

Percepción de Estrés Hospitalario: Redes Semánticas Naturales Modificadas¹³

Blanca Andrea Badillo Navarrete

Magister en Medicina Conductual
Universidad Nacional Autónoma de México
Correo electrónico: blancabadillo@ymail.com

Lucina Isabel Reyes Lagunes

Doctora en Psicología Social
Universidad Nacional Autónoma de México
Correo electrónico: lisabel@unam.mx

Recibido: 03/12/2018
Evaluado: 15/03/2019
Aceptado: 20/03/2019

Resumen

El propósito de los hospitales es restaurar la salud o mejorar la calidad de vida del paciente, sin embargo, esta experiencia puede poner en peligro el proceso de recuperación, con efectos nocivos para la salud debido al estrés que genera. El objetivo del estudio fue identificar aquellos elementos o situaciones que son reconocidos por pacientes con experiencia hospitalaria, como generadoras de respuestas, manifiestas e internas, de estrés. Participaron 38 pacientes, 18 hombres y 20 mujeres, con una media de 46.8 años de edad, en dos Hospitales Públicos de la Ciudad de México. Se emplearon redes semánticas naturales modificadas con ocho estímulos, para identificar aquellos indicadores que son percibidos como estresantes. Las principales definidoras fueron: aburrido, angustia, triste, desesperado, triste, cansado, el apoyo, la importante, la atención, el tratamiento, las inyecciones, el frío, incómodo, sucio, oloroso y limpio.

Palabras clave

Pacientes hospitalizados, de medición, indicadores, calidad de vida, estresores hospitalarios.

¹³ Para citar este artículo: Badillo-Navarrete, B. & Reyes-Lagunes, I. (2020). Percepción de Estrés Hospitalario: Redes Semánticas Naturales Modificadas. *Informes Psicológicos*, 20(1), pp. 201-212 <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n1a13>

Perception of hospital stress: modified natural semantic networks

Abstract

The purpose of hospitals is to restore health or improve the patient's quality of life; however, this experience can jeopardize the recovery process, with harmful effects on health due to the stress it generates. The objective of the study was to identify those elements or situations that are recognized by patients with hospital experience as stress generating responses, both manifest and internal. 38 patients participated, 18 men and 20 women, with a mean of 46.8 years of age, in two public hospitals in Mexico City. Modified natural semantic networks with eight stimuli were used to identify those indicators that are perceived as stressful. The main defining factors were: boring, anguish, sad, desperate, sad, tired, support, important, attention, treatment, injections, cold, uncomfortable, dirty, smelly, and clean.

Keywords

Hospitalized patients, measurement, indicators, quality of life, hospital stressors.

Percepção do estresse hospitalar: redes semânticas naturais modificadas

Resumo

O objetivo dos hospitais é restabelecer a saúde ou melhorar a qualidade de vida do paciente, no entanto, essa experiência pode comprometer o processo de recuperação, com efeitos prejudiciais à saúde devido ao estresse que gera. O objetivo do estudo foi identificar os elementos ou situações reconhecidas pelos pacientes com experiência hospitalar, como geradores de respostas, manifestas ou internas, ao estresse. Participaram 38 pacientes, 18 homens e 20 mulheres, com média de 46,8 anos, em dois hospitais públicos da Cidade do México. Redes semânticas naturais modificadas com oito estímulos foram usadas para identificar os indicadores que são percebidos como estressantes. Os principais fatores definidores foram: chato, angústia, triste, desesperado, triste, cansado, apoio, importante, atenção, tratamento, injeções, frio, desconfortável, sujo, fedorento e limpo.

Palavras chave

Pacientes hospitalizados, mensuração, indicadores, qualidade de vida, estressores hospitalares.

Introducción

La percepción de un entorno físico se da por medio de procesos fisiológicos y psicológicos y, de manera simultánea e indisoluble, a través de percepciones de tipo afectivas y normativas (Ortega, Mercado, Reidl, & Estrada, 2005).

