

**FCM**

ESCUELA DE ENFERMERIA

CICLO DE LICENCIATURA



**UNCUYO**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE CUYO

## **TESINA**

TEMA: "ESTRÉS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA  
TRAUMATOLOGICA PROGRAMADA"

Autora: Ortiz Luciana

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Luciana Ortiz', written over the printed name.

Mendoza, Agosto 2016

“El presente estudio de investigación es de la propiedad de la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de Universidad Nacional de Cuyo y del Ministerio de Desarrollo Social y salud, la misma no podrá ser publicada en todo o en parte o resumirse sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela de Enfermería y/o Autores del trabajo”

**Tribunal Examinador:**

- **Presidente:**
  
- **Vocal 1:**
  
- **Vocal 2:**

**Trabajo Aprobado el: ..... / ..... / .....**

## RESUMEN

**Tema:** "Estrés en Pacientes sometidos a Cirugía Traumatológica Programada"

**Autores:** Ortiz Luciana.

**Lugar:** Servicio de Traumatología de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

**Introducción:** La prevalencia y los factores asociados a estrés de los pacientes en el preoperatorio y postoperatorio en cirugías traumáticas, en niveles elevados alteran al organismo en su homeostasis afectando negativamente la salud.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores asociados a Estrés en pacientes sometidos a Cirugía traumática programada, en el servicio de traumatología de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

**Método:** Cuantitativo, descriptivo y de cohorte transversal.

**Resultado:** n=40 pacientes traumáticos. Los pacientes encuestados, 95%, presentaron signos y síntomas que refieren manifestaciones de estrés. Los mayores signos y síntomas manifestados, fueron en un 25% movimientos motores y agresión verbal. En un menor porcentaje, 15%, palidez cutánea.

**Conclusión:** Los pacientes encuestados debido a diversos factores observados, en relación a la falta y calidad de la información brindada por el personal de salud de Clínica Luque, presentan casi en un 100% manifestaciones de estrés que pueden afectar negativamente la salud del paciente.

**Recomendaciones** Crear un ambiente terapéutico favorable, Diseñar formatos administrativos, Difundir de forma escrita información donde se incluyan aspectos relacionados con la preparación física, psicológica y del entorno físico de las áreas quirúrgicas.

**Palabras claves:** Estrés, cirugía, preoperatorio, postoperatorio, traumáticos.

## **Agradecimientos**

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

A mi familia que me ha brindado su apoyo y paciencia, en especial a mi querido lelo que siempre tuvo su plena confianza en mí. A mis amigos por su apoyo incondicional.

A la Lic. Reyes por el tiempo, el conocimiento, asesorías para la realización de la investigación y revisión detallada del presente trabajo.

## **Prólogo**

Aunque el parámetro de referencia del presente estudio se encuentra orientado a una institución hospitalaria en el Servicio de Traumatología y Ortopedia de Clínica Luque los resultados pueden ser de utilidad y referencia para la utilización en cualquier servicio de internación quirúrgica donde se requiera la asistencia del personal de enfermería en la atención directa al paciente ya que el objetivo final está orientado a disminuir y/o evitar complicaciones quirúrgicas relacionadas con factores asociados a estrés.

## Índice General

Introducción	1-2
Descripción del problema	3
Planteamiento del problema	4
Objetivos: General y Específicos	5
Justificación	6
Marco Teórico	7-27
Variables	28
Operacionalización de variables	29-30
Diseño Metodológico	31-33
Tablas y Gráficos	35-54
Conclusiones	55-56
Propuestas	57
Bibliografía	58
Anexos	59-66

## Índice de tablas y gráficos

### Gráfico N° 1

**Título:** Pacientes distribuidos según sexo de Clínica Luque, Mendoza\_\_\_\_\_36

### Gráfico N°2

**Título:** Edad de pacientes atendidos es servicio de traumatología y ortopedia de Clínica Luque, Mendoza\_\_\_\_\_37

### Gráfico N° 3

**Título:** Estado Civil de pacientes atendidos es servicio de traumatología y ortopedia Clínica Luque, Mendoza.\_\_\_\_\_38

### Gráfico N° 4

**Título:** Lugar de residencia de pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y ortopedia Clínica Luque, Mendoza\_\_\_\_\_39

### Gráfico N°5

**Título:** Ocupación de pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y Ortopedia Clínica Luque, Mendoza.\_\_\_\_\_40

### Gráfico N° 6.

**Título:** Escolaridad de pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y Ortopedia Clínica Luque, Mendoza.\_\_\_\_\_41

### Gráfico N° 7.

**Título:** Intervenciones quirúrgicas en pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y Ortopedia, Clínica Luque, Mendoza. \_\_\_\_\_42

### **Gráfico N° 8**

**Título:** Tipo de Cirugía de pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y Ortopedia Clínica Luque, Mendoza. \_\_\_\_\_ 43

### **Gráfico N° 9.**

**Título:** Información recibida que reciben los pacientes atendidos en Servicio de

### **Gráfico N° 10**

**Título:** Características de la Información Pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y Ortopedia Clínica Luque, Mendoza. \_\_\_\_\_ 45

### **Gráfico N° 11.**

**Título:** Quién Brinda la Información a los pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y Ortopedia, Clínica Luque, Mendoza. \_\_\_\_\_ 46

### **Gráfico N° 12**

**Título:** Estado general de pacientes intervenidos en Clínica Luque, Mendoza \_\_\_\_\_ 47

### **Gráfico N° 13**

**Título:** Estado Anímico de pacientes intervenidos en Clínica Luque, Mendoza \_\_\_\_\_ 48

### **Gráfico N° 14**

**Título:** Signos y Síntomas manifestados por pacientes en Clínica Luque, Mendoza \_\_\_\_\_ 49

### **Gráfico N° 15**

**Título:** Sexo en relación con Estado Anímico de los pacientes intervenidos en Clínica Luque, Mendoza. \_\_\_\_\_ 50

### **Gráfico N° 16**

**Título:** Quién brinda la información en relación con signos y síntomas manifestados por los pacientes intervenidos en Clínica Luque, Mendoza \_\_\_\_\_ 51

### **Gráfico N° 17**

**Título:** Características de la información en relación con signos y síntomas manifestados por los pacientes intervenidos en Clínica Luque, Mendoza. \_\_\_\_\_ 52

### **Gráfico N° 18**

**Título:** Tipo de información brindada en relación con estado anímico de los pacientes intervenidos en Clínica Luque, Mendoza



## Introducción

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

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

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

El modelo de sistemas de Neuman utiliza la definición de Hans Seyne sobre el estrés, donde se señala que el estrés eleva la necesidad de reajuste.

La demanda del cuerpo es inespecífica y requiere la adaptación a un problema, sea cual sea su naturaleza. La esencia del estrés es por lo tanto, la demanda no especifica de la actividad (Seyne, 1974). Los factores que

contribuyen al estrés son los estímulos que producen tensión y pueden provocar un desequilibrio.

Dentro de los factores estresantes se encuentran los físicos y psicológicos, estos últimos reales o imaginarios, y todos son peligrosos para el organismo cuando resultan excesivos. La influencia de estos en el organismo dependen de factores como: edad sexo estado físico, experiencias previas y su respuesta al estrés.

En el caso de situaciones en las que una persona necesita ser sometido a un proceso quirúrgico el estrés que va en aumento sino existe información por parte del equipo humano que lo atiende. El conflicto entre el deseo de autonomía y la necesidad de dependencia para recibir cuidados actúan como disparadores del estrés, siendo manifiesto en la persona con agresividad, palidez, sudoración por su dolencia o limitaciones físicas, angustiados por su familia y en entorno hospitalario.

Considerando todo lo anterior, se observa la necesidad de conocer e identificar los factores asociados al estrés, el rol de enfermería mediante el estudio de varios modelos preexistentes del estrés adaptado y operacionalizado en relación a los objetivos de identificar los factores de estrés quirúrgico y su prevalencia.

## **Descripción del Problema**

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico importante porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican ciertos riesgos.

La problemática referida a este tema se observa en el servicio de Traumatología y Ortopedia de Clínica Luque y se refiere al estrés que manifiestan los pacientes ante una cirugía programada

Esto lo podemos observar desde el primer momento y entre lo más destacable se encuentra la cirugía en sí misma como un potente estresor complejo; la evolución de la enfermedad como así también agentes estresantes a los que el paciente se ve expuesto dentro de la misma hospitalización como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, sumado a las características propias del procedimiento quirúrgico en sí mismo, temores y miedos en relación a la anestesia, al dolor tanto intraoperatorio como postoperatorio ,y los resultados de la cirugía.

Como así también merece especial atención el rol del profesional de enfermería en el cuidado de estos pacientes desde una perspectiva holística toma en consideración todas las dimensiones, énfasis en el aspecto psicológico del ser humano.

Por todo lo anterior expuesto la autora considera que debe ser estudiando mediante un estudio de investigación, ya que esto mejoraría el bienestar de los pacientes

## **Planteamiento del Problema**

*¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados a estrés en Pacientes sometidos a cirugía traumatológica programada en los meses de junio a julio de 2013 en la Clínica Luque?*

## **Objetivos: general y específicos.**

### **Objetivo general:**

Determinar la prevalencia y los factores asociados a Estrés en pacientes sometidos a Cirugía traumatólogica programada.

### **Objetivos específicos**

- Cuantificar la prevalencia de Estrés en pacientes sometidos a cirugía traumatólogica programada.
- Establecer los factores asociados a Estrés en pacientes sometidos a cirugía traumatólogica programada.
- Identificar el rol de Enfermería en cuidados en cirugía ortopédica y traumatólogica

## **Justificación**

Eduardo Giacomantone (Giacomantone y Mejía, 1997) señala que en general, los enfermos con una adaptación preoperatoria normal (aquellos que tienen una visión realista de su experiencia quirúrgica y el grado esperable de ansiedad frente al peligro objetivo de la cirugía) presentan una buena evolución postoperatoria. Por el contrario, los pacientes con una adaptación psicológica anormal en el preoperatorio a menudo también portador de una personalidad previa con rasgos patológicos, presentan mayores dificultades en su evolución clínico-quirúrgica.

Podemos mencionar que este problema también se presenta en estos pacientes traumatológicos por ser pacientes que padecen una afección crónica o que han padecido algún tipo de lesión que afecta el desarrollo de su vida.

Cabe destacar que el manejo del estrés quirúrgico en estos pacientes depende en gran medida de los recursos emocionales propios y de su entorno, experiencias anteriores a los que han estado expuestos como así también la contención brindada por parte del personal a cargo de su cuidado

Conocer y determinar el grado de estrés beneficiara no solo al paciente ya que se disminuirá la posibilidad de posibles complicaciones, se acortara el tiempo de rehabilitación sino a todo el equipo de salud que este a su cuidado como a si también a nivel institucional disminuirá gastos económicos y de recursos humanos en torno a la hospitalización, ya que si surgen complicaciones se debe movilizar equipos de cuidados intensivos.

Al identificar el rol del enfermero en la atención de estos pacientes, primeramente posiciona al personal como contacto fundamental en la instancia de hospitalización sino como actores fundamentales para que el paciente pase su experiencia quirúrgica como algo no traumático tanto a nivel psicológico como físico.

## Marco teórico

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican ciertos riesgos

Los enfermos deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y la cirugía, e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. Como resultado de las alternativas de ese complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía, el estrés es un síntoma frecuente.

Eduardo Giacomantone (1994) respecto al estrés quirúrgico y la ansiedad, pone de manifiesto la importancia del equilibrio emocional al afrontar situaciones límites como lo es la experiencia quirúrgica, y cita lo siguiente: “un criterio fundamental para un adecuado control de la ansiedad en cirugía es el *planeamiento anticipado* del manejo de los psicofármacos. No es recomendable utilizarlos según necesidad, cuando los problemas ya se han presentado. Por el contrario, un uso racional requiere el conocimiento del perfil de los pacientes que debieran ser medicados con criterio preventivo; dicho perfil está determinado por la personalidad previa del enfermo, su adaptación psicológica al estrés y sus posibilidades de control de la ansiedad, con especial atención a la influencia del grado de ansiedad sobre la intensidad del dolor postoperatorio y sobre las alternativas de la recuperación orgánica”.<sup>1</sup>

Esta exposición ha estado centrada en el tema del manejo de la ansiedad en cirugía, pero cita además que, “es necesario al menos mencionar que existen muchos otros factores psicológicos y psiquiátricos asociados a las operaciones: depresión, estados confusionales, delirio postoperatorio, dependencia exagerada y negativismo, etcétera. Todos ellos tienen una enorme importancia práctica, pues

---

<sup>1</sup> Giacomantone E, Mejía A. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía. López Libreros editores, Buenos Aires, 1994, pp. 33-36.

suelen agregar complicaciones y dificultades diagnosticas o terapéuticas que pueden prolongar y entorpecer la recuperación postoperatoria, e incluso conducen a veces a inesperados fracasos”.

