

HOSPITALIZACION Y ESTRES EN EL PACIENTE: PERCEPCION DIFERENCIAL DE ESTRESORES ENTRE PACIENTE Y PERSONAL DE ENFERMERIA ^{1 2}

Miguel Richart Martínez (*)

Julio Cabrero García (*)

Abilio Reig Ferrer ()**

(*) Departamento de Enfermería

(**) Departamento de Psicología de la Salud. UNIVERSIDAD DE ALICANTE.

RESUMEN

El propósito del trabajo ha sido el de confirmar las siguientes hipótesis: 1) Los pacientes hospitalizados indicarán la ocurrencia de un menor número de estresores hospitalarios que los profesionales de enfermería. 2) La valoración del grado de estrés referido a los distintos acontecimientos ocurridos durante la hospitalización será significativamente menor en los pacientes que en el personal de enfermería. Para ello 66 pacientes hospitalizados y 66 profesionales de enfermería que atendían a los primeros cumplimentaron una adaptación de la escala de estresores hospitalarios de Volicer y Bohanon (1975), elaborada a propósito de este estudio, a partir de otras versiones españolas. Los resultados encontrados confirman las dos hipótesis. Para finalizar se comenta la diferente percepción de pacientes y profesionales de enfermería respecto a grupos de estresores determinados: gravedad del problema de salud, falta de información y sometimiento a las rutinas hospitalarias, entre otros.

Palabras clave: ESTRES POR HOSPITALIZACION, PERCEPCION DE PACIENTES, PERCEPCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.

¹ Estudio subvencionado con una ayuda a la investigación del Instituto de Cultura "Juan Gil-Albert". Diputación Provincial de Alicante.

² Parte de este estudio se presentó en las I Jornadas de Psicología de la Salud. Granada, diciembre de 1992.

SUMMARY

The purpose of this study was to confirm the following hypotheses: 1) the incidence of hospital stressors will be found lower by patients than by nursing staff. 2) the perception of the degree of stress for hospitalization experienced by patients will be found significantly lower than the nurses'. The sample consisted of 66 patients and 66 nursing staff who were caring them. Both patients and nurses had to fill in a designed questionnaire based on Volicer & Bohanon's Hospital Stress Rating Scale (1975). The hypotheses mentioned above were confirmed by the results. The lack of concordance between patient and nurse' perceptions of stressors such as severity of illness, not enough information, adapting to hospital routines, etc. will be also discussed to finish with.

Key words: *STRESSFUL HOSPITAL EVENTS, PATIENTS' PERCEPTIONS, NURSING STAFF' PERCEPTIONS.*

INTRODUCCION

Las discrepancias entre profesionales de la salud y pacientes hospitalizados no sólo se dan en el uso y conocimiento de los términos técnicos (Byrne y Edeani, 1983), en el estudio de necesidades de los pacientes con problemas crónicos (Laner et al, 1982), en la valoración de la eficacia y beneficios de los tratamientos y en la evaluación general del estado de salud del paciente (Hunts et al, 1984), sino también en la consideración del grado de estrés que los acontecimientos del hospital provocan en el paciente. Desde el trabajo pionero de Lucente y Fleck (1972), en el que observaron una disparidad en la percepción del estrés por hospitalización entre pacientes y profesionales de enfermería, han sido muchas las investigaciones que han encontrado consistentemente resultados similares. En esta línea, Mowinski et al. (1981) hallaron que enfermeros de pacientes con cáncer informaban que el estado emocional de los pacientes era peor que el que manifestaban estos últimos. Davis y Peters (1983), al entrevistar a pacientes de edad avanzada y al personal de enfermería que les atendía respecto de 16 situaciones estresantes que ocurrían durante la hospitalización, encontraron que los pacientes, en contraste con el personal de enfermería, manifestaban que dichas situaciones eran menos estresantes.