Lazarus y Folkman (1986) definen el estrés como la relación entre la persona y el ambiente, que es evaluado por la persona como gravoso o con demandas superiores a sus recursos y dañino para su bienestar. Estudios recientes plantean que la percepción de estrés no es estática, cambia debido a la interacción entre el sujeto y su ambiente. Por ejemplo, ante un mismo evento estresante, como la aparición de una enfermedad, se pueden presentar reacciones muy diversas. Por esto se comenzó a trabajar con mayor especificidad ya que un suceso resulta estresante en la medida en que el sujeto lo perciba como tal, independientemente de las características objetivas del mismo (Ortega et al., 2005; Pulgar, Garrido, Muela, & Reyes, 2009).

La valoración del estrés no se determina únicamente por el estímulo o el estresor sino también por la interpretación subjetiva de las relaciones del individuo con el ambiente. El estrés no se genera únicamente por la persona ni por el ambiente, sino que representa la interacción del individuo, con características individuales, ciertos motivos y creencias, y el ambiente, cuyas características ponen en situaciones de amenaza o desafío al individuo (Lazarus, 1990).

Por su parte, los pacientes hospitalizados se encuentran en situaciones poco

familiares, lo que minimiza la oportunidad de tener control sobre el ambiente que los rodea y de poder tomar decisiones; simultáneamente se maximiza la sensación de confinamiento, ansiedad y estrés, pasividad, dependencia y miedo por la pérdida de individualidad, aunado a los malestares propios de cada patología (Olsen, 1992).

La carencia de ajuste entre las características del ambiente físico y las demandas del individuo, que exceden su capacidad de afrontamiento e impiden el logro de sus objetivos en el escenario hospitalario, pueden ser generadoras de estrés (Ortega et al., 2005)

Según Lazarus y Folkman (citados en Porras, Bilbao, & Vila, 2005), la vulnerabilidad psicológica no se puede determinar únicamente por un déficit de recursos personales, sino por la relación entre la importancia que las consecuencias tengan para el individuo y sus recursos disponibles para evitar la amenaza de tales consecuencias.

Sin embargo, el hecho de percibir un proceso de estrés como negativo o positivo depende de la valoración que hace el individuo tanto de sus capacidades personales como del ambiente (Porras et al., 2005).

Un ambiente o situación estresante se interpreta a través de las creencias de cada individuo, pudiendo generar sentimientos negativos de miedo, cólera, rabia, depresión, indefensión y desesperanza. Estas emociones negativas activan mecanismos bioquímicos, a nivel de hipotálamo, hipófisis y glándulas suprarrenales, las cuales deprimen y/o suprimen la respuesta inmune, lo que favorece

patologías diversas, el cáncer entre ellas (Gómez & Escobar, 2009).

Cuando la exposición al estrés es crónica, tal como sucede en periodos de hospitalización o en enfermedades crónicas, se pueden presentar diversos síntomas físicos, entre los cuales se encuentran: mareo, dolor de cuerpo, migrañas o dolores de cabeza, indigestión, tensión muscular en cuello, cara u hombros, problemas del sueño, taquicardia, sudoración en palma de las manos, cansancio y agotamiento, temblores, dificultades sexuales, entre otras. Dentro de los efectos psicológicos del estrés encontramos la desesperanza aprendida, que se refiere a la reducción de la motivación en situaciones posteriores debida a eventos ulteriores incontrolables y/aversivos (Ortega, 1992).

Fernández-Castillo y López-Naranjo (2006) mencionan la hospitalización y sus posibles consecuencias estresantes, como un punto que ha merecido atención para la investigación desde hace tiempo; ya que el objetivo de la hospitalización es restaurar la salud o mejorar la calidad de vida del paciente, sin embargo, la experiencia hospitalaria puede impedir este proceso; implícita o explícitamente el ambiente hospitalario refuerza un rol al enfermo de dependencia, inactividad y malestar (Olsen, 1992).