Muchos de estos problemas son precedidos y "anunciados" por una reacción

Emocional anormal frente al estrés quirúrgico. Por tal razón, es menester sobre todo que la ponderación del riesgo quirúrgico sea más amplia en el período preoperatorio e incluya la evaluación psiquiátrica; ello permite anticipar muchas dificultades y tratarlas precozmente, para atenuar su severidad o eventualmente impedir el desarrollo de serias complicaciones psiquiátricas u orgánicas.

Existen Indicadores de alto riesgo quirúrgico de origen psicológico, detallados a continuación: Personalidad patológica (neurosis graves, psicosis, adicciones).

Antecedentes de mala adaptación emocional en cirugías anteriores. Marcada ansiedad preoperatoria que no disminuye con la información brindada al paciente por su cirujano. Intervenciones quirúrgicas mutilantes o con postoperatorios presumiblemente difíciles.

Por todo lo antes mencionado se puede observar que los antecedentes encontrados hablan del paciente y no se contempla lo suficiente respecto a su entorno micro social, llámese así a la familia, trabajo y grupo afectivo directo.

Esta búsqueda abre un abanico de alternativas que tiene enfermería, con los distintos modelos de las teoristas pioneras del arte del cuidado del ser humano en su rol de cuidado y atención integral de dichos pacientes.

### **Estrés ¿Qué es?**

El origen histórico del concepto de estrés parte de las investigaciones que realizó Hans Selye en el año 1956 y que dieron lugar al llamado síndrome general de adaptación Selye define este fenómeno: como el conjunto de reacciones fisiológicas desencadenadas por cualquier exigencia ejercida sobre el organismo, por la incidencia de cualquier agente nocivo llamado estresor. Se puede definir,

pues, como la respuesta física y específica del organismo ante cualquier demanda o agresión, ante agresores que pueden ser tanto físicos como psicológicos. La cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad ; son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc Si a esto le añadimos las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente.<sup>2</sup>

Una persona se encuentra sometida a stress cuando la dosis acumulada supera su umbral óptimo de adaptación y su organismo empieza a manifestar señales de agotamiento. Como conclusión, podemos decir que, el mecanismo biológico del estrés es siempre idéntico, pero los resultados varían en función del agente causante de estrés y de los factores que condicionan el grado de vulnerabilidad al mismo. Cabe destacar que el mecanismo de adaptación interviene solo en el momento en que una situación exige un ajuste de nuestra respuesta y de nuestro comportamiento , el mecanismo de adaptación se ve solicitado imperativamente para hacer frente a la demanda , ya sea física, psico emocional o biológica. En ese caso es cuando se puede de hablar de estrés y estado de estrés.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Selye H. The stress of life. New York:McGraw-Hill, 1956.

<sup>3</sup> Selye H. What makes basic research basic? In: Adventures of the Mind. Thruelsen R, Kobler J (eds). The Saturday Evening Post. New York: Alfred A. Knopf, 1959.

Cuanto más intenso sea el factor causante de estrés más importante es la reacción de adaptación, en los tres aspectos tanto un estrés físico como emocional provocan una respuesta del organismo, tanto más importante cuanto más violenta es la emoción.

Las consecuencias patológicas de la intensidad de estrés están vinculadas con la cantidad de hormonas segregadas. En determinados casos, la cantidad de adrenalina puesta en circulación, alcanza porcentajes muy elevados y peligrosos.

Los cambios deseados y preparados causan menos stress que los imprevistos bruscos y sucesivos, todo cambio provoca una demanda psicológica de atención y una reacción de adaptación psicológica, física y biológica.

La resistencia al estrés depende de nuestra capacidad de adaptación a las diferentes agresiones que sufrimos. La capacidad de adaptación depende de la cualidad de la respuesta física y biológica, es decir, de la cualidad de la regulación cerebral y de la de los síntomas simpáticos y glandular solicitados en la resistencia al estrés. Las personas con un estrés excesivo antes de una intervención quirúrgica "presentan mayores dificultades en su evolución clínico-quirúrgica. La magnitud del estrés que experimenta el paciente y su capacidad para tolerarlo y dominarlo, va a estar relacionado con diversos factores como, 1) La magnitud del factor traumático externo o real: es decir, la gravedad de la enfermedad orgánica, si se realizara una intervención de cirugía mayor o mutilante, etcétera.2) La duración del período preoperatorio: cuanto más urgente sea la necesidad de operar, menos tiempo tiene el paciente para reconocer y controlar sus temores. Ello condiciona un elevado nivel de ansiedad, que con frecuencia adopta la forma de un estado de angustia con crisis emocionales y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas.3) Los antecedentes Personales y familiares que temen se repitan, lo que puede transformarse en la principal fuente de ansiedad.4) La capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad, es decir su natural tolerancia y capacidad para defenderse y controlar psicológicamente las situaciones estresantes. Es por eso que, en ocasiones, una intervención menor, que el cirujano no vacila en considerar "sin importancia", puede ser muy

traumática para un enfermo con una personalidad débilmente estructurado o que se encuentra en una situación emocional que lo torna más vulnerable. De la interacción de todos estos factores resulta un determinado grado de ansiedad, que varía en un amplio espectro.

Sin bien toda cirugía determina distintos grados de estrés la cirugía traumatológica es unas de las que según nuestra experiencia hace mas notorio esto, ya que en general los tratamientos quirúrgicos implican una acción sobre situaciones de mayor gravedad o que requieran cirugía como único medio de solución. Generando en el paciente incertidumbre acerca de los resultado de la misma, como así también poco comprende el uso de diversos materiales que se emplean para ello: la reducción abierta, agujas de Kirschner y Steinmann, placas y tornillos de osteosíntesis, dispositivos clavo-placa y tornillo-placa, clavos intramedulares (Küntscher, Gross-Kempf, Ender, Russ), fijadores externos (Hoffman, Ilizarov, monolaterales), injerto óseo, cementos óseos y prótesis para reemplazos articulares

Otro factor a tener en cuenta es el nivel de educación y por ende la percepción del concepto de salud-enfermedad que posea cada individuo; con ello aparecen dudas, temores, desconfianza, ansiedad, alteraciones fisiológicas, insomnio, y todo esto es observado por el personal de enfermería y transmitido por el paciente. De las inquietudes que a continuación detallaremos, muchas veces son manifestadas por el paciente momentos antes de ingresar a quirófano, lo que enfermería no tiene el tiempo suficiente para realizar una contención adecuada son las siguientes: Temor a lo desconocido, al tipo, tiempo de anestesia por experiencias anteriores o relatos, por lo que escucha del equipo de salud, Incertidumbre, sobre si será el mismo médico que lo asistió por consultorio externo es quien realizara la intervención, Cuánto tiempo estará hospitalizado, Cuándo podría retomar sus actividades normales, Temor a la muerte, a las secuelas, Temor por firmar el consentimiento informado; ya que no le fue explicado con palabras que le permitiese evacuar todas sus dudas Temor a la soledad o a quedar solos, luego en el post- operatorio inmediato. como así también a las

políticas institucionales, respecto al ingreso de un familiar, o de sus afectos, que ellos necesitan estar al “cuidado” de su acompañante para sentirse mejor, al temor al lenguaje desconocido y/o técnico, Ansiedad por desapego de familiares, Temor por situaciones laborales que influyen en la economía familiar. Temor a que no sea respetada sus ideologías.

Florence Nightingale expresó el firme convencimiento de que el conocimiento de la enfermería era intrínsecamente distinto al de la medicina.

Veamos ahora como diferencia Nightingale la medicina de la enfermería *“La medicina es la cirugía de las funciones, como la cirugía propiamente dicha lo es de los miembros y de los órganos. Ninguna puede hacer otra cosa que quitar obstáculos, ninguna puede curar; solo la naturaleza cura. La cirugía extrae la bala de la pierna, la cual es un obstáculo para curar, pero la naturaleza cura la herida. Igual sucede con la medicina; la función de un órgano es obstaculizada, la medicina ayuda a la naturaleza a remover ese obstáculo, pero no hace más. Y lo que la enfermería ha de realizar en ambos casos es colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”*.<sup>4</sup>

Después de Florence de Nightingale las enfermeras han seguido preocupándose por ésta cuestión y reflexionando sobre el cuidar y los cuidados, han elaborado modelos y teorías de enfermería. En todos ellos se analiza la relación establecida entre enfermera y paciente, ahí se pone de manifiesto la importancia que las enfermeras han dado a la relación de cuidado.

La elaboración de los modelos se ha realizado influenciada por las corrientes de pensamiento, y con la idea de cómo realizar mejor ese “poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe”.

La importancia de la relación de cuidado la podemos observar en el libro I de los Aforismos hipocráticos *“La vida es breve; el arte, extenso; la ocasión, fugaz; la*

---

<sup>4</sup> Florence Nightingale. Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es? Masson – Salvat-Enfermería. 1990, Barcelona

*experiencia, insegura; y el juicio, difícil. Es preciso no sólo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino además (que colaboren) el enfermo, los que le asisten y las circunstancias externas*". La parte final alude a la colaboración del enfermo y a la de los que le asisten. Considera por tanto que no solo es necesario que el médico haga lo debido. Sino que para lograr el restablecimiento del enfermo, hace falta que los que le asisten, aquellos que le prestan cuidados, colaboren. Éste sería el primer sentido de la palabra cuidado "además que el enfermo colabore".

Los que prestan cuidados establecen con el enfermo una relación que les sitúa en una posición privilegiada para lograr su colaboración. Y qué mejor forma de cumplir la propuesta de Nightingale, "*poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe*"; que prestando cuidados y estableciendo con él una relación cuya intención sea buscar su colaboración.

Enfermería y medicina se complementan para resolver los problemas de salud. El sentido de esta investigación tiene como principal escenario el ambiente hospitalario, por lo tanto el cuidado enfermero es asistencialista donde prima el modelo de Virginia Henderson. La propia definición de Enfermería de Henderson basada en la satisfacción de las 14 necesidades básicas fundamentales y el rol de enfermería que consiste en ayudarle al paciente a recuperar su independencia lo más rápido posible.

Además de los conceptos mencionados tiene en cuenta el orden biopsicosocial que desfavorecen la salud del paciente y le da importancia a la forma de manifestación del problema; para ello destaca tres elementos esenciales que intervienen en la recuperación del paciente que son:

### **La fuerza, la voluntad y el conocimiento.**

Referente a la práctica del cuidado la intención de enfermería 1) Van más allá del rol definido del deber de cuidado. 2) Establecen una relación de comprensión con el paciente, que se caracteriza por respetar sus creencias y

valores frente a los suyos propios y frente a las pautas de actuación dadas por el sistema.

En temas de salud es adecuado ponerse en el lugar del otro, ser empático pero no para decidir sino para que sea el quien tome las decisiones desde su especificidad, desde sus capacidades, desde su contexto. Es posible que lo que queramos para nosotros no coincida con lo que quiera el paciente, pero es seguro que nosotros en su lugar queríamos que nos respetasen, que respetaran precisamente la especificidad y su modo de ser diferentes unos de otros.

Otro modelo utilizado en la asistencia hospitalaria es el “Modelo de relaciones interpersonales” de Hildegard Peplau publicado en 1952 en el cual integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad. Es importante mencionar que esta autora fue una de las primeras en incorporar aspectos de otras disciplinas, como la sociología a la enfermería.<sup>5</sup>

Peplau basa su modelo en la enfermería psicodinámica que aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen de las experiencias humanas.

Para ello describe la relación interpersonal en 4 fases:

1. *Orientación*: cuando la persona “percibe” una necesidad y busca asistencia en los profesionales. Es nuestro rol ayudar a esa persona a reconocer y entender el problema que tiene.
2. *Identificación*: intentamos facilitar la exploración de los sentimientos que la persona “siente”, para poder ayudarle a sobrellevar la situación de “enfermedad”.
3. *Aprovechamiento*: la persona intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación que establece con el profesional.

---

<sup>5</sup> Hildegard E. Peplau: *interpersonal nursing theory*. 1993

4. *Resolución*: se van dejando las antiguas situaciones a medida que se van adoptando otras nuevas... que las van sustituyendo.

A todo lo antes mencionado se puede agregar otros aspectos del ser humano y que hacen a la visión holística de la enfermería. Es por eso que se cita otro modelo como el de Rihel Sisca que habla del interaccionismo simbólico. Se puede rescatar de esta teoría la importancia de la psicología social, ya que involucra tanto las relaciones humanas como la comunicación no verbal que acompañan la práctica diaria de enfermería y reflejan las actitudes que presentan los pacientes en situaciones emocionales estresantes.

El modelo que *Joan Riehl-Sissa* (1980) explica las relaciones en enfermería basadas en la comunicación e inspirada en la sociología y propone un significado más actual respecto a los conceptos metaparadigmáticos (Persona, Salud, Entorno y Cuidado), a saber: *Persona*: ser capaz de actuar individual o colectivamente en respuesta al significado de los objetivos que constituyen su mundo. *Salud*: proceso salud enfermedad. Se trata de un *continuum* dirigido por la visión de sí mismo que tiene la persona formulado en comunicación con otros.<sup>6</sup>

*Entorno*: condiciones que influyen sobre las personas y que están en continua interacción. *Cuidado*: el proceso de cuidar es una acción terapéutica que permite a través de la interacción enfermera-paciente alcanzar el máximo potencial de salud del paciente.