Carr y Powers (1986) utilizando una adaptación del cuestionario de estresores hospitalarios de Volicer y Bohanon (1975), para valorar el grado de estrés por parte de treinta sujetos de cirugía de bypass cardíaco y dieciocho profesionales

de enfermería, encontraron que la puntuación otorgada por los profesionales sobre el grado de estrés hospitalario sufrido por los pacientes era casi el doble que la que otorgaban los propios pacientes. Cuando se dividió la escala en dos subescalas, una de acontecimientos referidos a la hospitalización y otra de acontecimientos referidos a la enfermedad, la puntuación media obtenida por los pacientes en la primera era la mitad que la que otorgaba el personal de enfermería, y en la subescala de enfermedad la puntuación de los primeros estaba muy por debajo de la asignada por los profesionales.

Biley (1989) encontró resultados similares al comparar una muestra de veinte personas de ambos sexos procedentes de dos hospitales, con otra de diecisiete profesionales de enfermería. Con la escala de Volicer y Bohanon (1975) la media de las puntuaciones de estrés que los profesionales atribuían a los pacientes fue algo más del doble de la que los pacientes se asignaron a sí mismos. En este estudio, a diferencia del trabajo de Carr y Powers (1986), los pacientes puntuaron en todos los ítems por debajo de los sanitarios. Cuando se dividió el instrumento en tres subescalas (estresores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales) se seguían manteniendo las distancias en todas ellas y en la misma dirección.

Otros trabajos han mostrado, también, cómo las enfermeras y los médicos sobreestimaban la importancia de la experiencia de dolor y de los cambios en la apariencia física de enfermos diagnosticados de cáncer (Nehemkis et al. 1984); cómo el personal de enfermería mostraba más interés por conocer el nivel de dolor que presentaba un grupo de pacientes colicistectomizados que los propios pacientes (Winefield et al, 1990); cómo un grupo de obstetras sobreestimaba las reacciones negativas de las madres hacia las intervenciones obstétricas e infraestimaba las reacciones favorables (Hayward y Chalmers 1990), y cómo el personal de enfermería puntuaba más alto que los pacientes respecto a la importancia de las conductas expresivo-afectivas de estos últimos como reacción a la hospitalización (von Essen y Sjöden, 1991).

La conclusión que se deriva de estos estudios es clara: los pacientes hospitalizados sufren estrés, pero no tanto como creen los profesionales de enfermería. Con este estudio intentaremos comprobar si, como ocurre en otros contextos socioculturales, los profesionales de enfermería de hospitales de nuestro país también atribuyen más estrés en los pacientes que el que éstos perciben. Se contrastarán las siguientes hipótesis: 1) Los pacientes hospitalizados indicarán la ocurrencia de un menor número de estresores hospitalarios que los profesionales de enfermería. 2) La valoración del grado de estrés referido a

los distintos acontecimientos ocurridos durante la hospitalización será menor en los pacientes que en los enfermeros. También analizaremos la diferente percepción de pacientes y personal de enfermería respecto a grupos de estresores determinados: gravedad del problema de salud, falta de información y sometimiento a las rutinas hospitalarias, entre otros.

MATERIAL Y METODOS

Sujetos

1) Participaron en este estudio 66 pacientes, 50 (75%) ingresados en el Hospital General de Elche y 16 (25%) en el Hospital General de Alicante. La media de edad fué de 44.8 años (dt=18,65, recorrido 16-81). Por sexos, 33 eran hombres (50%) y otros 33 mujeres (50%). La elección de los sujetos fue aleatoria, partiendo del número de camas de las unidades de medicina interna, traumatología, cirugía y ginecología de ambos hospitales. Los requisitos iniciales para la selección de los pacientes fueron los siguientes: a) tener una edad mayor de 16 años, b) estar más de 2 días ingresado y c) estar consciente y orientado.