De acuerdo con las condiciones que presenta el sujeto, como emociones o enfermedades, se genera la percepción de control ante el estímulo estresante y esto da lugar a distintos procesos de afrontamiento (Ortega, 1992). Sin embargo, los pacientes hospitalizados o con alguna patología ven sus capacidades

de afrontamiento reducidas, como lo mencionan Folkman, Schaefer y Lazarus (1979).

La hospitalización representa una situación en la cual el individuo percibe un incremento de su propia vulnerabilidad, mientras que, simultáneamente, se presentan gran cantidad de estímulos estresantes e incluso amenazantes de la propia integridad física. (Fernández-Castillo & López-Naranjo, 2006)

Un ejemplo de ello son los resultados observados en la investigación realizada por Ortega y colaboradores (Ortega et al., 2005) que generó un modelo explicativo y predictivo para tener un mayor conocimiento teórico del estrés en un ambiente hospitalario en la Ciudad de México, donde se identificaron factores que suelen ser dañinos en el proceso de curación y rehabilitación del paciente, como aquellos que generan estrés por exceso de ruido, falta de confort físico, mala señalización, poca iluminación, temperatura y humedad inadecuada, velocidad del aire y alta densidad social.

Por lo anterior, sería relevante identificar y disminuir las condiciones ambientales interpretadas como agresivas o estresantes, ya que, de no reducir las, pueden prolongar o agravar la enfermedad o perjudicar el proceso de recuperación en los distintos centros de salud (Ortega et al., 2005).

El objetivo principal de este estudio fue identificar aquellos elementos o situaciones que son reconocidos por pacientes con experiencia hospitalaria, como generadoras de respuestas, manifiestas e internas, de estrés.

Método

Participantes

Participaron 38 sujetos, 18 pacientes del sexo masculino y 20 del sexo femenino, con una media de edad de 46.8 años cumplidos. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia en el cual se les invitaba a unirse al estudio a aquellos participantes que cumplieran los criterios de inclusión dentro de las sedes. La aplicación se realizó en dos Hospitales Generales del sector público, ambos en la ciudad de México. Como criterios de inclusión se incluyeron aquellos pacientes que hubieran estado hospitalizados durante el último año, un mínimo de 3 días, o que estuvieran actualmente hospitalizados y que desearan participar de manera voluntaria en el estudio, y que formaran parte del servicio de Oncología, sin importar el tipo de cáncer ni estadio en el que se encontraban. Como criterio de exclusión aquellos participantes que tuvieran problemas de salud o psiquiátricos graves que les impidieran el llenado de las redes semánticas o que tuvieran deficiencias cognitivas graves. Como criterio de eliminación fueron aquellos pacientes que no completaran las redes semánticas, además de aquellos que no desearan continuar en el estudio.

Escenario

El estudio se realizó en dos sedes dentro de la Ciudad de México. La primera fue una sala de espera de consulta externa de un hospital público general del centro de la ciudad, en el área de consulta externa; mientras que la segunda sede

fue en el área de Medicina Interna de otro hospital general, al oriente de la Ciudad de México.

Instrumento

Se emplearon redes semánticas naturales modificadas (Reyes-Lagunes, 1993) para identificar aquellos indicadores, elementos o situaciones que la muestra percibe como estresantes, empleando frases o estímulos asociados a los roles del sujeto, y situaciones que en la literatura se han encontrado como fuentes de estrés.

Las redes semánticas presentaban ocho frases o estímulos: “Estar en el hospital es...”; “Lo que me gusta del hospital es...”; “Lo que no me gusta del hospital...”; “El estar hospitalizado para mi es...”; “Desde que estoy en hospital yo...”; “Los cuartos del hospital son...”; “El personal del hospital es...”; “Los procedimientos médicos que realizan en el hospital son...”.

Procedimiento

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con la Técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas (Reyes-Lagunes, 1993).

