



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Centro Interdisciplinario de Posgrados

Investigación y Consultoría

Maestría en Ciencias de la Enfermería

Título de la investigación

El personal de enfermería da preparación psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del hospital que conlleva al estado de estrés del paciente, en el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.

Tesis que para obtener el Grado de Maestro en

Ciencias de la enfermería

Presenta

Nombre del investigador

Enfermera Rosa María Ontiveros Boharquez



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Centro Interdisciplinario de Posgrados

Investigación y Consultoría

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

Se aprueba la tesis:

**EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA A LOS PACIENTES
QUE INGRESAN A LAS DIFERENTES ÁREAS DEL HOSPITAL QUE CONLLEVA AL
ESTADO DE ESTRÉS DEL PACIENTE, EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARÍA
DE SALUD EN SAN PEDRO CHOLULA, PUEBLA 2011.**

Nombre de la alumna:

ROSA MARIA ONTIVEROS BOHARQUEZ

L.E. Lourdes Lezama Flores

Asesor de Tesis



Puebla, México.

NOVIEMBRE-2011.

DEDICATORIA

Gracias a Dios

Por haberme dado salud para poder terminar mi maestría.

A mis Padres: Daniel y luz María

Gracias por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación que siempre me han dado para salir adelante en la vida.

A mis Maestros

Gracias por haberme dado parte de sus conocimientos, para poder hacer mi maestría.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres: por el apoyo que me brindaron, para poder terminar mi maestría.

Agradezco a la maestra

Por su disposición y ayuda brindada para poder terminar mi tesis.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1. PROPÓSITO Y ORGANIZACIÓN	
1.1 Antecedentes	6
1.2 Problema de investigación	15
1.3 Pregunta de investigación	20
1.4 Objetivo general	20
1.5 Objetivo específicos	20
1.6 Justificación de la investigación.	21
1.7 Alcances y limitaciones	23
1.8 Organización del estudio	24
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Marco conceptual.	25
2.2 Teoría de enfermería psicodinamica	25
2.2.1 Definiciones y conceptos	26
2.2.2 Funciones de la enfermería en apoyo psicológico al paciente.	27
2.2.3 Descripción de experiencias psicológicas	27
2.3 Teoría de Modelo de Sistemas	28
2.3.1 Teoría de psicológica	28
2.3.2 Teoría del estrés	29
2.4 Eficacia de una técnica cognitiva-conductual en pacientes quirúrgicos.	29
2.4.1 La recogida de datos se hizo en tres momentos durante la hospitalización y la secuencia.	30
2.5 Preparación psicológica para la cirugía mayor	31
2.5.1 Diseño y pruebas psicológicas realizadas	31
2.6 Identificación de estresores influyentes en pacientes del hospital.	35
2.7 Psicología de la salud y enfermedades crónicas	35
2.8 Promoción de la salud y apoyo psicológico	35
2.9 Hospitalización y estrés en el paciente: percepción diferencial de estresores entre paciente y personal de enfermería.	36
2.10 Necesidad de la intervención psicológica en la enfermedad oncológica.	37
2.11 Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización.	38
2.12 Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial.	39
2.13 Atención prequirúrgica del hipertenso eventual	40
2.14 Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices.	42
2.15 Estrés ante la venopunción en niños y adolescentes	43
2.16 Estrés en ancianos hospitalizados con enfermedad respiratoria crónica: valoración en el hospital sociosanitario.	44
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	
3.1 Alcance y enfoque de la investigación	46
3.2 Hipótesis	49

3.3 Diseño de la investigación	49
3.4 Selección de la muestra	51
3.5 Recolección de datos	51
3.5.1 Selección del instrumento	52
3.5.2 Aplicación del instrumento	52
3.5.3 Preparación de datos	53
3.6 Análisis de datos	66
CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES	
4.1 Conclusiones relativas a los objetivos específicos	68
4.2 Conclusiones relativas al objetivo general	68
4.3 Aportaciones originales	68
4.4. Limitaciones del modelo planteado	68
4.5 Recomendaciones	68
REFERENCIAS	69
ANEXOS	72
Anexo 1. Instrumento de medición.	73
Anexo 2. Cuadro de gant / cronograma de trabajo 2011.	75
Anexo 3. Hoja de consentimiento informado.	76
Anexo 4. Programa de capacitación.	77
Anexo 5. Carta programática.	80
Anexo 6. Cuadro de nivel de conocimientos	85
Anexo 7. Cuadro de resultados por reactivo	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Operación de variables.

46

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Grado de escolaridad.	53
Gráfica 2. El estar hospitalizado lo pone tenso, preocupado, nervioso	54
Gráfica 3. La enfermera se presento a su ingreso hospitalario.	55
Gráfica 4. La enfermera le explica el procedimiento que le va a realizar	57
Gráfica 5. La enfermera le explica las actividades que le realiza en su atención se siente usted.	58
Gráfica 6. El que la enfermera lo despierte durante la noche usted se siente.	59
Gráfica 7. La enfermera le explica que puede sufrir dolor en el procedimiento que realiza la enfermera le da.	60
Gráfica 8. La enfermera cuando le habla con términos médicos que no puede entender.	62
Gráfica 9. Genero	63
Gráfica 10. Edad	64

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1. Grado de escolaridad	53
Tabla 2. El estar hospitalizado lo pone tenso, preocupado, nervioso	54
Tabla 3. La enfermera se presento a su ingreso	55
Tabla 4. La enfermera le explica el procedimiento que le va a realizar	57
Tabla 5. La enfermera le explica las actividades que le realiza en su atención se siente usted.	58
Tabla 6. El que la enfermera lo despierte durante la noche usted se siente.	59
Tabla 7. La enfermera le explica que puede sufrir dolor en el procedimiento que realiza la enfermera le da	60
Tabla 8. La enfermera cuando le habla con términos médicos que no puede entender.	62
Tabla 9. Genero	63
Tabla 10. Edad	64

RESUMEN

La preparación psicológica dada a los pacientes desde el primer contacto que se tiene con ellos es de vital importancia para que el paciente se adapte a su tratamiento, se sienta más seguro a su entorno, disminuyendo su estrés, menos preocupado, favoreciendo su recuperación siendo más rápida, tenga menos dolor y por lo tanto se use menos analgésicos, ayudar a que su estancia hospitalaria sea más corta, confortable y tranquila.

De acuerdo al problema y los objetivos planteados, el estudio es de tipo Prospectivo ya que empieza con una variable independiente, es transversal porque la obtención de datos fue en un momento específico y también es no experimental porque no hay manipulación de la variable.

En donde las características de dicho estudio deben tener precisión, lo cual se logro utilizando un instrumento de medición.

Esta investigación su objetivo general: Identificar si el personal de enfermería da preparación psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del hospital disminuyendo al estado de estrés del paciente.

La investigación fue de campo porque para su realización fue necesario trasladarse al Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla en donde se observo que las enfermeras dan preparación psicológica al paciente que ingresa al área de hospitalización.

No hubo muestra, el estudio es de tipo transversal ya que la obtención de datos fue en un momento específico, durante un periodo de colecta de datos y los resultados obtenidos del instrumento de medición fue que un 84% del personal de enfermería si da la preparación psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes areas de hospitalización y un 16% no la da, por lo tanto la hipótesis del trabajo de investigación es negativa.

SUMMARY

The psychological preparation given to patients from the first contact you have with them is of vital importance for the patient adapt to your treatment, feel more secure environment, reducing stress, less worried, promoting their recovery being more faster, have less pain and therefore use less pain medication, help the hospital stay is shorter, comfortable and quiet.

According to the problem and objectives, the study is prospective and that starts with an independent variable, is cross because data collection was at a particular time and also because there is no experimental manipulation of the variable.

Where the characteristics of the study should be accurate, which was achieved using a measuring instrument.

This research its overall objective: To identify whether nurses given psychological preparation of patients admitted to different hospital areas, decreasing the stress state of the patient.

The research field because for its implementation was necessary to move the General Hospital of the Ministry of Health in San Pedro Cholula, Puebla, where it was observed that the nurses are the patient psychological preparation entering the ward.

There were no shows, the cross-sectional study because data collection was at a specific time during a period of data collection and outcomes measurement instrument was that 84% of nursing staff if given the preparation psychological patients admitted to different hospital areas and 16% not given, therefore the research hypothesis is negative.

INTRODUCCION

Se realizo en el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula un estudio de investigación para identificar si el personal de enfermería da preparación psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del hospital ya que nos inquieta el estrés que refleja el paciente antes de realizarle un procedimiento, por lo que es importante que los pacientes estén tranquilos durante su estancia hospitalaria, que no estén tensos, preocupado ,nervioso, por lo cual se da a la tarea de investigar si se da la preparación psicológica a los pacientes lo que conlleva a una disminución del estrés, ya que ayudaremos a que el paciente se recupere más rápido, tenga menos dolor, tenga menos complicaciones antes y después de un procedimiento.

La preparación psicológica: Es de vital importancia que el personal de enfermería la proporcione desde el primer contacto que se tiene con el paciente, para que el paciente se sienta más seguro, tranquilo, y se adapte mejor a su tratamiento, al hospital.

Eficacia de una técnica cognitiva--conductual en pacientes quirúrgicos.

El estudio se llevo a cabo en el Hospital público de la provincia de Barcelona y consistió en diseñar y comprobar la eficacia de una técnica psicológica en pacientes quirúrgicos, para reducir los niveles de ansiedad y depresión y facilitar la recuperación.

La muestra estuvo compuesta por treinta mujeres que debían someterse a una histerectomía total abdominal, estas mujeres fueron repartidas al azar en dos grupos: Uno experimental y uno de control.

La recogida de datos: consistió en la alimentación del cuestionario de recuperación física y las escalas de dolor. Se evaluó la ansiedad y la depresión.

Los resultados fueron que el grupo experimental respecto al grupo de control, padeció menos ansiedad y depresión postquirúrgica, sufrió menos dolor y complicaciones después de la operación, necesitó menos analgésicos, recupero antes sus funciones orgánicas y se acorto su estancia hospitalaria.

Por lo que se pudo concluir que la técnica psicológica diseñada se mostro eficaz como facilitadora de la recuperación en pacientes quirúrgicos, se consiguió mejorar el estado de ánimo y facilitar la recuperación postquirúrgica.

Este artículo se relaciona con mi trabajo de investigación porque habla de la importancia de dar la preparación psicológica al paciente antes de realizarle un procedimiento como es la preparación psicológica prequirúrgica y posterior a la misma, ya que si atendemos sus necesidades físicas y psicológicas durante su estancia hospitalaria su recuperación del paciente va hacer satisfactoria. Cánovas, Ma. (2001).

Preparación psicológica para la cirugía mayor

En este estudio de preparación psicológica para la cirugía mayor, se evaluaron el estado psicológico de un grupo de pacientes que se sometieron a cirugía cardiovascular, antes y después de un programa de preparación psicológica que elaboro el servicio de psicología del Centro de investigaciones Médico Quirúrgicas, ciudad de la Habana Cuba.

Describe que a pesar de las técnicas quirúrgicas se han modificado y desarrollado para hacer cada vez menos el riesgo para la vida, la cirugía constituye un evento estresante, alrededor de los cuales existe preocupaciones sobre la autonomía y condiciones físicas dolorosas y la supervivencia y recuperación, la separación de la familia y el hogar a lo que suma el carácter impersonal de la propia hospitalización.

También pueden surgir respuestas emocionales ante el proceso quirúrgico, que cuando son muy intensas repercuten en la recuperación del paciente y un gran número de evidencia sugiere que a mayor ansiedad, más lenta y complicada resulta la recuperación postoperatoria, lo que ocurre a través de mecanismos tanto conductuales como fisiológicos.

La ansiedad y el estrés pueden aumentar el dolor y hacer más difícil la adherencia a las orientaciones terapéuticas que contribuye a la recuperación como por ejemplo: caminar, realizar ejercicio.

Da como resultados en el test de depresión de Beck se encontró una alta prevalencia de pacientes deprimidos en sus estudios de preparación psicológica para la cirugía mayor y procedimientos médicos invasivos, que luego de la aplicación de la técnica para la inoculación del estrés, mejoraron significativamente.

Se encontró que el 46% de los pacientes no están deprimidos en la fase preoperatoria, un 22% moderadamente deprimido, un 30% leve, con depresión elevada un 2%. En la fase posoperatoria los niveles de depresión disminuyeron, sin depresión encontramos 72% de los pacientes y con depresión elevada un 22% en categorías de moderada a leve un 2% y un 4% respectivamente.

En la escala de trastornos del sueño, el despertarse durante la noche fue el trastorno del sueño que predominó, con el 22% de pacientes, que presentó este trastorno casi todo el mes, en la etapa previa de la cirugía, mientras que en los primeros tres días no se reportó esta dificultad. En la etapa posoperatoria un 30% no refiere su presencia y un 36% que si lo ha padecido pero pocos días. *Castillero, Y. (2001).*

Necesidad de la intervención psicológica en la enfermedad oncológica

El tratamiento integral del paciente con cáncer debe atender las necesidades psicológicas y sociales del paciente de cáncer y sus familiares.

La confianza en relación personal paciente es la piedra angular de la atención a los pacientes con cáncer, se construye y se sostiene mediante la información y la comunicación. Una información adecuada reduce incertidumbre y mejora el afrontamiento y la satisfacción del paciente favorece las decisiones compartidas, la adherencia al

tratamiento y es el mejor procedimiento para reducir las reclamaciones y demandas legales, comunicarse adecuadamente con los pacientes requiere equilibrar la honestidad y el realismo con la sensibilidad, el apoyo y la esperanza, porque los médicos deben decir la verdad, sino la información que el paciente desea y puede procesar.

Atención psicológica

Requiere estar integrada con el equipo médico y el proceso de atención médica. El psicólogo debe atender al paciente y su familia desde que recibe el diagnóstico, así se puede prevenir problemas de adaptación y salud mental y facilitar el afrontamiento adecuado de la enfermedad, para lo cual el paciente debe solicitar una interconsulta o solicitarla el equipo médico. La atención psicológica en pacientes con cáncer comprende desde la prevención y detección precoz, hasta los cuidados paliativos. En la detección precoz, el objetivo es mejorar la información, apoyar la participación y reducir el miedo y la ansiedad para que la mayor parte lleven a cabo estas pruebas sin temor.

La hospitalización y los tratamientos quirúrgicos requieren información de los síntomas físicos y de los cambios psicológicos, entrenamiento en control del estrés, exposición a cicatrices y cambios en la imagen corporal, reforzamiento de actividades de rehabilitación y asistencia para recuperación emocional y funcional.

Las recidivas y los fracasos en los tratamientos ocasionan reacciones emocionales muy intensas y los pacientes y las familias necesitan atención psicológica en esos momentos. Los cuidados paliativos requieren de una atención psicológica tanto al paciente como a los familiares, centradas a las necesidades informativas, manejo de emociones negativas asegurar el control del paciente, reducir la incertidumbre y la soledad, atender a las necesidades espirituales, así como la asistencia al duelo. Albarracín, D.et al. (2006).

CAPITULO 1.

PROPOSITO Y ORGANIZACIÓN

1.1 Antecedentes

La evaluación psicológica en el contexto de la salud se une a la formulación actual del concepto de salud y de las causas de las enfermedades. No se considera la salud como ausencia de síntomas, puesto que una persona puede estar muy enferma sin que presente ninguna sintomatología. Por otra parte, las enfermedades, actualmente, no se consideran como poseedoras de una única determinación, pero sí, como multideterminadas.

Definición y contextualización de la psicología en la salud

La psicología en la salud surge en la década de 1970, en un contexto de transformaciones radicales en el concepto de salud reconocida en la expresión utilizada por Richmond (1979), como la segunda revolución de la salud y propone implementar los cambios necesarios para responder a las nuevas exigencias del sector. Dos cambios fundamentales marcaron este momento: la superación del modelo biomédico centrado en la enfermedad, que pasa ahora a enfocarse en la salud y en la vuelta de una perspectiva ecológica que atribuye al comportamiento humano la principal causa de morbilidad y mortalidad.

De esta manera, se constata que en los países desarrollados, las enfermedades que más contribuyeron a la mortalidad eran enfermedades con etiología de comportamiento. Richmond (1979) cita como principales factores de riesgo, responsables de la mayoría de las enfermedades y muertes prematuras en los Estados Unidos, al hábito de fumar, consumir alcohol y drogas, correr riesgos que dan origen a accidentes de tráfico entre los jóvenes, entre otros tantos.

Bajo esta perspectiva, en 1973 en los Estados Unidos se creó en la American Psychological Association (APA) una task force on health research, con el fin de estudiar la naturaleza y extensión de la contribución de los psicólogos a la investigación básica y aplicada sobre los aspectos de comportamiento en las enfermedades físicas y en el mantenimiento de la salud (APA task force on health research: 263). En 1976, se publica un informe sobre las relaciones entre la psicología y los contextos tradicionales de salud y enfermedad, proponiendo orientaciones doctrinarias para el área en estudio. Este informe constituyó el embrión de la nueva área de la psicología conocida como psicología en la salud. En 1978, se constituyó la división de la psicología de la salud de la American Psychological Association (División 38) con el fin de comprender los procesos de salud y enfermedad por intermedio de la investigación básica y clínica, buscando promover la integración de la comunidad psicológica y biomédica.

Se observa que la segunda revolución de la salud fue consecuencia de investigaciones que, de manera creciente, alertaron sobre las nuevas epidemias, y cuyos resultados empezaron a ser concluyentes y a ganar notoriedad en la década de 1970 (Lalonde, 1974; Michael, 1982; Richmond, 1979). Para atender esta emergente epidemia de

comportamiento, Lalonde (1974) propuso una política nacional de salud orientada hacia la evaluación psicológica en el contexto de la salud se une a la formulación actual del concepto de salud y de las causas de las enfermedades. No se considera la salud como ausencia de síntomas, puesto que una persona puede estar muy enferma sin que presente ninguna sintomatología. Por otra parte, las enfermedades, actualmente, no se consideran como poseedoras de una única determinación, pero sí, como multideterminadas.

La psicología de la salud tiene aplicaciones prácticas en el área de la salud, y la emergencia de la psicología de la salud como campo del saber ha sido muy influenciada por las transformaciones que ocurrieron tras la inserción del psicólogo en la salud en toda Latinoamérica. Se observa que hasta hace muy poco tiempo el campo de actuación de la psicología se resumía a dos principales dimensiones. La primera abarcaba actividades desempeñadas en consultorios particulares, limitadas a una clientela perteneciente a las clases más ricas. Una actividad ejercida de forma autónoma, por profesionales liberales y de una manera general, no inserta en el contexto de los servicios de salud. La segunda dimensión comprendía las actividades ejercidas en los hospitales y ambulatorios de salud mental, actuación que, hasta muy recientemente, estaba subordinada a los paradigmas de la psiquiatría y por ende desarrollada desde la óptica predominante de la internación y medicación.

No existen dos psicologías, una psicología de la salud y una psicología de la enfermedad. En realidad, cuando uno se refiere a la psicología de la salud, también se refiere a la persona en su proceso de enfermarse. Así, toda enfermedad tiene aspectos psicológicos que envuelven múltiples factores que se deben evaluar, tales como estilo de vida, hábitos, cultura, mitos familiares.

Piña López (2004) analizó algunos de los principales marcos normativos en materia de salud en México y constató la existencia de una pobre caracterización tanto de la psicología como de los psicólogos, con profundas implicaciones que pueden comprometer abiertamente el estatuto actual y futuro de éstos. Tomó en consideración una cantidad de trabajos que en los últimos veinte años han sido llevados a cabo por psicólogos sobre una amplia variedad de temas, fundamentalmente relacionados con los problemas de salud, señalando la necesidad de promoción y reconocimiento profesional, en los mismos moldes que se reconoce a los profesionales de la medicina.