2) También se eligió una muestra de 66 profesionales de enfermería. Su media de edad fue de 31 años (dt=7, recorrido 21-54). Por sexos, 19 eran hombres (29.7%) y 45 mujeres (70.3%) (en dos cuestionarios los respondientes no cumplimentaron el apartado de datos demográficos). El criterio de selección fue el de estar prestando cuidados a alguno de los pacientes seleccionados para el estudio. ³ Ninguno de estos profesionales se negó a colaborar.

Instrumento

Se elaboró un cuestionario a partir de la escala de estresores hospitalarios de Volicer y Bohanon (1975), y de las adaptaciones sobre la misma realizadas por Kendall (1987) y por López et al. (1990), esta última para pacientes con desprendimiento de retina. Las dos primeras constan de 49 ítemes agrupados en nueve factores, y la tercera de cuarenta ítemes agrupados en tres factores racionales. Tres profesores de enfermería, con amplia experiencia clínica,

³En las unidades de los hospitales en las que se realizó el presente estudio, un paciente sólo es atendido por un profesional de enfermería en cada turno de trabajo.

actuaron como jueces para decidir la adecuación lingüística, semántica y conceptual de los distintos ítemes de las mencionadas versiones, con la pretensión de que el instrumento, a utilizar por nosotros, se adecuase a pacientes médicos y quirúrgicos con diversas patologías. Los ítemes referidos a gravedad de patologías concretas, como “pensar que podría perder la audición”, “tener un cáncer”, “perder un riñón”, etc., fueron sustituidos por ítemes genéricos, como “pensar que me puede ocurrir algo grave” y “pensar si podré volver a mi vida normal después de salir del hospital”. Ítemes que contenían dos mensajes contrapuestos se separaron en dos, como “no tener a nadie que le visite/tener demasiadas visitas”. Se añadieron nuevos ítemes, como “tener dolor” (las otras versiones contenían ítemes sobre el dolor en relación a la operación, los análisis o el pobre efecto de los analgésicos). Se eliminaron cuestiones que presentaban información redundante, como “saber que hay que someterse a una operación”, o poco relevante para la situación y momento de pase del instrumento, como “estar en el hospital durante las vacaciones o en fechas señaladas”. La escala final constó de un listado de 38 estresores con un doble sistema de respuesta. Por una parte se respondía a si el estresor había ocurrido o no durante la hospitalización, y en caso afirmativo se señalaba, a continuación, el grado de malestar asociado, utilizando para ello una escala de cinco puntos, desde nada a mucho.

Se elaboraron dos formas, una para pacientes y otra para profesionales; ambas únicamente diferían en las instrucciones. A los pacientes se les preguntaba si cada uno de los acontecimientos que figuraba en la escala había ocurrido o no y, en su caso, que valorasen, además, el grado de malestar. A los profesionales se le pidió que indicasen si, a su juicio, a determinado paciente le habían ocurrido o no una serie de acontecimientos y, en su caso, que indicasen además el grado de malestar que había experimentado dicho paciente. Ambas formas constaban de dos subescalas, una de hospitalización y otra de enfermedad. La primera estaba compuesta por 26 ítemes que hacían referencia a: relación con los profesionales, adaptación a las normas del hospital, compartir la habitación con un compañero... (véase tabla 1). La segunda constaba de 12 ítemes referidos a: gravedad y repercusión de la enfermedad, cambios del estilo de vida, separación de la familia... (véase tabla 1).

Validez de contenido: Como ya se ha mencionado, tres jueces expertos seleccionaron los ítemes que conformaban la versión definitiva de nuestro instrumento a partir de versiones anteriores. Con la ayuda de una tabla de doble entrada (ítemes x contenidos) pudimos comprobar que, de modo similar a las otras

versiones, los ítemes de nuestra transcripción daban cuenta de los diferentes aspectos de la enfermedad y la hospitalización tratados en las escalas anteriores: preocupación por la gravedad del problema o la enfermedad y dolor, cambios en las rutinas cotidianas y alejamiento de los seres queridos, situaciones de incomodidad física, falta de información, relaciones entre personal sanitario y pacientes y, por último, inconvenientes derivados del hospedaje y las rutinas hospitalarias. Decidimos, por tanto, que nuestra versión de la escala tenía, al menos, una validez de contenido comparable a la de los cuestionarios de referencia.