Primero, se llevó a cabo la propuesta de diseño de expresiones-estímulos, basándose en la revisión teórica y la aprobación de jueces expertos, generándose ocho estímulos: “Estar en el hospital es...”; “Lo que me gusta del hospital es...”; “Lo que no me gusta del hospital es...”; “El estar hospitalizado para mi es...”; “Desde que estoy en hospital yo...”; “Los cuartos del hospital son...”; “El personal del hospital

es...”; “Los procedimientos médicos que realizan en el hospital son...”.

Se comenzaron a aplicar las redes semánticas de acuerdo a la normatividad, realizando una breve entrevista en la cual se comprobaba que los sujetos cumplirían con las características de inclusión de la muestra. Se les mencionaba que era anónimo y que no había respuestas correctas e incorrectas, por lo que podían contestar libremente.

Una vez entregado el instrumento se les pedía que leyeran las instrucciones, se les preguntaba si tenían alguna duda y se procedía a contestar el instrumento. En los casos en los que los pacientes no pudieran escribir, se comenzaba de la misma forma: se les leían las instrucciones, se les preguntaba si tenían alguna duda y el aplicador resolvía el cuestionario con las respuestas que fuesen dando.

Posteriormente, se sistematizó la información al realizó un levantamiento y registro de los datos en hojas de cálculo de Excel, en las cuales se registraba tanto la frecuencia como la jerarquización otorgada a cada una de las definidoras generadas por la muestra. Una vez que se tuvo el concentrado de datos, se obtuvo el Peso Semántico, se graficaron los datos de forma descendente y se realizó corte cuando la curva tenía carácter asintótico en relación al eje de las x's, identificando los pesos semánticos más altos. Posteriormente, se obtuvo la Distancia Semántica Cuantitativa y se graficó.

Con los datos obtenidos se realizó una revisión de cada estímulo, presentando las definidoras más significativas y

sus pesos semánticos, y posteriormente se agruparon las definidoras. En segundo lugar, se realizó un análisis global de las categorías encontradas indicando las principales definidoras resultantes de los 8 estímulos.

Resultados

Participaron 38 pacientes con diagnóstico médico de cáncer, con una media de 46.8 años de edad, con un rango entre los 15 y los 73 años. De los participantes, el 53% eran mujeres mientras que el 47% eran hombres. El 90% de la muestra contaba con escolaridad primaria concluida. El 63% de la muestra tenían estado civil casado o en unión libre, mientras que un 37% eran solteros. En general, las participantes mencionaban tener una buena red de apoyo, por ejemplo, un 82% mencionaba sentir apoyo por parte de sus seres queridos.

Se encontraron siete categorías en las cuales se podían agrupar las definidoras mencionadas: Interpersonal, Emocional, Cognitiva, Biológica, Del personal, Ambiente y Conductual.

Se observó en el primer estímulo que las principales definidoras, en la categoría emocional fueron *aburrido*, con un peso semántico de 38, *angustia* y *desesperante* con un peso semántico de 34 y 10, respectivamente; *cansancio* con un peso semántico de 15 en la categoría biológica; el *bienestar* con un peso semántico de 18 en la cognitiva; y, en la categoría del personal, la *atención* con peso semántico de 30 y el *buen personal* con un peso semántico de 17 (Figura 1).