El referido estudio concluye que es fundamental, como un primer paso para superar dichas dificultades, que los profesionales de la psicología que trabajan en el sector de la salud se esfuercen en buscar su inserción en equipos multidisciplinarios de salud, ya sea realizando investigaciones, planeamiento, prevención o intervención, o difundiendo los resultados de sus trabajos en revistas o eventos académicos en los que tradicionalmente se publican los estudios de médicos.

En Brasil la psicología hospitalaria se consolida durante la década de 1980, cuando se incluye al psicólogo en el Hospital Escolar Pública, en la asistencia a los pacientes y familiares, en su mayoría de nivel socioeconómico bajo o medio bajo, con el objetivo de

rebasar el tradicional dualismo mente–cuerpo y optimizar el tratamiento al motivar la adhesión a lo que es el tratamiento. La estructuración de estas nuevas fronteras tuvo sus raíces décadas antes de la consolidación y contó con el empeño de varios profesionales, entre ellos, la Dra. Mathilde Neder que, por su inserción en 1954 en la Clínica Ortopédica y Traumatológica del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la USP (Universidad de Sao Paolo), la Dra. Neder inició el trabajo de seguimiento de pacientes sometidos a cirugía de columna, desarrolló experiencias e investigaciones que preconizaron la psicoterapia breve, la consultoría, la interconsulta psicológica y la terapia familiar. Se destaca también su participación en la creación de la División de Psicología en el Instituto Central y en la coordinación de las Actividades de los Psicólogos del Hospital de Clínicas.

Alrededor del tema de la diseminación de la institucionalización de servicios de psicología hospitalaria en Brasil, se destaca el Instituto del Corazón del Hospital de Clínicas de la USP, implementado en 1974 por la Dra. Belkiss Romano Lamosa, que también organizó el primer evento nacional de psicólogos interesados en este sector en el país. El desarrollo de investigaciones, disertaciones y tesis, registró varias publicaciones sobre los significados emocionales que surgen en el proceso de enfermarse. Entre los temas de estudio, se destacan los aspectos psicológicos de los enfermos coronarios, el niño enfermo crónico, la persona internada y el intento de suicidio.

Cuba, según Averasturi (1985), fue el único país de Latinoamérica, y tal vez del mundo, que logró integrar plenamente la práctica psicológica a los servicios de salud en todos los niveles de atención –primario, secundario y terciario– con la participación no solamente en las prácticas asistenciales, sino también en las áreas de investigación y entrenamiento de recursos humanos. De esta manera, la psicología de la salud amplió su objeto de estudio, que pasó a abarcar no solamente los procesos psicológicos y psicopatológicos, que caracterizaban la psicología clínica tradicional, sino que también integró el conocimiento de los procesos socio–psicológicos relevantes para el mantenimiento de la salud y la comprensión del origen y del desarrollo de la enfermedad, así como de los diferentes aspectos de la práctica médica, entre ellos la relación médico–paciente, la satisfacción de la población con los servicios, las formas de utilización de los servicios y la participación de la comunidad en su evaluación.

Está claro que la psicología en la salud es un campo que estudia las influencias psicológicas en la salud, los factores responsables por el acto de enfermarse, los cambios de comportamiento de las personas al enfermarse (Taylor, 2002). No se limita únicamente a ambientes hospitalarios o a centros de salud, sino también a todos los programas que prioricen la salud física y mental colectiva (Baptista y Días, 2003). La psicología de la salud es, por lo tanto, definida como un dominio de la psicología que recorre los conocimientos provenientes de los variados sectores de la psicología en vista de la promoción y protección de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, identificación de la etiología y diagnóstico relacionado con la salud, enfermedad y disfunciones asociadas, análisis y mejora del sistema de cuidados de salud, y perfeccionamiento de la política de salud (Matarazzo, 1982).

Hoy día, según apa (2005), la psicología de la salud se desarrolla hacia una búsqueda cada vez más grande de conocimientos básicos de la ciencia psicológica y sus extensiones en el campo de la salud, el impacto del comportamiento en la salud, la influencia de estados de la salud y de la enfermedad en los factores psicológicos. El vínculo entre los estudios psicosociales y psicofisiológicos llega a su auge en las investigaciones en el campo de la psiconeuroendocrinoinmunología y sus extensiones para la comprensión de fenómenos como el estrés y sus asociaciones con la enfermedad. Sin embargo, en México, según Piña López (2004), los psicólogos que trabajan en el sector de la salud no forman una categoría descriptiva identificable en lo que se refiere a los recursos humanos que están incluidos en el sistema Nacional de Salud. En 2000, se registraron 143 018 trabajadores en el área de la salud que pertenecían al cuadro administrativo, 140 629 eran médicos, 273 096 paramédicos (enfermeras y otros), 36 388 eran auxiliares de diagnóstico y tratamiento y 367 82 sin otra especificación. No existe una categoría independiente que permita saber con seguridad cuantos son los psicólogos que trabajan en el campo de la salud y si de hecho han sido contratados como tales. Esta situación, como ocurre en otros países de Latinoamérica, forma un cuadro impreciso de las efectivas contribuciones de la psicología al área de la salud. Nunes, M. (2006).

A nivel internacional la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido al estrés como la epidemia de la modernidad. La magnitud de este problema se ha convertido en unas de las prioridades de salud pública en el mundo.

Cuando estamos estresados, en una primera etapa suceden una serie de conductas como son la ansiedad, la irritabilidad, el bloqueo de la memoria, el cansancio y el insomnio los cuales, si se dejan evolucionar nos pueden llevar a la fatiga crónica y aun a la depresión, esto se previene si se aplican técnicas para reconocer y modular y controlar las reacciones del estrés en nuestro cuerpo. (Moreno, 2010).

Breve mirada de la Historia del estrés

Siglo XVII Término de estrés

Al final del siglo XVII se plantea el término estrés con un acento técnico debido a que el físico inglés Robert Hooke (1635-1703) lo utiliza por analogía con el uso de la misma palabra en el campo de la ingeniería. A través de su ley de elasticidad explica y proporciona el concepto de carga, postulando que cuando una presión es aplicada sobre una estructura, ésta produce un efecto de estiramiento, generando un cambio de la forma; éste sería el resultado de la interacción entre la presión (o carga) y el estrés. El concepto de estrés es pues entendido aquí como la situación en la cual una exigencia externa actúa sobre un cuerpo y éste, análogamente a una máquina, se expone a un desgaste. Ante esta demanda, el cuerpo necesitaría energía proveniente del sistema nervioso para sobrellevar los desgastes. Por ello, los científicos relacionaron inicialmente el estrés con un desgaste de la energía nerviosa. Esto cobra particular relevancia cuando en el siglo

XVIII los médicos plantean que la tercera parte de las enfermedades se debían a orígenes nerviosos.

Vemos ya desde esta definición una sugerencia de que la persona puede pasar por situaciones que sobrecargan sus recursos físicos de tal manera que se dé una saturación que su sistema nervioso pueda no sobrellevar. Es evidente la impronta mecánica que por analogía ayuda a entender el plano más físico del impacto del estrés en cuanto fuerza desgastante. Dicho concepto, llevado rectamente a la realidad humana, ayuda a reflexionar sobre una recta exigencia personal que eduque para la entrega generosa en la medida de las propias capacidades y posibilidades según la realidad de cada uno.

Siglo XIX El desgaste nervioso

Un hallazgo que avanza en esta línea se da hacia la llegada del siglo XIX, cuando el médico americano George Beard (1839-1883) describe un cuadro frecuente en sus pacientes como resultado de una “sobrecarga” de las demandas propias del nuevo siglo, y lo llama “neurastenia”. Este estudioso fue quien en 1868 popularizó el término neurastenia.

Si bien es cierto que la neurastenia no hace alusión a un cuadro idéntico al del “estrés moderno”, Beard tiene el gran aporte de sugerir que las condiciones sociales y las exigencias de la creciente vida urbana moderna pueden suscitar un desequilibrio en la persona que podría culminar en una enfermedad mental.

Explicaciones etiológicas

Por otro lado, el médico británico Clifford Allbutt (1836-1925) sostenía en que el sistema nervioso no se debilita ni se agota por el esfuerzo ya que por naturaleza es activo. Allbutt estaba en contra de la opinión popular de que el siglo XIX estaba marcado por el estrés y los deseos insatisfechos; y más bien planteaba que en una época en la que las autoridades civiles se han debilitado, las personas se ven en la necesidad de una mayor autoexigencia moral y de un mayor autocontrol.

Allbutt era mucho más optimista que sus contemporáneos, pues consideraba que sus repercusiones en realidad no eran tan dramáticas. Para demostrarlo, aludía al hecho de que los efectos de la neurastenia no tenían consecuencias fatales en los pacientes que sufrían enfermedades cardiovasculares.

Terapias propuestas

La terapia que más éxito tuvo fue la famosa cura del descanso creada por el médico americano Silas Weir Mitchell (1829-1914). Este es considerado un precursor de la aplicación de la psicología a la medicina, especialmente a las enfermedades nerviosas.

Este tipo de terapia tuvo mucho éxito, es así que vemos como hasta finales del siglo XIX al la terapia sobre lo que décadas después se definiera como estrés.

En este siglo empieza el esfuerzo de la psicología por aparecer como ciencia y aparece el funcionalismo con William James (1842-1910) y su interés en lo práctico, alentando así la capacidad de adaptación del ser humano. En su perspectiva pragmática propone el concepto de fatiga como signo de falla en el ajuste exitoso del individuo a la vida moderna. Esto último sería lo propio del ideal de vida de una sociedad industrialmente productiva como meta de realización.

Medicina psicosomática

Las primeras décadas del siglo XX también son testigo del acento en el concepto de estrés como enfermedad suscitada por una causa psicológica o conflicto interno, con ello se populariza lo que se llamará medicina psicosomática, término que alude a una relación de la psique con la enfermedad física.

Mantener la homeostasis

Fue probablemente el neurólogo Walter Cannon, el primer investigador moderno que aplicó el concepto de estrés en este sentido a las personas, interesado principalmente en los efectos que el frío, la pérdida de oxígeno y otros factores ambientales considerados estresores producen en el organismo. Cannon partió de la hipótesis de que toda vida humana requiere mantener un equilibrio interior al cual llamaría homeostasis y en caso de cambios intensos se da un proceso de reacomodación a través del sistema endocrino y vegetativo.

Las investigaciones de Cannon lo llevaron a la conclusión de que a pesar de que un organismo pueda resistir un bajo nivel de estresores o un estresor inicial, cuando éstos son prolongados o de carácter intenso pueden provocar un quiebre en los sistemas biológicos. El enfoque de Cannon, además, define el estrés como un conjunto de estímulos del medio ambiente que alteran el funcionamiento del organismo. Al ubicar el estrés fuera de la persona, se hace necesario identificar, definir y entender cuáles son las situaciones estresantes, determinando así cómo y hasta qué punto los procesos fisiológicos afectan al ser humano en diferentes aspectos.

De acuerdo a la teoría de Cannon serían los hechos y situaciones los que generan el estrés: si una situación considerada como estímulo provoca alteración emocional, agotamiento psicológico, debilitamiento físico o deterioro, entonces se califica dicha situación como estresante o estresor.

Hans Selye y la sistematización del estudio del estrés.

Tomando los avances de Cannon, Hans Selye descubrió que en sus pacientes (1936) se presentaban ciertas constantes biológicas independientemente del tipo de enfermedad que sufrieran. A partir de dicha observación fue desarrollando una definición de estrés

basada no ya en el estímulo como la de Cannon sino en la respuesta que dan las personas durante situaciones estresantes. Por el desarrollo sistemático que realizó desde entonces, Selye es considerado por muchos como el padre del concepto moderno de estrés pues marcó un hito insoslayable en el desarrollo de dicha noción. De acuerdo a Selye, el agente desencadenante del estrés es siempre algún elemento que atenta contra la homeostasis del organismo. El estrés sería la respuesta no específica del organismo ante cualquier situación demandante, ya sea que se trate de un efecto mental o somático. En un inicio, Selye consideraba que la respuesta de estrés era un mecanismo inherente a la situación: cada vez que se diera una demanda al organismo, se produciría una respuesta defensiva con el fin de proteger y propiciar la adaptación; él no encontraba diferencias en las respuestas dadas frente a estímulos agradables o desagradables. Luego de una mayor evolución de su teoría, en 1974 Selye hizo una distinción entre estrés positivo y negativo, lo llamó eustrés al estrés que se asocia a sentimientos positivos y procesos fisiológicos de protección y denominó distrés al estrés que se relaciona con sentimientos negativos y funciones destructivas para el organismo.

Posteriormente, amplió el concepto al afirmar que el estresor no era exclusivamente de naturaleza física sino que también podía ser de naturaleza psicológica, como ocurre en el caso de emociones tales como el temor, la alegría, el odio, etc. Incluso consideró el factor psicológico como el más frecuente activador de respuestas ante situaciones estresantes, aunque dejando claro que no puede ser considerado como el único factor.

Un proceso dinámico

Harold G. Wolff entre los años 1940 y 1950, aportó un elemento importante al enfocar el estrés como un proceso dinámico en el cual el organismo interactúa con el estímulo, implicando una adaptación a las demandas que se dan y ofreciendo la ventaja de apuntar a una definición mucho más integral y completa que las propuestas anteriormente presentadas.

Posteriormente, se desarrollaron teorías sobre el estrés que se basaban en la interacción. Lazarus es el principal representante de esta perspectiva. Él desarrolla el aspecto cognitivo y las evaluaciones adaptativas o desadaptativas que se pueden hacer sobre la realidad. Desde esta visión, el estrés se originaría a partir de las relaciones particulares entre la persona y su entorno, por lo que se acentúan los factores psicológicos que median entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés.

Actualmente una de las más reconocidas definiciones de estrés es justamente la de este autor, quien lo define como una relación entre la persona y el ambiente, el cual es cognitivamente evaluado como significativo y que excede a sus recursos. En un inicio,

Lazarus planteó el concepto de evaluación centrándose básicamente en el estrés psicológico, donde podía distinguir tres estados amenaza, daño-pérdida y desafío. Sin embargo, enriqueció su teoría desarrollando la noción de evaluación en relación a la emoción, permitiendo discriminar la variedad de emociones individuales que se presentan en una situación y que también afectan el proceso subjetivamente evaluativo o interpretativo.

Un modelo sintético

El psicólogo Seldon Cohen (1997) quien ha realizado durante 25 años investigaciones sobre la relación entre estrés y salud, plantea un modelo que incluye los tres acentos en el desarrollo del concepto de estrés hasta la actualidad:

1. Experiencia de demandas del ambiente, estresores o eventos de vida.
2. Percepción subjetiva de sentirse estresado.
3. Activación de condiciones físicas y fisiológicas.

De los modelos propuestos, éste resulta muy sugerente pues dicho autor considera cada aproximación como un estadio propio del proceso a través del cual las demandas del ambiente son traducidas en cambios psicológicos y biológicos que ponen a la persona en riesgo de enfermarse. Cohen prefiere llamar estrés a toda la aproximación en conjunto del proceso.

El sistema inmunológico

Finalmente, muchos investigadores consideran que el sistema inmunológico podría ser el principal mediador en la relación estrés enfermedad. En un estudio meta analítica, Segerstrom y Miller (2004) reportaron que en los últimos 30 años se han realizado más de 300 estudios sobre estrés y el sistema inmunológico en humanos, y que los resultados han demostrado que los desafíos psicológicos son capaces de modificar muchas características de dicho sistema. Es probable que el estrés psicosocial agote la protección inmune local contra la invasión de virus o colonias de bacterias con el desarrollo de la psiconeuroinmunología, estas hipótesis están siendo reevaluadas para obtener nuevas luces sobre los mecanismos implicados en cuadros como el estrés. La psiconeuroinmunología es la ciencia básica que examina los vínculos estructurales y funcionales entre la conducta, los nervios, el sistema endocrino y el sistema inmunológico. Es una ciencia clínica que está estudiando las relaciones entre los estados de humor y el sistema de defensas del cuerpo, así como el impacto del aspecto psicológico en los

cambios que se dan en el sistema inmunológico y los efectos que esto produce en la salud.

Seegerstrom y Miller (2004) explicarán que es importante diferenciar el sistema inmunológico innato del adquirido, en vistas a entender mejor la relación entre estresores psicosociales y dicho sistema inmune. Las células que participan en los mecanismos innatos tienen diferentes propósitos y pueden atacar diferentes patógenos en un periodo corto de tiempo. Tienen una respuesta generalizada llamada “inflamación” y coordinan los complejos procesos de reconocer y destruir de todas las células del sistema inmunológico. Se comunican entre sí por medio de la segregación de unas moléculas llamadas citoquinas. Las citoquinas son proteínas solubles sintetizadas y segregadas por células inmunes y son vitales para la regulación normal de la inmunidad en la persona. Estas proteínas actúan como mensajeros químicos entre las células inmunes y pueden tener efectos de amplio espectro: activan células inmunes, las dirigen para que proliferen y se trasladen a las áreas de infección o daño. Además, hacen que estas células se diferencien en clases. Un adecuado funcionamiento del sistema inmunológico reduce tremendamente la posibilidad de que se presente una infección o, en todo caso, la minimiza en cuanto a su duración e intensidad. En cambio, las fallas en el sistema inmunológico, que disminuyen la resistencia, se reflejan en importantes fuentes de enfermedad e incluso de muerte prematura. Es así pues, que las citoquinas son un camino de investigación prometedor para explicar las relaciones entre el estrés, el cambio inmunológico y la enfermedad. Casuso, L. (2010).

1.2 Problema de investigación

La preparación psicológica que el personal de enfermería debe dar a los enfermos será desde el primer contacto que se tenga con él, independientemente del servicio al que se le asigne, esta se refiere a la explicación que se le da al paciente respecto a su tratamiento, a sus preguntas, miedos, antes de realizarle un procedimiento durante su estancia hospitalaria.

El dar preparación psicológica al paciente no es suficiente pues el personal de enfermería y médicos deben de tener empatía que exige un dialogo en el que el proceso de comunicar e informar, sea fluido, para que el enfermo exprese interrogantes, preocupaciones y dudas respecto a su padecimiento. Es evidente que un dialogo mutuo entre enfermera y paciente va a facilitar la comprensión profunda del padecimiento y su significado, también el cumplimiento de las prescripciones médicas.

La preparación psicológica a todos los pacientes que ingresan al servicio de hospitalización para tratamiento médico, así como también quirúrgico, a nivel cognitivo, emocional, conductual y social y espiritual, contribuye a un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte de los pacientes permitiendo una readaptación rápida con la finalidad de volver a su nueva faceta de vida.

Según estudios que se han realizado en Hospitales el dar preparación psicológica a los pacientes hospitalizados que ingresan para tratamiento médico o quirúrgico les va ayudar a disminuir sus miedos, el estrés, su ansiedad, su estancia hospitalaria será más corta y por lo tanto es menor la necesidad de analgésicos, y la persona tiene un sentido de bienestar y control.

El estar hospitalizado para el paciente, representa indudablemente una situación de estrés, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre su muerte, dependencia física, no despertar de la anestesia, el dolor, la enfermedad, recuperación, separación con la familia, situación económica y laboral. Ante todas estas interrogantes, pueden surgir varias respuestas, emociones, ansiedad, estrés, depresión, que cuando son muy intensas tienen consecuencias, haciendo lenta y complicada la recuperación hospitalaria.

El sufrimiento psicológico y el estrés pueden retrasar la recuperación de los pacientes hospitalizados. Las intervenciones para tratamiento médico o quirúrgico a un que pueden representar un alivio, también están cargadas de ansiedad, y constituyen una fuente de estrés psicológico para el paciente, por lo que obliga a enfrentar situaciones desconocidas, que implican a veces ciertos riesgos de vida. La carga emocional propicia que cualquier intervención pueda tener, puede aumentar, si el paciente al recibir la noticia, revive recuerdos traumáticos de procedimientos pasados.

