0.669
Ha sentido que no tiene esperanzas para el futuro (sí/no)	5.6	2.4	3.3	0.547
Se siente triste (sí/no)	11.1	33.3	26.7	0.059
Se siente solo(a) (sí/no)	5.6	11.9	10.0	0.430
Ha tenido idea de quitarse la vida (sí/no)	0.0	2.4	1.7	0.396
Se siente atrapado(a) (sí/no)	0.0	0.0	0.0	---
Se preocupa mucho por todo (sí/no)	5.6	11.9	10.0	0.430
Siente que no se interesa en nada (sí/no)	0.0	0.0	0.0	---
Siente que todo es un esfuerzo (sí/no)	0.0	2.4	1.7	0.396
Siente que vale menos que los demás (sí/no)	5.6	2.4	3.3	0.547
Prevalencia de depresión	5.6	11.9	10.0	0.430

Fuente: Cuestionario sobre “Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico” 2006.

Las sugerencias de los pacientes entrevistados para la mejora en la atención de enfermería se relacionan directamente con el trato personalizado (40.0%), amabilidad y trabajo en equipo en un (18.4%), y calidad humana en el (18.3%) (Cuadro 5). En la relación enfermera-paciente y estrés, en un estudio realizado por el Instituto Universitario de Barcelona (1998) se menciona que el personal de enfermería debe de tener conocimientos sobre el estado psíquico y fisiológico del paciente siendo estos los que determinan la conducta del mismo y que de manera particular dan la pauta para abordarlos durante el proceso de atención.

Cuadro 4. Calidad y suficiencia en la información recibida preoperatoria por los pacientes según sexo.

Factores estresantes relacionados con la relación Médico Paciente en el Preoperatorio	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n= 60) %	Valor de p
Claridad en la información sobre su cirugía (si/no)	100.0	83.3	83.3	0.020
Suficiente (si/no)	88.9	73.8	78.3	0.173
Confianza en el medico (si/no)	94.4	97.6	96.7	0.547
Información sobre el tiempo quirúrgico (si/no)	66.7	42.9	50.0	0.775
Estrés relativo con la información sobre el tiempo quirúrgico (si/no)	38.9	42.9	41.7	0.775
Le hubiera gustado operarse en otro hospital (si/no)	33.3	33.3	33.3	1.000

Fuente: Cuestionario sobre “Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico” 2006.

En México el Programa Nacional de Salud 2001-2006 plantea el despliegue de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, donde el objetivo es la mejora en relación con los aspectos técnicos e interpersonales en la atención al paciente. El cuidado, una competencia de enfermería, es un servicio susceptible de mejorarse, la calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes, la naturaleza de los cuidados, la razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone y los medios físicos, financieros, tecnológicos y humanos necesarios. Garantizar la calidad exige de los profesionales una reflexión permanente de los valores, conocimientos, actitudes, aptitudes y normas que orientan el bien interno. La competencia profesional se evidencia a través de la calidad de los registros, de la información y su interpretación que comprende la identificación y priorización de problemas de salud reales, de riesgo y de salud del individuo, familia y comunidad.

Bajo el enfoque de la calidad, el personal de enfermería que labora en los diferentes niveles de atención es evaluado de manera continua y permanente en las dimensiones técnicas e interpersonales durante la relación enfermera-usuario; lo que hace posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral, de tal forma que contribuya a la mejoría de la calidad de la

atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño y juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.

Cuadro 5. Factores estresantes relativos al trato de enfermería en el área quirúrgica, por sexo.

Factores relativos al trato del personal de enfermería	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n= 60) %	Valor de p
Se presentó con usted la enfermera (sí/no)	33.3	38.1	36.7	0.726
Qué procedimiento realizó el personal de enfermería que le causó inseguridad y ansiedad				
-Procedimientos de rutina prequirúrgica inmediato (recepción y traslado área quirúrgica, instalación en mesa quirúrgica, monitoreo no invasivo, retiro de bata, instalación de sondas, catéteres, posiciones quirúrgicas, antisepsia de la piel).	66.8	54.8	55.2	
-Procedimientos de rutina transoperatoria (transfusión sanguínea, colocación de campos estériles)	5.6	4.8	5.0	0.405
-Procedimientos postoperatorios inmediato (traslado e instalación en cama de hospitalización)	0.0	2.4	1.7	
-Todos los procedimientos	0.0	2.4	1.7	
-No responden	27.8	4.8	3.3	
-Ningún procedimiento	27.8	31.0	30.4	
Recibió apoyo de la enfermera durante la cirugía (sí/no)	83.3	85.7	85.0	0.813
Considera que ese apoyo fue suficiente (sí/no)	66.7	69.0	68.3	0.856
Sugerencias para mejorar la atención de enfermería				
-Trato personalizado (presentación personal, referencia por nombre de cada paciente, explicación de cada procedimiento antes de su realización, mas tolerancia, dedicación en su trabajo).	44.6	38.1	40.0	0.589
-Amabilidad y trabajo en equipo	16.7	19.1	18.4	
-Continuar con buen desempeño	16.7	11.9	13.4	
-Calidad humana	22.3	16.8	18.3	
-Mayor preparación	0.0	2.4	1.7	
-No respondieron	0.0	11.9	8.3	

Fuente: Cuestionario sobre "Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico" 2006.

Dentro de las variables a evaluar se tuvo: saludo amable y cordial, presentación personal, referencia por nombre al usuario, explicación de cuidados, seguridad, respeto y satisfacción con el trato. En los resultados del estudio se puede mencionar que el personal de enfermería presentó porcentajes altos de incumplimiento de los indicadores de trato digno tanto en la dimensión técnica como interpersonal y que estas juegan un papel

importante en el desarrollo del estrés en el paciente quirúrgico. Por lo que es necesario que la evidencia, aquí reportada, permita proponer acciones de mejora en la práctica profesional de enfermería.

Relativos a la atención del anestesiólogo

En el área de anestesiología, el anestesiólogo se presentó con el paciente solamente en el 43.5% de los casos. Los procedimientos que causan más ansiedad e inseguridad son los que se establecen en la rutina prequirúrgica inmediata (63.3%). En un tercio de los pacientes, los procedimientos realizados por el anestesiólogo no les causaron problema alguno. El 91.7% reporto apoyo recibido, pero según los pacientes, este apoyo fue suficiente en un 66.7%. Dentro de las sugerencias que nos plantea el usuario para mejorar la atención del anestesiólogo se puede mencionar; una mayor explicación del procedimiento anestésico (40.0%), más amabilidad en el trato (13.3%) y sensibilización al dolor ajeno (13.3%) (Cuadro 6).