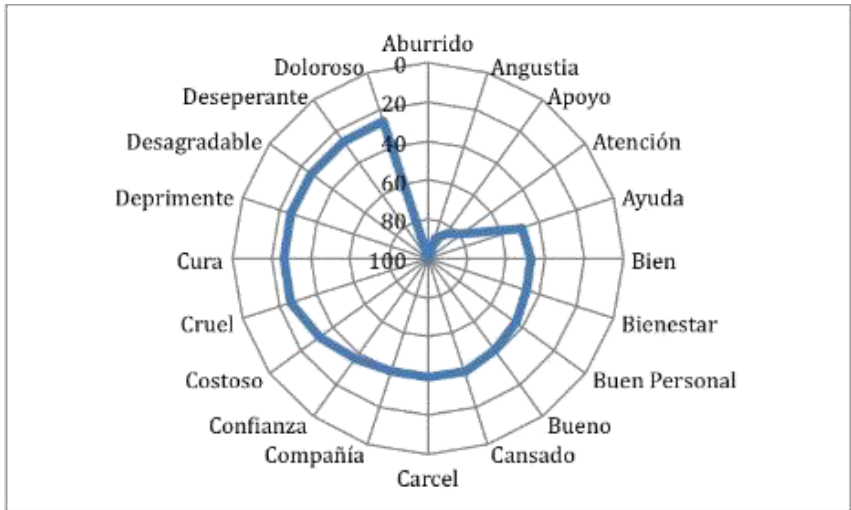


Figura 1. Definidoras primer estímulo: “Estar en el hospital es...”

En el segundo estímulo, la salud apareció en la categoría biológica con un peso semántico de 16; la tranquilidad con un peso semántico de 10 en la cognitiva; el trato, la atención y los doctores y enfermeras, con peso semántico de 46, 94, 33 y 32, respectivamente, en la categoría

del personal; la comida, baños y la limpieza, con peso semántico de 20, 21 y 23, respectivamente, en la ambiental. Finalmente, la familia y la convivencia, con un peso semántico de 10 cada uno, en la interpersonal (Figura 2).

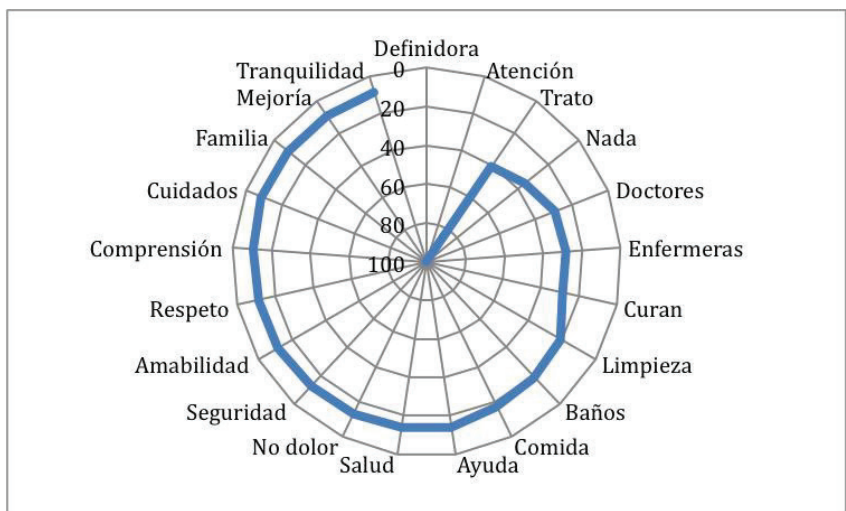


Figura 2. Definidoras segundo estímulo: “Lo que me gusta del hospital es...”

Dentro del tercer estímulo, en la categoría emocional se mencionó la angustia, con un peso semántico de 17; en la biológica, la *enfermedad* y el *dolor*, con pesos semánticos de 24 y 14; en la ambiental, *comida*, *limpieza*, *horarios de visita* y *hacinamiento* y el *tiempo de espera*, con un peso semántico de 51, 43, 40 y 10 respectivamente (Figura 3).

falta de eficiencia, el *tiempo de espera* y la *atención a familiares*, con pesos semánticos de 20, 18, 15 y 14, respectivamente; en la ambiental, *comida*, *limpieza*, *horarios de visita* y *hacinamiento* y el *tiempo de espera*, con un peso semántico de 51, 43, 40 y 10 respectivamente (Figura 3).



Figura 3. Definidoras tercer estímulo: “Lo que no me gusta del hospital es...”

En el cuarto estímulo, la categoría emocional tuvo como definidoras *triste*, *desesperante*, *aburrido* y *deprimente*, con pesos semánticos de 47, 26, 23 y 54,

respectivamente; en el caso de la biológica, *cansado* y *menos dolor*; y, por último, en la cognitiva bueno, con pesos semánticos de 24, 18 y 14 respectivamente (Figura 4).