El paciente suele recurrir a sus recursos emocionales para hacerle frente a la realidad de la enfermedad, la cirugía y las exigencias de la recuperación. Al ingresar los pacientes a hospitalización tienen un cierto nivel de ansiedad lo cual es normal y deseable dicen los

psiquiatras ya que el paciente tiene una visión realista de su padecimiento y trata de adaptarse a la situación.

Cuando presentan un alto grado de ansiedad o estrés, esta puede afectar la respuesta a tratamientos médicos o quirúrgicos, a las drogas anestésicas, la tensión arterial o la frecuencia cardíaca, sus heridas demorarán en cicatrizar más, su sistema inmunológico se debilitará y el posoperatorio será más largo. También pueden presentar insomnio, agresividad, problemas en sus relaciones con el médico y la enfermera, uso excesivo de analgésicos, para controlar el dolor y actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad.

La cantidad de ansiedad que la persona pueda experimentar y la capacidad del paciente para manejar la ansiedad en un tratamiento médico o quirúrgico dependen de haber sido testigo o haber experimentado complicaciones durante su enfermedad o estancia hospitalaria pasadas, duración y magnitud de la misma, tipo y gravedad del procedimiento, tiempo de preparación previa para el tratamiento médico o quirúrgico, capacidad y tolerancia para soportar situaciones estresantes.

Por lo tanto la evaluación y tratamiento de un paciente que va a ser sometido a un procedimiento médico o quirúrgico requiere de especial atención a nivel médico y psicológico.

Es de vital importancia recibir preparación psicológica por el solo hecho de que las hospitalizaciones y tratamientos suelen producir consecuencias traumáticas, resulta sorprender a muchas personas.

Las consecuencias traumáticas causadas por una larga inmovilización, hospitalización y en los tratamientos médicos o quirúrgicos son a menudo graves y prolongadas. Aunque la persona reconozca que el tratamiento médico o la operación es necesaria y de que a pesar de cuando el cirujano opera esta inconsciente, el cuerpo lo registra como un incidente que amenaza la vida. A nivel celular el cuerpo percibe que ha soportado una herida como para ponerlo en peligro de muerte.

Es importante la preparación psicológica y sobre todo beneficiosa para los pacientes que van a tener un procedimiento médico o quirúrgico, para que no sufran traumas emocionales en sus vidas y que tengan una mejor y más corta recuperación. Muchas veces por la gravedad de la situación no hay tiempo de preparar a la persona, en caso de accidente o una enfermedad grave y el choque emocional puede ser más fuerte. Una vez que pasa la urgencia es importante darle la preparación psicológica al paciente para que supere su trauma.

En los últimos años, con el desarrollo de la medicina psicosomática, un número mayor de psiquiatras han entrado en contacto con pacientes que padecen diversas enfermedades médicas y quirúrgicas.

Se han desarrollado servicios de psiquiatría de enlace en algunas instituciones, unidades de salud mental en hospitales generales y en aquellas en las que no hay es fácil encontrar

psiquiatras que atienden las necesidades emocionales de estos pacientes. Un número menor de psiquiatras ejercen su actividad en el consultorio privado, con pacientes aquejados por diversas enfermedades médicas.

Hay diferentes respuestas emocionales y conductuales a la enfermedad. La cronicidad o afectación de un determinado órgano o sistema no predicen el carácter o la intensidad de la respuesta emocional. Diversas modalidades de psicoterapia han resultado útiles para el tratamiento de pacientes con enfermedad médico-quirúrgica, aunque muchas de estas intervenciones no se han estandarizado.

Es poco lo que se ha investigado y publicado sobre este tema, lo cual podría explicarse por las diferentes respuestas a la enfermedad y a la hospitalización, el campo de acción de las terapias mismas y las limitaciones inherentes al proceso psicoterapéutico en un ambiente diferente a aquel donde el psiquiatra habitualmente se desempeña. Se han descrito una amplia variedad de psicoterapias que difieren en relación con su duración breve o prolongada, formato individual, grupal, pareja o familia, objetivo reconstructiva y reeducativa y técnica supresiva, exploratoria o directiva.

Existen limitaciones en los sistemas de salud, en cuanto a que las entidades prestadoras de servicios limitan o controlan las intervenciones psicoterapéuticas. En este sentido, existe una inequidad con respecto a otras actividades médicas.

El psiquiatra es llamado a ayudar en el manejo de las respuestas emocionales a la enfermedad y a la hospitalización. La enfermedad de un paciente hospitalizado o ambulatorio puede evocar múltiples respuestas emocionales simultáneas o secuenciales por ejemplo, ira, rabia, ansiedad, miedo, culpa, vergüenza, tristeza, alivio o esperanza así como la desmoralización, destacada últimamente en la literatura médica.

Entre las respuestas más frecuentemente encontradas en este contexto, la rabia ocupa un lugar preponderante, y se puede manifestar como un rechazo al tratamiento o desplazarse hacia el equipo terapéutico. Es frecuente en pacientes con rasgos paranoides, narcisistas, personalidades antisociales. El miedo y la angustia se experimentan universalmente en los ambientes médicos. La intensidad de estos sentimientos varía; los individuos con trastornos ansiosos previos son más propensos a desarrollar esta reacción. Un individuo con rasgos dependientes puede presentar angustia ante situaciones terapéuticas que impliquen separación de su sistema de soporte, como es el caso de una hospitalización.

El desconocimiento del diagnóstico y el plan de tratamiento suelen generar altos índices de angustia a los pacientes obsesivos, que buscan a toda costa mantener el control de sí mismos y de sus circunstancias. La tristeza es otra reacción frecuente. Surge como reacción a situaciones de pérdida, relacionadas directa o indirectamente con la enfermedad, como son la pérdida de la funcionalidad física, social o laboral y, en ocasiones, incluso pérdida de una parte del cuerpo, como es el caso de una amputación. Individuos con episodios previos de depresión son más propensos a desarrollar este tipo de reacción.

La enfermedad física es fuente importante de estrés. La enfermedad genera impacto por sí misma; sin embargo, el ambiente hospitalario puede también afectar. La separación de la familia, el vestir ropa del hospital, equipos médicos instalados alrededor de la cama del

paciente, tomas repetidas de muestras de laboratorio, líneas intravenosas y vecindad de personas gravemente enfermas contribuyen a aumentar el estrés en relación con la enfermedad. El impacto de la enfermedad es diferente si ésta es aguda o crónica. Una enfermedad que no amenace la vida del paciente permite una rápida adaptación, mientras que la enfermedad crónica exige que el individuo realice cambios en su estilo de vida, que en ocasiones deben ser permanentes.

La separación de la familia y de los amigos produce sensaciones de aislamiento, desolación y estrés, tanto en niños como en adultos. Otros factores generadores de malestar son la pérdida de la privacidad, la exposición a procedimientos como endoscopias digestivas o sondas nasogástricas, que para los médicos constituyen procedimientos de rutina, pero que al paciente le generan temor y malestar. El dolor y los trastornos del sueño son frecuente causa de malestar emocional en esta población.

La psicoterapia médica está basada en el principio del entendimiento comunicado entre el médico y el paciente, en relación a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad. La entrevista psiquiátrica, en sí misma, puede tener un alto valor terapéutico. El consultante debe adaptarse a las dificultades inherentes al contexto hospitalario, por ejemplo, limitaciones de tiempo, espacio, intimidad y las derivadas del tipo de seguro o servicio médico del paciente

Las intervenciones psicoterapéuticas como ésta, basadas en teorías que resaltan la innata necesidad humana de relacionarse, mejoran la adherencia al tratamiento, la utilización de los servicios de salud y el manejo de la ansiedad del paciente y la familia. La psicoterapia psicodinamica es efectiva en el tratamiento de pacientes con cáncer, VIH, diabetes, síndrome de colon irritable, artritis reumatoide y otras condiciones médicas crónicas.

Así mismo es el tratamiento preferido para personas con trastornos del carácter. Aquellas con poca capacidad de introspección, miedo al abandono, dificultades interpersonales e impulsividad presentan un alto grado de ansiedad ante el diagnóstico médico. Esto les origina procesos regresivos en sus defensas, alteraciones en la evaluación de la realidad, y puede intensificar su hostilidad y agresividad, agravando sus problemas interpersonales.

La adaptación a la enfermedad, la hospitalización y el tratamiento son procesos especialmente difíciles para individuos que han sido maltratados o han vivido en el contexto del caos y la negligencia. Estas son personas temerosas, vulnerables al abandono, ansiosas y ambivalentes; con frecuencia hacen excesivas demandas y tienen comportamientos manipuladores que causan dificultades interpersonales en el ámbito médico.

El psiquiatra debe manejar estas conductas trabajando con el paciente, pero también educando al equipo médico y de enfermería sobre los motivos de la respuesta inadecuada del paciente; debe facilitar la formulación y el establecimiento de normas y límites claros.

La evolución física y emocional de estos pacientes es mejor si se optimiza el manejo de su problemática psiquiátrica. Se deben intervenir directamente los comportamientos autodestructivos, manipuladores, defensivos, agresivos y las alteraciones del juicio de realidad. Se facilita al paciente entender las consecuencias negativas de su hostilidad y se le indican formas más apropiadas de comunicarse con el equipo médico.

La asistencia psiquiátrica y psicológica pueden evitar o disminuir los efectos de paralización, confusión, dificultades de concentración, alteraciones somáticas (apetito, sueño) y de la actividad cotidiana, que la condición traumática de la experiencia habitualmente genera. Además, el estado de ánimo puede ser alterado no sólo por los tratamientos necesarios para lograr librarse de la enfermedad, sino por efectos adversos de los fármacos, del tumor o de enfermedades asociadas.

Una vez Iniciados los tratamientos a que el paciente debe someterse, el tratamiento psicoterapéutico es un apoyo para el sostén de los mismos, que en si son traumáticos y a veces dolorosos, y es necesario un fuerte deseo de vivir y una gran entereza para continuarlos hasta llegar a la liberación de la enfermedad o a la mejoría de la calidad de vida.

Como parte del equipo de salud por el cual es atendido el paciente, desde el área de sicopatología también se colabora con él y con el médico, para que la comunicación sea lo más fluida posible y el primero se sienta seguro, confiado y con derecho a saber tanto como quiera sobre el desarrollo de la terapéutica, lo cual facilitará la labor del segundo .García, C. (2006).

Por lo tanto surge la inquietud si el personal de enfermería da preparación psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del hospital, que conlleva a una disminución al estado de estrés del paciente, en el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla.

1.3 Pregunta de investigación

¿Da el personal de enfermería preparación psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del hospital que conlleva a una disminución al estado de estrés del paciente, en el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011?

1.4 Objetivo general

Identificar si el personal de enfermería da preparación psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del hospital disminuyendo al estado de estrés del paciente, en el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011

1.5 Objetivos específicos

- Identificar si el personal de enfermería da preparación psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del hospital en el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
- Determinar el estado de estrés del paciente, en el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.

1.6 Justificación de la investigación

Se justifica la elaboración de esta investigación para saber si el personal de enfermería da preparación psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla. Ya que es de vital importancia que desde el primer contacto que se tiene con ellos, porque afrontaran mejor su tratamiento médico o quirúrgico, se sentirán más seguros, tranquilos, menos ansiosos, con menos dolor, lo que conllevará a tener pacientes con una estancia hospitalaria más corta y con menos estrés quedando satisfechos con la atención dada por el personal de enfermería.

Ya que cuando un paciente acude a un tratamiento médico hospitalario lo que pide, además de que se le resuelva su situación de malestar físico, es que le provean de atención humana, para impedir el desequilibrio y para sostener su dignidad.

Con atención humana el enfermo solicita que el profesional le demuestre interés a él como una persona total, integrada no solamente por un cuerpo quebrantado físicamente, sino también como alguien que siente y piensa. En ocasiones junto con sus síntomas orgánicos y sus quejas confusas le está diciendo demuéstreme que le intereso preocúpese de mí, de lo que siento, y pienso.

Mediante la comunicación, apoyo, demostrando paciencia, acompañándolo, incluyendo a la familia más cercana, el profesional previene recaídas que pueden ser peores que la enfermedad misma. En ocasiones el enfermo quiere que la enfermera o sus cuidadores se pongan en su lugar, para que sientan las mismas sensaciones confusas y deprimentes.

Los factores emocionales, la estructura de la personalidad la dinámica familiar y la enfermedad misma, tienen un papel muy importante en la relación de la enfermera con su paciente. Entonces, al comprender como el paciente se trastorna por los síntomas de la enfermedad, pueden prevenirse desencadenamientos de otros síntomas que interfieren el proceso de recuperación del paciente.

A pesar de que los tratamientos médicos, así como también quirúrgicos se han ido modificando y desarrollando para hacer cada vez menor el riesgo para la vida. La enfermedad y la hospitalización constituyen indudablemente un evento estresante alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la autonomía y condiciones físicas, las 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.

Pueden surgir variadas respuestas emocionales ante el tratamiento médico o quirúrgico, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias para la recuperación. Un gran número de evidencias sugieren que mientras mayor es la ansiedad, más lenta y complicada resulta la recuperación hospitalaria, lo que ocurre a través de mecanismos tanto conductuales como fisiológicos.

Investigaciones en el campo de la Psiconeuroinmunología muestran que el estrés rompe la homeostasis neuroendocrina y retarda la reparación de tejidos, dificultando la cicatrización de las heridas. Por otra parte, los individuos más distresados son más susceptibles de experimentar trastornos del sueño y el sueño profundo se relaciona con la secreción de la hormona de crecimiento, que también facilita la cicatrización de las 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 como por ejemplo caminar, realizar ejercicios respiratorios, toser.

La evaluación y tratamiento de un paciente que va a ser sometido a un tratamiento médico o quirúrgico, requiere por tanto, de especial atención en una variedad de aspectos como la racionalidad para someterse al proceder, las sensaciones más comunes, el proceder en sí, así como ofrecer las habilidades básicas para un mejor afrontamiento de este proceso. Sobran los ejemplos de estudios que hablan de los efectos positivos de una preparación psicológica previa a realizar un procedimiento médico como quirúrgico, aún cuando no se ha podido discriminar si un tipo particular de intervención es más efectiva que otra, incluyendo hasta las técnicas más informales. Por todo lo descrito anteriormente se justifica la elaboración de esta investigación. Escamilla, M. (2001).

Se justifica la elaboración de esta investigación para saber si se da la atención psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del hospital disminuyendo al estado de estrés del paciente, en el Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.

1.7 Alcances y limitaciones

Universo de trabajo

- Población Fuente:
- Todos los pacientes que ingresan a los diferentes servicios de hospitalización del Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
- Población Elegible:
- Todos los pacientes adultos de 18 a 70 que ingresan a los diferentes servicios de hospitalización del Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
- Unidad de investigación: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.

Criterios de selección:

- Criterios de inclusión:
- Todos los pacientes adultos de 18 a 70 que ingresan a los diferentes servicios de hospitalización del Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.

Criterios de exclusión:

Todo paciente que ingrese al área de hospitalización que este fuera del rango de edad de los 18 a los 70.años.

A pacientes que no sepan leer

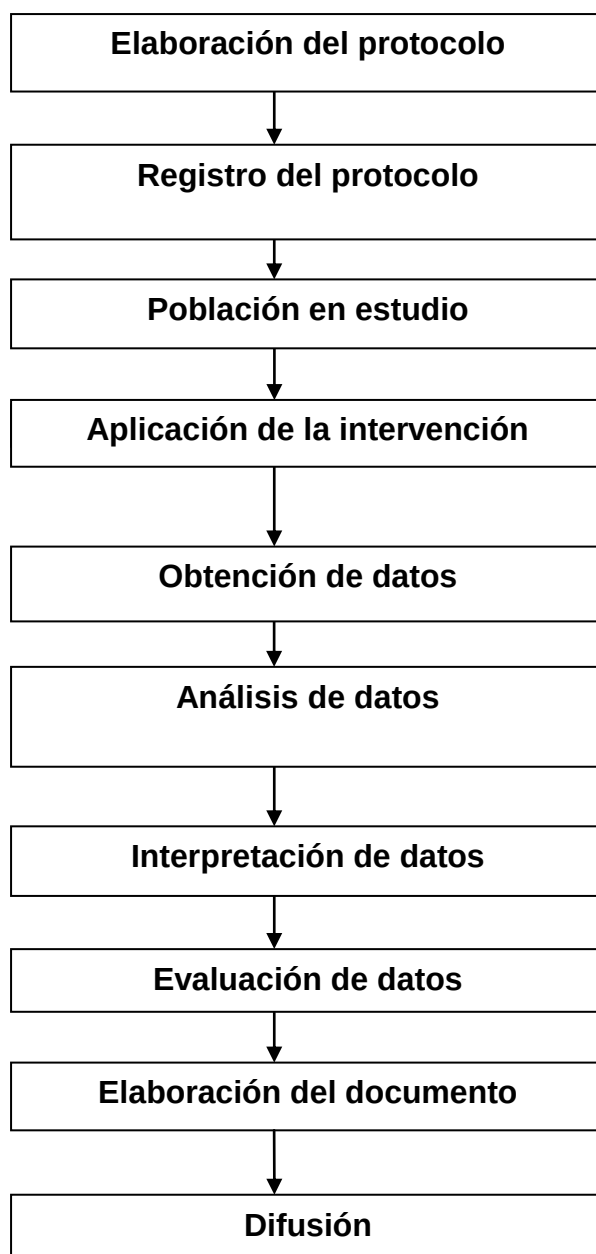
Pacientes que no sepan hablar español.

Pacientes que ingresen en estado inconsciente

Pacientes con discapacidad o patología mental.

1.8 Organización del estudio

DIAGRAMA DE FLUJO



CAPITULO 2.

MARCO TEORICO

2.1 Marco conceptual

Estrés.- Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia a pesar de lo que hoy se confunda con una patología, esta confusión se debe a que este mecanismo de defensa puede acabar bajo determinadas circunstancias en ciertos modos de vida desencadenando circunstancias en ciertos modos de vida, así como problemas graves de salud. Cuando esta respuesta natural se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo y provoca la aparición de enfermedades. Dorland, B. (2005).

Paciente.- Individuo receptor de un servicio sanitario. Individuo enfermo u hospitalizado.

Duranteau, A. (2001).

Atención.- Capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concretos. Un trastorno de la atención puede manifestarse por distraibilidad fácil o por dificultad para realizar tareas o concentrarse en el trabajo. Begoña. (2003).

Psicología.- Ciencia que estudia la actividad psíquica y el comportamiento de los organismos. Gispert, C. et al. (2010).

Hospitalización.- El ingreso a un hospital de una persona enferma o herida para su examen, diagnóstico y tratamiento. Navarro, F.A. (2005).

Enfermería.- Es la ciencia y arte de cuidar. Echevarría, S. (2002).

2.2 Teoría de enfermería psicodinamica

“Hildegard Peplau, Nació en 1909, en Pensilvania. Colaboró en el desarrollo del campo de la enfermería psiquiátrica dado su perfil profesional y formativo.

Sus fuentes teóricas las centró en la biología y en las ciencias conductuales, y evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales.

Se apoya en los cuidados de la enfermería psicodinamica, para ello hay que comprender nuestra conducta para poder ayudar a los demás, y así aplicar los principios de las relaciones humanas.

Para Peplau, "La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria".

Esta autora ha descrito cuatro fases para conceptualizar el proceso de interrelación personal: Orientación, identificación, aprovechamiento y resolución. Su obra produjo gran impacto, probablemente fue la primera que desarrolló un modelo teórico utilizando conocimientos extraídos de las ciencias del comportamiento.

Permitió que las enfermeras ampliaran su campo de intervención, definiendo el modelo, en el que el significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos, y los comportamientos pudieran ser explotados e incorporados a las intervenciones de la enfermería."