Relativos a la atención del cirujano

El cirujano se presentó con el 76.7% de los pacientes, cifra considerablemente mayor a las reportadas para el médico anestesiólogo y el personal de enfermería. Dentro de los procedimientos que causan inseguridad y ansiedad se encuentra la rutina prequirúrgica en un 15.0%, la cual es relativamente baja si se consideran los porcentajes referentes a los procedimientos prequirúrgicos realizados por el personal de enfermería y el anestesiólogo.

Esta percepción positiva de los pacientes respecto al cirujano también se ve reflejada en el reporte de apoyo que éste les brindo, ya que para el 98.3% de los pacientes, este apoyo existió y fue suficiente para el 91.7%. La principal sugerencia de los pacientes para la mejora de la atención que brinda el cirujano fue una mayor amabilidad en el trato (13.3%), especialmente a las pacientes mujeres (16.8%). Algunas preocupaciones manifestadas por los y las pacientes fueron el sexo del ginecoobstetra, mayor explicación sobre la cirugía y que la visita posquirúrgica y alta sean realizadas por el médico tratante. Como puede verse en el cuadro 7, la mayoría expresó explícitamente un buen desempeño del cirujano.

Cuadro 6. Factores estresantes relativos al trato del anestesiólogo en el área quirúrgica, por sexo.

Factores relativos al trato del anestesiólogo	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n= 60) %	Valor de p
Se presentó con usted el anestesiólogo (sí/no)	50.0	40.5	43.5	0.495
Qué procedimiento realizó el anestesiólogo que le causó inseguridad y ansiedad				
-Procedimientos de rutina prequirúrgica inmediato (administración de oxígeno, bloqueo lumbar, aplicación de venoclisis, monitoreo no invasivo de signos vitales)	55.6	66.7	63.3	0.504
-No responden	0.0	4.8	3.3	
-Ningún procedimiento	44.4	28.6	33.3	
-Recibió apoyo del anestesiólogo durante la cirugía (sí/no)	94.4	90.5	91.7	0.610
-Considera que ese apoyo fue suficiente (sí/no)	72.2	64.3	66.7	0.550
Sugerencias para mejorar la atención del anestesiólogo				
-Mayor explicación de la anestesia	22.3	47.6	40.0	
-Continuar con el mismo interés	27.8	9.5	15.0	
-Mas amabilidad en el trato	16.7	11.9	13.3	
-Preparación anticipada de material a utilizar	0.0	4.8	3.3	0.544
-Sensibilidad al dolor ajeno	5.6	11.9	13.3	
-No responde	27.8	14.3	18.3	

Fuente: Cuestionario sobre "Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico" 2006.

Relativos a la experiencia en el quirófano

Dentro de los factores más estresantes en el quirófano y relativos al procedimiento quirúrgico se encontró al procedimiento anestésico con un 25.0% y de manera particular la aplicación del bloqueo regional en un 11.7%. El componente anestésico significa el 36.7% del total de factores estresantes y es el más importante de todos. Le sigue la cirugía en un 10.0%, la extracción del bebé fue motivo de estrés en el 3.3% de las mujeres sometidas a intervención cesárea.

El ambiente físico, especialmente la temperatura del quirófano fue un factor estresante importante reportado por las mujeres (4.8%). Para los hombres, los factores estresantes fueron la incomodidad de la mesa quirúrgica y las lámparas (11.2%) (Cuadro 8).

Cuadro 7. Factores estresantes relativos al trato del cirujano en el área quirúrgica, por sexo.

Factores relativos al trato del cirujano	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n= 60) %	Valor de p
Se presentó con usted el cirujano (sí/no)	83.3	73.8	76.7	0.646
Qué procedimiento realizó el cirujano que le causó inseguridad y ansiedad				
-Procedimientos de rutina prequirúrgica inmediato (instalación de sonda, monitoreo fetal,, antisepsia de región operatoria, posición quirúrgica)	22.3	12.0	15.0	0.559
-Procedimientos de rutina transoperatoria (colocación de campos estériles, nacimiento, aseo de cavidad)	0.0	16.7	11.7	
-Procedimientos postoperatorio inmediato (desconocimiento de la herida quirúrgica, despertar de la anestesia)	0.0	7.2	5.0	
-No responden	77.7	59.6	65.0	
-Ningún procedimiento				
Recibió apoyo del cirujano durante la cirugía (sí/no)	100	97.6	98.3	0.509
Considera que ese apoyo fue suficiente (sí/no)	94.4	90.5	91.7	0.610
Sugerencias para mejorar la atención del cirujano				
- Continuar con buen desempeño	61.1	40.5	46.8	0.801
- Que todos los ginecólogos sean mujeres	0.0	2.4	1.7	
- Que los procedimientos se hagan con mas calma	0.0	4.8	3.3	
- Mas amabilidad en el trato	5.6	16.8	13.3	
- Mas explicación de la cirugía	0.0	7.2	5.0	
- Visita y alta por medico tratante	0.0	7.2	5.0	
- Elección de manera particular del tipo de herida	0.0	4.8	3.4	
- Buena atención	0.0	2.4	1.7	
- Que la cirugía sea la indicada	5.6	0.0	1.7	
- No responde	27.8	14.3	18.3	

Fuente: Cuestionario sobre "Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico" 2006.

Para verificar y profundizar en la información obtenida sobre la experiencia en el quirófano (cuadro 9), se corrobora que el procedimiento anestésico fue el factor más importante para el desarrollo de estrés siendo reportado por el 65.0 % sin diferencia importante entre hombres y mujeres. Lo antes mencionado coincide con el estudio publicado por San José (2000), dentro de las causas generadoras de estrés se encontró el temor a la anestesia. De igual manera García y Piña (1996) identificaron que la principal fuente de ansiedad de paciente quirúrgico son el dolor y la anestesia. Dentro de las propuestas de mejora es necesario trabajar de manera multidisciplinaria

para elaborar información impresa sobre el entorno físico de las áreas quirúrgicas y la consulta preoperatoria al departamento de psicología que favorezca el mejor afrontamiento de la experiencia quirúrgica.