Siguiendo el ejemplo de Carr y Powers (1985), y dado que nuestro propósito era el aplicar el instrumento tanto a pacientes quirúrgicos como a pacientes que no iban a ser sometidos a cirugía, clasificamos en un único factor de enfermedad (E) los ítemes que en otras versiones del instrumento aparecían distribuidos en escalas de enfermedad y cirugía. Los ítemes restantes, referidos a la hospitalización (H), conformaron el segundo factor racional de nuestra escala.

Esta clasificación descansa en el juicio de cuatro de las personas integrantes del equipo de trabajo. El grado de acuerdo fue del 100%.

Fiabilidad del instrumento: La consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala es de 0.92 y 0.90 en la versión para pacientes y para profesionales, respectivamente. Para la subescala de hospitalización 0.85 y 0.81, y para la de enfermedad 0.87 y 0.86, también respectivamente.

Procedimiento

Se presentó la escala a los pacientes, informándoles que en el hospital se estaba llevando a cabo una investigación sobre acontecimientos estresantes del hospital y de la enfermedad, y se les solicitó colaborar de forma voluntaria y anónima. A los pacientes que aceptaron cumplimentar el cuestionario los entrevistadores les explicaron cómo hacerlo, dejándoles a continuación un plazo de tiempo de ocho horas, como máximo, para su contestación. En caso de necesitar ayuda para responder se les realizó una entrevista personal.

Una vez cumplimentado el cuestionario por cada paciente, se pasó el mismo cuestionario al profesional de enfermería que le atendía, con similares instrucciones y situación de pase.

Antes de la entrega de los cuestionarios los entrevistadores (véase agradecimientos) recibieron un breve entrenamiento con objeto de homogeneizar la situación de medida.

TABLA 1. Ordenamiento por rangos, medias y desviaciones típicas de 38 estresores hospitalarios en pacientes y profesionales de enfermería.

ESTRESOR	Subescala	PACIENTES			PROFESIONALES		
		Media	D.T.	Rango	Media	D.T.	Rango
-Tener dolor	E	2.98	1.40	1.0	3.19	1.41	4.0
-No saber con seguridad o no entender en que consiste la enfermedad	E	2.78	1.72	2.0	2.87	1.64	10.5
-Pensar que le puede ocurrir algo grave	E	2.71	1.71	3.0	3.39	1.70	1.0
-Pensar si podrá volver a su vida normal después de salir del hos.	E	2.68	1.61	4.5	3.18	1.69	5.0
-Estar separado de los hijos o de personas que atiende normalm.	H	2.68	1.54	4.5	3.06	1.53	6.5
-No saber con seguridad cómo se quedará después de la operación	H	2.65	1.67	6.0	3.23	1.74	3.0
-Estar separado de su pareja.	H	2.57	1.57	7.0	2.30	1.54	12
-No saber cuando le darán el alta.	E	2.53	1.49	8.0	3.37	1.40	2.0
-Haber sido hospitalizado de repente, sin esperarlo.	H	2.36	1.54	9.0	2.87	1.53	10.5
-Tener que utilizar la cuña de cama.	H	2.33	1.55	10.5	2.72	1.55	13
-No saber los resultados o las razones de los ttos. que le dan o de las pruebas y análisis que le hacen.	E	2.33	1.59	10.5	2.93	1.63	8.0
-Tener que estar en la cama todo el día.	E	2.27	1.39	12.0	2.39	1.49	17.0
-Pensar que puede tener dolor a causa de la operación o análisis.	E	2.22	1.36	13.0	3.06	1.54	6.5
-No saber cuando van a hacerle cosas a uno.	E	2.18	1.47	14.0	2.51	1.62	16.0