Después de hacer referencia a los modelos de enfermería puede considerarse que la vida se describe como una fusión de actividades vitales, que la individualidad de la persona debe ser plenamente respetada, pues la persona tiende hacia la independencia y que el grado de dependencia independencia en el que se encuentre no disminuye su dignidad y por lo tanto la persona debe ser valorada independientemente de la etapa de la vida en que se encuentre y de la situación especial en que se enmarque su vida, incluyendo los períodos de crisis, teniendo en cuenta los factores físicos, psicológicos y sociales; cada persona

cambia la forma de realizar las actividades de vida dentro de los márgenes que le son propios y que tendrá consideración de normalidad.

La enfermera trabaja junto al sujeto lo que significa que es considerado como un ser autónomo capaz de tomar decisiones.

Finalmente, y después de reflexionar sobre los distintos modelos de enfermería, puede afirmarse que la enfermería se realiza **con** la persona en una plena interacción dialéctica, que los distintos modelos de enfermería, en estrecho vínculo con el propio método de actuación profesional, el Proceso de Atención de Enfermería, dirigen todo su esfuerzo hacia la persona y así se conforma su “plan de cuidados” dirigido al logro de su mayor bienestar y felicidad, a partir del pleno respeto de su dignidad.

Hoy en día con la profesionalización de enfermería es responsable de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades de las personas ante diversas experiencias que enfrenta cada individuo a lo largo de su vida, ya sea para restaurar su salud o para mantenerla. "La práctica se centra en el *cuidado a la persona* (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su *entorno*, vive experiencias de *salud*". El interés de la enfermera en su práctica profesional está centrado en el *cuidado a la persona* y cómo vive su experiencia de salud en interacción con su entorno.

Si bien la enfermera realiza tareas rutinarias, también requiere de otras habilidades intelectuales que le permiten tomar decisiones y realizar acciones pensadas que respondan a las necesidades de la persona que lo requiere. Por lo tanto la práctica profesional incluye realizar cuidados individualizados integrando habilidades específicas que le permitan llevar a cabo intervenciones adecuadas para cada individuo.

En 1982 Françoise Colliere pone en relación los términos “poder y cuidar”, nos dice que poder originariamente significa “ser capaz de”, “que todos hemos desarrollado un conjunto de capacidades que hacen que seamos capaces de

respirar, alimentarnos, comunicarnos”. Ella sostiene “que estas capacidades adquiridas en parte gracias a la asiduidad de cuidados, nos permiten desarrollar y sostener nuevas aptitudes, como crear algo, aprender a leer, relacionarnos con un medio más amplio que el familiar”. Así pues *“cuidar consiste en liberar las capacidades que otro ser humano tiene”*. “Los cuidados y la forma de cuidar contribuyen a aumentar o a reducir el poder de existir”. Continúa hablando sobre el poder liberador de los cuidados de enfermería: “Un poder es liberador cuando, apoyándose en las fuerzas y capacidades presentes, libera otras posibilidades o permite que las capacidades existentes se desarrollen, o simplemente que se utilicen”. De alguna manera éste párrafo parece dar continuidad a la propuesta de Nightingale, si ella propone que la enfermería ha de colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe, que mejor manera de hacerlo que posibilitando que el paciente desarrolle esas capacidades que tiene.

Si las enfermeras aportamos a la salud de las personas para que éstas desarrollen capacidades, las cuales les permitan responder de una forma más beneficiosa para sí misma a los problemas de salud y a los cambios en el proceso vital. Sería adecuado utilizar el diálogo socrático para que las personas encuentren sus respuestas. Por ello es tan importante mantener una relación horizontal entre enfermero y paciente, sin olvidar la posición empática que enfermería debe adoptar en el arte del cuidado más aún si hablamos de emociones.

Por todo lo expuesto anteriormente se cree oportuno desarrollar la investigación con el Modelo de Marie Françoise Colliere, uno de los más actuales que se basa en asegurar la perpetuidad de la vida, originados en el cuidado integral que brinda enfermería. Estos cuidados giran en torno a diferentes aspectos que se resumen en una actitud empática para interpretar lo que el paciente o usuario realmente necesita; se puede hablar de cuidar como suplencia, como transferencia o como disponibilidad, es decir ponerse al servicio de la otra persona.

Siguiendo con el pensamiento de Colliere la investigación se centrará en el cuidado emocional y que comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados.

Por lo tanto la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el “qué” del cuidado y el “cómo” de la interacción persona – enfermera implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

Continuando con esta perspectiva, se trata de un cuidado innovador que unen en la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

De este modo, cuidar es un hecho cotidiano que abarca a la globalidad de la persona y que cada una aprende a aplicarse a si misma, a medida que va adquiriendo la autonomía necesaria para garantizar su supervivencia y bienestar. Sin duda, cuidar es un acto relacional y tiene un requisito previo: conocer y comprender la situación tal como la otra persona la percibe y la vive. Los datos objetivos constituyen una información imprescindible pero lo que se debe trabajar en el marco de la relación asistencial es la subjetividad de la persona, es decir, su visión del mundo. Sólo así se puede promocionar su energía y su voluntad de superación.

### **El rol de enfermería en el estrés quirúrgico**

La atención de enfermería en estos pacientes, como todo paciente quirúrgico es complejo ya que los individuos difieren en su habilidad para enfrentarse a situaciones de tensión; la enfermedad vuelve vulnerables a las personas.

Es mucho lo que el personal de enfermería puede hacer y hace cotidianamente para ayudar a los enfermos en los distintos avatares de su proceso de adaptación psicológica a la cirugía.

Durante una internación hospitalaria, es frecuente que los enfermeros conozcan mejor que los médicos los vaivenes del estado anímico del paciente. Ello es atribuible a que mantienen con los enfermos un trato más prolongado, que incluye la intimidad del contacto cotidiano con el paciente y sus necesidades corporales, compartir muchas horas con él y su familia, y el hecho de ser las primeras personas que son llamadas ante cualquier dolor o problema. Todo esto otorga una gran trascendencia a la calidad que tenga la atención de los enfermeros; dicha atención puede ser fuente de tranquilización y reaseguramiento para muchas personas que, por estar enfermas y tener que ser operadas, suelen hallarse bastante desconcertadas o angustiadas.

En el día de la internación, periodo preoperatorio, el personal de enfermería es uno de los primeros contactos del paciente con el hospital, y ya en ese diálogo algunos de sus temores y ansiedades podrán ser atenuados. También la contención brindada en el quirófano por el enfermero circulante tiene un efecto muy tranquilizador.

Durante la internación, las distintas formas de adaptación psicológica al estrés quirúrgico determinarán que los enfermos tengan reacciones muy variadas. El conflicto entre el deseo de autonomía y la necesidad de dependencia para recibir los cuidados es uno de los más importantes en cirugía traumatológica, y puede originar problemas en relación con el personal que brindan esos cuidados; así, pueden ser blanco de las quejas permanentes de un paciente muy demandante o regresivo, o del enojo de un enfermo que se siente humillado por su dolencia y sus limitaciones físicas.

Con las personas bien adaptadas no se presentan mayores dificultades, de forma tal que en esos casos una conducta espontánea y amable y el sentido común durante la atención de enfermería son de por sí suficientes. Pero la mala

adaptación emocional de un paciente puede condicionar distintas dificultades en su relación con las enfermeras. En esos casos, una actitud profesional adecuada requiere el conocimiento de los procesos psíquicos que determinan la conducta del enfermo, y también de la mejor manera de abordarlos. Para cada modalidad defensiva hay actitudes que pueden favorecer la adaptación y otras, entorpecerla.

Con respecto a la negación, es perjudicial consentirla y evitar hablar de la operación; es mucho más beneficioso promover la discusión de dudas y preguntas, pues así se ayuda a una adaptación más realista a la adaptación del estrés quirúrgico.

Cuando además de negador, el enfermo está maniaco, eufórico y verborragico, con frecuencia contagia el ambiente con su euforia y la enfermera puede plegarse a ese clima festivo con chistes y risas, para observar días después con cierta sorpresa que el enfermo desarrolla una depresión más prolongada que la habitual. La mejor actitud es tener en cuenta, desde el primer contacto con el enfermo, que ese estado maniaco que manifiesta es un signo de sufrimiento ante la realidad y de sentimientos depresivos por haber enfermado, y que es mucho más saludable llevarlo gradualmente a que pueda hablar de esos temas y mostrar su preocupación, porque eso tendrá un efecto verdaderamente tranquilizador.

Esto no significa que no se deba tener buen humor ni hacer chistes con los pacientes; apunta a poder distinguir entre personas que están eufóricas para defenderse de la angustia (es decir, parecen contentas cuando tendrían que estar preocupadas o tristes), y personas que están realmente contentas porque ya mejoraron, se recuperaron de su operación y están más tranquilas. Estas últimas sí pueden disfrutar de chistes y del buen humor.

En los enfermos paranoides, es importante que la enfermera no desarrolle una conducta "en espejo", o sea, no debe responder con agresiones a las conductas hostiles de estos pacientes. Es más adecuado aceptar ante el enfermo que muchos tratamientos médicos y de enfermería tienen aspectos agresivos,

pero que su finalidad es ayudarlo. Se busca corregir su visión tan persecutoria del medio hospitalario, que lo hace sentir víctima de los profesionales que lo atienden y no de su enfermedad.

Otro problema bastante característico en la atención de pacientes con reacciones paranoides es que pueden desencadenar conflictos entre los integrantes del equipo médico y de enfermería. Esto se debe a que suelen focalizar la responsabilidad de sus sufrimientos en unas de las enfermeras o de los especialistas médicos intervinientes, y los culpan, por ejemplo, de haber movido su pierna de forma brutal o de haber indicado un medicamento equivocado o en general de haberlo atendido de forma incorrecta. Como estos enfermos transmiten con gran certeza y seguridad su manera de ver las cosas, gran parte o totalidad del equipo actuante puede, casi sin notarlo, ir plegándose a ese punto de vista del paciente. Se genera entonces también entre los profesionales un ambiente paranoide bastante incómodo, lleno de sospechas y de acusaciones por práctica inadecuada de la especialidad de cada uno.

Es bueno estar alerta sobre este tipo de problemática en los grupos de trabajo, y tener presente que el concepto que un profesional forma de otro debiera estar guiado por criterios profesionales y no por lo que dice el enfermo o sus familiares. Esos dichos pueden ser pocos objetivos ya que están teñidos por las ansiedades y los conflictos desencadenados por la enfermedad y la cirugía.

Los pacientes con trastornos por estrés postraumático agudo después de accidentes, cirugía de urgencia o internaciones graves en terapia intensiva, tienen una gran necesidad de relatar y revivir los momentos traumáticos pasados. Es de gran utilidad que la enfermera destine un tiempo para esas conversaciones, que pregunte y promueva al paciente a recordar y establecer una secuencia, una historia de todo lo acontecido. Permite así la descarga afectiva del enfermo abrumado por la angustia, y lo ayuda al control psíquico de todos los elementos traumáticos que los amenazaron o lo amenazan todavía.

Por último, es perjudicial seguir las conversaciones de pacientes con crisis psicóticas como si se compartiera su misma y alterada visión de las cosas, porque al agregar elementos alejados de la realidad se puede contribuir a empeorar la beligerancia o las ideas delirantes; tampoco se debe responder a sus conductas agresivas. En los casos en los que predomina la confusión mental de base orgánica, además de la corrección del factor orgánico específico es útil intentar una permanente reubicación en la realidad de tiempo y espacio. Como tienen trastornos de la atención y la memoria, esta reubicación debe ser repetida: informarles dónde están, por qué, para qué y explicarles todo lo que se va a hacer. Son importantes también las medidas ambientales que contribuyan a mejorar su sentido de orientación: mantener una luz tenue durante la noche, contacto con objetos o personas familiares, etcétera.

Todos estos pacientes mal adaptados determinan un mayor compromiso emocional de los enfermeros que los atienden y –en casos muy difíciles- un considerable desgaste personal. El conocimiento de los procesos psicológicos subyacentes, capacita a los enfermeros para mejorar o restaurar su relación con estos enfermos, y evitar conductas contraproducentes. En general, tal vez por la característica de su profesión, las enfermeras tienen una muy buena comprensión de los aspectos no verbales de la comunicación en los pacientes, es decir sus gestos, sus conductas o la variación de sus síntomas. Por eso no es raro que – antes que los médicos- ellas descubran el mensaje implícito en muchas quejas de los enfermos quirúrgicos. Así, por ejemplo, pueden entender que un dolor de difícil control medicamentoso está relacionado con una depresión, con temores ante el alta o con conflictos familiares. Esas observaciones son por lo común correctas, derivan del mayor conocimiento personal del paciente y es conveniente incluirlas como datos útiles para una evaluación integral de las complicaciones del caso.