Cuadro 8. Factores estresantes relacionados con la experiencia del paciente en el quirófano, por sexo

Factores Estresantes relacionados con la experiencia en el quirófano	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n= 60) %	Valor de p
Relativos al ambiente físico en el quirófano				
Mesa angosta y móvil	5.6	0.0	1.7	
Las lámparas	5.6	0.0	1.7	
El frío en el área donde estaba	0.0	4.8	3.3	
Las máquinas en todo el quirófano	0.0	2.4	1.7	
Subtotal	11.2	7.2	8.4	
Relativos a los procedimientos preoperatorios				
Al momento del entrar al quirófano	5.6	0.0	1.7	
Cuando me pidieron que me pasara a la mesa de cirugía	0.0	2.4	1.7	
Me pasaron mucho tiempo antes de la cirugía y le quede sola	0.0	2.4	1.7	
El suero aparte del que ya tenía	0.0	2.4	1.7	
La transfusión	5.6	0.0	1.7	
Cuando me indicaron que me iban a poner una sonda	0.0	2.4	1.7	
La cirugía del pene y la sonda	5.6	0.0	1.7	0.483
Cuando me lavaron con agua fría la región donde me operaron	0.0	2.4	1.7	
Subtotal	16.8	12.0	13.6	
Relativos al procedimiento quirúrgico				
La cirugía	5.6	11.9	10.0	
La anestesia	27.8	23.8	25.0	
El piquete en la espalda	16.7	9.5	11.7	
El bebe que no lloraba	0.0	2.4	1.7	
Cuando sacaron al bebe	0.0	4.8	3.3	
Dolor al inicio de la cirugía	0.0	2.4	1.7	
El dolor	5.6	0.0	1.7	
La herida	0.0	2.4	1.7	
El bisturí	0.0	2.4	1.7	
El ruido de las pinzas	0.0	2.4	1.7	
El escuchar que todos hablaban	0.0	2.4	1.7	
Que me dejaran mal otra vez	5.6	0.0	1.7	
Que después de la cirugía no pudiera hablar	0.0	2.4	1.7	
Subtotal	61.3	66.8	65.3	
No responde	5.6	11.9	10.0	
Ninguno	5.6	2.4	3.3	
Total	100.0	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre "Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico" 2006.

Cuadro 9. Cirugía y anestesia como factores estresantes, por sexo.

Factores Estresantes	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n=60) %	Valor de p
-Cirugía	22.2	26.2	25.0	
-Anestesia	61.1	66.7	65.0	0.180
-Ningún procedimiento	16.7	2.4	6.7	
-Los dos procedimientos	0.0	4.8	3.3	

Fuente: Cuestionario sobre "Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico" 2006.

La temperatura ambiental de la sala quirúrgica oscila entre 20 y 28 grados centígrados, lo que generó sensación de indefensión (desprotección) reportada por uno de cada cinco pacientes (20.0%), especialmente en los hombres (27.7%), seguido de la sensación de frío (11.7%) que igualmente se reportó con mayor frecuencia entre los hombres (16.7%). De esto último solamente el 18.3% lo reportó como agradable (Cuadro 10).

El color celeste de las paredes tuvo un efecto de tranquilidad, claridad y limpieza en el 56.6% de los pacientes, sin diferencias importantes por sexo. En el resto (43.4%), el color de las paredes les causó temor, tristeza y sentimiento de soledad (Cuadro 11). Aproximadamente uno de cada cuatro (23.2%), no respondió.

De acuerdo con lo reportado, el uniforme quirúrgico no representó un importante factor de estrés, ya que solamente en el 6.8% de los pacientes, especialmente en los hombres (16.8%) fue asociado a miedo y tristeza. En las mujeres solamente el 2.4% lo asoció a estos sentimientos. Para la mayoría y en ambos sexo, el uniforme quirúrgico de color azul celeste tuvo un valor positivo en tanto refleja limpieza (31.6%), les parece un color agradable (21.5%) o les dio tranquilidad (6.7%) (Cuadro 12).

Los factores interpersonales como el medio ambiente quirúrgico y la relación con el equipo humano (enfermera, cirujano y anestesiólogo), son fuerza que traspasan la línea flexible de defensa y se acercan a la línea normal; lo cual pone en riesgo la estabilidad del sistema por lo que es necesario que el

personal de enfermería conozca las acciones a emplear en el usuario para mantener su estabilidad, lo que contribuye a determinar y decidir el tipo de prevención a emplear según los tres niveles de intervención que se establece en el modelo de sistemas Neuman.

Cuadro 10. El ambiente del quirófano como factor estresante, por sexo.

Percepción de la temperatura del quirófano como factor estresante	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n= 60) %	Valor de p
-Agradable	22.3	16.7	18.3	0.180
-Ambiente frío con sensación de estar en un congelador	16.7	9.5	11.7	
-Soledad	0.0	2.4	1.7	
-Desprotegido	27.7	16.6	20.0	
-Miedo	0.0	2.4	1.7	
-No responde	33.3	52.4	46.6	
-Total	100.0	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre “Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico” 2006.

Cuadro 11. Efecto del color de las paredes del quirófano en el estrés del paciente, por sexo.

Percepción del color de las paredes del quirófano como factor estresante	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n= 60) %	Valor de p
-Tranquilidad	22.2	19.1	19.9	0.490
-Claridad y limpieza	38.9	35.7	36.7	
-Causo temor y tristeza	22.3	14.3	16.8	
-Sentimiento de soledad	0.0	4.8	3.4	
-No responde	16.7	26.2	23.2	
-Total	100.0	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre “Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico” 2006.

4.3 Factores estresantes intrapersonales

4.3.1 Experiencia de cirugías previas

Como factor estresante intrapersonal se encontró la experiencia en cirugías previas; siendo buena en un 25.0% y mala en el 8.4%. El 66.6% no había tenido experiencia quirúrgica previa a la actual.

Cuadro 12. Efecto del uniforme quirúrgico en el estrés del paciente, por sexo.

Percepción del uniforme quirúrgico como factor estresante	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n= 60) %	Valor de p
-Refleja limpieza	27.8	33.4	31.6	
-Color agradable	22.3	21.4	21.5	
-Miedo y tristeza	16.8	2.4	6.8	0.260
-Tranquilidad	5.6	7.2	6.7	
-No responde	27.5	35.6	33.4	

Fuente: Cuestionario sobre “Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico” 2006.

El 61.1% de los hombres y 69.0% de las mujeres tenían experiencia de cirugías previas, pero en los hombres, el porcentaje que dijo haber tenido una mala experiencia fue mayor (16.7%) que en las mujeres (4.8%), por lo que no podría atribuirse el mayor nerviosismo reportado por las mujeres, (Cuadro 13). Es probable que el tipo de cirugía haya influido, pero ese aspecto no fue analizado en este trabajo.

Cuadro 13. Cirugías previas como factor estresante en el paciente, por sexo

Experiencia de cirugías previas	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n= 60) %	Valor de p
-Bien	22.2	26.2	25.0	
-Mal	16.7	4.8	8.4	0.349
-Ninguna cirugía previa	61.1	69.0	66.6	
-Total	100.0	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre “Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico” 2006.