2.2.1 Definiciones y conceptos

Enfermería psicodinamica:

"...Los cuidados en Enfermería psicodinamica exigen ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia. La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico. Funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos que hacen de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.

Relación enfermera - paciente:

Peplau descubre cuatro fases de la relación enfermera-paciente:

- 1.- Orientación: Durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema.
- 2.- Identificación: La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad.
- 3.- Aprovechamiento: El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.
- 4.- Resolución: Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.

Concepto de Persona: El hombre es un organismo que vive en equilibrio.

El Concepto de Salud: Palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria.

El Concepto de Entorno: Define entorno como las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto de la cultura.”

2.2.2 Funciones de la enfermería en apoyo psicológico al paciente

Describe las funciones de la enfermera en apoyo psicológico al paciente:

“...Función de persona recurso: La enfermera ofrece respuestas concretas a las preguntas, sobre todo las referidas a información sanitaria y explica al paciente el tratamiento o el plan de asistencia médica.

Función desconocida: El primer rol que representa la enfermera es el del extraño. Peplau teniendo en cuenta que la enfermera y el paciente son desconocidos, éste debe ser tratado con cortesía normal. Es decir la enfermera no deberá prejuzgar al paciente sino aceptarlo como capacitado emocionalmente a no ser que la evidencia indique lo contrario.

Función de liderazgo: implica un proceso democrático. La enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una resolución de cooperación y participación activa.

Función de enseñante: Es una combina todas las restantes y siempre emana de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de utilizar información.

Función consejera: Las funciones de asesoramiento en la relación enfermera paciente se establecen según el modo en que las enfermeras responden a las peticiones del paciente. Peplau opina que el fin de las técnicas interpersonales es ayudar al paciente a recordar y entender lo que le está ocurriendo en la situación actual, de manera que pueda integrar su vivencia en lugar de disociarla de otras experiencias de su vida.

Función de sustituta/o: El paciente asigna a la enfermera el papel de sustituto. La actitud y conducta que esta provoca en el sentimiento y vibraciones emocionales como reactivación de los generados en una relación anterior.”

2.2.3 Descripción de experiencias psicológicas

“...Necesidad, frustración, conflicto y ansiedad .Estas experiencias generan una energía que se transforma en algún modo de acción. Identifica dos supuestos explícitos:

1.- Aprendizaje de cada paciente cuando recibe cuidados de enfermería será sustancialmente distinto según el tipo de persona que sea el enfermero/a.

2.- Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de la enfermería y de la formación de enfermería.

Peplau utiliza conceptos teóricos ajenos a la enfermería para identificar y explicar estas experiencias que comprenden respuestas destructivas o constructivas de enfermeras y pacientes. Su comprensión ofrece una base para fijar metas e intervenciones de enfermería.”Marriner, Ann. (2007)

2.3 Teoría de Modelo de Sistemas

“...Betty Neuwman es una enfermera que trabajó en Salud Mental. Fue pionera en salud mental comunitaria en la década de los 60. Su teoría se publica en 1972. Inició el desarrollo de su modelo mientras era profesora de salud comunitaria en la Universidad de UCLA. California (Los Ángeles). El modelo nace como respuesta de la petición de sus alumnos de post-grado. Posteriormente se doctoró en Psicología en 1985.

El modelo de Betty Neuwman, organizado alrededor de la reducción de tensión, se ocupa primordialmente de los efectos y de las reacciones ante la tensión en el desarrollo y mantenimiento de la salud.

La persona: Se describe como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y externo.

La salud: depende de cómo la persona tras la retroalimentación ha experimentado el significado que para él representa o entiende su grado de bienestar o enfermedad. La conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre la salud y la enfermedad.

Enfermería: es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación. La intervención de enfermería tiene por objeto reducir los factores que generan tensión y las condiciones adversas que afectan o podrían afectar el funcionamiento óptimo en la situación determinada de un cliente.

La intervención de enfermería se lleva a cabo mediante la prevención primaria que se realiza antes de que la persona entre en contacto con el productor de la tensión. La meta es evitar que el productor de tensión penetre en la línea normal de defensa o disminuya el grado de reacción reduciendo la posibilidad de hacer frente al productor de tensión, debilitando su fuerza. La prevención secundaria es conveniente después de que el productor de la tensión penetra la línea normal de defensa. La atención incluye la atención oportuna de casos y la planificación y evaluaciones de las intervenciones realizadas con los síntomas. La prevención terciaria acompaña el establecimiento del equilibrio.” Marriner, Ann. (2009).

2.3.1 Teoría de psicológica

“Describe que la emoción contiene dos elementos distintos: por un lado, las descargas de energía física, por otro lado, ciertos sentimientos, percepciones de las acciones motrices que se producen y sentimientos de placer o desagrado que dan a la emoción sus características esenciales. La unión de estos aspectos nace de la repetición de una

experiencia particular que debe colocarse en la prehistoria, no del individuo, sino de la especie. La experiencia original que se encuentra en la base de la efectividad es el deseo sexual de la infancia que permanece reprimida e inconsciente. El objetivo o la persona que produce la emoción deben ser relacionados con este deseo. Cuando la energía instintiva que reside es alta en el subconsciente es alta, ha necesidad de descargarla hasta conducirla a un nivel normal. Si la descarga no se produce a través de los canales apropiados la conducta sexual, se usan entonces las válvulas de seguridad, es decir, las emociones.” (Freud, 2003).

2.3.2 Teoría del estrés

“Del Dr. Hans Selye y la técnica de la meditación trascendental. Selye define al estrés como la reacción inespecífica del organismo a cualquier tipo de demanda, tanto agradable como desagradable que sobre él se haga.

El término medio que Selye utiliza para el estrés es el síndrome general de adaptación, (es decir inespecífica) y consiste de tres fases:

1. Reacción de alarma: es un estado de régimen de guerra y moviliza a todas las fuerzas defensivas del organismo.
2. Fase de resistencia: ciertas reacciones persisten hasta que la situación desequilibradora ha menguado, pero una respuesta de alarma prolongada, lleva automáticamente a este segundo estadio de respuesta de tensión, el cual el organismo comienza a consumir todos sus recursos vitales para poder enfrentar la situación agotadora.
3. Fase de agotamiento: la respuesta de agotamiento es completamente automática y es debida al gasto de energía y recursos vitales del cuerpo, su intensidad dependen de la debilidad del individuo y de la intensidad del desequilibrio que causa el estrés.” Cofer, C. (2001).

2.4 Eficacia de una técnica cognitiva - conductual en pacientes quirúrgicos.

“El estudio se llevo a cabo en el Hospital público de la provincia de Barcelona y consistió en diseñar y comprobar la eficacia de una técnica psicológica en pacientes quirúrgicos, para reducir los niveles de ansiedad y depresión y facilitar la recuperación.

La muestra estuvo compuesta por treinta mujeres que debían someterse a una histerectomía total abdominal, estas mujeres fueron repartidas al azar en dos grupos:

Uno experimental y uno de control.

La técnica se compuso por diferentes elementos: información, expresión de emociones, respiración, relajación, ejercicios para facilitar la recuperación, entregas de hojas informativas.”

2.4.1 La recogida de datos se hizo en tres momentos durante la hospitalización y la secuencia.

“Sesión 1 el día anterior a la operación:

Se hizo la primera recogida de datos

1. Técnica psicológica: en donde se les dio la primera intervención psicológica ejercicios para facilitar la recuperación, movimientos de extremidades, respiraciones profundas y ejercicios de toser.

2. Recogida de datos: de ambos de ansiedad y depresión

Sesión 2 el día después de la intervención:

Se efectuó la segunda parte de la técnica psicológica con mujeres del grupo experimental, y muy breve para no fatigar a la paciente, consistía en practicar los ejercicios de recuperación.

Sesión 3 Cuarto día después de la operación:

1. Técnica psicológica donde se aclaraban dudas de la recuperación de la operación en su vida (posterior a relaciones sexuales, de pareja).
2. Recogida de datos: consistió en la cumplimentación del cuestionario de recuperación física y las escalas de dolor. Se evaluó la ansiedad y la depresión.

Los resultados fueron que el grupo experimental respecto al grupo de control, padeció menos ansiedad y depresión postquirúrgica, sufrió menos dolor y complicaciones después de la operación, necesitó menos analgésicos, recupero antes sus funciones orgánicas y se acorto su estancia hospitalaria.

Por lo que se pudo concluir que la técnica psicológica diseñada se mostro eficaz como facilitadora de la recuperación en pacientes quirúrgicos, se consiguió mejorar el estado de ánimo y facilitar la recuperación postquirúrgica.

Este artículo se relaciona con mi trabajo de investigación porque habla de la importancia de dar la preparación psicológica al paciente antes de realizarle un procedimiento como es la preparación psicológica prequirúrgica y posterior a la misma, ya que si atendemos sus necesidades físicas y psicológicas durante su estancia hospitalaria su recuperación del paciente va hacer satisfactoria.” Canovas, Ma. (2001).

2.5 Preparación psicológica para la cirugía mayor

“...Describe que a pesar de las técnicas quirúrgicas se han modificado y desarrollado para hacer cada vez menos el riesgo para la vida, la cirugía constituye un evento estresante, alrededor de los cuales existe preocupaciones sobre la autonomía y condiciones físicas dolorosas y la supervivencia y recuperación, la separación de la familia y el hogar a lo que suma el carácter impersonal de la propia hospitalización.

También pueden surgir respuestas emocionales ante el proceso quirúrgico, que cuando son muy intensas repercuten en la recuperación del paciente y un gran número de evidencia sugiere que a mayor ansiedad, más lenta y complicada resulta la recuperación postoperatoria, lo que ocurre a través de mecanismos tanto conductuales como fisiológicos.

La ansiedad y el estrés pueden aumentar el dolor y hacer más difícil la adherencia a las orientaciones terapéuticas que contribuye a la recuperación como por ejemplo: caminar, realizar ejercicio.

En este estudio de preparación psicológica para la cirugía mayor, se evaluaron el estado psicológico de un grupo de pacientes que se sometieron a cirugía cardiovascular, antes y después de un programa de preparación psicológica que elaboro el servicio de psicología del Centro de investigaciones Médico Quirúrgicas, ciudad de la Habana Cuba.

El objetivo general fue:

Evaluar los resultados de un programa de preparación psicológica para la cirugía cardiovascular.

Los objetivos específicos:

1. Se evaluó la percepción de síntomas psicológicos de un grupo de pacientes antes y después de ser sometidos a los procedimientos médicos, ambas,
2. Se aplico un programa de preparación psicológica para la cirugía cardiovascular y se compararon los resultados de ambas aplicaciones.

La población estudiada pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía cardiovascular del Centro de Investigación Médico Quirúrgica de la Habana Cuba y estos pacientes no presentaban ninguna patología que impidieran una recuperación adecuada y su nivel intelectual permitía realizar...”

2.5.1 Diseño y pruebas psicológicas realizadas

“...La investigación consta de tres etapas con un promedio de seis sesiones, según características de los pacientes. En la primera etapa fueron evaluados los pacientes

y posteriormente se aplicó el programa de preparación psicológica y en la etapa final se revaluaron los mismos aspectos de la evaluación inicial...”

Etapas inicial:

“...Se inició con una entrevista donde se estableció el vínculo terapéutico con el paciente y se recogió información de interés y se aplicó la batería de pruebas psicológicas. En la entrevista se exploraron: datos sociodemográficos del paciente, estado emocional y general, personalidad, experiencias traumáticas anteriores, significación de la enfermedad y el proceder médico a que va a ser sometido, expectativas, recursos de afrontamiento. Las pruebas realizadas fueron el test de depresión de Beck, escala de síntomas generales, escala de trastornos del sueño.”

Etapas Interventivas:

“...Se basó en técnicas Cognitivas Conductuales, donde se trabajó aspectos como: brindar información sobre el procedimiento médico, se brindó información sobre habilidades y técnicas psicológicas, se estimuló la expresión de dudas y preguntas, la confianza en el equipo médico, realizar reestructuración cognitiva de ideas preconcebidas, creencias y falsas expectativas en cuanto al procedimiento médico, desafiar perturbaciones del pensamiento, enseñar técnicas de relajación y de respiración.

Todas las técnicas anteriores estaban encaminadas a desarrollar el autocontrol, estimular la recuperación física, disminuir la ansiedad, manejar el dolor y alejar la atención del paciente a fuentes de estrés, la educación del sueño.”

Etapas finales:

“...Al mes el paciente fue evaluado nuevamente, se realizó entrevista evolutiva y la misma batería de pruebas psicológicas.”

Resultados de análisis:

“...En el test de depresión de Beck se encontró una alta prevalencia de pacientes deprimidos en sus estudios de preparación psicológica para la cirugía mayor y procedimientos médicos invasivos, que luego de la aplicación de la técnica para la inoculación del estrés, mejoraron significativamente.

Se encontró que el 46% de los pacientes no están deprimidos en la fase preoperatoria, un 22% moderadamente deprimido, un 30% leve, con depresión elevada un 2%. En la fase posoperatoria los niveles de depresión disminuyeron, sin depresión encontramos 72% de los pacientes y con depresión elevada un 22% en categorías de moderada a leve un 2% y un 4% respectivamente.

En la escala de trastornos del sueño, el despertarse durante la noche fue el trastorno del sueño que predominó, con el 22% de pacientes, que presentó este trastorno casi todo el mes, en la etapa previa de la cirugía, mientras que en los

primeros tres días no se reportó esta dificultad. En la etapa posoperatoria un 30% no refiere su presencia y un 36% que si lo ha padecido pero pocos días.

Este artículo se relaciona con mi trabajo de investigación porque es de gran importancia darles preparación psicológica a todos los pacientes que ingresan para ser intervenidos quirúrgicamente así como los que ingresan a hospitalización por alguna enfermedad y no necesariamente por una cirugía, es importante explicarles a los pacientes en qué consiste los procedimientos que se le van a realizar para que el paciente se sienta más seguro, tranquilo, menos estresado y coopere con nosotros en su recuperación durante su estancia hospitalaria.

A pesar de dar la preparación psicológica al paciente antes de un procedimiento y después del mismo siempre va haber un grado de estrés de acuerdo a los estudios que se han hecho.”Castillero, Y. (2001).

2.6 Identificación de estresores influyentes en pacientes del hospital

“...El estrés es un trastorno que afecta las actividades cotidianas de cada individuo, encontrándose numerosos factores influyentes de tipo genético, biológico y psicológico.

Se define estresor o situación estresante, al estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés en el individuo.

También constituye un factor que afecta de forma negativa la evolución de las enfermedades de algunos pacientes hospitalizados interfiriendo en muchas ocasiones en su recuperación.”

Existen diferentes clasificaciones de estresores, algunos autores las dividen:

1. **Los psicosociales:** que puede generar estrés por el significado que la persona le asigne ejemplo estar separado de la familia.
2. **los biogénéticos:** que son estresores que por su capacidad para producir determinados cambios bioquímicos que automáticamente disparan la respuesta de estrés como ejemplo: el dolor.

“...Las situaciones de estrés tienen diversas características por ejemplo: la inminencia del cambio genera estrés, existe incertidumbre ya que no puede predecir lo que va ocurrir, se produce alteraciones de las condiciones biológicas del organismo, cuanto más dure una situación nueva más desgaste sufre el organismo...”

Las condiciones del estrés en el organismo:

- A nivel del sistema cognitivo: sensación de preocupación, indecisión, bajo nivel de concentración, desorientación, mal humor, falta de atención.

- A nivel psicomotor: hablar rápido, temblores, tartamudeo, consumo de drogas legales como el café, tabaco, alcohol, exceso o falta de apetito, conductas impulsivas, risa nerviosa, bostezos.

“...Además existen otros cambios psicosomáticos que se manifiestan en diferentes sistemas del organismo, como asma, hiperventilación, alteración del ritmo cardiaco, aumento de la presión arterial, desarrollo de enfermedades infecciosas por disminución en el sistema inmunológico, urticaria y alopecia, dolores crónicos, cefaleas continuas, ansiedad, depresión, insomnio, fobias.

Un elemento muy importante y no muy tomado en cuenta al tratar al enfermo, es que parte del trastorno orgánico, la misma enfermedad se convierte en un estresor ya que contienen los elementos que le dan la característica como tal ejemplo: el dolor, la incertidumbre, incomodidad ante procedimientos diagnósticos y terapéuticos desde las agujas de las jeringas para aplicar medicamentos o para extraer sangre, hasta intervenciones quirúrgicas. Por otro lado existen otras situaciones estresantes que también influyen, como el ambiente hospitalario que comprende las condiciones físicas hospitalarias (baños, camas, ropa, alimentos, la relación del personal de salud, médicos, enfermeras, estudiantes de medicina.

La importancia que tiene identificar los diferentes estresores que afectan a los pacientes hospitalizados, radica en que muchos de ellos, pueden ser modificables aunque otros no, pero cuándo se toman en cuenta se efectúan cambios, se puede contribuir a reducir el nivel de estrés en el paciente y la morbilidad asociada al mismo, favorece al bienestar del paciente.

Resultados del estudio

“...El estudio se realizó a 120 pacientes, siendo 61 de ellos del sexo femenino y 59 del sexo masculino cuya edad media de ambos fue de 42 años. La tasa de prevalencia de estrés es de 98%, representando el nivel de estrés leve 31.1%, el nivel moderado 54.2% y el nivel severo 12.5%. En los pacientes con algún nivel de estrés no hubo diferencias entre sexos (mujeres 50% y hombres 50% estrés. El grupo predominante de estrés fueron aquellos que tenían menos de 61 años de edad.

En relación al tiempo de hospitalización se pudo observar que los pacientes con menos de 7 días hospitalizados presentan mayor incidencia de estrés 51.7%. El tener dolor ocupa en el presente estudio el cuarto lugar de todos los estresores del instrumento 75%, la preocupación por no tener en el hospital los medicamentos 74%.

Este artículo se relaciona con mi trabajo de investigación porque todos los pacientes hospitalizados presentan un grado de estrés debido a situaciones que tienen que ver con su enfermedad, el estar separado de su familia, le preocupa el no

estar trabajando, el estar sometido a procedimientos que para él son desconocidos.”Somoza, T. (2005).

2.7 Psicología de la salud y enfermedades crónicas

“...En este libro habla el Dr. Oblitas licenciado en psicología de cómo se han incrementado de forma significativa las enfermedades crónicas como: enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, el SIDA, el alzheimer y que constituyen las principales causas de muerte y padecimientos en la población de todo el mundo. El 50% de los orígenes se deben a factores psicológicos y comporta mentales relacionados con el aprendizaje y hábitos no saludables, tales como la alimentación inadecuada, un estilo de vida sedentario y la falta de ejercicio, patrones irregulares del comportamiento del sueño, tendencia a la ira, el coraje, la ansiedad, al estrés y la depresión, pensamientos erróneos, con respecto a la salud y enfermedad.

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente, con una enfermedad crónica, a nivel cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual, contribuye para una mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente, permitiendo una readaptación rápida, con la finalidad de devolverlo a su nueva faceta de vida satisfactoria con la máxima calidad de vida en el curso de su enfermedad.

Lo que describe este libro se relaciona con mi trabajo de investigación ya que el darle preparación psicológica a los pacientes hospitalizados según su diagnóstico, les ayuda afrontar su enfermedad y aprender a vivir con ella de acuerdo a su tratamiento que el médico le da y de esta manera tener un nivel de vida más satisfactorio.”Oblitas, L.A. (2006).

2.8 Promoción de la salud y apoyo psicológico

Caso práctico:

“...Jimena es auxiliar de enfermería y empieza a trabajar en el servicio de oncología ella tiene 20 años y ha empezado a trabajar en la planta de enfermos oncológicos, su tono de voz con las pacientes es elevado, cuando les habla suele tocarles la mano o el brazo, les mira a los ojos y les llama a todos por el termino hijo o hija. Si habla con sus compañeros se refiere a los pacientes por número de cama. Siempre que va a llevar a cabo cualquier técnica se la explica al paciente y a la familia.