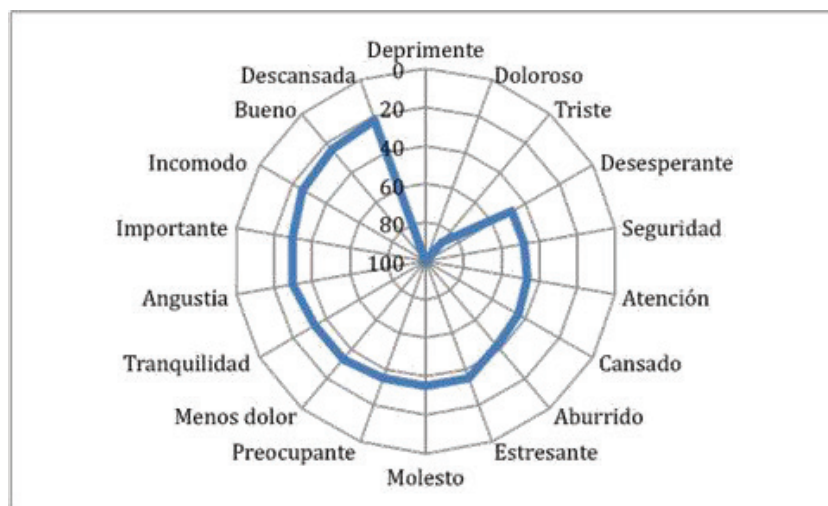


Figura 4. Definidoras cuarto estímulo: “El estar hospitalizado para mí es...”

En el quinto estímulo se encontró *mejora*, *ayuno* y el *ser sano* en el área biológica (pesos semánticos de 38, 10 y 10, respectivamente); en la emocional, *tranquilo*, *desesperación* y *angustia*, con pesos semánticos de 17, 17 y 10, respectivamente; en la cognitiva, la seguridad y

la preocupación, con un peso semántico de 10 cada una; en la conductual el *estar sin trabajo* (peso semántico de 25); y en la interpersonal, el *no ver amigos*, con 10 (Figura 5).



Figura 5. Definidoras quinto estímulo: “Desde que estoy en hospital yo...”

En el sexto estímulo en la categoría ambiental se destacó el *frío*, *amplios*, *sucio*, *ruidoso*, *oloroso* y *limpios*, con pesos semánticos de 85, 36, 17, 22, 15 y 89, respectivamente; en la emocional, *tristes*

(peso semántico de 26); y en la categoría interpersonal con *sobrecupo* y *compartidos*, con pesos semánticos de 36 y 15 (Figura 6).

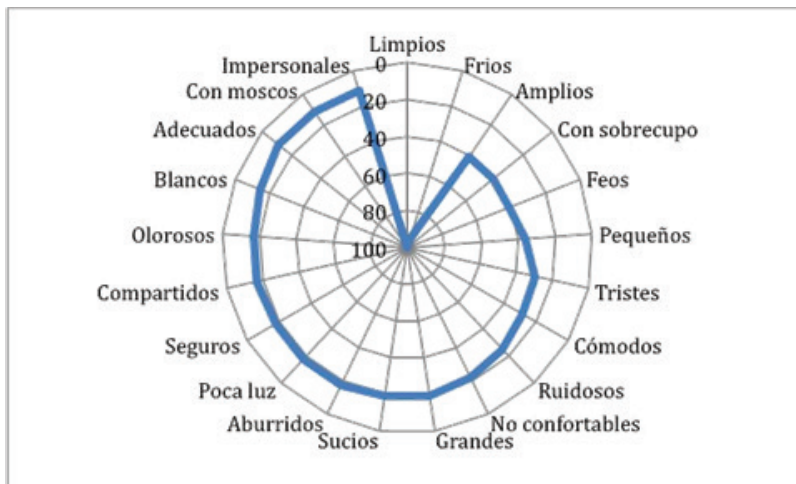


Figura 6. Definidoras sexto estímulo: “Los cuartos del hospital son...”