4.3.2 Sensaciones frente a la cirugía actual

En el cuadro 14 se muestra la percepción de hombres y mujeres frente a la cirugía actual. Como puede verse, una mayor proporción de hombres

(29.5%) que de mujeres (9.0%) se reportaron tranquilos, pese a que la experiencia previa de cirugía fue negativa en mayor número de ellos.

En total, 58.9% de los hombres expresaron sensaciones negativas como miedo, preocupación o nerviosismo; por su parte, el 50.9% de las mujeres manifestaron este tipo de sensaciones.

Cuadro 14. Experiencia de la cirugía actual como factor estresante, por sexo.

Como se siente ahora que lo (la) van a operar	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n=60) %	Valor de p
-Angustiada más que la cirugía pasada	0.0	9.2	6.3	0.197
-Con menos dolor	0.0	2.3	1.7	
-Con miedo	5.9	11.5	10.1	
-Confiado (a)	5.9	4.6	5.1	
-Inseguro (a)	0.0	2.3	1.7	
-Preocupado (a)	17.7	11.6	15.1	
-Intranquilo (a)	0.0	9.2	6.8	
-Con dolor	0.0	2.3	1.7	
-Nervioso (a)	35.3	27.8	30.3	
-Tranquilo (a)	29.5	9.0	16.7	
-Triste	0.0	6.9	5.1	

Fuente: Cuestionario sobre “Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico” 2006.

Las fuerzas intrapersonales tienen lugar en el interior del organismo que genera un grado de reacción relacionados con la fortaleza de las líneas de resistencia y que le ayudan al individuo a enfrentarse con los causantes de la tensión, en caso particular son las cirugías previas.

4.4 Factores estresantes extrapersonales

4.4.1 Factores laborales

El trabajo como factor estresante, se puede evaluar indirectamente mediante la confianza de informar en el campo laboral acerca de la cirugía

actual. En este sentido, solamente seis de cada 10 hombres informó acerca de esto, y menos de la mitad de las mujeres lo hizo (Cuadro 15). La no respuesta a esta pregunta, también puede ser interpretada como parte del conflicto del paciente con su ámbito laboral.

Cuadro 15. Conocimiento en el trabajo acerca de la cirugía actual, por sexo

En su trabajo saben que lo van a operar	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n= 60) %	Valor de p
-Si	61.1	47.6	51.7	
-No	11.1	0.0	3.3	0.05
-No responde	27.8	52.4	45.0	
-Total	100.0	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre “Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico” 2006.

Respecto a la preocupación que le pudiera generar al paciente la ausencia laboral por motivo de su cirugía, se encontró que a pesar de ser una prestación, el 5.0% de los pacientes: 5.6% en hombres y 4.8% en mujeres, manifestaron estar preocupados(as) por el abandono temporal de su trabajo (Cuadro 16).

Cuadro 16. Preocupación por el ausentismo laboral por motivo de la cirugía actual, por sexo.

Le preocupa abandonar su trabajo por la cirugía	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n= 60) %	Valor de p
-Si	5.6	4.8	5.0	
-No	94.5	95.2	95.0	0.301
-Total	100.0	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre “Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico” 2006.

4.4.2 Factores familiares

Dentro de los aspectos estresantes extrapersonales, se indagó sobre el cuidado de hijos e hijas durante la estancia hospitalaria de los y las pacientes, así como si esta situación les generaba preocupación.

El 28.3% dejaron a los hijos solos: 33.3% en las mujeres y 16.7% en los hombres (cuadro 17). Por otra parte, 70.0% refirieron no estar preocupados por quién iba a cuidar de ellos, pero el porcentaje de pacientes preocupados por los hijos fue mayor en las mujeres (35.7%) que los hombres (16.7%). Esto contribuiría a explicar el mayor estrés, ansiedad y nerviosismo registrado en las usuarias.

Las fuerzas extrapersonales se encuentra fuera del individuo a distancia de los límites del sistema y alineadas en forma distante, teniendo como estabilizador la línea flexible de defensa que evita que los factores estresantes rompan la línea normal y línea de resistencia.

El principal apoyo con que cuentan las mujeres para el cuidado de sus hijos e hijas es el esposo, aunque también son importantes la madre, las hermanas y las empleadas domésticas. Las abuelas solamente contribuyeron en el 2.4% de los casos.

Por su parte, los hombres sometidos a intervención quirúrgica tuvieron más apoyo por parte de su esposa para el cuidado de hijos e hijas, así como de las abuelas.

Los resultados obtenidos se relacionan estrechamente con Caplan (1993) el cual menciona que la familia es una fuente de ayuda concreta y de servicios prácticos en tiempos de necesidad, y una intervención quirúrgica; sin duda lo es. Es necesario que la familia tenga otorga un grado de participación que le corresponde en el proceso quirúrgico, pero a la vez que corrija los modos de intervención personal y de adaptación al stress que suelen provocar complicaciones. Cuando hay una adaptación familiar normal frente al stress quirúrgico, la ansiedad del paciente es conocida y compartida con el grupo; constituyendo todo un tema y ocupa un "lugar" en la familia. En condiciones favorables, la familia contribuye al control emocional de cada paciente en su recuperación, ayuda a tolerar la frustración, contrarrestar la desesperanza, adaptarse al duelo y las inevitables privaciones psicofísicas de todo un evento quirúrgico.

Cuadro 17. Quien apoya a los hijos e hijas, y si esto preocupa a los y las pacientes, por sexo.

¿Quién va a cuidar de sus hijos durante la estancia en el hospital?	Hombres (n= 18) %	Mujeres (n=42) %	Total (n= 60) %	Valor de p
Solos	16.7	33.3	28.3	
Abuelas	5.6	2.4	3.3	
Esposo	0.0	16.7	10.0	
Esposa	27.8	0.0	10.0	0.230
Hermanas	0.0	4.8	3.3	
Empleada domestica	0.0	4.8	3.3	
No aplica	50.0	38.1	41.8	
Total	100.0	100.0	100.0	
¿Le preocupa quien va a cuidar de sus hijos?				
Si	16.7	35.7	30.0	0.336
No	83.3	64.3	70.0	
Total	100.0	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre "Factores que provocan estrés al paciente quirúrgico" 2006.

V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El mayor número de procedimientos quirúrgicos se realizaron en la población local. Los procedimientos quirúrgicos de mayor frecuencia son la colecistectomía, seguidos de la cesárea.

Las mujeres reportaron mayor frecuencia de ansiedad (35.0%) que los hombres (16.7%). Esta ansiedad se manifestó principalmente por miedo y nerviosismo. La depresión fue manifestada por llanto, dificultad para dormir y tristeza, con una prevalencia más elevada en mujeres (11.9%) en relación con los hombres (5.6%).