Otro aspecto en el que la tarea de enfermería puede ayudar eficazmente es en la evolución y la superación de los fenómenos regresivos. En cirugía la regresión es normal, aunque conlleva el peligro de una dependencia excesiva para recibir cuidados. Habitualmente, con el avance de la recuperación posoperatoria,

los pacientes van abandonando sus conductas regresivas y actitudes "infantiles", para retomar su modalidad adulta. Este proceso se ve favorecido si las enfermeras van adecuando su trato con los enfermos en los distintos momentos, y evitan todo aquello que pueda acentuar la regresión o hacerla menos tolerable.

La mejor actitud es nunca criticar la regresión, y acompañar cada paciente desde los momentos más regresivos en los que parece muy dependiente y demandante, cuidándolo y protegiéndolo más, para luego –cuando el enfermo ha mejorado en su posoperatorio y ya su regresión es menor- cambiar gradualmente la forma de tratarlo y adecuarla a su mayor grado de autonomía y autoafirmación personal.

### **La familia del paciente quirúrgico**

La cirugía constituye una situación de estrés psicológico también para la familia de cualquier paciente. La internación hospitalaria implica separaciones y el abandono del hogar por parte del enfermo, por cuyo futuro temen los restantes miembros del grupo familiar. Se agregan también muchas dificultades prácticas: mayores gastos económicos, problemas en el manejo del hogar o la atención de los niños si se opera uno de los padres, la alteración del ritmo de vida familiar por la necesidad de acompañar y cuidar al paciente durante su recuperación, etcétera.

Caplan (1993), menciona que la familia es fuente de ayuda concreta y de servicios prácticos en tiempos de necesidad, y una internación quirúrgica sin duda lo es. Por ello, el apoyo del grupo familiar en su interacción con el enfermo puede favorecer mucho su recuperación. Es necesario otorgar a la familia el grado de participación que le corresponde en el proceso quirúrgico, pero a la vez corregir los modos de interacción personal y de adaptación al estrés que suelen provocar complicaciones.

En el periodo preoperatorio, la cirugía promueve ansiedades y temores en toda familia, y cada uno de sus integrantes los controla según sus posibilidades. Aparecen muchos temores irracionales vinculados al recuerdo de historias familiares (enfermedades, complicaciones o muertes que amenazan con

repetirse). Esos recuerdos y temores son compartidos por todos, aunque no sean explicitados.

Cuando hay una adaptación familiar normal frente al estrés preoperatorio, la ansiedad del paciente es conocida y compartida por el grupo; constituye todo un tema y ocupa un "lugar" en la familia. También cada integrante puede reconocer y tolerar su propia preocupación, sin recurrir a conductas defensivas rígidas.

Muchas familias, por el contrario, suelen plegarse a la modalidad patológica de adaptación del paciente y, por ejemplo, todo el grupo participa de la negación maníaca de la realidad. No es raro que en estas familias haya, no obstante, algún miembro que "denuncia" las ansiedades y temores del enfermo –o de todos– y se transforma en el portavoz que revela los principales conflictos generados por la cirugía. La observación de estas reacciones familiares en el preoperatorio permite detectar qué ansiedades y conflictos puede tolerar el paciente por sí solo, y para cuáles necesita ayuda (brindada por el familiar que se hace cargo de contenerlos).

En aquellos enfermos que presentan una adaptación preoperatoria muy patológica (ansiedad confusional, reacciones paranoides agudas, antecedentes psicóticos o depresivos graves), es imprescindible conocer bastante a la familia y evaluar su capacidad para acompañar al enfermo en las dificultades del posoperatorio.

En condiciones favorables, la familia contribuye al control emocional de cada paciente en su recuperación tras la cirugía, pues le ayuda a tolerar la frustración, contrarrestar la desesperanza y adaptarse al duelo y las inevitables privaciones psicofísicas de todo posoperatorio. También facilita la superación de los fenómenos regresivos: así como en esos momentos los enfermos requieren más ayuda y atención de médicos y enfermeras, necesitan un mayor suministro afectivo de familiares y amigos.

En situaciones de estrés, las personas ven amenazada su identidad, a la que sienten como más vaga y confusa. En el contexto quirúrgico esto es evidente, y los pacientes están más susceptibles a la influencia de todos los mensajes sobre

si mismos, mensajes de los que hacen depender notoriamente su autoimagen y autoestima. Cuando ante las dificultades posoperatorias se sienten débiles e impotentes, el apoyo y el estímulo de la familia les proporcionan la confianza para mantenerse firmes, y eso reasegura también su identidad.

La dinámica de la interacción entre el enfermo quirúrgico y su familia durante la internación depende del tipo de vínculos preexistentes, y en este sentido un factor limitante de los efectos beneficiosos de la acción del grupo familiar lo constituye la falta de comunicación o su distorsión, al igual que una estructura familiar aglutinada o con roles fijos e inflexibles.

Las familias más normales tienen con respecto al cuidado del paciente un funcionamiento naturalmente autorregulado, y su presencia es gratificante. Atienden al operado de una manera flexible, a veces lo acompaña un integrante del grupo, a veces otro, y saben captar las necesidades del enfermo (cuándo dejarlo solo, cuándo estar en silencio, cómo tranquilizarlo cuando sufre).

En cambio, las familias más aglutinadas suelen ejercer una acentuada sobreprotección, con roles fijos (siempre la misma persona cuida de forma exagerada y asfixiante al paciente, a quien jamás lo deja solo). Tampoco permiten un adecuado manejo de la atención médica y de enfermería: controlan permanentemente la tarea de las enfermeras en busca de errores, o verifican el goteo del suero o los horarios de administración de los medicamentos. En muchas ocasiones, detrás de estas actitudes existe fuerte ambivalencia, y junto al amor y los aparentes cuidados solícitos hay reproches, agresión o sentimientos de culpa; no es raro que, de pronto, ello derive en conflictos y peleas, y por etapas el enfermo sea abandonado en mayor o menor grado por su familia.

Otras dificultades durante la internación pueden deberse a los cambios de roles en las familias; por ejemplo, la enfermedad y la cirugía suelen forzar a una persona muy independiente aceptar un rol de dependencia indeseada y mal tolerada, y eso puede complicar o agravar relaciones familiares básicamente conflictivas en lo que respecta al tema de la dependencia y la autoridad.

Con menor frecuencia, en algunas familias se presentan otras respuestas patológicas al estrés quirúrgico durante la internación de uno de sus miembros: algunos familiares pueden presentar reacciones desmedidas como depresión, trastornos psicosomáticos e incluso producción de accidentes.

Pueden desencadenarse otros problemas familiares durante una internación quirúrgica, algo más risueños pero seguramente no excepcionales en la práctica médica: luego de la operación, a un paciente separado comienza a visitarlo su primera esposa; ésta se encuentra con la segunda y pelean. O algunos de los hijos de un enfermo anciano tratan de que en pleno posoperatorio firme un importante documento a pesar de la tenaz oposición de otros hijos.

Finalmente, acerca de las visitas de amigos, familiares más lejanos y conocidos es conveniente recordar que la mayoría de los enfermos toleran mal un ritmo muy intensivo de visitas, porque les provoca cansancio, irritabilidad, insomnio y menor tolerancia al dolor. Además, como en el posoperatorio se produce esa suerte de retiro del interés del paciente por los estímulos ambientales, en general prefiere mantener un cierto grado de aislamiento con pocas visitas, y se concentra en el estado de su cuerpo y en las tareas de recuperación. Por supuesto que esto no es así para los enfermos en quienes predominan las defensas maníacas; ellos prefieren numerosas y permanentes visitas, mirar televisión, trabajar y todo aquello que los ayude a alejarse –aunque sólo temporariamente – de la realidad displacentera.

Es muy importante, conocer los distintos roles a ser cumplidos alrededor del paciente en la cirugía para poder mantener este como unidad biopsicosocial. Tanto los profesionales de la salud, como familiares tienden a tener distintas reacciones frente a los mecanismos de defensa naturales del paciente en cuestión.<sup>6</sup>

Los niveles de progreso tanto en la adaptación preoperatoria como en la recuperación postoperatoria, dependen mucho del rol del médico, pero hay que

---

<sup>6</sup> Reih-Sisca J. Modelo de interaccionismo simbólico. En: Reih-Sisca J, editor. Modelos conceptuales de enfermería. Barcelona:Doyma;1992.

sumar también la gran importancia que el grupo de enfermería ejerce sobre este; ya que estos tienen mayor tiempo de contacto. No hay que dejar de destacar el ámbito familiar el cual varía mucho de acuerdo al estado de ánimo del paciente, pero estos también influyen sobre este con sus características y roles sociales predeterminados.

## **Variables**

Variables Dependiente:

- Prevalencia y los factores asociados a estrés en Pacientes sometidos a cirugía traumatológica programada

Variables Independientes:

- Características del Paciente
- Factores Influyentes
- Manifestaciones de estrés

Operacionalización De Variables		
Variable	Dimensión	Indicadores
Características del Paciente	Sexo	Masculino femenino
	Edad	15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años 35 a 39 años 40 a 44 años 45 a 50 años 50 años o más
	Estado Civil	Casado Soltero Separado Viudo
Factores Influyentes	Residencia	Población Urbana Población Rural
	Ocupación	Desocupado Ama de casa Estudiante Trabaja
	Escolaridad	Primaria Secundaria Terciaria Universitaria
	¿En alguna ocasión ha sido intervenido quirúrgicamente?	Si No
	En caso de ser intervenido ¿Qué tipo de cirugía?	Traumatológica mayor Traumatológica menor otra
	Información Recibida	Cuidado preoperatorio Movilización Dolor Cuidado postoperatorio
	Características de la información	Escasa Suficiente

	¿Quién brindo la información?	Enfermero Cirujano Familiares
Manifestaciones de Estrés	Estado General	Bueno Regular Malo
	Estado anímico	Tranquilo Irritable Preocupado
	Signos y síntomas	Respiración agitada Voz temblorosa Movimientos motores Agresión verbal Sudoración palidez

# **Diseño Metodológico**

#### Tipo de estudio:

El estudio empleado en esta investigación es cuantitativo, descriptivo y de cohorte transversal.

La investigación es cuantitativa, ya que los resultados están expresados en números.

Es de cohorte transversal ya que se obtiene la información de los factores estresantes, en el periodo preoperatorio y postoperatorio de manera secuencial. Se analizan variables, en un tiempo establecido.

Es descriptiva observacional, ya que se realiza un análisis y descripción de los datos obtenidos.

#### Área de estudio:

Este estudio se efectúa en la Clínica Luque, Ubicada en calle Pirovano al 270, en el departamento de Gral. San Martín, Mendoza.

#### Población:

El universo de este estudio son los\_pacientes adultos quirúrgicos de ambos sexos que asistieron a consulta en turno vespertino para cirugía electiva de traumatología y Ortopedia. El universo son 104 pacientes con cirugía programada de traumatología y ortopedia.

#### Muestra:

Se estimó un tamaño de muestra representativa de 40 pacientes. Para alcanzar el tamaño de muestra estimado fueron entrevistados todos aquellos pacientes de la especialidad que fueron sometidos a intervención quirúrgica. Representa al 41,6% del universo.

### Unidad de Análisis:

La unidad de análisis del estudio son los 40 pacientes con intervención de cirugía Traumatológica.

### Técnicas de recolección de datos:

Para realizar el presente estudio, se realizó una encuesta personal con preguntas cerradas de carácter anónima, por entender que es una herramienta que tiene la aptitud para aportar datos suficientes sobre un gran número de sujetos en un periodo breve. A su vez, a cada encuestado se realizó una grilla de observación a cargo de la enfermera que ejecuta el trabajo investigativo.

### Instrumentos:

Encuesta con preguntas cerradas: es decir con preguntas de respuesta cerrada para obtener datos precisos y otras abiertas que para conocer el estado del paciente que ingresa al servicio.

Registros de una guía de observación implementada en el servicio de traumatología de Clínica Luque, en cada paciente observado: que nos permita observar aquellas conductas que el paciente no nos refiera, en relación a manifestaciones de estrés.

### Fuente de información:

La fuente de recolección de datos es primaria, en forma directa con los pacientes atendidos.

Una vez finalizado con la recolección de datos se procederá a codificar los datos en una tabla matriz de datos, la información se tabulara en una tabla de doble entrada con frecuencia absoluta y relativa porcentual, para cruzar los datos de la variable en estudio.

La información se presentará en gráficos de barras y sectores de cada variable.