El cáncer tiene muchas repercusiones psicológicas asociadas a la propia enfermedad y al tratamiento y es frecuente que conlleve a la aparición de trastornos adaptativos y depresivos en el paciente.

La solución del caso está en que hay que usar tonos de voz no elevados por que producen un estrés acústico que repercute en el estado de ánimo de las personas dando lugar a una mayor irritabilidad, expresiones de agresividad y confrontación o todo lo contrario de inhibición y retraimiento ya que el mantener un tono de voz elevado, no favorece el confort psicológico.

Ser afectuosos con estos pacientes de forma discreta y comedida mirarles a los ojos a los pacientes propicia un clima cálido de comunicación que se convierte en una correcta estrategia terapéutica más.

Llamar a las personas por su nombre, en presencia y ausencia de la misma supone conferirle las cualidades humanas que le son inherentes.

A la hora de realizarle una técnica a un paciente, si se le explica lo que se le va hacer y porque, disminuye la ansiedad que pueda tener hacia lo desconocido y propicia su colaboración.

Este caso se relaciona con mi trabajo de investigación porque habla de la importancia de dar un trato humano y cálido hacia los pacientes ya que esto favorece su cooperación del paciente en los procedimientos que se le realizan. El darles la preparación psicológica al paciente lo va ayudar a disminuir su estrés hospitalario y a tener una mejor recuperación.”Portillo, M, et al. (2003).

2.9 Hospitalización y estrés en el paciente: percepción diferencial de estresores entre paciente y personal de enfermería.

“...Este estudio nos revela que los profesionales de la salud presentan más grado de estrés, que el percibido por los propios pacientes y esta diferencia de percepción se da tanto en los acontecimientos referidos a la enfermedad como los referidos a la hospitalización.

Los Ítems referidos a preocupación por gravedad del problema o la enfermedad ocupan las primeras posiciones en los ordenamientos de rangos, entre ellos, el ítem referido a la preocupación por tener dolor ocupa la primera posición.

En segundo lugar preocupa a la muestra de pacientes estudiar el hecho de estar alejado de los seres queridos.

En tercer lugar preocupan a los pacientes las situaciones de incomodidad, tener que estar en cama todo el día, junto con la falta de información, no saber los resultados o las razones de los tratamientos que me dan o de las pruebas y análisis que me hacen, no saber cuándo van a hacer las cosas a uno.

En cuarto lugar a los ítems referidos a las relaciones entre el personal sanitario y los pacientes (ver que el personal de enfermería tiene prisa), que los médicos y las enfermeras hablen de prisa o que usen palabras que no pueden entender, que el personal sanitario no conteste a mis preguntas).

Por último reciben puntuaciones muy bajas aquellas situaciones relacionadas con inconvenientes derivados del hospedaje hospitalario y de sus rutinas (tener que dormir con extraños, tener que comer con postura incomoda, tener que vestir ropa del hospital, tener un compañero antipático, tener demasiadas visitas, el resultado es parejo al obtenido en otros trabajos...”

Resultados

“...Los resultados muestran que los profesionales de enfermería son acertados sobre qué cosas preocupan más a los pacientes.

Los resultados muestran que los profesionales de enfermería fueron capaces de percibir con aceptable precisión que situaciones eran más o menos estresantes para los pacientes. Sin embargo no fueron capaces de percibir el grado de tensión de dichas circunstancias estresantes, en términos reales.

Este estudio se relaciona con mi trabajo de investigación ya que si el personal de enfermería sabe cuáles son las situaciones que afectan al paciente durante su estancia hospitalaria podrá tomarlas en cuenta y poder hacer algo para disminuir el estrés, dando la preparación psicológica...” Riehart, J. et al. (2002).

2.10 Necesidad de la intervención psicológica en la enfermedad oncológica

“...El tratamiento integral del paciente con cáncer debe atender las necesidades psicológicas y sociales del paciente de cáncer y sus familiares.

La confianza en relación personal paciente es la piedra angular de la atención a los pacientes con cáncer, se construye y se sostiene mediante la información y la comunicación.

Una información adecuada reduce incertidumbre y mejora el afrontamiento y la satisfacción del paciente favorece las decisiones compartidas, la adherencia al tratamiento y es el mejor procedimiento para reducir las reclamaciones y demandas legales, comunicarse adecuadamente con los pacientes requiere equilibrar la honestidad y el realismo con la sensibilidad, el apoyo y la esperanza, porque los médicos deben decir la verdad, sino la información que el paciente desea y puede procesar.”

Atención psicológica

“...Requiere estar integrada con el equipo médico y el proceso de atención médica. El psicólogo debe atender al paciente y su familia desde que recibe el diagnóstico, así se puede prevenir problemas de adaptación y salud mental y facilitar el afrontamiento adecuado de la enfermedad, para lo cual el paciente debe solicitar una interconsulta o solicitarla el equipo médico. La atención psicológica en pacientes con cáncer comprende desde la prevención y detección precoz, hasta los cuidados paliativos. En la detección precoz, el objetivo es mejorar la información, apoyar la participación y reducir el miedo y la ansiedad para que la mayor parte lleven a cabo estas pruebas sin temor.

La hospitalización y los tratamientos quirúrgicos requieren información de los síntomas físicos y de los cambios psicológicos, entrenamiento en control del estrés, exposición a

cicatrices y cambios en la imagen corporal, reforzamiento de actividades de rehabilitación y asistencia para recuperación emocional y funcional.

Las recidivas y los fracasos en los tratamientos ocasionan reacciones emocionales muy intensas y los pacientes y las familias necesitan atención psicológica en esos momentos. Los cuidados paliativos requieren de una atención psicológica tanto al paciente como a los familiares, centradas a las necesidades informativas, manejo de emociones negativas asegurar el control del paciente, reducir la incertidumbre y la soledad, atender a las necesidades espirituales, así como la asistencia al duelo.

Este artículo se relaciona con mi trabajo de investigación por que toca un aspecto muy importante como es la preparación psicológica al paciente y a sus familiares en situaciones difíciles como es el cáncer, para que el paciente pueda afrontar su enfermedad con la ayuda del personal de enfermería y el psicólogo...” Albarracín, D.et al. (2006).

2.11 Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización

“...La hospitalización representa una situación donde el sujeto percibe un incremento en su propia vulnerabilidad, al tiempo que se da la presencia de gran cantidad de estímulos estresantes. Según algunos autores la hospitalización podría provocar en los más pequeños inquietud, ritmos alterados, llantos y problemas de comida, ansiedad de separación, mientras que los niños de edad preescolar y escolar puede producir tristeza y depresión como síntomas generalizados, posiblemente podrían deberse al miedo. La duración de la estancia hospitalaria de más de una semana o repetidas remisiones podrían asociarse al aumento de alteraciones conductuales del paciente y con aumento del estrés y el de sus padres...”

El tipo de estudio:

“...Fue descriptivo transversal donde se examino diversos aspectos relacionados con el estrés en la infancia durante la hospitalización en una muestra de 85 niños y sus correspondientes padres durante estancias breves en dos centros hospitalarios.

En este estudio no se encontró diferencias significativas en estrés por hospitalización, se halló evidencia de una menor presencia de estrés en los niños de más edad, así como la transmisión de emociones entre padres e hijos durante la hospitalización. El estudio de miedos específicos ha señalado el miedo al daño corporal y el miedo a la muerte como los más generadores de estrés. La recogida de datos se llevo por los investigadores a través de una entrevista conjunta con el niño y el progenitor en la que se aplicaron los instrumentos psicológicos de evaluación.

El estudio reveló que hay una disminución de estrés conforme aumenta la edad pero esta también influye positivamente en la capacidad de adaptarse a la situación de enfermedad al mismo tiempo que mejorar los recursos de afrontamiento en la experiencia de hospitalización.

Los resultados indican que el factor miedo más influyente en la percepción de estrés infantil es el daño corporal y la enfermedad seguido del miedo a la muerte.

Este estudio recomienda la atención clínica al padecimiento del estrés tanto en padres como en hijos durante su estancia hospitalaria, así como reducir el miedo y otras emociones negativas.

Este artículo se relaciona con mi trabajo de investigación porque habla de cómo el estrés afecta no solo a los pacientes adultos, sino también a niños y a sus padres, para poder ayudar al paciente en la medida de nuestra posibilidad a disminuir el estrés...” Fernández, A.et.al. (2006).

2.12 Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial.

“...Las emociones y el estrés tienen una importante función adaptativa, sin embargo, bajo determinadas condiciones, el estrés puede generar estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión que pueden tener un papel desencadenante o agravante en determinados trastornos como la hipertensión arterial esencial (HTA).

La presente investigación persiguió como objetivo evaluar el funcionamiento emocional y el estrés en pacientes con hipertensión arterial esencial y para esto fue preciso determinar el nivel de vulnerabilidad al estrés en pacientes con hipertensión arterial esencial, identificar las estrategias de afrontamiento al estrés más empleadas por estos pacientes, evaluar la presencia de la ansiedad y la depresión de los pacientes con hipertensión arterial esencial y comparar el funcionamiento de estos indicadores con los de un grupo de pacientes normotensos.

La muestra estuvo integrada por pacientes pesquisados en la Consulta de HTA radicada en el Policlínico "Ramón Pando Ferrer" de la ciudad de Santa Clara, provincia de Villa Clara. El muestreo utilizado fue no probabilístico de tipo incidental-casual. Los criterios para la selección de la muestra fueron los siguientes: 1. Diagnóstico confirmado de HTA esencial, se descartó la hipertensión de bata blanca, 2. Ausencia de alteraciones psíquicas de nivel neurótico, psicótico I para garantizar la confiabilidad de los resultados, 3. Ausencia de tratamiento psicofarmacológico en el momento de efectuarse la evaluación, 4. Nivel de escolaridad mínimo 6to grado para garantizar la comprensión de las técnicas empleadas y 5. Consentimiento informado, para lo cual se les explicó a los pacientes el objetivo y las particularidades de la investigación.

Finalmente, la muestra quedó conformada por 50 sujetos, divididos en 2 grupos. El primer grupo (Grupo de Estudio) estuvo integrado por 25 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial. El segundo (Grupo Control) quedó conformado por 25 sujetos normotensos...”

Estrés: “...Al evaluar el Cuestionario de Vulnerabilidad al Estrés en el grupo de estudio, sólo un 16 % de los pacientes hipertensos resultó ser no vulnerable mientras que un 64 % fue vulnerable; el 8 %, seriamente vulnerable y el 12 %, extremadamente vulnerable. En relación con los sujetos normotensos se evidencia un pequeño predominio de

sujetos no vulnerables al estrés (13 sujetos) y 10 vulnerables (40 %), 2 seriamente vulnerables (10 %) y ninguno extremadamente vulnerable. Al comparar ambos grupos mediante la prueba estadística de Wilcoxon se observaron diferencias significativas de $p = 0,008$, se distingue la presencia de estrés de los pacientes hipertensos con respecto a los sujetos normotensos.

Al evaluar las estrategias de afrontamiento al estrés más empleadas mediante el Cuestionario de estrategias de afrontamiento, hubo un predominio del empleo de estrategias centradas en la emoción (76%) en el grupo de pacientes hipertensos. Las mujeres sobresalen como las que más emplean la estrategia de afrontamiento centrada en la emoción, con un 63,1 %. Mientras que en el grupo de sujetos normotensos se observó un predominio de estrategias centradas en el problema para el afrontamiento al estrés, lo utilizaron 16 de ellos (64 %), mientras que 9 sujetos tienden a emplear estrategias centradas en la emoción (36 %). La prueba de Wilcoxon arrojó diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de estrategias de afrontamiento más empleadas al comparar el grupo de hipertensos y el de los normotensos.”

Funcionamiento emocional

“...Los resultados de la Técnica del Auto reporte Vivencial evidenciaron que entre los estados que son vivenciados moderadamente en el grupo de estudio (hipertensos) se destaca la ira con el 60 %, la angustia, 52 % y el abatimiento, 48 %. Mientras que en el grupo de sujetos normotensos hubo un predominio de vivencias negativas con escasa intensidad. Solamente la tristeza es vivenciada moderadamente.

La aplicación del IDARE evidenció que la ansiedad resultó ser el indicador que más caracterizó el funcionamiento emocional de los pacientes hipertensos, se observó en la escala de ansiedad rasgo niveles que oscilan entre alto (52 %) y medio (48 %). Sin embargo, los niveles de ansiedad rasgo de los sujetos normotensos, oscilan entre bajos y medios, aunque hay un predominio de la ansiedad rasgo media (52 %). Mientras que en la escala de ansiedad estado el nivel de ansiedad en los pacientes hipertensos osciló entre los niveles alto (48 %) y medio (52 %). Ningún paciente hipertenso presentó ansiedad estado baja ni como rasgo, ni como estado. Por su parte, la ansiedad estado de los sujetos normotensos oscila entre los niveles bajo y medio predominantemente. Sólo el 20 % presenta una ansiedad estado alta.” Molerio, P. (2004)

2.13 Atención prequirúrgica del hipertenso eventual

“...Se investigaron pacientes con antecedentes de haber elevado sus cifras tensionales ante situaciones estresantes, pero que habitualmente eran normotensos hipertensos eventuales. Este tipo de paciente constituye una causa frecuente de suspensión del acto quirúrgico por hipertensión arterial. Se propuso utilizar la prueba de estimulación por frío, ante la necesidad de identificar el comportamiento tensional operatorio de estos pacientes y por su probada sensibilidad y especificidad como prueba de

provocación de hipertensión arterial y equivalente al estrés quirúrgico, para formular un pronóstico de comportamiento tensional transoperatorio

Detectar, tratar y controlar la presión arterial no tiene sólo como objetivo descender las cifras de PA, sino combatir la morbilidad y la mortalidad que de ella se derivan ya que, como se ha reiterado, su importancia no reside en la cifra misma sino en la evidencia de que la hipertensión representa uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. La hipertensión arterial, es el trastorno de salud más extendido en el mundo, constituye un problema médico común en el paciente que va a operarse y frecuente causa de suspensión operatoria. Se ha argumentado suficientemente el riesgo a que expone la HTA ante las acciones anestésicas y quirúrgicas traducidos en accidentes coronarios, fatales o no, por isquemia cardíaca, infarto agudo del miocardio, arritmias, accidentes cerebro vasculares, sangramientos e insuficiencia renal aguda. Aunque para algunos autores, la HTA no constituye un predictor de morbilidad por sí misma, existe coincidencia en que lo es, cuando se asocia con otros predictores, como la hipercolesterolemia, el hábito de fumar y anomalías del ECG.

En nuestro país, la alta prevalencia urbana y rural de HTA (30 y 15 % respectivamente) con participación del 10 % en la mortalidad total explica a su vez la frecuencia de HTA en el paciente quirúrgico y también las suspensiones operatorias, problema que afecta nuestro hospital, y nacionalmente, con su negativa repercusión económica y psicosocial sobre pacientes y familiares.

En nuestro trabajo por disminuir las suspensiones operatorias por HTA en nuestro centro identificamos un grupo de pacientes, normotensos habituales, pero con antecedentes de habersele diagnosticado cifras altas de TA ante situaciones de estrés. Estos pacientes ante la inminencia del acto quirúrgico, elevan sus cifras tensionales y causan suspensión operatoria a veces en el mismo salón de operaciones o en su traslado al mismo con retorno rápido a cifras normales a su regreso a la sala después de suspendidos, se comportan como hipertensos eventuales., Surge esta investigación con el objetivo de identificarlos mediante la prueba de estimulación por frío (PEF) como prueba física de provocación de hipertensión arterial, teniendo en cuenta su alta especificidad (95,7 %) y sensibilidad (98,1 %) determinadas por nosotros en trabajo anterior, como equivalente al estrés quirúrgico, y a través de sus resultados formular un diagnóstico predictivo del control tensional pre y transoperatorio, así como la necesidad o no de tratamiento farmacológico para inhibir la hiperactividad vascular.

Elegimos la PEF de teniendo en cuenta que la inmersión de la mano en agua fría a la temperatura de cuatro grados centígrados que determina una estimulación termosensorial cutánea que se traduce en dolor y que sería la causa de la estimulación nerviosa simpática generalizada como cualquier otro agente estresante interviene en la respuesta primera, de forma importante, la contracción muscular estriada. La aplicación a nuestros fines está basada en trabajos que demuestran en el hipertenso una mayor respuesta tensional que los normotensos durante una prueba de estrés y demostraciones que asocian los episodios de elevaciones tensionales en el

perioperatorio a respuestas neurohormonales, a estímulos que elevan el tono simpático...”

“...El 80 % de los pacientes con PEF1 positiva permitió identificar a los hiperreactores con posibilidad de causar elevaciones tensionales exageradas ante la inminencia del acto quirúrgico. La PEF2 dio el sello a lo antes planteado pues posterior al tratamiento hipotensor individualizado, los hiperreactores obtuvieron resultados negativos de la PEF y el 20 % que tuvo una PEF1 inicial negativa y que, por tanto, no se le indicó tratamiento la mantuvo negativa a pesar de aumentar el estrés, ya que fue a sólo 72 h del acto quirúrgico y estando ya hospitalizados.

El hecho de que al 80 % de los pacientes con PEF positiva se le indicara tratamiento y alcanzaran resultados negativos con una intervención quirúrgica en normotensión, permite analizar la posibilidad de la PEF como guía para decidir tratamiento y la necesidad del mismo para inhibir la respuesta hipertensiva.

Se encontró que dicha investigación de la PEF fue un valioso instrumento para identificar al hipertenso eventual, permitió hacer un pronóstico de cómo se comportaría ante el acto quirúrgico y fue una guía en la decisión de prescribir o no tratamiento hipotensor en su atención prequirúrgica. Ningún paciente fue suspendido por HTA...” Del Pozo, H. et al. (2001)

2.14 Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices.

“...La cirugía se encuentra entre los acontecimientos más estresantes para los seres humanos, pues obliga a hacer importantes adaptaciones físicas y psicológicas. Los síntomas psicofisiológicos que usualmente acompañan la ansiedad durante los momentos del acto operatorio en ocasiones pueden persistir hasta muchos meses después de la intervención quirúrgica; incluyen taquicardias, arritmias, elevaciones de la tensión arterial, disnea, etcétera.

La ansiedad preoperatoria está asociada a mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria, y mayores niveles de dolor posoperatorio.³

Estudios realizados en nuestro país con respecto a la cirugía de várices han encontrado que los pacientes suelen presentar niveles de ansiedad moderados, sin embargo, no se ha establecido la influencia de estos niveles de ansiedad en la recuperación posoperatoria.”

Métodos:

“...Se realizó un estudio longitudinal con una muestra de 66 pacientes provenientes de las consultas externas de Flebología del INACV (35 casos) y los Hospitales Docentes Joaquín Albarrán (12 casos), Freyre de Andrade (7 casos) y Enrique Cabrera (12 casos) en el período comprendido entre febrero y mayo de 1997. En la tabla 1 se muestra la distribución de los casos de acuerdo con el sexo, edad, escolaridad y estado civil.

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la influencia de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación posoperatoria de los pacientes sometidos a cirugía por várices esenciales. Se trabajó con una muestra de 66 pacientes de diversas instituciones de la capital. Para evaluar la ansiedad prequirúrgica se utilizó la escala estado del inventario de Ansiedad Rasgo, la cual se aplicó en diferentes momentos. Se encontró que el nivel de ansiedad preoperatorio es moderado, se incrementa paulatinamente al aproximarse la intervención quirúrgica y alcanza su máxima intensidad el día de la operación. La ansiedad preoperatoria predice el consumo de fármacos, las complicaciones prequirúrgicas y el dolor posoperatorio...” Pérez, R. et al. (2001).