La prevalencia de ansiedad y depresión fue más alta en mujeres que en hombres, colocando a este grupo en mayor riesgo de complicaciones asociadas al estrés, y que de cierta manera condicionan a la recuperación temprana del paciente; requiriendo de manera necesaria la preparación prequirúrgica por un grupo de profesionistas multidisciplinario.

Más del 50.0% de pacientes no tuvieron información suficiente en relación con el tiempo quirúrgico, lo cual es un estresante de tipo interpersonal para el desarrollo de estrés. En cuatro de cada diez pacientes se generó estrés como resultado de la información sobre el tiempo quirúrgico por lo que se hace necesario el que se proporcione información al respecto tanto al paciente como a la familia, siendo durante la consulta externa de cirugía o durante la visita que el personal de enfermería realiza en el tiempo prequirúrgico.

Dentro de los procedimientos que causaron ansiedad e inseguridad al paciente están los establecidos en la rutina prequirúrgica inmediata y que son proporcionados por el personal de enfermería y el anestesiólogo; a excepción de la atención que brinda el cirujano en el mismo periodo, el cual es calificado por la mayoría de los pacientes como positivo. Al respecto es de suma importancia, en un primer momento, retomar programas de educación continua donde se aborden temas relacionados con la relación enfermera-paciente, e indicadores de atención de enfermería en los cuales se monitoree la dimensión interpersonal y técnica de los cuidados de enfermería durante la atención, de manera particular al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.

Se presentara el mismo planteamiento para el área de anestesiología, siendo el área médica directiva del hospital el personal responsable de la vigilancia del personal médico que interviene en cada evento quirúrgico.

Los factores más estresantes en el quirófano se refieren al procedimiento anestésico, de manera particular al de tipo regional, le siguen en importancia la cirugía y aspectos relacionados con el dolor. Dentro de ambiente físico, la temperatura fue un factor estresante reportado por las mujeres, así como el nacimiento del bebé en el caso de las cesáreas. En los hombres los factores estresantes lo determinaron la mesa quirúrgica y las lámparas.

La sensación de indefensión (desprotección) fue reportada por uno de cada cinco pacientes en especial en hombres seguido de sensación de frío. El color de las paredes tuvo un efecto de tranquilidad, claridad y limpieza en la mitad de la población estudiada, al resto le causo temor, tristeza y soledad. El uniforme quirúrgico no representó un importante factor de estrés. En la mayoría de pacientes el color de la ropa refleja limpieza, tranquilidad además de ser agradable a la vista.

El nerviosismo, la preocupación y el miedo, fueron manifestaciones frecuentes ante la cirugía actual. Las mujeres presentaron angustia en un (9.2%) en relación con la cirugía pasada; estando presente aunque en bajo porcentaje como un disparador de estrés. Como parte importante del equipo quirúrgico se encuentra la asistencia del departamento de psicología en nuestro caso no se tiene la especialidad como apoyo durante el evento quirúrgico, lo que se hace necesario siendo esto una propuesta para la mejora de la atención de manera particular en la unidad de salud donde se desarrollo el estudio.

Los padres y madres de familia durante el periodo de internamiento por cirugía dejan a sus hijos solos por ser mayores de edad en la mayoría de la población estudiada; sin embargo el 35.7% de las mujeres aun se preocupan por los hijos (as).

La información que se documenta y teniendo el modelo de sistemas de la Dra. Neuman como referencia, permitió en un primer momento explorar la presencia de factores estresantes en el paciente que está próximo a una

experiencia quirúrgica dentro de los que se encontraron factores estresantes de tipo interpersonales, extrapersonales e intrapersonales; los que de manera general se pueden definir como las fuerzas del entorno que se relacionan con la estabilidad de sistema (individuo) y que pueden modificarlo. La adaptación del modelo nos confirma su utilidad para la re-planeación de la intervención de enfermería mediante la metodología del proceso de atención considerando de manera específica lo siguiente: la presencia de estresores en las áreas quirúrgicas, y la reacción del paciente, la que es de hecho particular para cada uno de ellos. Lo antes mencionado guía al establecimiento de planes de atención individualizados en los cuales se incluyan los aspectos científicos, técnicos y humanísticos de la profesión.

A manera de propuestas se mencionan las siguientes:

- Diseño de formatos administrativos donde se incluya la detección de factores tipo interpersonal, extrapersonal e intrapersonal que permita la intervención oportuna del profesional de enfermería enfocado hacia el usuario y, con la finalidad de contribuir a la estabilidad del sistema ante la experiencia quirúrgica.

- Establecer el Modelo conceptual Neuman y las adaptaciones diseñadas para fines del estudio como una herramienta metodológica y de monitoreo continuo a la persona que va a ser intervenida quirúrgicamente, con la finalidad de conocer la reacción (respuesta) ante cualquier estímulo (factor estresante) ya sea interno o externo.

- Difundir en forma escrita información donde se incluyan aspectos relacionados con la preparación física, psicológica y del entorno físico de las áreas quirúrgicas.

- Incluir dentro de las visitas prenatales información referente a la atención en las áreas tocoquirúrgicas.

- Integrar equipos de trabajo multidisciplinar para la instauración de diálogos que facilite la difusión de información que represente un imperativo en el tratamiento.

-Estructurar una guía de prevención secundaria enfocando las intervenciones de enfermería al patrón funcional o respuesta humana alterada del sistema-cliente.

-Fortalecer la línea flexible de defensa del sistema, por medio de la prevención primaria estructurando diagnósticos de enfermería de riesgo durante la consulta de especialidad, con la finalidad de reducir la posibilidad de que el individuo afronte el factor estresante ó intentar reforzar el enfrentamiento con este factor, luchar en la defensa del sistema-cliente para disminuir el grado de reacción y así evitar la invasión a la línea normal de defensa.