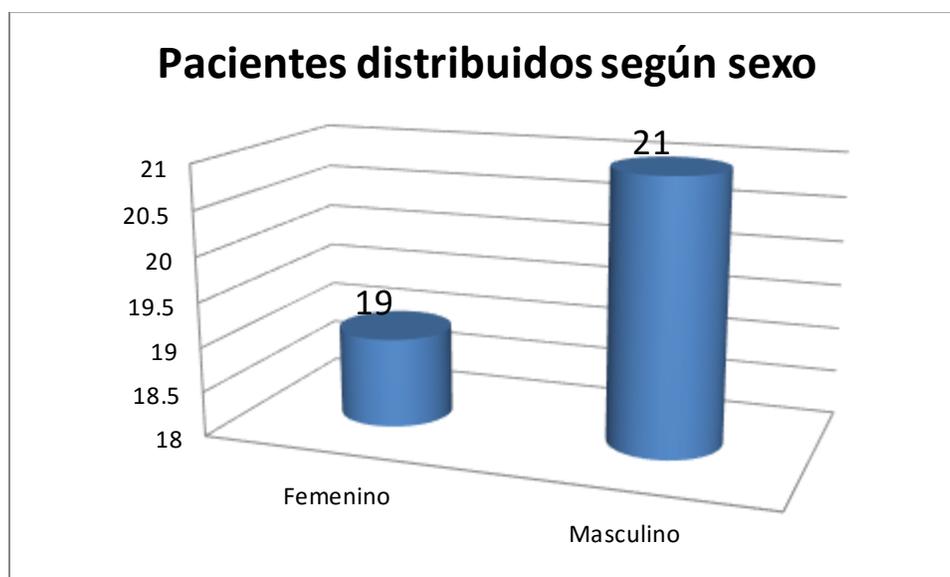
# **Tablas, Gráficos y Análisis de la información.**

### Gráfico N° 1

**Título:** Pacientes distribuidos según sexo de Clínica Luque, Mendoza.

<b>Sexo</b>	<b>F.a.</b>	<b>F.r.%</b>
Femenino	19	47,5%
Masculino	21	52,5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013



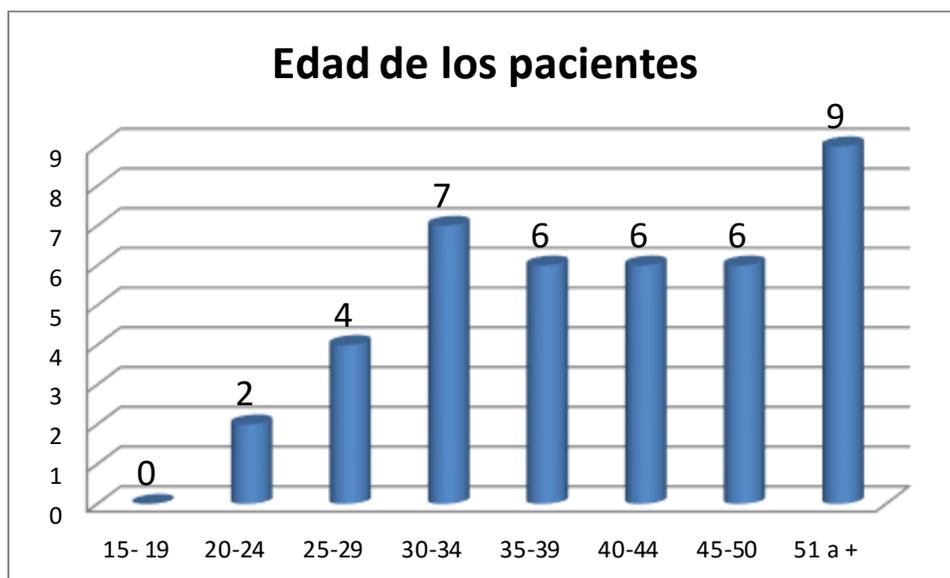
**Análisis e Interpretación:** El gráfico nos refleja que en relación al género de la población considerada para la muestra puede observarse que hay un mayor número de pacientes masculinos, 21 en total. **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

## Gráfico N°2

**Título:** Edad de pacientes atendidos es servicio de traumatología y ortopedia de Clínica Luque, Mendoza.

Edad	F.a.	F.r.%
15- 19	0	0%
20-24	2	5%
25-29	4	10%
30-34	7	17,5%
35-39	6	15%
40-44	6	15%
45-50	6	15%
51 a +	9	22,5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013



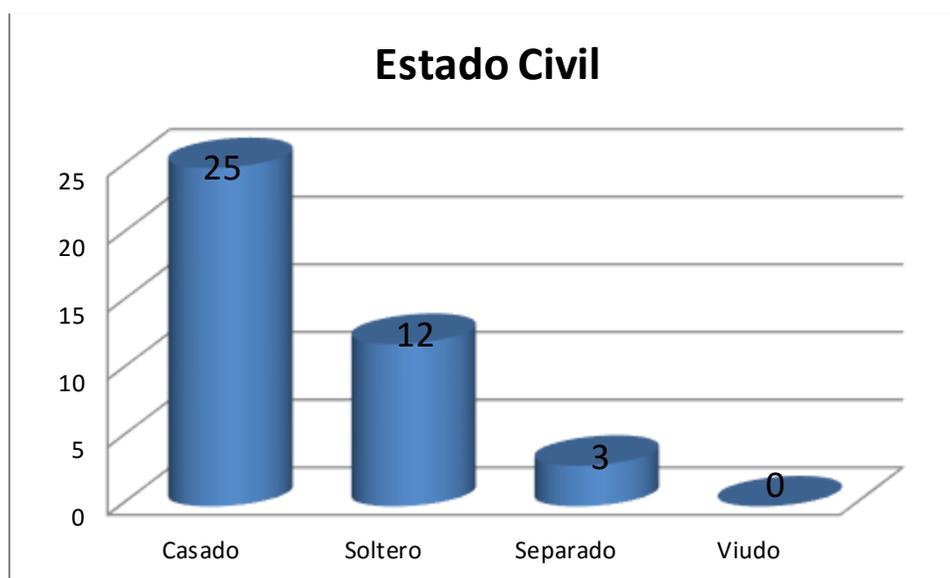
**Análisis e Interpretación:** El gráfico nos muestra que el mayor rango etario de pacientes atendidos corresponde a 51 años o más, con 9 pacientes, le sigue con un 7 pacientes de adulto joven entre 30 a 34 años. **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

### Gráfico N° 3

**Título:** Estado Civil de pacientes atendidos es servicio de traumatología y ortopedia Clínica Luque, Mendoza.

Estado Civil	F.a.	F.r.%
Casado	25	62,5%
Soltero	12	30%
Separado	3	7,5%
Viudo	0	0 %
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013



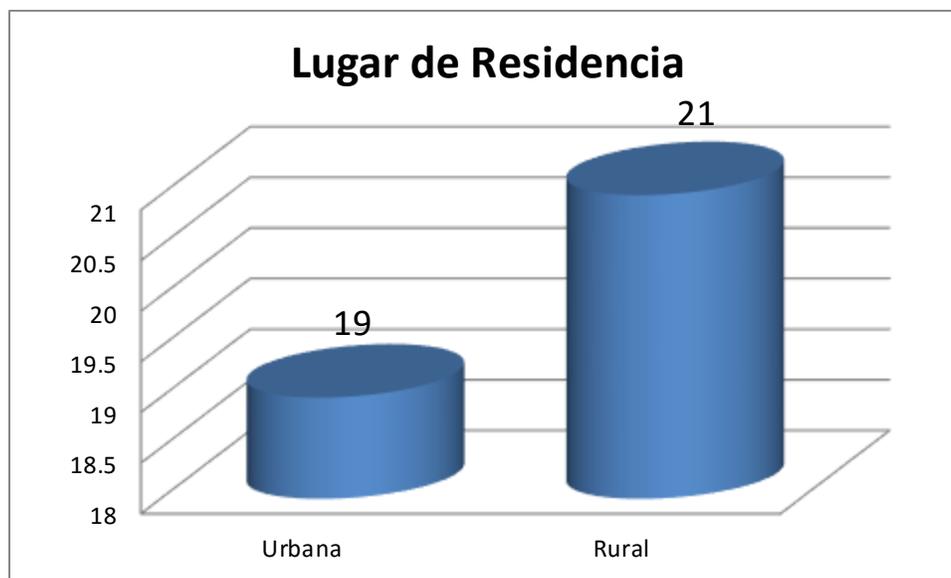
**Análisis e Interpretación:** Según el análisis de los datos podemos observar que un 62,5 % (25) tiene una estabilidad de pareja, Un 30% (12) se encuentra soltero y un 7,5 % (3) separado. **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

#### Gráfico N° 4

**Título:** Lugar de residencia de pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y Ortopedia Clínica Luque, Mendoza.

Lugar de Residencia	F.a.	F.r.%
Urbana	19	47,5 %
Rural	21	52,5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013.



**Análisis e Interpretación:** La procedencia de los pacientes atendidos en un 52,5% (21) proviene de población rural, con un 47,5% (19) proviene de población urbana del departamento Gral. San Martín. **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

## Gráfico N°5

**Título:** Ocupación de pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y Ortopedia Clínica Luque, Mendoza.

Ocupación	F.a.	F.r.%
Desocupado	2	5%
Ama de casa	13	32,5%
Estudiante	6	15%
Trabajador	9	47,5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013.



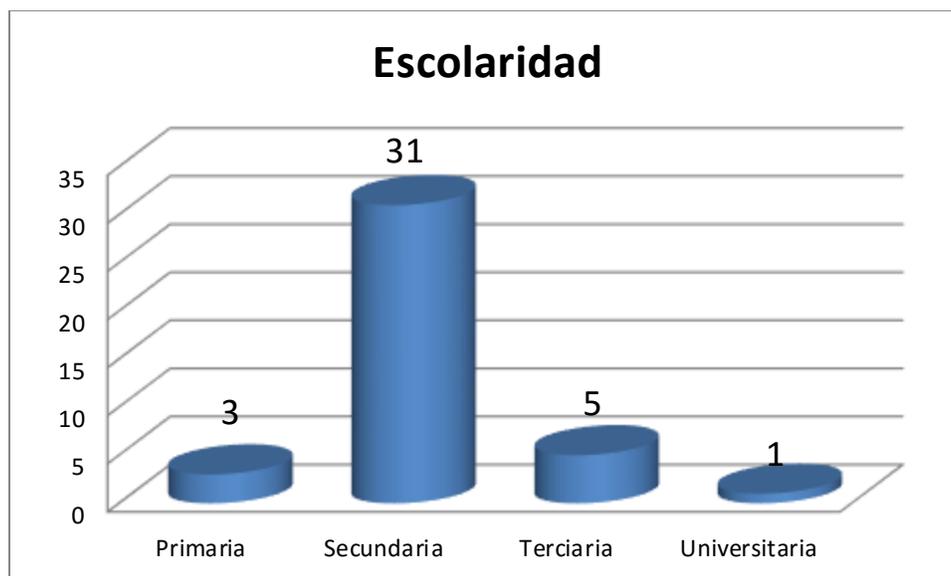
**Análisis e Interpretación:** El análisis del gráfico permite observar que los pacientes atendidos en un 47,5% (9) son trabajadores dependientes o independientes y un 32,5% (13) amas de casa, un 15% (6) estudiantes y un 5% (2) desocupados. **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

**Grafico N° 6.**

**Título:** Escolaridad de pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y Ortopedia Clínica Luque, Mendoza.

<b>Escolaridad</b>	<b>F.a.</b>	<b>F.r.%</b>
Primaria	3	7,5 %
Secundaria	31	77,5%
Terciaria	5	12,5%
Universitaria	1	2,5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013.



**Análisis e Interpretación:** Mediante el análisis de datos expuestos podemos observar que los pacientes poseen escolaridad elevada en la variable secundario con un 77,5% (31), le sigue con 12,5% (5) terciario, en nivel primario un 7,5% (3) y universitario apenas un 2,5% (1). **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

### Gráfico N° 7.

**Título:** Intervenciones quirúrgicas en pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y Ortopedia, Clínica Luque, Mendoza.

<b>Intervenciones Quirúrgicas</b>	<b>F.a.</b>	<b>F.r.%</b>
SI	38	95%
NO	2	5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013.



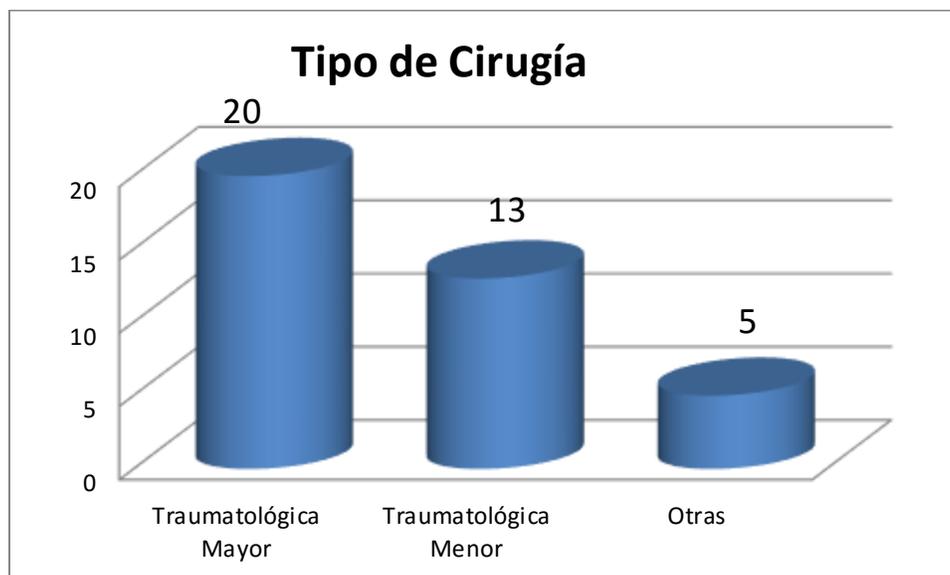
**Análisis e Interpretación:** Del siguiente gráfico podemos analizar que de la muestra total de estudio un alto porcentaje tenía experiencias previas quirúrgicas 95% (38) y un número menor correspondiente al 5% (2) que nunca había sido intervenido quirúrgicamente. **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

### Gráfico N° 8

**Título:** Tipo de Cirugía de pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y Ortopedia Clínica Luque, Mendoza.

Tipo de Cirugía	F.a.	F.r.%
Traumatológica Mayor	20	50%
Traumatológica Menor	13	32.5%
Otras	5	12,5%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013.