En el séptimo estímulo, en la cognitiva se evidenciaron pesos semánticos de 15, 96, 53, 38 y 28 en *bueno, amable, atento, déspota* y *sincero*, respectivamente (Figura 7).

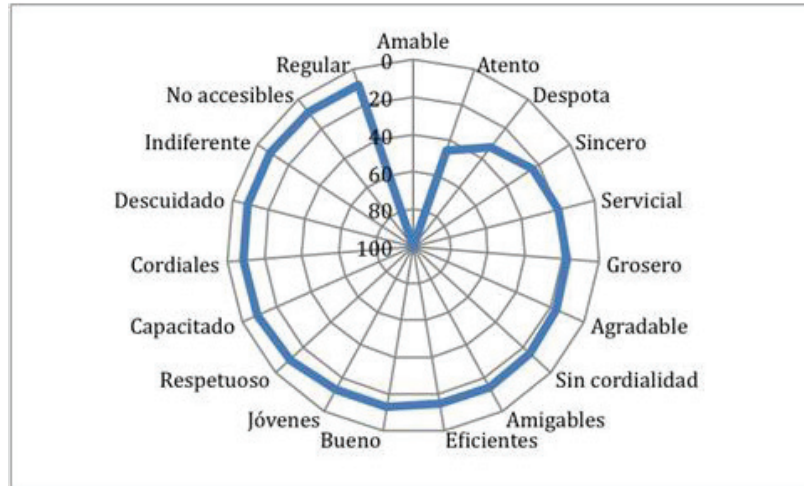


Figura 7. Definidoras séptimo estímulo: “El personal del hospital es...”

Dentro del octavo estímulo, la categoría biológica con *dolorosos*; la cognitiva con *buenos, útiles* y *tardados*; y la del personal, *atentos* y *lentos*, con pesos semánticos de 57, 61, 17, 17, 36 y 16 (Figura 8).

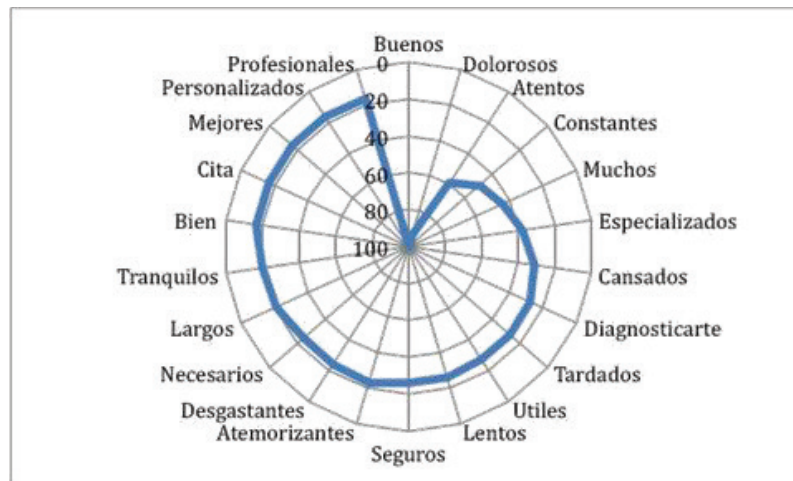


Figura 8. Definidoras octavo estímulo: “Los procedimientos médicos que realizan en el hospital son...”

Conclusión y Discusiones

El objetivo principal de este estudio fue identificar aquellos elementos o situaciones que son reconocidos por pacientes con experiencia hospitalaria, como generadoras de respuestas, manifiestas e internas, de estrés, ya que la recurrencia del estrés en pacientes con alguna enfermedad crónico degenerativa, en específico en pacientes con cáncer, tiene una mayor incidencia (Badillo, 2010).