-Dar a conocer al personal directivo de la unidad los resultados de la investigación para concientizar el rol que desempeña el trabajo del equipo humano en las áreas quirúrgicas y la necesidad de establecer relaciones interpersonales sanas de los profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFIA

- Balderas P. M. 2004. Administración de los Servicios de Enfermería, 3ª ed. Ed Mc Graw-Hill Interamericana. México. 216 Págs.
- Bernal L.B, (compiladora). 2000. Textos Filosóficos y Filosofía en Enfermería, Antología, UNAM-ENEO, México D.F, 389 Págs.
- Buela-C.G Y cols. 2000. Manual de Psicología Clínica Aplicada. Siglo Veintiuno España Editores. España. 587 Págs.
- Cabrero G. J y cols. 2002. Investigar en Enfermería, Publicaciones Universidad de Alicante, España, 167 Págs.
- Cardenito L.J. 2001. Planes de Cuidado y Documentación en Enfermería., 2ª ed. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México, 754 Págs.
- Castilla S. L. 2002. Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud., 1ª reimpresión, Ed. Manual Moderno, UNAM-México, 110 Págs.
- Canovas P. Mª R. 2000. Eficacia de una Técnica Cognitiva Conductual en Pacientes Quirúrgicos. <http://www.hipatia.aub.es/jmoix/conduc.pdf>
- Cibanal L. y cols.1991. Relación Enfermera/Paciente, Publicaciones Universidad de Alicante, España, 217 Págs.
- Del Rey Calero J., Herruzo CR., Rodríguez AF. (1996). Fundamentos de Epidemiología Clínica. Madrid, Editorial Síntesis.
- Eduardo S.O. 2000. Historia y Conceptos del Estrés. http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm
- Eduardo S.O. 1999. Estrés y Perfiles de Personalidad. http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a16_06.htm
- Espino V. 2004. Disminución de la Ansiedad del Paciente Quirúrgico a través de la Intervención de Enfermería. Rev. Desarrollo Científico de Enfermería, Vol. 12, Num. 2, Págs. 47-50.
- Folkman, S y L. 2000. Coping and Emotion. 3ª ed. New York. Columbia. University Press.

- Fontaine, K.L y Cols. 2003. Mental Health Nursing. 5 ed. Person Education, Inc. New York.
- García S. A. 1999. Estrés Quirúrgico y Atención de Enfermería. http://www.infomed.sld.cu/revistas/enf/vol_15/_3_99/enf_04399.pdf
- Gadner H. 2002. Estructura de la Mente. La Teoría de las Inteligencias Múltiples. 2ª ed. Ed. Fondo de Cultura Económica, 690 Págs.
- Gálvez T. A. 2004. Enfermería Basada en Evidencia. 1ª ed. Ed. Fundación Index, España-México, 224 Págs.
- Giacomantone E. 2000. Estrés Quirúrgico y Ansiedad. http://www.bvs.slb.cu/revista/enf/vol_15_3_99/enf.04399.htm
- Golanty E, Edline G y Brown K.M. 2002. De Health and Wellness: A holistic Approach. 7 ed. Ed. Jones and Bartlett. Boston.
- Goleman D. 2002. La Inteligencia Emocional. Por que es mas Importante que el Cociente Intelectual. 1ª ed. Ed. Javier Vergara, México, 524 Págs.
- Gold. J. 2001. Simple Strategies for Managing Stress. RN. 64 (12), 65-68.
- Griffith W. Janet y cols, 1993. Proceso Atención Enfermería. Aplicación de Teorías y Guías de Modelo. Ed. Manual moderno, 406 Págs.
- González E. M. 2003. Factores que Ocasianan Estrés en el Personal de Enfermería. Rev. Desarrollo Científico de Enfermería, Vol. 11, Num. 9, Págs. 279-289.
- Hernández S. R y cols. 2005. Metodología de la Investigación. 3ª ed. Ed. Mc Graw Hill, México, 705 Págs.
- Herrera P.J. M. 2008. Guía de Valoración del Adolescente Bajo Modelo de Betty Neuman. Rev. Desarrollo Científico de Enfermería, Vol. 16, Num 5, Pags 218-226.
- Holmes y R. 1967. The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Reserch, 11, 213-218.
- Kozier B. y cols, 2005. Fundamentos de Enfermería. Vol II, 7 ed. Ed. Mc Graw Hill, España. 1667 Págs.

- Huber D y cols. 2000. Liderazgo y Administración en Enfermería, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México, 647 Págs.
- Lartigue T. y cols. 2000. Enfermería una Profesión de Alto Riesgo. Ed. Plaza Valdez, México, D.F, 454 Págs.
- Lazarus, R. 2000. Psychological Stres and the Coping Process. Mc Graw Hill. New York.
- Lynne Jones. 2004. Adolescent Understandings of Political Violence and Psychological Well-Being: a Qualitative Study From Bosnia Herzegovina. Rev. Social Sciencie and Medicine, Pergamon, Págs. 1351-1371.
- Lizalde H. y cols. 2008. Importancia de Vincular NANDA NOCY NANDA NIC en los Registros del Perioperatorio. Rev. Desarrollo Científico de Enfermería, Vol. 16, Num 8, Pags 362-366.
- Lucio F. M. 2004. Control de la Ansiedad y el Dolor en el Paciente al que se va a Implantar un Marcapasos. <http://www.enfermería en cardiología.com/revista/2703.pdf> enfermería cardiológico.
- Marriner T. A y cols, 2004. Modelos y Teorías en Enfermería, 4ª ed. Ed. Harcourt. Madrid, 555 Págs.
- Martínez D. S y cols. 2005. Cirugía. Bases del Conocimiento y Apoyo al Trauma, 3ª ed. Ed.Mc Graw-Hill Interamericana. México. 445 Págs.
- Monat. Y L. (1991). Stress and Coping. 3ª ed. Columbia Universty Press. New York.
- Nirakar M. S. 1998. Impac of Torture on Refugees Displaced Within the Developing World. Rev. JAMA, Vol. 280 Num. 5. Págs. 443-448.
- Neuman B, R.N., Ph. D. 1982.The Neuman Systems Model, Second Edition. Appleton y Lange, San Mateo California. United States of América,480 Págs.
- Neuman B, R.N., Ph. D. 1995. The Neuman Systems Model, Third Edition. Appleton y Lange, Stamford Connecticut. United States of América. 732 Págs.

- Minieri C. R. 2000. Estrés.
<http://www.healthclub.fortanecity.com/hockey/02/estres.htm>
- O' Connell Smeltzer y cols. 2007. Brunner y Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol I, 10 ed. Ed Mc Graw Hill. México. 2556 Págs.
- Rosales B. S. 2004. Fundamentos de Enfermería, 3ª ed. Ed. Manual Moderno, México. 636 Págs.
- Richard M. M. 1999. Hospitalización y Estrés en el Paciente y Percepción Diferencial de Estresores entre Paciente y Personal de Enfermería.http://www.departametro.enfe.ua.es/profesores/miguel/documentos/hospitalización_estres.pdf.
- San J. R.A. 2000. Aspectos de la Información Preoperatorio al Paciente en la cirugía.urgencia.<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/n3/enfermer.htm>
- Seyne, H. 1976. The Stress of Life. (revised.ed) Mc Graw Hill. New York.
- Suchecky D. 2003. Psicoprofilaxis Quirúrgica: respuesta al estrés preoperatorio.
<http://www.interpsiquis.com/2003/aereas/at7>
- Smelzer Suzanne.2007. Enfermería Médico Quirúrgica. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México. Págs. 92-109.
- W. I. P y cols. 2002. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ª ed. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México, 444 Págs.
- Wolf R. L. 2000. Biblioteca Básica de Enfermería. Vol. II, 7ª ed. Ed. Harla. México D.F. 981 Págs.