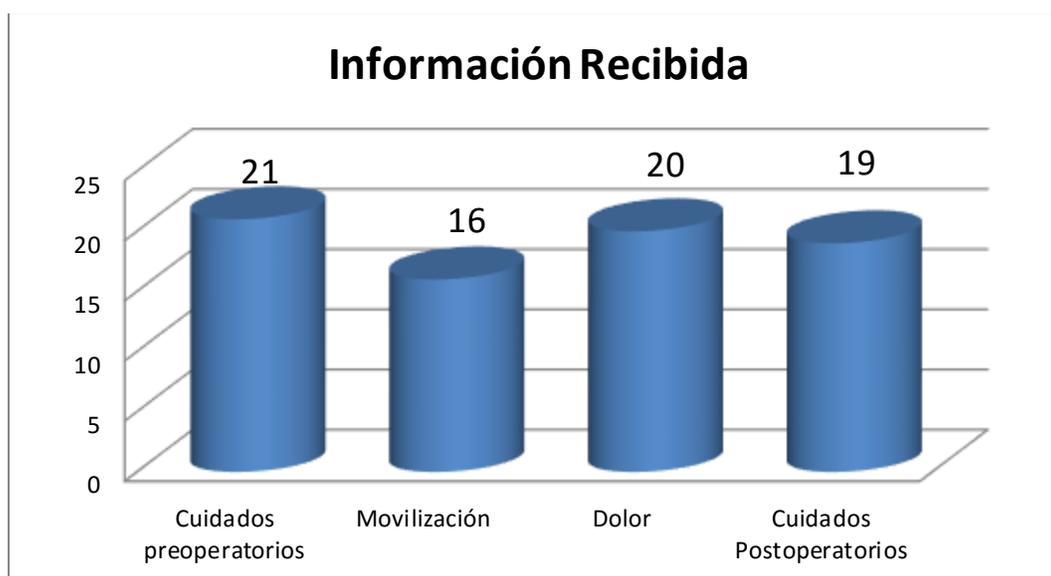
**Análisis e Interpretación:** el gráfico nos muestra que los pacientes han sido sometidos a cirugías traumáticas mayores representando el 50% (20) de los encuestados, seguidos de procedimientos menores con un 32, 5% (13). **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

### Gráfico N° 9.

**Título:** Información recibida que reciben los pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y Ortopedia Clínica Luque, Mendoza.

Información Recibida	Fa	F.r.%
Cuidados preoperatorios	21	27,6%
Movilización	16	21%
Dolor	20	26,4%
Cuidados Postoperatorios	19	25%
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013



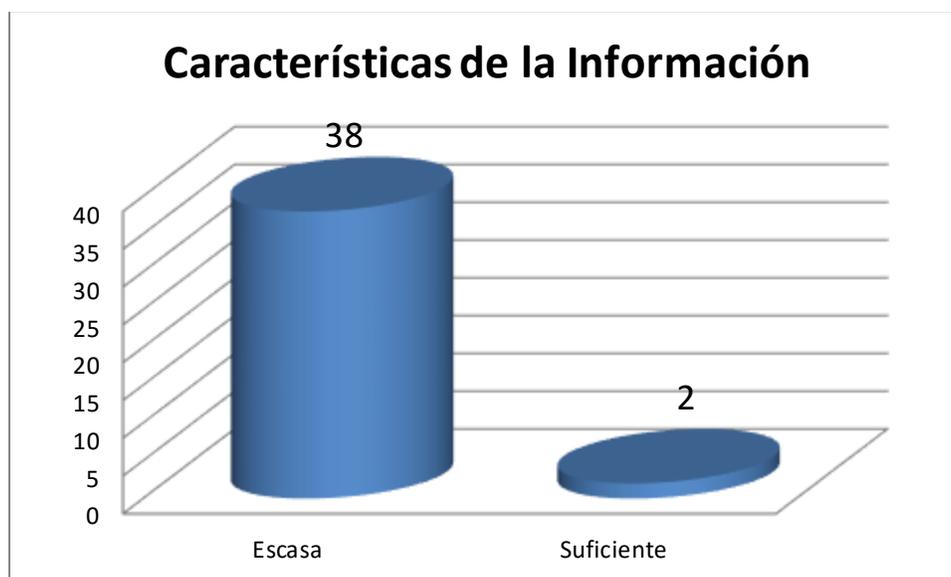
**Análisis e Interpretación:** En el siguiente gráfico se puede analizar que la información brindada en mayor número a cuidados preoperatorios (21) y en frecuencia menor en relación a movilización (16). **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

### Gráfico N° 10

**Título:** Características de la Información Pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y Ortopedia Clínica Luque, Mendoza.

Características de la Información	F.a.	F.r.%
Escasa	38	95%
Suficiente	2	5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013



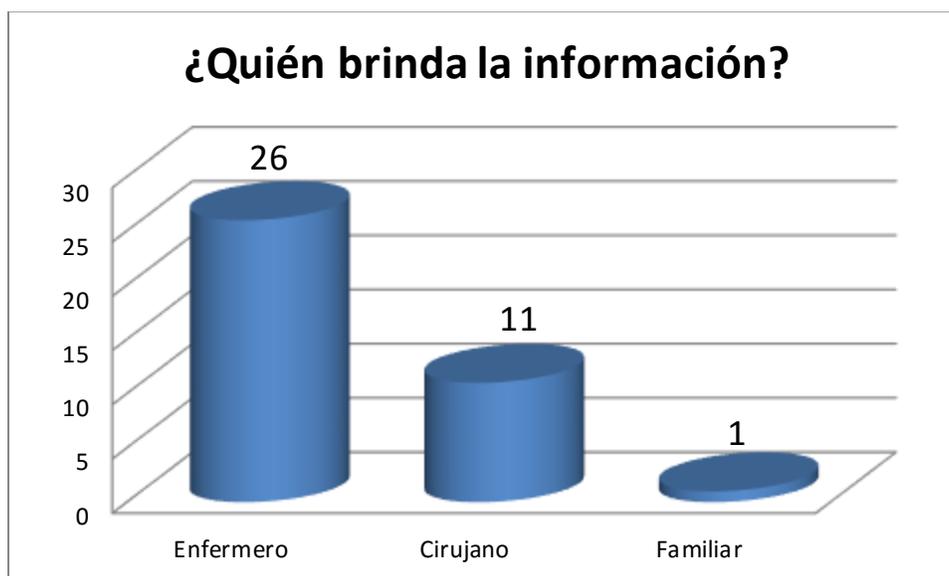
**Análisis e Interpretación:** El total de la población en estudio demostró que la información recibida es escasa, en un porcentaje de 95% y solo un 2 % la consideró como suficiente. **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

### Gráfico N° 11.

**Título:** Quién Brinda la Información a los pacientes atendidos en Servicio de Traumatología y Ortopedia, Clínica Luque, Mendoza.

Quién Brinda la Información	F.a.	F.r.%
Enfermero	26	65%
Cirujano	11	27,5%
Familiar	1	2,5%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013



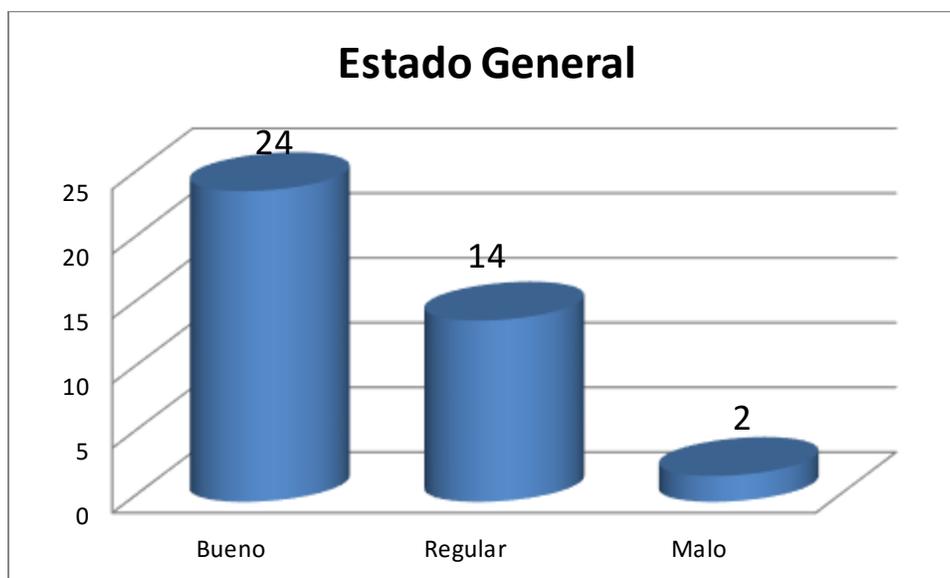
**Análisis e Interpretación:** en el gráfico se puede observar que quien le brinda la información al paciente en un alto porcentaje, es el personal de enfermería con un 65% (26). Le sigue el cirujano con un 27,5% (11). **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

## Gráfico N° 12

**Título:** Estado general de pacientes intervenidos en Clínica Luque, Mendoza

Estado General	F.a.	F.r.%
Bueno	24	60%
Regular	14	35%
Malo	2	5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013.



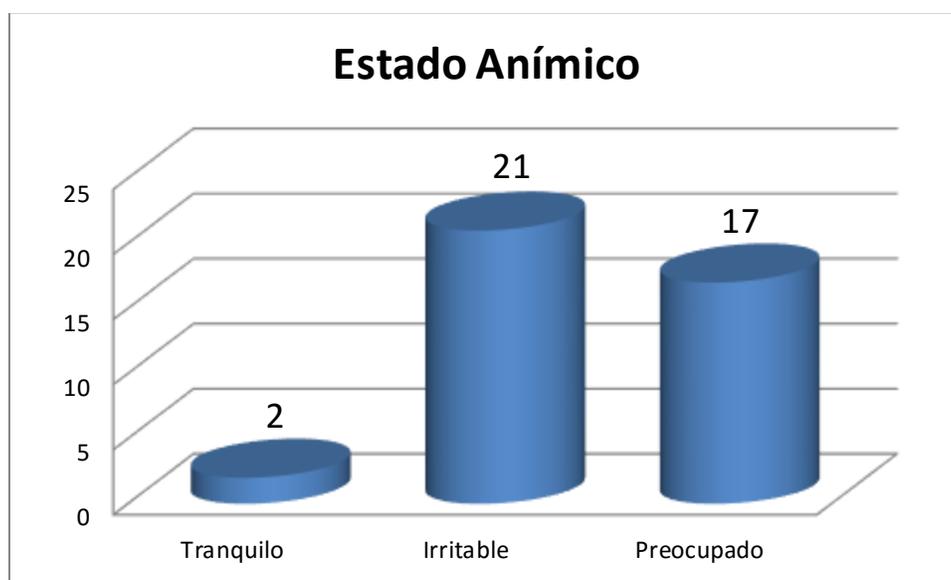
**Análisis e Interpretación:** Podemos observar según los resultados obtenidos que de la muestra estudiada el 60% (24), mantiene un estado general Bueno, un 35% (14), regular y un 2% (2), malo. **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

### Gráfico N° 13

**Título:** Estado Anímico de pacientes intervenidos en Clínica Luque, Mendoza.

Estado Anímico	F.a.	F.r.%
Tranquilo	2	5%
Irritable	21	52,5%
Preocupado	17	42,5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013.



**Análisis e Interpretación:** En el gráfico podemos observar que de los pacientes encuestados un alto porcentaje se encontraba irritable, 52,5% (21), con 42,5 % (17) preocupado y un 5% (2) tranquilo. **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

#### Gráfico N° 14

**Título:** Signos y Síntomas manifestados por pacientes en Clínica Luque, Mendoza.

<b>Signos y Síntomas Manifestados</b>	<b>F.a.</b>	<b>F.r.%</b>
Respiración Agitada	3	7,5%
Voz temblorosa	3	7,5%
Movimientos Motores	10	25%
Agresión Verbal	10	25%
Sudoración	8	20%
Palidez	6	15%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013.