2.15 Estrés ante la venopunción en niños y adolescentes.

“...Independientemente de los motivos diagnósticos o terapéuticos, la venopunción invade el espacio físico y emocional del paciente, siendo extremadamente raro que alguna persona no lo haya sufrido. Tomar una muestra de sangre, procedimiento médico común, frecuentemente es considerado una experiencia estresante no solo por los niños, sino también por algunos adultos. Desagradable en cualquier época de la vida, en la niñez se experimenta una aversión particular a tal procedimiento. Esto no debe ser considerado propiamente una fobia, sino estrés anticipatorio, lo cual explica la resistencia a asistir a la consulta médica por el miedo de ser víctimas de la venopunción y las inyecciones.¹ Los menores continúan considerando la venopunción uno de los aspectos más amenazadores al asistir a un hospital, de ahí la importancia de examinar las variables que se ven involucradas en el estrés que sufre el paciente antes y durante este procedimiento.

Es conocido que los niños experimentan temor ante la venopunción. Esto puede reflejarse en crisis de angustia, las cuales influyen emocionalmente en los padres y en el mismo personal del hospital. Se ha visto que los niños que previamente muestran más ansiedad son los que con mayor frecuencia desarrollan crisis de pánico al enfrentarse al momento de la venopunción. Cuando presentan estos cuadros, los niños generalmente no cooperan al procedimiento, que de por sí en ocasiones se torna difícil. Esto hace todavía más problemática la punción e influye para que el paciente se angustie más y se resista a ser puncionado.”

Método: “...Se integró una muestra de 178 pacientes ambulatorios (89 escolares y 89 adolescentes) de cualquier sexo y capaces de leer, de 7 a 16 años de edad, que acudieron a venopunción en el curso de tres meses al laboratorio de un hospital pediátrico, con fines diagnósticos. El tipo de muestreo empleado fue no probabilístico por cuotas, calculando el tamaño de la muestra es de 178 pacientes, los cuales acudieron al laboratorio clínico del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el curso de tres meses. La mayoría de los niños sufrían enfermedades crónicas graves. Para fines de este estudio, se consideró que el estrés está constituido por las manifestaciones de alarma, resistencia y agotamiento que el paciente experimenta ante la amenaza de someterse a un procedimiento presumiblemente doloroso: la venopunción. Se dividió en estrés anticipatorio, formado por las

manifestaciones que presenta el individuo inmediatamente antes del procedimiento, y estrés real, constituido por las manifestaciones del paciente desde que la aguja toca su piel hasta que es extraída.

En el estudio se utilizaron dos escalas: la del dolor y la del estrés. La escala del dolor fue diseñada por los autores y sólo considera cinco grados de dolor, según la apreciación subjetiva del paciente. La escala del estrés, también de cinco grados está basada en la subescala de distrés...”

Resultados: “...Los primeros 4 tuvieron significancia estadística: 1. A mayor grado de estrés anticipatorio mayor fue el estrés real. 2. Los menores que predijeron que el dolor sería intenso obtuvieron mayores calificaciones de estrés real. 3. Los niños de mayor edad obtuvieron menores calificaciones de estrés real. 4. A mayor escolaridad, menor estrés real. 5. Cuando había el antecedente de venopunción reciente, mayor era el estrés real. 6. Los pacientes de sexo masculino mostraron mayor estrés real que los de sexo femenino. 7. La presencia de los padres durante la realización del procedimiento tendía a aumentar el estrés real. 8. Cuando el menor acostumbraba dormir en la cama de sus padres había una tendencia a experimentar mayor estrés real.

Conclusión. Estos resultados dan la pauta para promover que padres y clínicos expliquen al niño este procedimiento, así como la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales para disminuir el estrés ante la venopunción”... Saucedo, J.M. et al. (2006).

2.16 Estrés en ancianos hospitalizados con enfermedad respiratoria crónica: valoración en el hospital sociosanitario.

“...El estudio del estrés durante la hospitalización se ha centrado principalmente en los pacientes que ingresan en hospitales de agudos sin que se haya descrito el mismo fenómeno en pacientes crónicos que ingresan en centros sociosanitario ni se haya relacionado con factores psicosociales, como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El objetivo de este estudio es estudiar la presencia de estrés y las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el hospital sociosanitario y su relación con la calidad de vida antes del ingreso, el grado de gravedad y el grado de disnea...”

Material y método: “...Se evaluó a 51 pacientes con EPOC en el hospital Joan March (Islas Baleares) mediante la escala de estresores hospitalarios, la escala de disnea del Medical Research Council, el perfil de salud de Nottingham y un listado de estrategias de afrontamiento.”

Resultados “...Se han detectado bajos grados de estrés en los pacientes mayores con EPOC hospitalizados en el centro sociosanitario. El grado de estrés no varía en función del grado de gravedad de la EPOC. Los pacientes con disnea leve presentaron más estrés y los pacientes con una mala calidad de vida antes del ingreso mostraron mayores grados de estrés. Las estrategias de afrontamiento basadas en la evitación son las más prevalentes en el adulto mayor hospitalizado.

El estrés generado en el anciano con EPOC durante la hospitalización se relaciona más con las condiciones psicosociales previas, afectan más a los pacientes con mayor independencia funcional...”Medinas, M. M. (2009).

CAPITULO 3.

METODOLOGIA

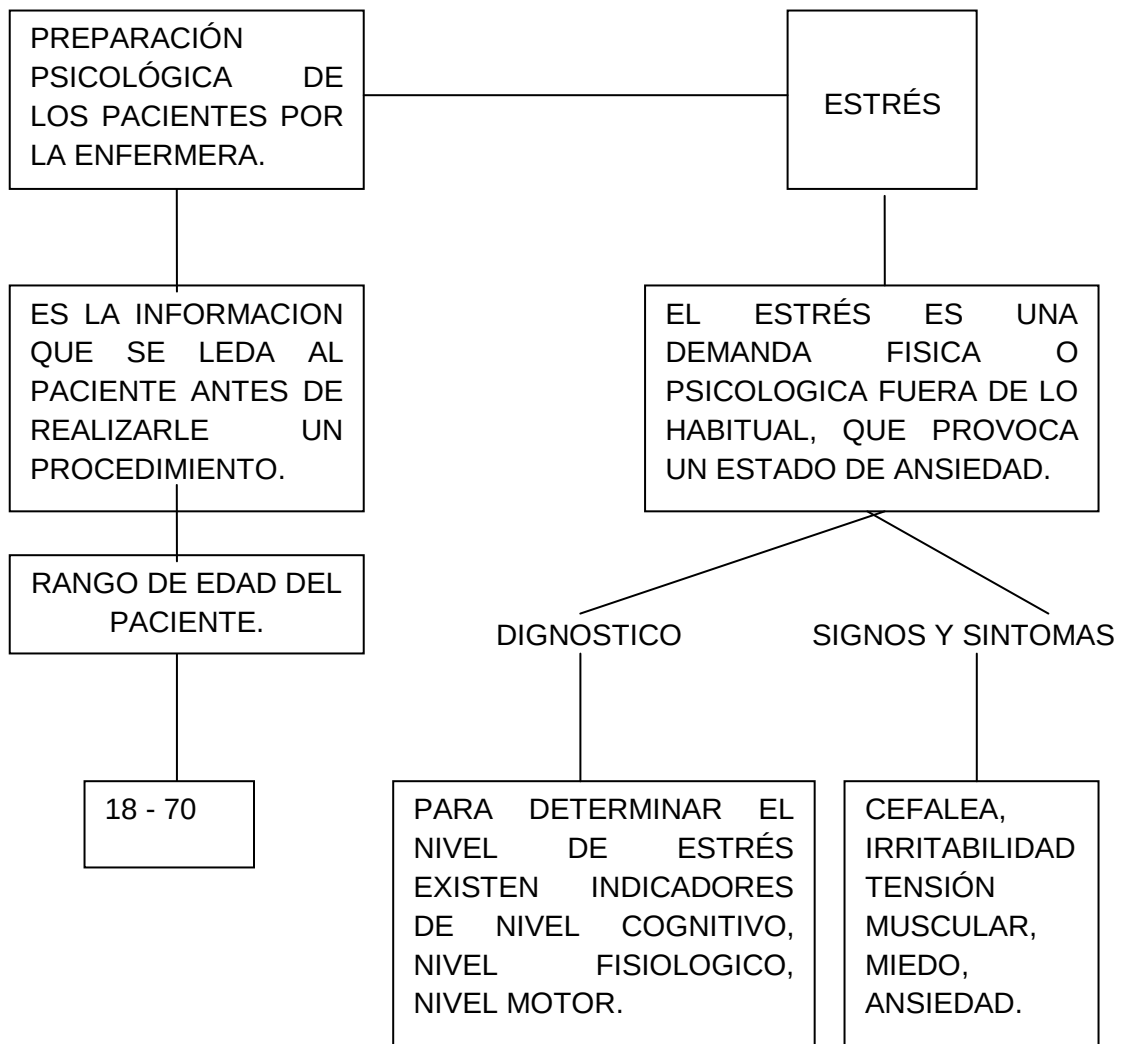
3.1 Alcance y enfoque de la investigación

Definición de Variable y Escala de Medición

Nombre nivel Técnico: Preparación psicológica

Definición Conceptual Nivel de Estrés. Es una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le presente o imponga, dicha respuesta puede ser psicológica o fisiológica.

Operacionalizacion de las variables



Definición Operacional. Medición en el nivel de atención psicológica de enfermería al paciente medida como nivel:

Tipo de escala medición

Nombre	Tipo	Escala	Medición
Nivel de preparación psicológica	No paramétrica	Ordinal	Opción múltiple

Variable de nivel de preparación psicológica

Reactivo	Tipo	Escala	Medición
1. ¿Qué escolaridad tiene?	No Paramétrica	Ordinal	Opción múltiple
2. ¿El estar hospitalizado lo pone tenso, preocupado, nervioso?	No paramétrica	Ordinal	Bueno=2 Malo= 0
3. ¿Cuando la enfermera se presento a su ingreso hospitalario se siente:	No paramétrica	Ordinal	Bueno=2 Regular=1 Malo=0
4. ¿La enfermera le explica el procedimiento que le va a realizar.	No paramétrica	Ordinal	Bueno= 2 Malo= 0
5¿Cuando la enfermera le explica las actividades que realiza en su atención se siente usted:	No paramétrica	Ordinal	Bueno= 2 Malo= 0
6. ¿A pesar que la enfermera le explica que es necesario despertarlo durante la noche usted cómo se siente:	No paramétrica	Ordinal	Bueno=2 Regular=1 Malo=0
7.¿Cuando la enfermera le explica que puede sufrir dolor en el procedimiento que le realiza, la enfermera le da:	No paramétrica	Ordinal	Bueno=2 Regular=1 Malo=0

8.¿La enfermera cuando le habla con palabras términos médicos que no puede entender usted se siente:	No paramétrica	Ordinal	Bueno= 2 Malo= 0
9. Genero.	No paramétrica	Ordinal	Opción múltiple
10. Edad.	paramétrica	nominal	

3.2 Hipótesis

El personal de enfermería da preparación psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del hospital que conlleva a una disminución al estado de estrés del paciente, en el Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011

3.3 Diseño de la investigación

Diseño metodológico:

Tipo de estudio

La presente investigación es de campo porque para su realización, fue necesario que el investigador se desplazara al “Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla “en donde se observo que las enfermeras dan preparación psicológica de forma diferente al paciente que ingresa a el área de hospitalización

El diseño de esta investigación de campo se ha realizado atendiendo los siguientes aspectos:

- Asistencia al Curso y Taller de elaboración de una Tesis en las instalaciones de la Escuela de Educación Continua y Posgrado en Enfermería.
- Acreditación del Curso como Maestría en Ciencias de la Enfermería
- Búsqueda de un problema de investigación en el campo de la preparación psicológica de los pacientes relevante en estrés hospitalario en el paciente
- Elaboración de los objetivos de esta Tesis, así como el Marco teórico conceptual y referencial.
- Presencia en Biblioteca en varias ocasiones para elaboración del Marco teórico conceptual y referencial de la variable intervenciones de preparación psicológica por Enfermería en pacientes hospitalizados
- Búsqueda de los indicadores de la variable atención de preparación psicológica de los pacientes hospitalizado disminuye al estado de estrés

De acuerdo al problema y los objetivos planteados el estudio es de tipo

Prospectivo: porque el estudio empieza con la variable independiente.

Transversal: porque la obtención de datos fue en un momento específico.

No experimental: porque no hay manipulación de la variable.

Características del estudio: el estudio debe tener precisión, la cual se logra utilizando instrumentos de medición precisos, debe tener pertinencia respecto a la pregunta de investigación.

Intervención

- Carta programática de capacitación el cual se siguiere a partir del mes de Enero a marzo del 2012 anexo (4).
- Intervención. Capacitación (cronograma) anexo (2)

Recursos

Humanos del Investigador

Entrevista con: la Maestra Florentina Salazar Mendoza Directora de la Escuela de Educación continua y Posgrado en enfermería.

Entrevista con: La Jefa de Enfermeras Margarita Hernández López

L. E. Rosa María Ontiveros Boharquez

Asesor metodológico: Lourdes Lezama Flores

Material:

- Equipo de cómputo
- Papelería
- Material de escritorio

Físicos: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla

- Área hospitalaria del Hospital General de la Secretaria de Salud en Cholula Puebla.

Financieros

- Los propios del investigador.

3.4 Selección de la muestra

✦ Tamaño de la Muestra

Pacientes que se encuentren hospitalizados en el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.

Los días que se realizara la encuesta del estudio, se realizara en el turno matutino de 8:00 a 15:00 horas aplicándolo en los diferentes servicios de hospitalización

✦ Tipo de Muestra

No hay muestra solo se tomara todo el universo de los pacientes que ingresen a las diferentes áreas de hospitalización, por lo tanto no hay tamaño de muestra por que la obtención de datos fue en un momento específico.

✦ Unidad de análisis

Pacientes hospitalizados de 18 a 70 años del Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.

3.5 Recolección de datos

Método e instrumento de recolección de datos

Indicadores	Método	Técnica	Instrumento
Preparación psicológica	Revisión bibliográfica	Síntesis alusivo al tema	Fichas bibliográficas
Estrés del paciente	Evaluación	Interrogatorio	Cuestionario

Tiempo

El instrumento se aplicara del 13 de Agosto al 17 del 2011.

Su aplicación del instrumento es directa a los pacientes, servicio seccionado por el estudio es hospitalización del Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula. Puebla 2011.

3.5.1 Selección del instrumento

Instrumento de medición: con 10 reactivos

Formado por 8 reactivos de preguntas de opción múltiple y 2 preguntas abiertas.

El cuestionario será aplicado a los pacientes de los diferentes servicios del Hospital General de la secretaria de salud en San Pedro Cholula Puebla 2011.

3.5.2 Aplicación del instrumento

Los cuestionarios se aplicaran de manera directa a los pacientes que cubran con los criterios de inclusión por el investigador.

Fuente de la información:

Directa al paciente de ingreso al área de hospitalización del Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula. Puebla 2011.

3.5.3 Preparación de datos

Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
Áreas de Hospitalización.
2011.

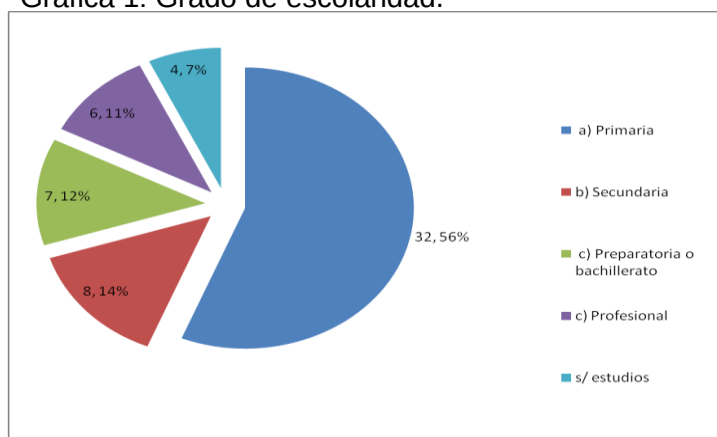
Cuadro 1: Grado de escolaridad.

Escolaridad	Primaria	Secundaria	Preparatoria o bachillerato	Profesional	s/ estudios
Frecuencia	32	8	7	6	4
%	56%	14%	12%	11%	7%

Fuente: Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
Áreas de Hospitalización.
2011.

Grafica 1: Grado de escolaridad.



Fuente: Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Interpretación de la Grafica 1: El grado de escolaridad con el que cuentan los pacientes hospitalizados fue que un 56% cuenta con primaria, un 14% tienen secundaria, un 12% cuentan con preparatoria, un 11% con una profesión y sin estudios un 7% de los pacientes encuestados. En el Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla, 2011. De acuerdo al grado de escolaridad, un 93% de 53 pacientes cuentan con estudios básicos de primaria y solo un 7% de 4 pacientes no tienen primaria. Lo que significa que a mayor grado de estudios los pacientes tienen más conocimientos de su padecimiento por lo tanto le genera cierto grado de estrés.

Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
Áreas de Hospitalización.
2011.

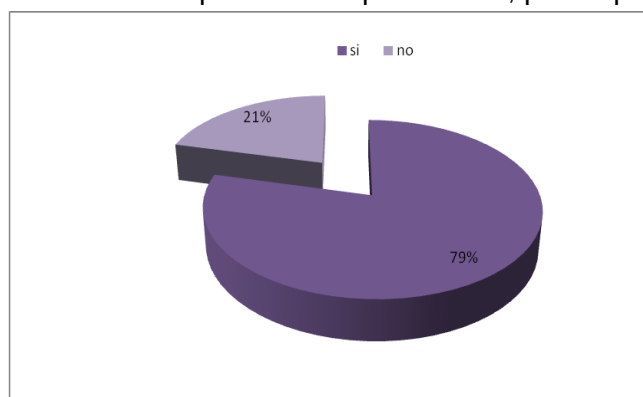
Cuadro 2: El estar hospitalizado lo pone tenso, preocupado, nervioso.

Tenso, preocupado, nervioso	SI	NO
Frecuencia	45	12
%	79%	21%

Fuente: Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
Áreas de Hospitalización.
2011.

Grafica 2: El estar hospitalizado lo pone tenso, preocupado, nervioso.



Fuente: Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Interpretación de la Grafica 2: Se les pregunto si la hospitalización los ponía, tensos, preocupados y nerviosos, un 79% de los pacientes respondió que SI y un 21% dijo que NO, lo que significa que los pacientes presentan síntomas de estrés durante su estancia hospitalaria. En el Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla, de las diferentes áreas de hospitalización 2011. Llegando a la conclusión de que los pacientes presentan síntomas de estrés debido a la hospitalización, lo que significa que a mayor grado de preparación académica presentan estrés ya que tienen más noción de que tan delicada es su situación respecto a su enfermedad, mientras que los pacientes con menos preparación presentan menos estrés, pues no entienden claramente lo que está pasando con su salud. Siendo el 79% de 45 pacientes encuestados la mayor incidencia de pacientes con síntomas de estrés, mientras que 12 pacientes de un 21% dijeron que no les afectaba.

Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
 Areas de Hospitalización.
 2011.

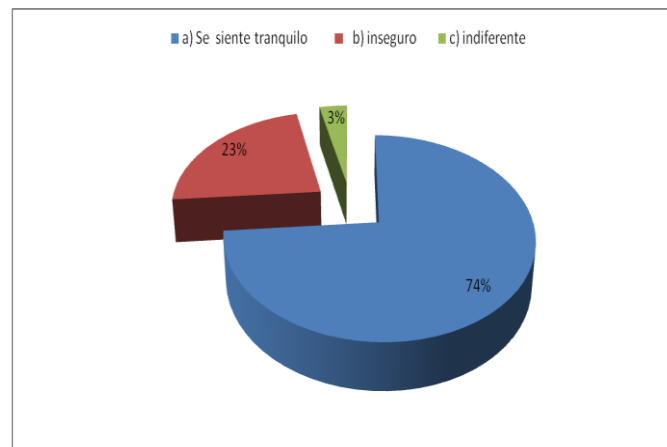
Cuadro 3: La enfermera se presento a su ingreso hospitalario.