En el análisis de resultados no se encontraron diferencias significativas entre los sexos, evidenciándose definidoras y pesos semánticos similares en ambos sexos. Al considerar aquellos estresores que fueron mencionados con mayor frecuencia y que tienen un mayor peso semántico para los pacientes se destacaron: tristeza, aburrido, angustia, deprimente, desesperante, tedioso, seguridad, lo que nos indica una carga emocional negativa con relación en la estancia hospitalaria, congruente con lo mencionado por Ortega y colaboradores, quienes identifican las cuestiones emocionales como fuente importante de estrés dentro de los hospitales (Ortega et al., 2005). Además, en la parte biológica se observaron indicadores descriptivos como cansado, dolor y recuperarse; en la categoría cognitiva con tardado, apoyo, bueno, necesario, seguridad e importante y en la categoría del personal como atención, doctores, lento y trato, siendo resultados similares a lo consultado en la literatura que señala que el personal, así como la arquitectura de interiores, son elementos que marcan una diferencia en los niveles de percepción de estrés en los pacientes hospitalizados

(Malkin, 1992). Para finalizar, debe tenerse en consideración que dentro de las definidoras conductuales se encontraba el estar sin trabajo, siendo esta variable una fuente de estrés en personas hospitalizadas (Ortega et al., 2005). Como limitación del estudio se destaca que las redes sólo se aplicaron en dos hospitales, por lo que se sugiere realizar el mismo estudio incluyendo más escenarios y, asimismo, más participantes. Para futuros estudios se recomendaría realizar un análisis comparando distintos grupos de edad.

Este estudio exploratorio puede ser de gran utilidad para generar nuevos instrumentos culturalmente relevantes y útiles para la población con experiencia hospitalaria, así como para generar intervenciones eficaces en el manejo del estrés hospitalario, adecuadas a las fuentes de estrés que los mismos pacientes perciben y que pudieran afectar en su proceso de recuperación.

Referencias

- Badillo, B. (2010). *Psicología Ambiental: Propuesta socioambiental de mejora en un hospital psiquiátrico* (Tesis de Licenciatura en Psicología). México: UDLA.
- Fernández-Castillo, A., & López-Naranjo, I. (2006). *Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización* [Versión electrónica] Recuperado de www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-196.pdf
- Folkman, S., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1979). *Cognitive processes as mediators of stress and coping*. En V. Hamilton &

- D. M. Warburton (Eds.), Human, stress and cognition: An information processing approach. (pp. 265-298). London: Wiley.
- Gómez, B., & Escobar, A. (2009). *La psiconeuroinmunología: bases de la relación entre los sistemas nervioso, endocrino e inmune*. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-Based Stress Measurement. *Psychological Inquiry*, 1, 3-13. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0101_1
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazcano, M., & Salazar, B. (2007). *Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. [Versión electrónica] Recuperado de redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74170107.pdf
- Malkin, J. (1992). *Hospital Interior Architecture*. China: Jonh Wiley & Sons.
- Martínez, C. (2009). *Intervención Cognitivo Conductual Grupal para modificar el nivel de Malestar Emocional en pacientes con Diabetes Tipo 2*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Olsen, R. (1992). *The effect of the hospital environment*. Michigan: UMI.
- Ortega, P. (1992). *Evaluación ambiental de un escenario hospitalario*. (Tesis de Maestría en Psicología General Experimental). Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Ortega, P., Mercado, S., Reidl, L., & Estrada, C. (2005). *Estrés ambiental en instituciones de salud. Valoración psicoambiental*. México: UNAM.
- Porras, A., Bilbao, C., & Vila, B. (2005). *Identificación de estresores laborales en profesionales de enfermería*. Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n1/14articulo.php>
- Pulgar, M., Garrido, S., Muela, J., & Reyes, G. (2009). Validación de un Inventario para la medida de Estrés Percibido y las Estrategias de Afrontamiento de Enfermos de Cáncer. (ISEAC). *Psicooncología*, 6(1), 167-190.
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su concepción y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y personalidad*, 9(1), 81-97.