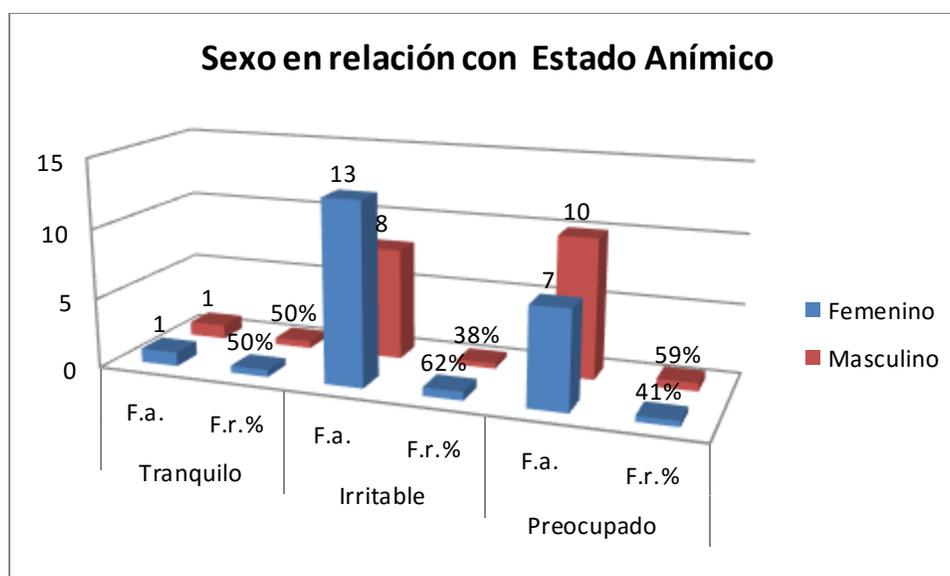
**Análisis e Interpretación:** de la muestra en estudio podemos analizar que los signos y síntomas más relevantes entre los pacientes quirúrgicos son movimientos motores y agresión verbal un 25% (10), sudoración un 20% (8) y palidez un 15% (6). **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

## Gráfico N° 15

**Título:** Sexo en relación con Estado Anímico de los pacientes intervenidos en Clínica Luque, Mendoza.

	Tranquilo		Irritable		Preocupado	
	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%
Femenino	1	50%	13	62%	7	41%
Masculino	1	50%	8	38%	10	59%
Total	2	100%	21	100%	17	100%

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013.



**Análisis e Interpretación:** se puede observar en el gráfico que en un 62% (13), los pacientes de sexo femenino se encuentran irritables, siendo este el valor más relevante. Se puede observar también con un 59% (10), que los pacientes de sexo masculino se encuentran preocupados. Relevantemente tan sólo 2 pacientes del total de la muestra se encontraban tranquilos previo a la intervención quirúrgica.

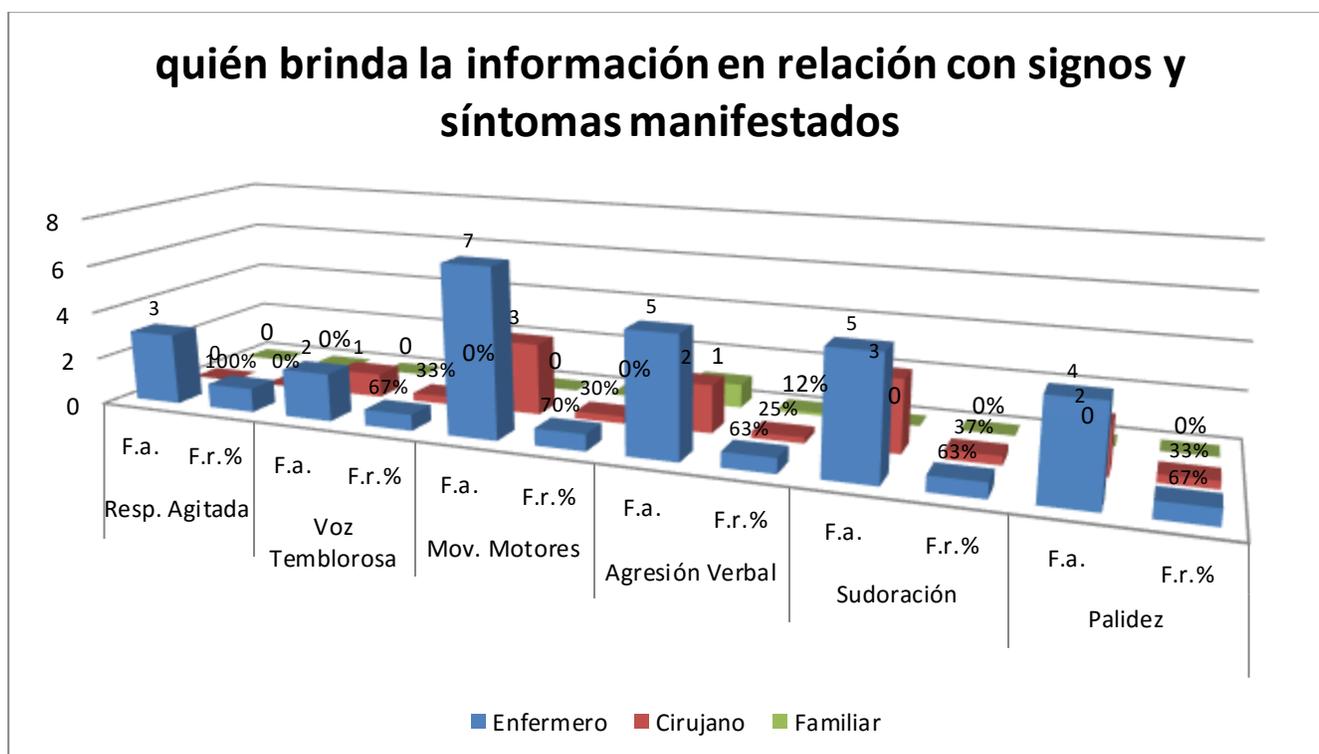
**Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

## Gráfico N° 16

**Título:** Quién brinda la información en relación con signos y síntomas manifestados por los pacientes intervenidos en Clínica Luque, Mendoza.

	Resp. Agitada		Voz Temblorosa		Mov. Motores		Agresión Verbal		Sudoración		Palidez	
	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%
Enfermero	3	100%	2	67%	7	70%	5	63%	5	63%	4	67%
Cirujano	0	0%	1	33%	3	30%	2	25%	3	37%	2	33%
Familiar	0	0%	0	0%	0	0%	1	12%	0	0%	0	0%
Total	3	100%	3	100%	10	100%	8	100%	8	100%	6	100%

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013.



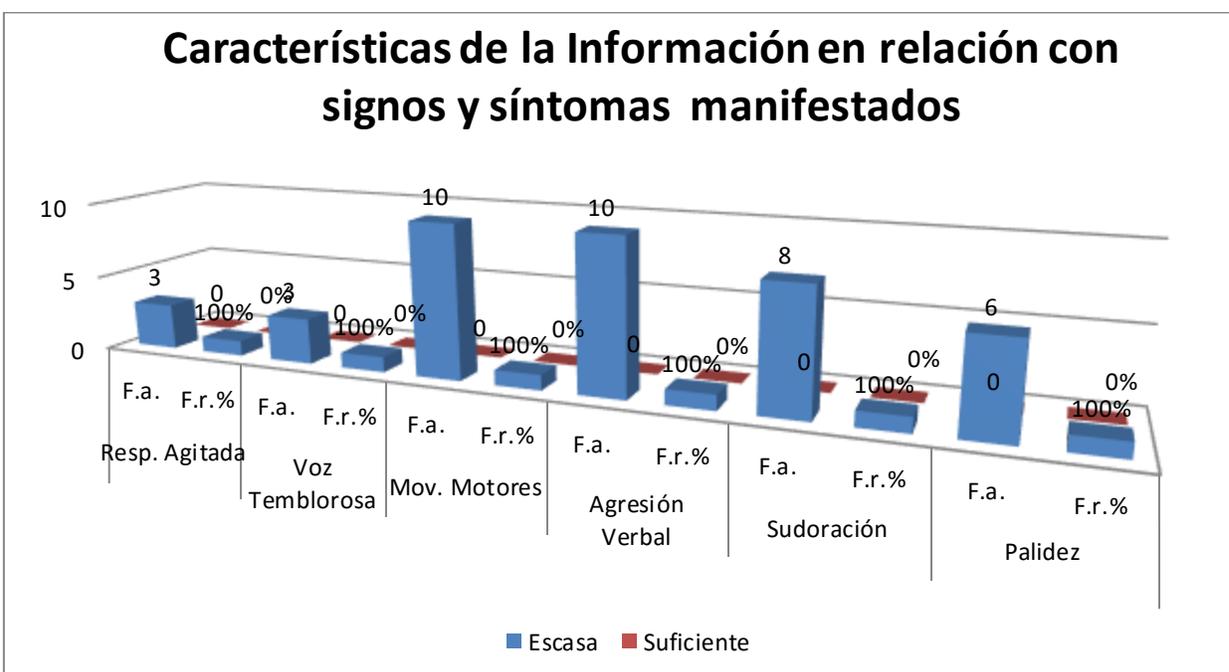
**Análisis e Interpretación:** en el siguiente gráfico se puede observar que el mayor signo manifestado, son los movimientos motores (10). A su vez, el enfermero es quien brinda la mayor información. En una menor frecuencia (3) se puede observar en los pacientes respiración agitada y voz temblorosa. **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

## Gráfico N° 17

**Título:** Características de la información en relación con signos y síntomas manifestados por los pacientes intervenidos en Clínica Luque, Mendoza.

	Resp. Agitada		Voz Temblorosa		Mov. Motores		Agresión Verbal		Sudoración		Palidez	
	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%
Escasa	3	100%	3	100%	10	100%	10	100%	8	100%	6	100%
Suficiente	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	100%	3	100%	10	100%	10	100%	8	100%	6	100%

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013.



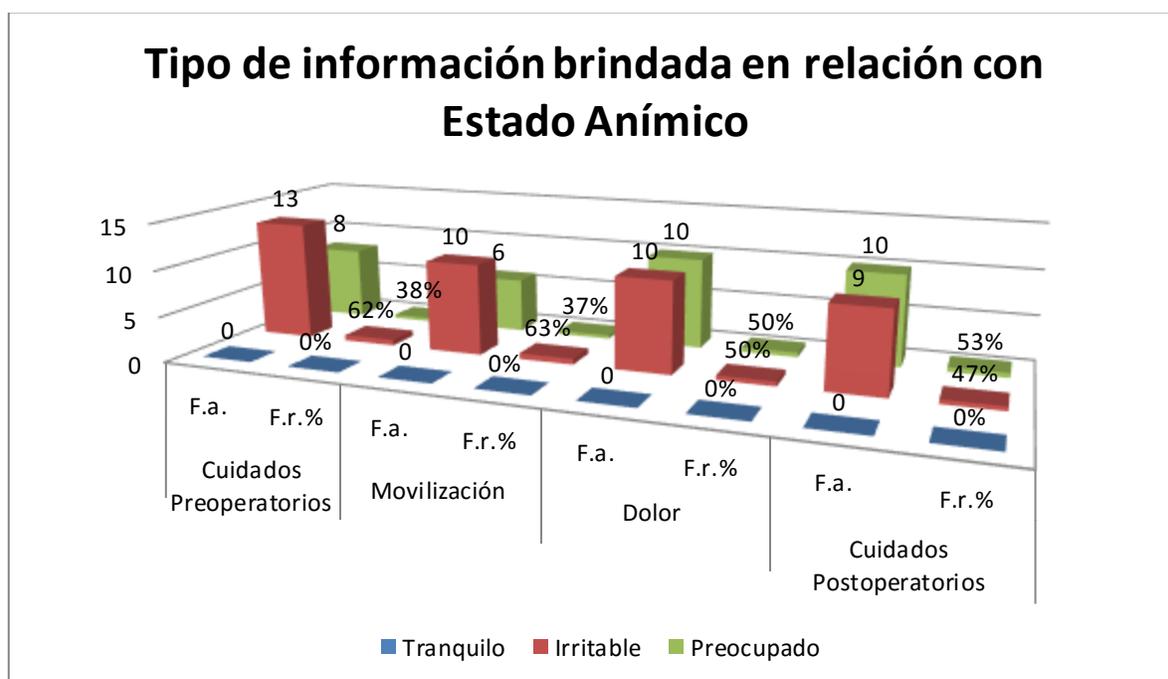
**Análisis e Interpretación:** en el siguiente gráfico se puede observar en un 100%, que la información brindada es escasa. En relación con las manifestaciones clínicas, se puede observar que la falta de información genera en el paciente movimientos motores (10) y agresión verbal (10). En menor frecuencia (3), voz temblorosa y respiración agitada. **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

## Gráfico N° 18

**Título:** Tipo de información brindada en relación con estado anímico de los pacientes intervenidos en Clínica Luque, Mendoza.