Se siente	Tranquilo	inseguro	indiferente
Frecuencia	42	13	2
%	74%	23%	3%

Fuente: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
 Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
 Areas de Hospitalización.
 2011.

Grafica 3: La enfermera se presento a su ingreso hospitalario.



Fuente: Hospital General de la Secretaria Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
 Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Interpretación de la Grafica 3: Al presentarse la enfermera a su ingreso usted se siente, un 74% de los pacientes dijeron sentirse tranquilos, un 23% se sintió inseguro, un 3% le era indiferente. En el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula Puebla, de las diferentes áreas de hospitalización 2011. Los pacientes refirieron que al presentarse la enfermera a su llegada al hospital se sintieron en un 74% tranquilos ya que respondieron de manera positiva que la enfermera tuviera ese detalle con ellos, mientras que el 23% de los pacientes contesto de manera negativa ya que refirieron sentirse inseguros tal vez porque no entendieron la pregunta, un 3% respondió que les era indiferente que se presentara con ellos, ya que les era suficiente que los atendiera bien durante su estancia hospitalaria. Lo que

significa que es de gran importancia que la enfermera se presente con todos sus pacientes, porque facilita un trato más cordial con ellos, a si como también es de importancia que la enfermera se aprenda los nombres de sus pacientes, porque es un ser humano que merece todo nuestro respeto.

Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
Áreas de Hospitalización.

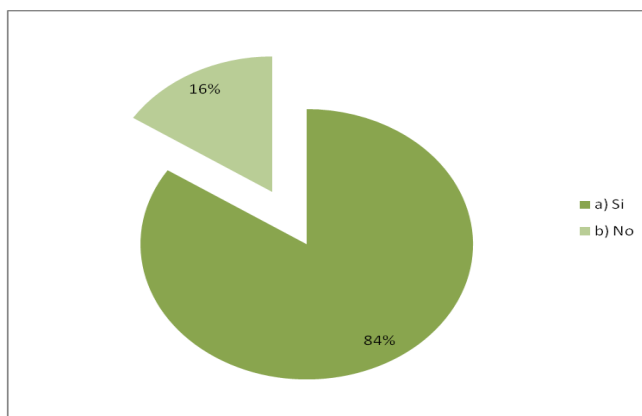
Cuadro 4: La enfermera le explica el procedimiento que le va a realizar.

Se explica procedimiento	Si	No
Frecuencia	48	9
%	84%	16%

Fuente: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
Áreas de Hospitalización.
2011.

Grafica 4: La enfermera le explica el procedimiento que le va a realizar



Fuente: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Interpretación de la Grafica 4: Se les pregunto a los pacientes si la enfermera le explica los procedimientos que le va a realizar, el 84% dijo que SI y el 16% refirió que NO. En el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula Puebla, de las diferentes áreas de hospitalización 2011. Lo que significa que el personal de enfermería si da preparación psicológica a los pacientes hospitalizados de las diferentes areas de los servicios de hospitalización ya que los pacientes refirieron que si la enfermera les explicaba los procedimientos que le realizaba, mientras que otros pacientes dijeron que no se les explicaba los procedimientos. Tal vez sea por exceso de trabajo del personal de enfermería o porque algunas enfermeras no le dan la importancia debida a la preparación psicológica a los pacientes.

Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
 Areas de Hospitalización.
 2011.

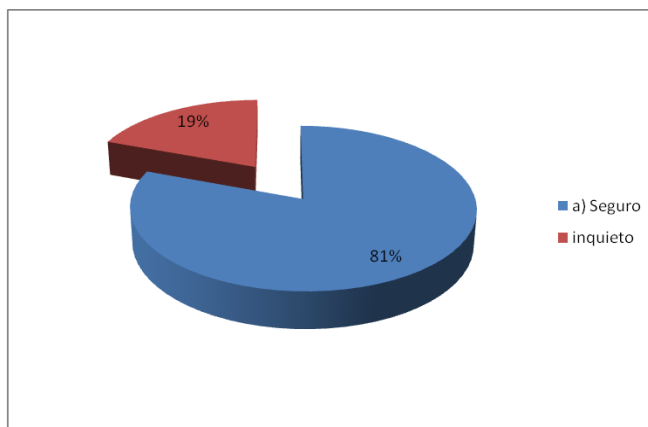
Cuadro 5: La enfermera le explica las actividades que le realiza en su atención se siente usted.

En la atención se siente	Seguro	Inquietó
Frecuencia	46	11
%	81%	19%

Fuente: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
 Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
 Areas de Hospitalización.
 2011

Grafica 5: La enfermera le explica las actividades que le realiza en su atención se siente usted.



Fuente: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
 Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Interpretación de la grafica 5: cuando la enfermera le explica las actividades que le realiza en su atención se siente usted: El 81% se sentía seguro y el 19% Inquieto. En el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula Puebla, de las diferentes áreas de hospitalización 2011.

El darles preparación psicológica a los pacientes hospitalizados de las diferentes áreas de los servicios de hospitalización va ayudar a que los pacientes se sientan seguros del personal que los atiende y cuida durante su estancia en el hospitalaria. Los pacientes que contestaron sentirse inquietos cuando la enfermera le explicaba el procedimiento a realizar, es porque son personas que no saben manejar bien sus emociones y el solo hecho de saber lo que va a pasar les produce estrés.

Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
Áreas de Hospitalización.
2011.

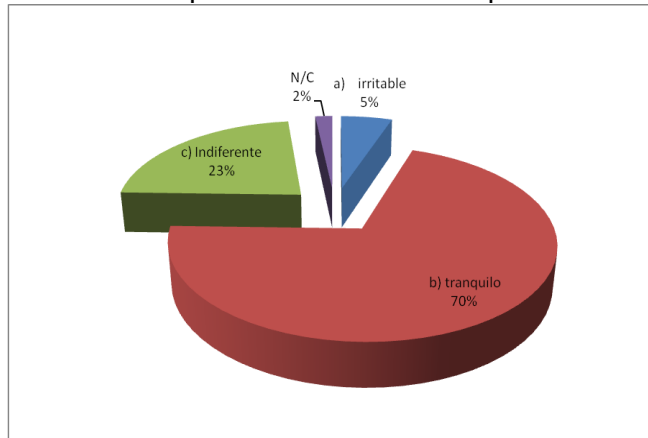
Cuadro 6: El que la enfermera lo despierte durante la noche usted se siente.

Se siente	irritable	tranquilo	Indiferente	N/C
Frecuencia	3	40	13	1
%	5%	70%	23%	2%

Fuente: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
Áreas de Hospitalización.
2011.

Grafica 6: El que la enfermera lo despierte durante la noche usted se siente:



Fuente: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Interpretación de la Grafica 6: Se les pregunto a los pacientes si a pesar de que la enfermera le explica que es necesario despertarlo durante la noche usted cómo se siente: El 5% dijo que se ponían irritable, el 70% refirió sentirse tranquilo, el 23% les era indiferente, el 2% no contesto. En el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula Puebla, de las diferentes áreas de hospitalización 2011. Llegando a la conclusión que un 93% de los pacientes encuestados no les afecta que la enfermera los despierte durante la noche para realizarle un procedimiento y solo a un 5% de los pacientes encuestados si les afectaba que la enfermera lo despertara durante la noche por que los ponía irritables y después ya que no podían dormir , lo que retarda la aparición y duración del sueño pues es indispensable su carácter reparador para el paciente, por lo tanto la enfermera debe evitar despertar al paciente, al menos que sea necesario, así como hacer el menor ruido posible cuando va a la habitación del paciente.

Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
 Areas de Hospitalización.
 2011.

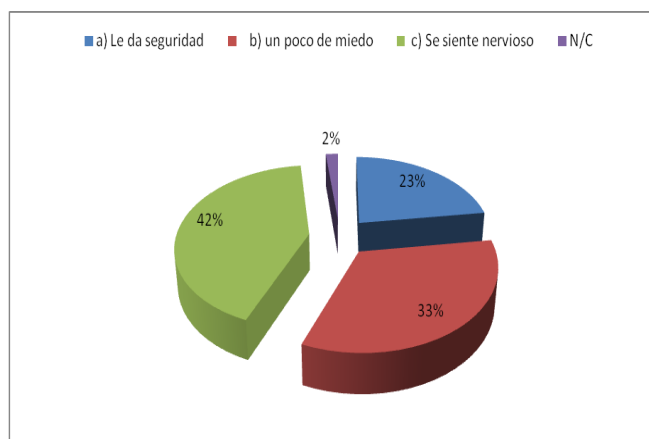
Cuadro 7: La enfermera le explica que puede sufrir dolor en el procedimiento que realiza la enfermera le da.

Se siente	Le da seguridad	un poco de miedo	Se siente nervioso	N/C
Frecuencia	13	19	24	1
%	23%	33%	42%	2%

Fuente: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
 Investigador: Alumna de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la UPAEP.

Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
 Areas de Hospitalización.
 2011.

Grafica 7: La enfermera le explica que puede sufrir dolor en el procedimiento que realiza la enfermera le da.



Fuente: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
 Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Interpretación de la Grafica 7: Cuando la enfermera le explica que puede sufrir dolor en el procedimiento que le realiza la enfermera le da: El 42% refirieron ponerse nerviosos, 33% dijo sentir miedo, el 23% le daba seguridad, el 2% no contesto la pregunta. En el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula Puebla, de las diferentes áreas de hospitalización 2011. El explicarles a los pacientes que pueden tener dolor en un procedimiento les produce cierto grado de estrés, tal vez más que si

no lo saben, por lo que el 75% de los pacientes encuestados refirieron sentir nervios, miedo y un 23% de los pacientes se sentían seguros de que la enfermera se los dijera con anticipación que podían sentir del dolor ya que se preparaban psicológicamente, y un 2% que corresponde a un paciente que no contesto la pregunta. Lo que significa que a mayor grado de preparación académica los pacientes presentan más estrés ya que están más consientes de que tan delicada esta su salud, que los pacientes que no tienen estudios.

Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
Áreas de Hospitalización
2011.

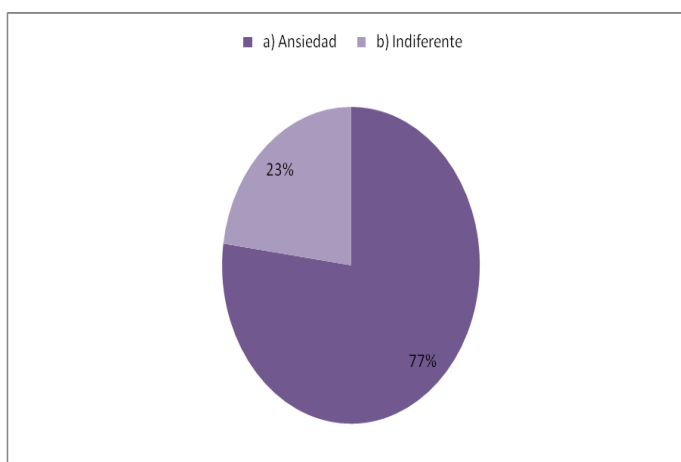
Cuadro 8: La enfermera cuando le habla con términos médicos que no puede entender.

Se siente	Ansiedad	Indiferente
Frecuencia	44	13
%	77%	23%

Fuente: Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
Áreas de Hospitalización.
2011.

Grafica 8: La enfermera cuando le habla con términos médicos que no pude entender.



Fuente: Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Interpretación de la Gráfica 8: Si le hablan con términos que no entiende usted se siente, el 77% dijo ponerse ansioso ya que por más que la enfermera le explicara no entendía, el 23% le era indiferente que hablara con términos que no entendía pues no le afectaba en su enfermedad. En el Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula Puebla, de las diferentes áreas de hospitalización 2011.

El que el paciente no entienda cuando la enfermera le habla con términos que no entiende le produce ansiedad, lo que lo desespera, mientras que para otros pacientes les era indiferente el no entender a que se refería la enfermera. Por lo tanto el personal de enfermería debe hablarle al paciente no del todo con términos médicos que el paciente muchas veces no entiende, se le tiene que hablar de acuerdo a su nivel cultural para evitar ocasionarle preocupación y que entienda lo que se le explica.

Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
 Areas de Hospitalización.
 2011.

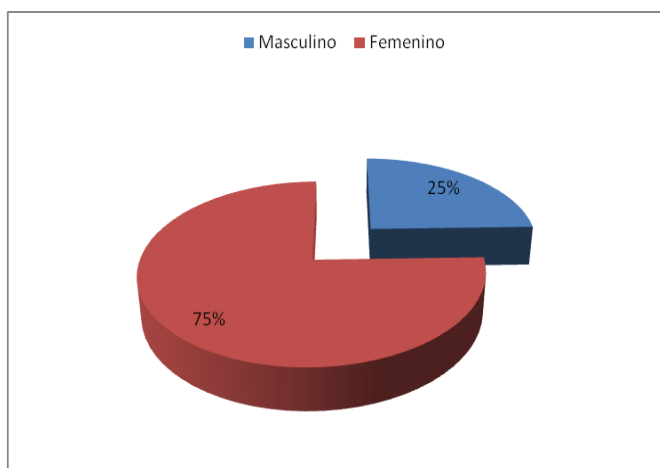
Cuadro 9: Genero.

Genero	Masculino	Femenino
Frecuencia	14	43
%	25%	75%

Fuente: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
 Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
 Areas de Hospitalización.
 2011.

Grafica 9: Genero.



Fuente: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
 Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Interpretación de la Grafica 9: Se les preguntó el sexo y el 75% fueron del sexo femenino y otro 25 % corresponde al sexo masculino. En el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula Puebla, de las diferentes áreas de hospitalización 2011. En cuanto al sexo se aprecia un predominio del 75% de 43 pacientes del sexo femenino ya que de las 30 camas censables de hospitalización 15 camas son del servicio de ginecología y obstetricia donde hay mayor ingresos de pacientes todos los días y el 25% de 14 pacientes que corresponde al sexo masculino que corresponden a los servicios de medicina interna, cirugía general, ortopedia y al servicio de urgencias donde los egresos de pacientes no se dan rápido.

Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
 Areas de Hospitalización.
 2011.

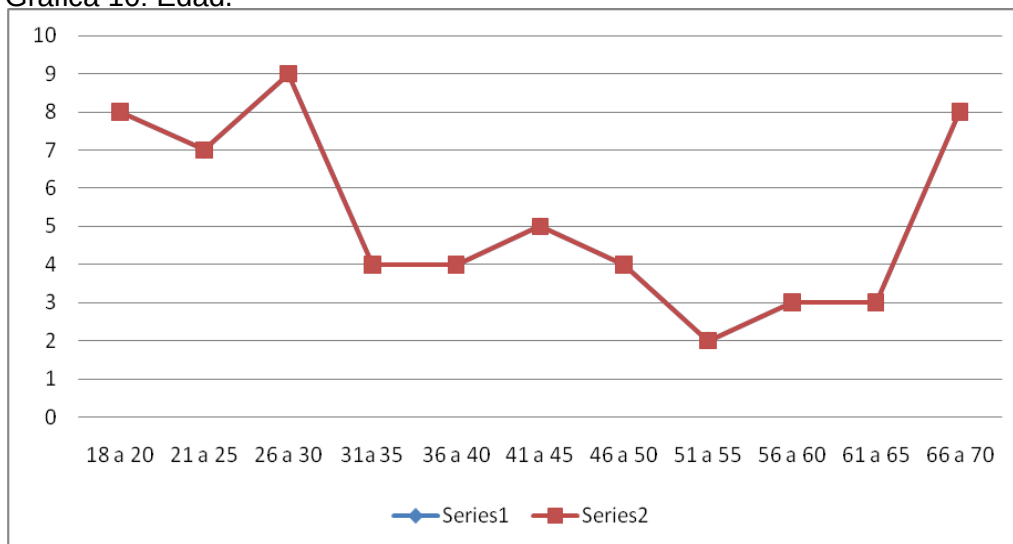
Cuadro10: Edad.

Edad	Frecuencia
18 a 20	8
21 a 25	7
26 a 30	9
31a 35	4
36 a 40	4
41 a 45	5
46 a 50	4
51 a 55	2
56 a 60	3
61 a 65	3
66 a 70	8

Fuente: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
 Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla
 Areas de Hospitalización.
 2011.

Grafica 10: Edad.



Fuente: Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.
 Investigador: Alumno de la Maestría en Ciencia de la Enfermería de la UPAEP.

Interpretación de la Grafica 10: Se les pregunto cuántos años tenían cumplidos de 18 a 20 años fueron 8 pacientes, de 21 a 25 años fueron 7 pacientes, de 26 a 30 años fueron 9, de 31 a 35 años fueron 4, de 36 a 40 años eran 4 pacientes, de 41 a 45 años 5 pacientes, de 46 a 50 años eran 4, de 51 a 55 años eran 2 pacientes, de 56 a 60

años fueron 3, de 61 a 65 años eran 3, de 76 a 70 años eran 8 pacientes. En el Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula Puebla, de las diferentes áreas de hospitalización 2011. En edad la media aritmética es de 38 años, la mediana es de 37 años, y la moda es de 44 años.

3.6 Análisis de datos

De acuerdo al tipo de variable fue un análisis descriptivo, Prospectivo: porque el estudio empieza con la variable independiente, Transversal: porque la obtención de datos fue en un momento específico, No experimental: porque no hay manipulación de la variable.

Para el tratamiento estadístico se utilizaron las medidas de frecuencia de obtuvieron los porcentajes, así como medida de tendencia central, todo ello con el respectivo representación de cuadros y graficas.

De acuerdo al grado de escolaridad, un 93% de los pacientes cuentan con estudios básicos de primaria y solo un 7% no tienen primaria. Lo que significa que a mayor grado de estudios los pacientes tienen más conocimientos de su padecimiento. Los pacientes también presentan síntomas de estrés debido a la hospitalización, por lo tanto a mayor grado de preparación académica más estrés, ya que tienen más conocimiento de que tan delicada es su situación de salud, mientras que los pacientes con menos preparación presentan menos estrés. Siendo el 79% de los pacientes con mayor incidencia de síntomas de estrés, mientras que un 21% dijeron que no les afectaba.

Los pacientes refirieron que al presentarse la enfermera a su llegada al hospital se sintieron tranquilidad en un 74%, mientras que un 23% de los pacientes contesto sentirse inseguros, un 3% respondió que les era indiferente. El que la enfermera se presente con el paciente facilita un trato más cordial con ellos, porque es un ser humano que merece todo nuestro respeto y atención. El personal de enfermería da preparación psicológica a los pacientes hospitalizados de las diferentes areas de los servicios de hospitalización, un 84% de los pacientes encuestados dijo que si y un 16% dijo que no. El que la enfermera no de la preparación psicológica a todos los pacientes tal vez sea por exceso de trabajo o porque no le da la importancia debida.

El darles preparación psicológica a los pacientes hospitalizados les va ayudar a que se sientan seguros del personal que los atiende y cuida en el hospital. Algunos pacientes contestaron sentirse inquietos, por lo cual son personas que no saben manejar bien sus emociones. Seles pregunto a los pacientes si les afectaba que la enfermera los despertara durante la noche, un 93% refirió que no y solo a un 5% de los pacientes dijo que si por que los ponía irritables ya que después no podían dormir, por lo tanto la enfermera debe evitar despertar al paciente, al menos que sea necesario.