APÉNDICE

Apéndice 1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
Estrés	Es un factor de energías en sistemas abiertos, que se incrementa o disminuye por factores que originan tensión en la interacción hombre-ambiente, es una respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda que le exige.	-Información respecto al proceso de atención	-Respeto en el trato y regencia por su nombre	-ordinal
			-Escucha con atención	-nominal
			-Dio respuesta a sus cuestionamientos de manera clara	-nominal
			-Explicación de procedimientos previa realización	-nominal
			-Identificación del personal	-nominal
			-Disposición de recursos materiales en base a los requerimientos del usuario	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
Norma y procedimiento información preoperatoria	Explicación detallada del procedimiento quirúrgico y que dentro del manual de normas es todo criterio mediante el cual se puede medir la cantidad o grado de desempeño de funciones del personal de salud.	-Relación medico-paciente (confianza, comunicación, información suficiente y detallada del proceso quirúrgico)	-Información sobre riesgos de la cirugía	-ordinal
			-Información sobre beneficios de la cirugía	
			-Información clara de los procesos prequirúrgicos	-nominal
			-Información sobre tiempo aproximado de cirugía	
			-Confianza en el cirujano	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
Medio ambiente o entorno del área quirúrgica	Conjunto de elementos físicos y materiales; que cuyas características tienden a lograr un grado de protección, seguridad y bienestar en el paciente	-Área física y mobiliario que integra el área quirúrgica	-Temperatura del quirófano -Iluminación de la sala -Tamaño de la mesa de operaciones -Color del techo y paredes de la sala -Sonido de alarmas -Comodidad y seguridad con el vestido con ropa hospitalaria	-ordinal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
Relación interpersonal con el equipo quirúrgico	Comunicación que abarca una amplia gama de formas verbales y no verbales, con las cuales las personas intercambian información. En forma particular mencionamos la relación existente del equipo quirúrgico y el paciente	-Actitudes verbales y no verbales del personal de enfermería, cirujano, anestesiólogo y pediatra.	-Presentación del equipo quirúrgico (referencia por nombre y función a desarrollar) -Explicación de procedimientos antes de ser realizados -Percepción del ambiente	-ordinal -nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
Características personales del paciente quirúrgico	-Actividad laboral en la que se desarrolla.	-Ocupación	-Actividad laboral	-Nominal
	-Área geográfica de procedencia	-Lugar de procedencia	-Dirección (Nombre de la calle y número, colonia), municipio y ciudad.	-Nominal
	-Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	-Edad	-Años cumplidos	
	-Características fenotípicas	-Características del individuo en relación al género	-Sexo	Cuantitativa discreta -Nominal

Apéndice 2. Instrumento

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE “FACTORES QUE PROVOCAN ESTRÉS EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO”

(Aplicado a pacientes en la etapa pre y posoperatoria electiva de las especialidades de cirugía general y ginecoobstetricia)

FOLIO_____

PRIMERA PARTE

SECCIÓN I (para ser llenada con base en el expediente clínico u hoja de traslado)

1.- Iniciales del entrevistado_____

2.-Sexo

1. - Femenino 2.-masculino |_ |

3.-Edad _____

4.-Tipo de derechohabiente

1.-trabajador 2.-trabajadora 3.-esposa 4.-esposo 5.-jubilado 6.-jubilada |_ |

5.-Numero de expediente _____

6.-Médico tratante

1.- Cirujano 2.- Ginecoobstetra |_ |

7.-Fecha de ingreso_____

8.-Turno

1.- Matutino 2.- Vespertino |_ |

9.-Hora_____

10.-Servicio al que ingresa

1.- Cirugía 2.-Ginecoobstetricia |_ |

11.-Dx. de ingreso_____

12.-Lugar de procedencia:

1. Local 2.- foráneo

13.- Lugar de adscripción

1. Ocosingo 2. Yajalón 3. Palenque

SECCIÓN II (para ser llenada por entrevista a la persona sometida a cirugía, el día de su ingreso al hospital)

Preséntese de la siguiente manera: Buenos días/buenas tardes. Soy una enfermera del hospital y quiero hacerle algunas preguntas sobre la cirugía que le van a hacer, para poder brindarle un mejor servicio.
--

14. ¿Qué cirugía le van a hacer?

15. La información que le dio el médico sobre su cirugía ¿fue clara?

1. Sí 2. No

16. ¿Qué le dijo?

17.- ¿Fue suficiente?

1. Sí 2. No

18.-¿Por que?

19.- ¿Confía en su cirujano?

1. Sí 2. No

20.-¿Por que?

21.-¿Le informo en algún momento el tiempo aproximado de su cirugía?

1. Sí 2. No

22.- ¿Le causa estrés que le informen el tiempo que va a tardar su cirugía?

1. Sí 2. No

23.-¿Por que?

24.- En este momento ¿cual es su mayor temor y preocupación?

Porqué? _____

25. ¿Antes de ahora, ya lo/la habían operado?

1. Sí 2. No⇒ PASE A LA PREGUNTA 30

26. ¿De qué lo/la operaron?

27. ¿Hace cuánto tiempo lo/la operaron?

28. ¿En dónde lo/la operaron?

29. ¿Cómo le fue en esa cirugía? ¿Por qué?

30. ¿Cómo se siente ahora que lo/la van a operar?

31. ¿Le hubiera gustado operarse en otro hospital?

1. Sí 2. No

32. ¿Por qué?

SECCIÓN III

A continuación le voy a preguntar sobre cómo se ha sentido en los últimos 15 días.

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD	SI	NO	OBSERVACIONES
33.-Ha tenido miedo			
34.-Se ha sentido nerviosa (o)			
35.-Ha sentido palpitaciones			
36.-Se ha aislado de manera repentina			
37.-Ha tenido temblores en el cuerpo			
38.-Ha tenido dolores de cabeza de manera repentina			
39.-Se siente muy presionada(o)			
40.-Se siente intranquila(o) o no puede estar tranquila(o)			
41.-Se aísla de repente y sin razón alguna			

42.-Se desvanece, se mareo o se siente débil			
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
43.-Se siente con falta de energía			
44.-Se culpa de las cosas que pasa			
45.-Llora fácilmente			
46.-Ha perdido interés por sus relaciones sexuales o no las disfruta como antes			
47.-Ha tenido poco apetito			
48.-Ha tenido dificultad para dormir, o despierta continuamente			
49.-Ha sentido que no tiene esperanzas para el futuro			
50.-Se siente triste			
51.-Se siente solo (a)			
52.-Ha tenido idea de quitarse la vida			
53.-Se siente atrapada (o)			
54.-Se preocupa mucho por todo			
55.-Siente que no se interesa en nada			
56.-Siente que todo es un esfuerzo			
57.-Siente que vale menos que los demás			

SECCIÓN IV Información familiar

58. ¿Con quién o quienes vive actualmente?