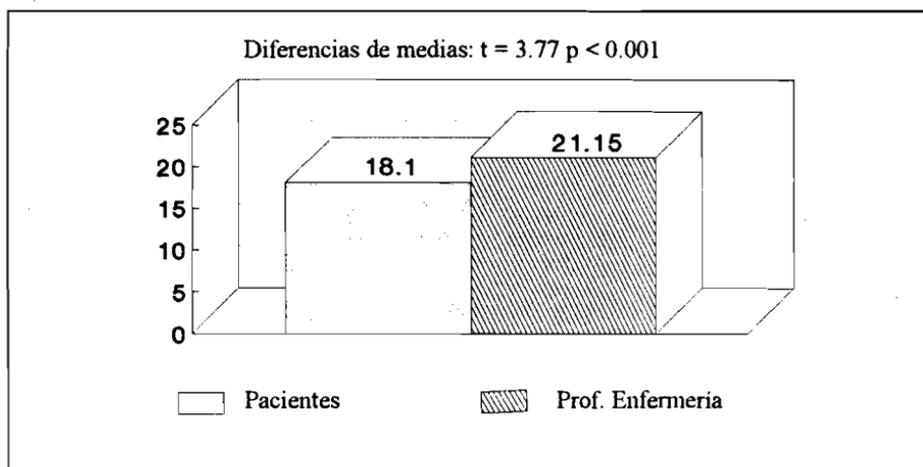
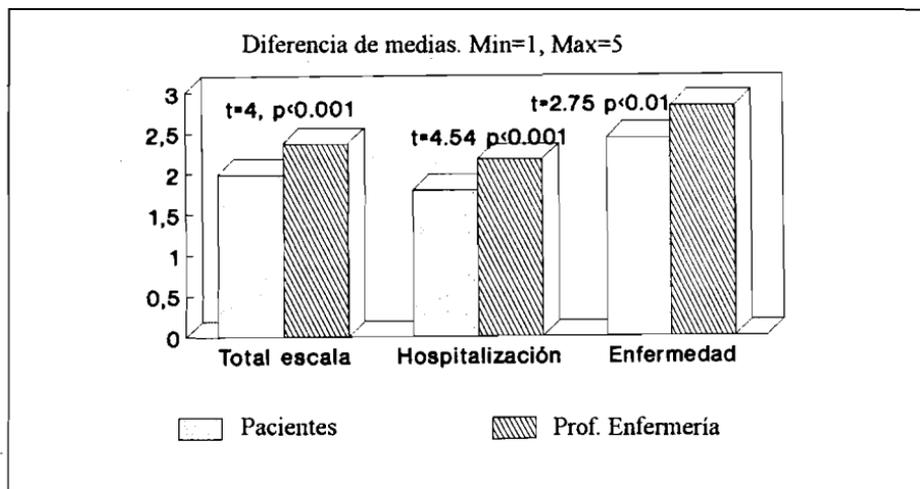
-No obtener alivio para el dolor aún tomando medicamentos para quit.	E	2.04	1.50	15.0	2.28	1.52	22.0
-Ver que el personal del hospital tiene prisa.	H	1.95	1.46	16.0	2.27	1.38	24.0
-Estar hospitalizado lejos de casa.	H	1.92	1.20	18.0	2.90	1.36	9.0
-Que los médicos y enfermeras hablen deprisa o que usen palabras que no puede entender.	H	1.92	1.40	18.0	2.30	1.48	18.5
-Que el personal sanitario no conteste a sus preguntas.	H	1.92	1.48	18.0	1.80	1.40	30.0
-Tener que dormir en una cama que no es la suya.	H	1.84	1.14	20.0	2.71	1.32	14.0
-Que no respondan al timbre de aviso.	H	1.83	1.43	21.0	1.57	1.00	35.0
-Que no le den la medicación para el dolor cuando la necesita.	E	1.75	1.33	22.0	1.37	0.97	37.0
-Tener que dormir con extraños en la misma habitación.	H	1.74	1.14	23.0	2.57	1.32	15.0
-Pensar en la posible pérdida de dinero a causa de la enfermedad.	H	1.72	1.21	24.0	1.70	1.17	32.0
-Sentir olores extraños.	H	1.68	1.23	25.5	2.28	1.28	22.0
-Tener que ser ayudado para ir al baño.	H	1.68	1.08	25.5	2.11	1.35	25.5
-Tener que comer a horas diferentes de las habit.	H	1.65	0.98	27.5	2.32	1.24	20.0
-No poder llamar a la familia o amigos por el teléfono.	H	1.65	1.23	27.5	2.06	1.25	27.0
-Tener que comer en la cama en una postura incómoda.	H	1.62	1.04	29.0	2.29	1.36	21.0
-Estar al cuidado de un médico desconocido.	H	1.60	1.11	30.0	2.36	1.15	18.5
-Tener demasiadas visitas.	H	1.56	1.01	31.0	1.68	1.14	33.0
-Tener un compañero de habitación que está							