El explicarles a los pacientes que pueden tener dolor en un procedimiento les produce cierto grado de estrés, tal vez más que si no lo saben, por lo que el 75% de los pacientes encuestados refirieron sentir nervios, miedo y un 23% de los pacientes se sentían seguros y un 2% no contesto la pregunta. Lo que significa que a mayor grado de preparación académica los pacientes presentan más estrés ya que están más consientes de que tan delicada esta su salud.

El que el paciente no entienda cuando la enfermera le habla con términos que no entiende le produce ansiedad, los desespera, mientras que para otros pacientes les era indiferente. Por lo tanto se le tiene que hablar al paciente de acuerdo a su nivel cultural para evitar ocasionarle preocupación y ansiedad. En cuanto al sexo se aprecia un predominio del 75% de pacientes del sexo femenino ya que hay más ingresos y egresos del servicio de ginecología y el 25% corresponde al sexo masculino de los servicios de medicina interna, cirugía general, ortopedia y al servicio de urgencias donde los egresos de pacientes no se dan rápido. En edad la media aritmética es de 38 años, la mediana es de 37 años, y la moda es de 44 años.

CAPITULO 4. CONCLUSIONES

4.1 Conclusiones relativas a los objetivos específicos

Se identifico que en la mayoría del personal de enfermería si da preparación psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula Puebla .Donde un 84% de los paciente la enfermará le da la preparación psicológica, mientras que un16% de los pacientes *no* se le da el respectivo procedimiento para disminuir el estado de estrés.

Se determino que de acuerdo al seguro objetivo si hay un estado de estrés en el paciente hospitalizado, enmarca que el 79% de los pacientes, que el estar hospitalizados los ponía tensos, preocupados y nerviosos y solo 21% de los pacientes no presentan cambios que afectan su estabilidad emocional al estar hospitalizados.

4.2 Conclusiones relativas al objetivo general

Se identifico que el personal de enfermería da preparación psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula Puebla, en un 84% de los pacientes y un 16% de los pacientes hospitalizados *no* se les brinda la atención.

Por lo tanto la hipótesis de la investigación fue negativa ya que no todo el personal de enfermería da la preparación psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del hospital.

4.3 Aportaciones originales

- Dar a conocer a las autoridades los resultados de la investigación.
- Se aporta y se siguiere un programa de capacitación para el personal de enfermería sobre la importancia de la preparación psicológica y estrés del paciente hospitalizado.

4.4 Limitaciones del modelo planteado

No se encontraron limitantes para la realización de la tesis.

4.5 Recomendaciones

- Que las autoridades conozcan los resultados de la investigación y la tomen en cuenta para el mejoramiento en la atención al paciente
- Aplicación del programa de capacitación sugerido en esta investigación dirigida al personal de enfermería en el mejoramiento del cuidado del paciente en su estado emocional.
- La capacitación se aplique en cada uno de los turnos para garantizar que llegue el mensaje a cada una de las enfermeras.

REFERENCIAS

1. Alonso Juliana. "Revista profesional Española" "Atc. Programa de prevención psicológica en psicología infantil". Vol.3, España 2005.
2. Acinas María. (2007). Atención psicológica a personas involucradas en accidentes de tráfico, Vol.18 Disponible en:
http://www.mapfre.com/fundación/html/revistas/medicina/v18n4/pag02_15_con.html#top
3. Albarracín Diego." Revista psicología" "Atc. La necesidad de la intervención psicológica en la enfermedad oncológica" Vol.30, España 2006.
4. Aparecida Carina." Revista Cubana" "Atc. Relación entre estresores y características sociodemográficas y clínicas de pacientes internados en una unidad coronaria" Vol.14, Habana Cuba 2006.
5. Alvarado Alicia, Guzmán Evelyn." Enseñanza e Investigación en Psicología" "Atc. Intervención psicológica en pacientes con obesidad. Vol.10, Jalapa México 2005.
6. Barrilero José Alberto, Casero José Antonio." Revista de psicología General y aplicada" "Atc. Ansiedad y cirugía" Vol.44, 2001. Disponible en:
www.uclm.es/ab/enfermería/revista/.../ansícirug.htm.
7. Beni Rosa. "Revista Enfermera" "Atc. Paciente quirúrgico", Vol.9, 2008. Disponible en: [Rincón de enfermería.blogspot.com/.../paciente-quirurgico.html](http://Rincón%20de%20enfermería.blogspot.com/.../paciente-quirurgico.html).
8. Bruno, F.J. "Diccionario de términos psicológicos fundamentales" Paidós studio, Barcelona. 2002 P.1500. Disponible: http://www.psicoactiva.com/diccio_a.htm.
9. Castellero Yalilis. "Revista electrónica de motivación y emoción" "Preparación psicológica para cirugía mayor", Vol.6, 2009.
10. Casuso Liliana. "Asociación católica de psicología" "Breve recorrido por la historia del diagnostico y tratamiento del estrés, 2010 P.1-15.Disponible: http://www.acapsi.com/estrés_historia_del_diagnóstico_y_tratamiento.html.
11. Canovas María. "Revista the Lancet" "Eficacia de una técnica cognitiva conductual en pacientes quirúrgicos", Vol.64, España 2001.
12. Cofer, C. "Motivación y emoción" Limusa España, 2001 P.50
13. Cassaretto, M. "Revista Psicología de la PUCP" "Estrés y afrontamiento en estudiantes universitarios", Vol.10, Lima Perú 2003.
14. Dorland B. Diccionario Enciclopédico ilustrado de Medicina. España: elsevier. 2005 Pag.2312. Disponible en: <http://www.libreriasaulamedica.com/ficha.asp?id=10564>.
15. Duranteau André. "Diccionario de medicina" Grijalva, Barcelona 2001 P.396.

16. Del Pozo H." Revista Cubana de Medicina" "Atención prequirúrgica del hipertenso eventual", Vol. 37, Habana Cuba 2001.
17. Espindola José, Morales Francisco. "perinatología y reproducción humana" "Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente ginecoobtétrica hospitalizada", Vol.4, 2006. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200004&script=scl_arttext.io y
18. Escamilla Martha. "Artículos varios" "El estrés preoperatorio y la ansiedad pueden demorar la recuperación", Vol.9, España 2005.
19. Echeverría Sonia. "Revista de enfermería" "Enfermería: arte y ciencia de cuidar", Vol.22, Colombia 2002.
20. Fernández Antonio, López Isabel. "Asociación Española de Psicología conductual" "Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización", Vol.6, España 2006.
21. Gonzales, César, Valencia Henry.et al. "Revista Colombiana de Psicología" "Intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes con enfermedad médico quirúrgica", Vol.35, Colombia 2006.
22. Gispert, Carlos. "Diccionario de medicina Océano Mosby" Océano, Barcelona España 2010 P.1568.
23. Hernández Digna, Valdés Miguel. "Revista Cubana de Psicología" "Aspectos psicológicos, psiquiátricos y sociales a trasplante de corazón y corazón pulmón", Vol.5, Habana Cuba 2001.
24. Hernández Guillermo, Orella Gricel. "Revista Médica de Chile" "Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna", Vol.133, Chile 2005.
25. Marriner Ann. "Modelos y teorías en enfermería" Hartcourt, Madrid 2007 .555.
26. Medinas MI. "Revista Española Geriátrica" "Estrés en ancianos hospitalizados con enfermedad respiratoria crónica: valoración en el hospital sociosanitario", Vol. 44, España 2009.
27. Molerio P. "Revista Cubana de Medicina" "Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial", Vol.43, Habana Cuba 2004.
28. Mira J. "Artículos relacionados" "La satisfacción del paciente como medida del resultado de la atención sanitaria", Vol. 33, 2001.
29. Navarro, F.A. "Diccionario crítico de dudas ingles - español de medicina". Espasa, España 2005 P.1120.

30. Nunes Makilim, García Claudio. "Estudios sociales Hermosillo" "Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales", Vol.14, México 2006.
31. Oblitas Luis. "Psicología de la salud y enfermedad crónicas" división de Psicomltda, Bogotá Colombia 2006 P. 542.
32. Otero Haydee, Verdes María. "Revista Cubana de Psicología" "Atención Psicológica a pacientes con insuficiencia renal crónica", Vol.7, Habana Cuba 2001.
33. Portillo María, Portillo Raquel. "Macmillan profesional" "Promoción de la Salud y Apoyo psicológico al paciente", Vol. 22, España 2003.
34. Pérez Raquel, Carbonell Martín. "Revista Cubana" "Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de la ansiedad varices", Vol.1, Habana Cuba 2001.
35. Pérez, Anel. "Revista Digital" "Preparación psicológica del terapeuta físico y algunos aspectos psicológicos a tener en cuenta en la rehabilitación física de pacientes co lesión raquimedular", Vol.4, Buenos Aires Argentina 2009.
36. Pérez, Jesús. (2005). "Revista psicológica de la salud" "Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica", Vol. 9, España 2005.
37. Polit. H. "Investigación Científica en Ciencias de la Enfermería de la Salud" McGraw-Hill interamericana, México 2001 P.715.
38. Riehart J. "Análisis y modificación de conducta" "Hospitalización y estrés en el paciente: percepción diferencial de estresores entre paciente y personal de enfermería, Vol.44, 2002.
39. Wesley, R.L. "Teorías y modelos de enfermería" McGraw – Hill Interamericana" México 2001 P.555.
40. Somoza Cesar, Enamorado Judy. "Universidad Nacional Autónoma de Honduras" "Identificación de estresores influyentes en pacientes del hospital", Vol. 44. Honduras 2005.
41. Saucedo J.M, Valenzuela Antebol. "Boletín Médico de Hospital Infantil México" "Estrés ante la venopunción en niños y adolescentes", Vol.63, México 2006.
42. Vinaccia S. "Revista Latinoamericana de Psicología Odontología y psicología" "Disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica", Vol.30, Latinoamericana 2001.

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA

INSTRUMENTO DE MEDICION: cuestionario para pacientes que ingresan a las diferentes áreas del Hospital General de la Secretaria de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011.

Datos Generales

Género: _____ Edad: _____ Fecha: _____

1. ¿Qué escolaridad tiene?:

- a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria o bachillerato c) Profesional
- d) sin escolaridad

2. ¿El estar hospitalizado lo pone tenso, preocupado, nervioso?

- a) Si b) No

3. ¿Cuando la enfermera se presento a su ingreso hospitalario se siente:

- a) Se siente tranquilo b) inseguro c) indiferente

4. ¿La enfermera le explica el procedimiento que le va a realizar

- a) Si b) No

5. ¿Cuando la enfermera le explica las actividades que realiza en su atención se siente usted:

- a) seguro b) inquieto

6. ¿A pesar que la enfermera le explica que es necesario despertarlo durante la noche usted cómo se siente:

- a) irritable b) tranquilo c) Indiferente

7. ¿Cuando la enfermera le explica que puede sufrir dolor en el procedimiento que le realiza, la enfermera le da:

- a) Le da seguridad b) un poco de miedo c) Se siente nervioso

8. ¿La enfermera cuando le habla con palabras términos médicos que no puede entender usted se siente:

a) Ansiedad

b) Indiferente

Gracias.

Anexo 2

1.8. CUADRO DE GANT/ CRONOGRAMA DE TRABAJO 2011

ACTIVIDAD	ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
ELABORACION DEL PROTOCOLO																		
REGISTRO DEL PROTOCOLO																		
POBLACION EN ESTUDIO																		
APLICACIÓN DE LA INTERVENCION																		
OBTENCION DE DATOS																		
ANALISIS DE DATOS																		
INTERPRETACION DE DATOS																		
EVALUACION DE DATOS																		
ELABORACION DEL DOCUMENTO																		
DIFUSION																		

Cada unidad de tiempo equivale a 15 días.

12 Agosto del 2011

L. E. MARGARITA HERNANDEZ LOPEZ
JEFA DE ENFERMERAS
HOSPITAL GENERAL EN SAN PEDRO CHOLULA
P R E S E N T E

Por medio de la presente la C. Enfermera Rosa María Ontiveros Boharquez me dirijo a usted para pedir su consentimiento para la aplicación de un instrumento de medición que será de forma anónima aplicado al paciente hospitalizado y que servirá para la investigación de la tesis de la Maestría en Ciencias de la Enfermería con el tema “El personal de Enfermería da Preparación Psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes áreas del hospital que conlleva al estado de estrés del paciente, en el Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, Puebla 2011”. Ya que los resultados que salgan de la encuesta serán de utilidad para el desempeño del personal de enfermería.

Sin más por el momento me despido de usted, agradeciendo de antemano la atención prestada a la interesada.

A T E N T A M E N T E

LIC. ENFRA. ROSA MARIA ONTIVEROS BOHARQUEZ.

Programa de Capacitación

Calidad en la atención psicológica y estrés
en el paciente hospitalizado.

Responsable

Rosa María Ontiveros Boharquez
2011.

Justificación

La enfermera se ha preocupado por adquirir conocimientos que fundamenten las acciones de enfermería, para mejorar la calidad de atención a los pacientes, el papel de la enfermera es importante ya que brinda atención directa y está en contacto por más tiempo con el paciente. La elaboración del programa de capacitación va dirigida a todo el personal de enfermería de los diferentes áreas del Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula, con la finalidad de hacer conciencia sobre la importancia de dar preparación psicológica a todos los pacientes que ingresen a los diferentes servicios del hospital con el fin de disminuir el estado de estrés antes de que se le realice un procedimiento ya que vamos a favorecer la pronta recuperación del paciente, disminuir la estancia hospitalaria. El dar calidad en el cuidado de enfermería es para que las enfermeras den una atención de calidad a los pacientes de acuerdo a los indicadores de calidad en enfermería. Se justifica la elaboración de este programa de capacitación para elevar la calidad de atención de enfermería a todos los pacientes hospitalizados, para que su estancia hospitalaria sea satisfactoria.

Objetivo General.

Concientizar al personal de enfermería sobre la atención de calidad a los pacientes, así como de dar preparación psicológica en el primer contacto que se tenga con el paciente para disminuir el estado de estrés antes de realizarle un procedimiento.

Metas

- Dar capacitación en un 98% a todo el personal de enfermería del Hospital.
- Cubrir el 100% de lo programado del contenido temático
- Las enfermeras deberán cubrir el 100% de asistencia.

Limites

El programa de capacitación se dirige al personal de enfermería y se llevara a cabo en el Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula.

Tiempo

De enero del 2012 a marzo del 2012.

Universo de trabajo

Todo el personal de enfermería de todos los turnos de los diferentes servicios de hospitalización.

Recursos humanos

Capacitador.

Recursos materiales

Cañón, lacto, plumas, hojas blancas, fólderes.

Recursos físicos

Auditorio del Hospital General de la Secretaría de Salud en San Pedro Cholula.

CARTA PROGRAMATICA 2012.

Calidad en la atención psicológica y estrés en el paciente hospitalizado, fecha enero a marzo del 2012.

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO TEMÁTICO	ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE		
		ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE.	APOYOS Y RECURSOS.	EVALUACION.
1. Preparación psicológica.	Dar a conocer al personal de enfermería la importancia de dar la preparación psicológica a los pacientes para disminuir el estado de estrés.	Aprenda y aplique los conocimientos adquiridos sobre la preparación psicológica a los pacientes.	Exposición con lacto y cañón.	
1.1 Momento en que se debe dar la preparación psicológica a los pacientes.	Que la enfermera de Atención psicológica desde el primer contacto que se tiene con los pacientes.	Identifique el momento adecuado en que debe de dar la preparación psicológica a los pacientes que ingresan a las diferentes areas del hospital.	Exposición con lacto y cañón.	

1.1.2 ¿Que beneficios da la preparación psicológica a los pacientes hospitalizados.	Identifique los beneficios que da la preparación psicológica a los pacientes desde que ingresan al hospital.	Aprenda la importancia de los beneficios que da la preparación psicológica a los pacientes cuando se lezda desde el momento que ingresan al hospital.	Exposición con lacto y cañón.	
2. ¿Qué es estrés?	Que conozca el significado de la palabra estrés y sus efectos en la salud de los pacientes.	Aprenda la importancia de prevenir el estrés en los pacientes ya que les afecta en su recuperación.	Exposición con lacto y cañón.	
2.1 Síntomas del estrés.	Orientar al personal de enfermería para que identifique el estado de estrés en los pacientes hospitalizados.	Identifique los síntomas del estrés en los pacientes, para que aplique técnicas de cómo disminuirlo.	Exposición con lacto y cañón.	

2.1.2 Causas del estrés.	Dar a conocer las causas del estrés para evitarlo o disminuirlo en la medida posible en los pacientes hospitalizados.	Que conozca las causas del estrés, para las evite en la medida posible a los pacientes.	Exposición con lacto y cañón.	
2.1.3 ¿Cómo prevenir o disminuir el estrés?	Dar a conocer al personal de enfermería técnicas sobre cómo prevenir o disminuir el estrés en los pacientes.	Aprenda como disminuir o prevenir el estrés en los pacientes hospitalizados.	Exposición con lacto y cañón.	
2.1.4 Tratamiento de estrés.	Dar a conocer al personal de enfermería sobre los tratamientos que hay para evitar o disminuir el estrés.	Que sepa los tratamientos que hay para evitar o disminuir el estrés y los aplique al paciente en la, medida posible.	Exposición con lacto y cañón.	
3. Calidad en la atención de enfermería.	Lograr que el personal de enfermería de atención de calidad a los pacientes, para evitar menores riesgos hacia	De atención de calidad a los pacientes aplicando sus conocimientos adquiridos en el aula.	Exposición con lacto y cañón.	

3.1 Definición de calidad.	el paciente. Dar a conocer la definición de calidad al personal de enfermería, para que se identifique con la importancia del significado.	Que conozcan la definición de calidad, para que la aplique a los pacientes.	Exposición con lacto y cañón.	
3.1.1 El porqué de la calidad en enfermería y su control.	Dar a conocer a las enfermeras la importancia del porque de la calidad de la atención ya que es quien más tiempo pasa con los pacientes.	Aprenda la importancia de la calidad de atención que proporciona a los pacientes.	Exposición con lacto y cañón.	
3.1.2 De la naturaleza del ámbito del ejercicio.	Que conozca la naturaleza del ámbito del ejercicio de la profesión, para promover la salud y prevenir la enfermedad.	Aprenda la importancia del ejercicio de la profesión, para favorecer la calidad de atención a los pacientes.	Exposición con lacto y cañón.	

3.1.3 Indicadores de si calidad en enfermería.	Mejorar la calidad de los servicios de enfermería, para que los cuidados que proporciona al paciente se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano.	Aplique los conocimientos adquiridos, para mejorar la calidad del cuidado a los pacientes y evitarles riesgos, daños innecesarios por parte de enfermería.	Exposición con lacto y cañón.	
--	---	--	-------------------------------	--

Anexo 6

Cuadro de nivel de conocimientos.

Reactivo	Tipo	Escala	Medición
1. ¿Qué escolaridad tiene?:			
2. ¿El estar hospitalizado lo pone tenso, preocupado, nervioso?			
3. ¿Cuando la enfermera se presento a su ingreso hospitalario se siente:			
4. ¿La enfermera le explica el procedimiento que le va a realizar			
5¿Cuando la enfermera le explica las actividades que realiza en su atención se siente usted:			
6. ¿A pesar que la enfermera le explica que es necesario despertarlo durante la noche usted			

cómo se siente:			
7. ¿Cuando la enfermera le explica que puede sufrir dolor en el procedimiento que le realiza, la enfermera le da:			
8. ¿La enfermera cuando le habla con palabras términos médicos que no puede entender usted se siente:			
9. Genero			
10. Edad			

Anexo 7

Cuadro de resultados por reactivo.

N0	A	B	C	D	E
1	32	8	7	6	4
2	45	12			
3	42	13	2		
4	48	9			
5	46	11			
6	3	40	13	1	
7	13	19	24	1	
8	44	13			
9	14	43			
10					