1. Esposo
2. Esposa
3. Padre
4. Madre
5. Hermanos
6. Hermanas
7. Tíos
8. Sobrinos
9. Suegra
10. Suegro
11. Solo
12. Nietos
13. Amigos/as
14. Otros _____

59. ¿Tiene hijos?

1. Sí 2. No ⇒ PASE A LA PREGUNTA 65

60. ¿Cuántos hijos tiene? _____

61. ¿Cuántos años tiene el/la menor? _____

62. ¿Quién va a cuidar de sus hijos durante su estancia en el hospital?

63. ¿Le preocupa eso?

1. Sí 2. No

64. ¿Por qué?

65. ¿Sus familiares están enterados de su cirugía?

1. Sí 2. No

66. ¿Alguien de su familia le dijo que no se operara?

1. Sí 2. No

67. ¿Quién? _____

68. ¿Por qué? _____

69. ¿Cómo fue que decidió usted a operarse?

70. ¿Quién lo/la acompaña en este momento?

71. ¿Le hubiera gustado que le acompañara alguien más?

1. Sí 2. No

72. ¿Quién? _____

73. La persona que lo/l acompaña en este momento ¿Es la misma que lo/la acompañó durante sus exámenes de laboratorio y consultas antes de esta cirugía?

1. Sí 2. No

74. ¿Practica alguna religión?

1. Sí 2. No ⇒ PASE A LA PREGUNTA 78

75. ¿Cuál? _____

76. Una vez que decidió su cirugía ¿Asistió con mas frecuencia a la iglesia?

1. Sí 2. No

77. ¿Por qué? _____

78. ¿A qué se dedica usted? _____

79. ¿En su trabajo saben que usted se va a operar? ¿Por qué?

1. Sí 2. No

80. ¿Ha tenido algún problema en su trabajo porque usted se va a operar?

1. Sí 2. No⇒ PASE A LA PREGUNTA 82

81.- ¿le preocupa el abandonar su trabajo por la cirugía?

1. Sí 2. No

82. ¿Esta cirugía le ha ocasionado gastos que no tenía planeados?

1. Sí 2. No⇒ PASE A LA PREGUNTA 84

83. ¿Cómo los ha solucionado o cómo los piensa solucionar?

84. ¿Qué acostumbra a hacer en sus ratos libres?

SEGUNDA PARTE

SECCIÓN V. Valoración del estrés en el posquirúrgico

Esta sección se aplicara una vez que la persona esta instada en el área hospitalización y una vez recuperado del acto anestésico.

85.- ¿Está tranquilo (a) con su condición o está preocupado (a)?

86.- ¿Por qué?

87.-En este momento ¿cuál es su mayor preocupación? ¿Por qué?

88.-Durante el tiempo que estuvo en el quirófano ¿Cómo se sintió? ¿Por qué?

89. ¿Se presento la enfermera con usted?

1. Sí 2. No

90. ¿Qué procedimiento realizado el personal de enfermería le causo inseguridad y ansiedad?

91. ¿Por qué?

92. ¿Recibió apoyo de la enfermera durante la cirugía?

1. Sí 2. No

93. ¿fue suficiente?

1. Sí 2. No

94. ¿Por qué?

95. ¿Qué sugiere para mejorar la atención de enfermería?

96. ¿Se presento el anestesiólogo con usted?

1. Sí 2. No

97. ¿Qué procedimiento realizado por el anestesiólogo le causo intranquilidad y ansiedad?

98. ¿Por qué?

99. ¿Recibió el apoyo del anestesiólogo durante la cirugía?

1. Sí 2. No

100. ¿Fue suficiente?

1. Sí 2. No

101. ¿Por qué?

102. ¿Qué sugiere para mejorar la atención del anestesiólogo?

103. ¿Se presento el cirujano con usted?

1. Sí 2. No

104. ¿Qué procedimiento realizado por el cirujano le causo intranquilidad y ansiedad?

105. ¿Por qué?

106. ¿Recibió el apoyo del cirujano durante la cirugía?

1. Sí 2. No

107. ¿fue suficiente?

1. Sí 2. No

108. ¿Por que?

109. ¿Qué sugiere para mejorar la atención del cirujano?

110. De toda la experiencia en el quirófano ¿Qué fue lo que más le causó temor y ansiedad?

111.- ¿De la cirugía y anestesia ¿Cuál de los dos procedimientos le causa más temor? ¿Por qué?

112. ¿Cómo sintió la temperatura del quirófano? ¿Por qué?

113. ¿Le gustó el color de las paredes del quirófano?

1. Sí 2. No

114. ¿Por qué?

115. ¿Le es agradable el uniforme que viste el personal del quirófano?

1. Sí 2. No

116. ¿Por qué?

117. ¿Le fue cómoda la mesa quirúrgica?

1. Sí 2. No

118.- ¿Por qué?

119. ¿Le es cómoda y segura la ropa que usted vistió en el quirófano?

1. Sí 2. No

120. ¿Por qué?

121. Me podría decir ¿Qué fue lo que más le causo estrés durante estuvo en el quirófano?
¿Por qué?

122. ¿Recomendaría a otra persona que se operara en este hospital?

1. Sí 2. No

123. ¿Por qué?

124. ¿Volvería a atenderse en este hospital?

1. Sí 2. No

125. ¿Por qué?

126. ¿Qué es lo que más le gusta del hospital? ¿Por qué?

127. ¿Qué es lo que menos le gusta del hospital? ¿Por qué?

128. ¿Qué recomendaría para mejorar la atención que se le brinda al paciente que va a ser operado?

MUCHAS GRACIAS

Apéndice 3. Consentimiento informado

Carta de Consentimiento Informado

FECHA _____

A quien corresponda

Por medio de la presente hago constar que he sido informada (o) acerca del estudio que se pretende conducir en esta clínica hospital y que consiste en una entrevista en la cual se aplicaran 128 cuestionamientos para detectar factores de estrés en el periodo pre y postoperatorio.

Me solicitan autorización para que se me realice la entrevista, asegurándome que no me causará daño físico, mental, ni social.

Doy el consentimiento para que se me incluya en el estudio confirmando que se me ha sido explicado de manera detallada el procedimiento.

Atentamente

Firma del paciente

Testigo

Testigo

Nombre y firma

Nombre y firma