	Cuidados Preoperatorios		Movilización		Dolor		Cuidados Postoperatorios	
	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%
Tranquilo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Irritable	13	62%	10	63%	10	50%	9	47%
Preocupado	8	38%	6	37%	10	50%	10	53%
Total	21	100%	16	100%	20	100%	19	100%

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013.



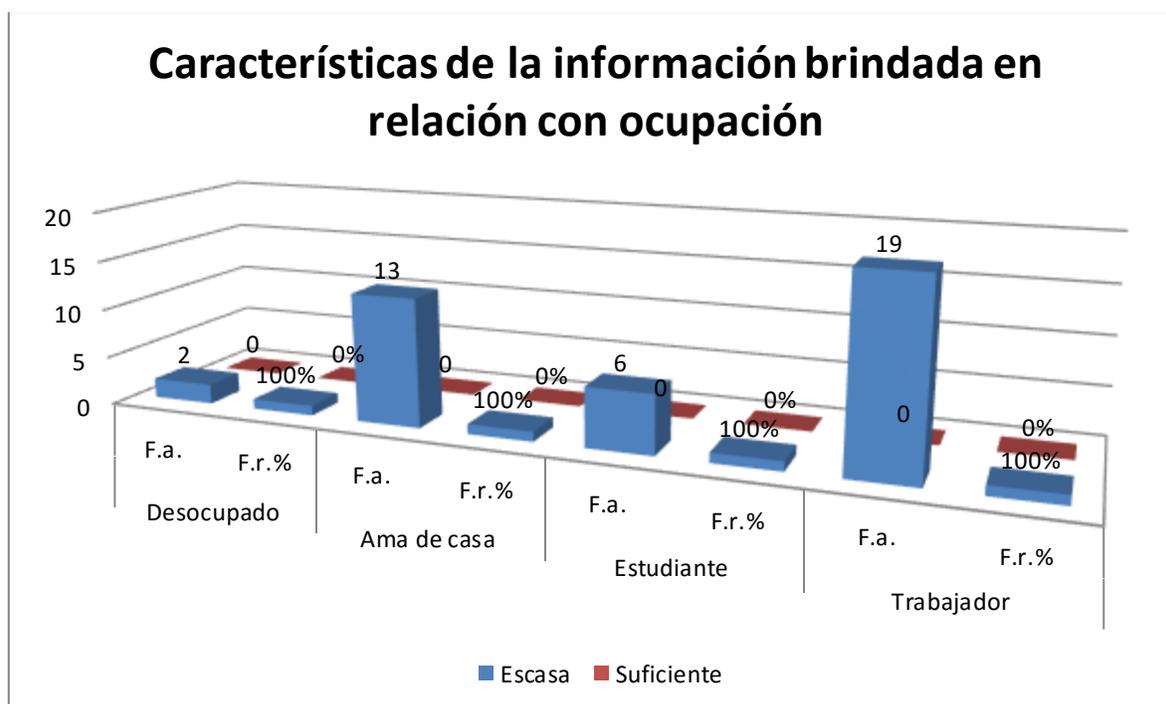
**Análisis e Interpretación:** en el siguiente gráfico se puede observar en mayor frecuencia (21) los pacientes son informados sobre los cuidados preoperatorios, seguidos de información sobre el dolor (20). Es notorio que la mayoría de los pacientes (13) que recibieron información preoperatoria se encontraban irritables. Los pacientes que recibieron información sobre dolor y cuidados postoperatorios se encontraban mayormente preocupados. **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

## Gráfico N° 19

**Título:** Características de la información brindada en relación con ocupación de los pacientes intervenidos en Clínica Luque, Mendoza.

	Desocupado		Ama de casa		Estudiante		Trabajador	
	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%	F.a.	F.r.%
Escasa	2	100%	13	100%	6	100%	19	100%
Suficiente	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	2	100%	13	100%	6	100%	19	100%

**Fuente:** datos obtenidos por la autora a través de la encuesta. Mendoza, 2013.



**Análisis e Interpretación:** en el siguiente gráfico se puede observar que con mayor frecuencia (19) de los pacientes que recibieron poca información son trabajadores, en menor frecuencia (2), son desocupados. **Fuente:** elaboración propia en base a datos obtenidos de encuesta realizada por enfermera de Clínica Luque, San Martín, Mendoza.

## **Conclusiones**

Los pacientes internados en la Clínica Luque, de San Martín, Mendoza, presentan en su gran mayoría manifestaciones de estrés, que dejan a la vista factores que actúan como condicionantes de que este problema, repercuta negativamente en los pacientes que reciben intervenciones traumatológicas.

Los pacientes encuestados en un alto porcentaje se encontraban irritables, 52,5% y con 42,5 % preocupado. La información brindada es relativamente deficiente según lo manifestado por los pacientes. En mayor número la información está relacionada a cuidados preoperatorios en 27,6% y en frecuencia menor en relación a movilización en un 26,4%.

Casi el total de la población en estudio demostró que la información recibida es escasa, en un porcentaje de 95% y solo un 2 % la consideró como suficiente. Quien brinda la información al paciente en un alto porcentaje, es el personal de enfermería con un 65%. Le sigue el cirujano con un 27,5 %. Se puede concluir en que existe una incoherencia a la hora de brindar información por parte del equipo de salud. Esta desinformación, o escasa en la mayoría de los casos, deja propenso al paciente a elevar los niveles de estrés en los pacientes, hacia lo desconocido, o riesgos que toda intervención preoperatoria pueda existir.

Los signos y síntomas más relevantes entre los pacientes quirúrgicos son movimientos motores y agresión verbal un 25% y le continúan la sudoración con un 20% y palidez un 15%. En un 100%, que la información brindada es escasa. En relación con las manifestaciones clínicas, se puede observar que la falta de información genera en el paciente movimientos motores 25% y en menor frecuencia, 10%, voz temblorosa y respiración agitada.

En mayor frecuencia los pacientes son informados sobre los cuidados preoperatorios, seguidos de información sobre el dolor. Es notorio que la mayoría de los pacientes, 13 pacientes, que recibieron información preoperatoria se encontraban irritables. Los pacientes que recibieron información sobre dolor y cuidados postoperatorios se encontraban mayormente preocupados.

De acuerdo a los datos obtenidos, podemos concluir que se observan manifestaciones de estrés en los pacientes intervenidos, en una estrecha relación con la calidad y cantidad de información brindada, tanto en el pre como post operatorio.

Teniendo en cuenta el trabajo de enfermería, el trato enfermera/paciente, en relación con el estrés, debe tener conocimientos sobre el estado psíquico y fisiológico del paciente para determinar una conducta particular y en base a eso saber cómo abordarlo en el pre y post operatorio, para minimizar los condicionantes o factores que elevan los niveles de estrés en estos pacientes.

### **Propuestas para una posible solución**

- Crear un ambiente terapéutico favorable consiste en proporcionar una atmosfera acogedora donde el paciente pueda sentirse aceptado haciendo hincapié en el rol de enfermería como el de suplir las necesidades físicas como orientador sobre lo técnico y como evaluador de los cuidados brindados.
- Diseñar formatos administrativos donde se incluya la detección de factores interpersonal, extrapersonal que permita la intervención oportuna del profesional de enfermería enfocada hacia el paciente y con la finalidad de contribuir a la experiencia quirúrgica.
- Utilizar modelos y sus adaptaciones diseñados para monitorizar continuamente al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente con la finalidad de conocer la reacción (respuesta) ante un estímulo (factor estresante) interno o externo.
- Difundir de forma escrita información donde se incluyan aspectos relacionados con la preparación física, psicológica y del entorno físico de las áreas quirúrgicas.
- Integrar equipos de trabajo multidisciplinario para la instauración de diálogos que faciliten la difusión de información que represente un imperativo en el tratamiento.
- Estructurar un guía de prevención secundaria enfocando las intervenciones de enfermería a las respuestas humanas alteradas del sistema – paciente.
- Dar a conocer al personal directivo de los resultados para concientizar el rol que desempeñe cada uno dentro del equipo humano en las áreas quirúrgicas y la necesidad de establecer relaciones interpersonales sanas dentro de los profesionales.

## **Bibliografía**

- Giacomantone E, Mejía A. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía. López Libreros editores, Buenos Aires, 1994, pp. 33-36.
- Selye H. What makes basic research basic? In: Adventures of the Mind. Thruelsen R, Kobler J (eds). The Saturday Evening Post. New York: Alfred A. Knopf, 1959.
- Selye H. The stress of life. New York:McGraw-Hill, 1956.
- Hildegarde E. Peplau: interpersonal nursing theory. 1993.
- Florence Nightingale. Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es?, Masson – Salvat Enfermería. 1990. Barcelona.
- Reih-Sisca J. Modelo de interaccionismo simbólico. En: Reih-Sisca J, editor. Modelos conceptuales de enfermería. Barcelona: Doyma; 1992.
- Memmott, Rae Jeanne; Kevin M. Marett; Randy L. Bott; Lee Duke (Summer 2000). "Use of the Neuman Systems Model for Interdisciplinary Teams". Online Journal of Rural Nursing and Health Care. Archived from the original on November 28, 2012. Retrieved August 24, 2012.

# Anexos

## ENCUESTA

La Encuesta se realizará cuando el paciente ingresa al Servicio de Internación por medio del personal de Enfermería y / o la autora.

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas correspondientes a un trabajo de investigación para el Ciclo de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo, Es Anónima.

Encuesta Nº

Marque con una cruz

Sexo

F            M

Edad

15 a 19 años

20 a 24 años

25 a 29 años

30 a 34 años

35 a 39 años

40 a 44 años

45 a 50 años

50 años o más

**Estado civil:**

Casado

Soltero

Separado

Viudo

**Donde vive:**

Población Urbana

Población Rural

**Ocupación:**

Desocupado

Ama de casa

Estudiante

Trabaja

**Escolaridad:**

Completa

Primaria

Secundaria

Terciaria

**En alguna ocasión ha sido intervenido quirúrgicamente:**

Sí

No

En caso de Sí ¿En qué caso?

Mayor

Menor

**Como considera la información dada acerca del procedimiento es:**

Suficiente

Escasa

**A cargo de quien estuvo la información:**

Cirujano

Enfermera

Familiares

¡Muchas gracias!

## Guía de Observación

Se realizará en el área de internación del servicio de Traumatología a los pacientes que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente, estará a cargo de la autora en el momento de la admisión del paciente.

<b>Servicio de Traumatología</b>	<b>Observador</b>
<b>Clínica Luque</b>	<b>Fecha</b>
<b>Estado General del Paciente:</b>	
Bueno	
Regular	
Malo	
<b>Estado Anímico del paciente</b>	
Tranquilo	
Irritable	
Preocupado	
<b>Presenta algunas de las siguientes conductas:</b>	Ausente      Presente
<b>Signos y síntomas:</b>	
Sudoración (manos, frente, axilas y otras partes)	
Ruborización	
Palidez	
Llanto	

Respiración agitada, entrecortada o suspiros

Tic, retorcerse el pelo, comerse las uñas (también otros movimientos estereotipados)

Postura rígida del cuerpo (tensión muscular, manos retenidas)

Inquietud motora (movimientos bruscos de pies, piernas y brazos, también temblores)

Agresión verbal (insultos, palabrotas) y agresión física (resistencia física, manotazos, golpes, patadas)

Voz Temblorosa o Tartamudeo

**Otras observaciones**

.....

.....



Codificación de datos		
Variable	Dimensión	Indicadores
A) Características del Paciente	1)Sexo	a) Masculino b) Femenino
	2)Edad	a) 15 a 19 años b) 20 a 24 años c) 25 a 29 años d) 30 a 34 años e) 35 a 39 años f) 40 a 44 años g) 45 a 50 años h) 50 años o más
	3)Estado Civil	a) Casado b) Soltero c) Separado d) Viudo
B) Factores Influyentes	4)Residencia	a) Población Urbana b) Población Rural
	5)Ocupación	a) Desocupado b) Ama de casa c) Estudiante d) Trabaja
	6)Escolaridad	a) Primaria b) Secundaria c) Terciaria d) Universitaria
	7) ¿En alguna ocasión ha sido intervenido quirúrgicamente?	a) Sí b) No
	8) En caso de ser intervenido ¿Qué tipo de cirugía?	a) Traumatológica mayor b) Traumatológica menor c) otra
	9)Información Recibida	a) Cuidado preoperatorio b) Movilización c) Dolor d) Cuidado posoperatorio
	10)Características de la información	a) Escasa b) Suficiente
	11) ¿Quién brindo la información?	a) Enfermero

		<ul style="list-style-type: none"> <li>b) Cirujano</li> <li>c) Familiares</li> </ul>
C) manifestaciones de estrés	12) estado general	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Bueno</li> <li>b) Regular</li> <li>c) Malo</li> </ul>
	13) estado anímico	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tranquilo</li> <li>b) Irritable</li> <li>c) preocupado</li> </ul>
	14) signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Respiración Agitada</li> <li>b) Voz temblorosa</li> <li>c) Movimientos motores</li> <li>d) Sudoración</li> <li>e) Agresión verbal</li> <li>f) Sudoración</li> <li>g) Palidez</li> </ul>