gravemente enfermo, o con el que no puede hablar.	H	1.54	1.14	32	1.66	1.15	34.0
-Tener que vestir la ropa del hospital.	H	1.51	1.11	33.0	2.12	1.11	25.5
-Tener un compañero de habitación antipático, poco amistoso.	H	1.50	1.14	34.0	1.45	0.98	36.0
-Tener un compañero de habitación que tiene demasiadas visitas.	H	1.45	0.91	35.5	1.85	1.30	28.0
-No tener a nadie que le visite.	H	1.45	1.10	35.5	1.15	0.64	38.0
-Que le tengan que ayudar para comer.	H	1.38	0.86	37.0	1.80	1.23	30.0
-No poder ver la TV, la radio o leer los periódicos cuando el quiera.	H	1.32	0.80	38.0	1.80	1.00	30.0

RESULTADOS

Los pacientes han señalado una ocurrencia media de 18.1 estresores ($dt=5.83$), mientras que los profesionales han señalado una ocurrencia media de 21.15 estresores ($dt=6.92$). Al aplicar la prueba "t" de Student para muestras dependientes encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambas distribuciones: $t=3.77$, $p<0.001$. (Figura 1).

En la valoración del grado de malestar ocasionado por los estresores, y teniendo en cuenta que la escala para obtener las puntuaciones del instrumento global y de las subescalas variaba entre los valores 1 y 5, la puntuación media en el *total de la escala* para el grupo de pacientes fue 1.99 ($dt=0.662$), y para los profesionales 2.37 ($dt=0.662$), siendo las diferencias estadísticamente significativas: $t=4.00$, $p<0.001$. En la *subescala de hospitalización* la media para el grupo de pacientes fue 1.79 ($dt=0.56$), y para el de profesionales 2.17 ($dt=0.58$), encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambas: $t=4.54$, $p<0.001$. En la *subescala de enfermedad*, la puntuación media para el grupo de pacientes fue 2.43 ($dt=0.98$) y para el de profesionales 2.82 ($dt=0.97$), encontrándose también diferencias significativas: $t=2.75$, $p<0.01$. (Figura 2).

FIGURA 1.- Ocurrencia de acontecimiento estresantes en el hospital.**FIGURA 2.- Grado de malestar referido a los estresores del hospital.**

En la tabla 1 se pueden observar las medias y desviaciones típicas de los ítems de las escalas para ambas muestras: pacientes y profesionales. Los

estresores han sido ordenados por rangos y al aplicar el coeficiente de correlación de Spearman se observa la existencia de un elevado grado de acuerdo entre pacientes y enfermeros en señalar qué acontecimientos hospitalarios son más y menos estresantes ($\rho=0.82$, $p<0.001$).

Al subdividir el cuestionario en dos mitades, una constituida por los primeros 19 ítems considerados más estresantes (alto estrés) y otra para los restantes 19 ítems considerados menos estresantes (bajo estrés), y tras correlacionar los rangos de ambas mitades correspondientes a las submuestras de pacientes y profesionales, hemos obtenido un coeficiente de $\rho=0.73$ ($p<0.001$) para los de alto estrés y de $\rho=0.34$ (ns) para los de bajo estrés.

DISCUSION

Estos resultados confirman las dos hipótesis planteadas en la introducción. Si bien no nos consta que en la bibliografía anterior ningún autor haya considerado las diferencias en la percepción del número de estresores (1ª hipótesis), entre muestras de pacientes y profesionales de enfermería, la persistencia con que se muestran las diferencias entre ambos grupos en los distintos estudios, y el haber observado una tendencia en los datos en el sentido esperado en un trabajo previo (Richart et al, 1991) nos hacía esperar estos resultados. También existen diferencias significativas entre el nivel de estrés percibido por pacientes y por profesionales (2ª hipótesis), lo que coincide plenamente con los resultados obtenidos por otros investigadores ya mencionados al principio de este trabajo. El grado de estrés de los pacientes que los profesionales de la salud perciben es significativamente mayor que el percibido por los propios pacientes, y esta diferente percepción se da tanto en los acontecimientos referidos a la enfermedad como en los referidos a la hospitalización.

¿Cuáles son las circunstancias de la hospitalización que preocupan más y menos a los pacientes estudiados?

Coincidiendo con los trabajos de Volicer (1974) y con los de Carr y Powers (1986), los ítems referidos a preocupación por la gravedad del problema o la enfermedad ocupan las primeras posiciones en el ordenamiento por rangos (tabla 1). Entre ellos, el ítem referido a la preocupación por "tener dolor" ocupa la primera posición, resultado coincidente con los datos de Biley (1989) y con los obtenidos con otras escalas en la misma línea (Ploeg, 1988).

En segundo lugar preocupa a la muestra de pacientes estudiada el hecho de estar alejado de los seres queridos, lo que coincide con trabajos previos en los que los ítemes referentes al cambio en la rutina laboral y doméstica (estar fuera del hogar) ocupaban posiciones similares (Volicer, 1974; Carr y Powers, 1986).

En tercer lugar preocupan a los pacientes las situaciones de incómodidad ("tener que utilizar la cuña", "tener que estar en la cama todo el día", etc.) junto con la falta de información ("no saber los resultados o las razones de los tratamientos que me dan o de las pruebas y los análisis que me hacen", "no saber cuando van a hacerle las cosas a uno", etc.).

Los ítemes referidos a la falta de información también recibieron altas puntuaciones por parte de los pacientes en el trabajo de Volicer (1974), se encontraban en segundo lugar en el trabajo de Ploeg (1988), y ocuparon las primeras posiciones en el estudio de Biley (1989) con pacientes prequirúrgicos de un hospital general. En cambio, ocuparon bajas posiciones en el trabajo de Carr y Powers (1986) con pacientes de bypass cardíaco. La discrepancia de estos resultados puede deberse al mayor nivel educativo de los sujetos del último estudio o a las distintas estrategias de información a los pacientes vigentes en las distintas unidades y hospitales.

En cuarto lugar, ocupando unas posiciones medias-altas en el ordenamiento por rangos, encontramos los ítemes referidos a las relaciones entre el personal sanitario y los pacientes ("ver que el personal del hospital tiene prisa", "que los médicos y enfermeras hablen deprisa o que usen palabras que no puedo entender", "que el personal sanitario no conteste a mis preguntas", etc.), resultados que son coincidentes, en buena medida, con los obtenidos por otros investigadores (Carr y Powers, 1986; Biley, 1989).

Por último, reciben puntuaciones más bajas aquellas situaciones que hacen referencia a los inconvenientes derivados del hospedaje hospitalario y de sus rutinas ("tener que dormir con extraños", "tener que comer en una postura incómoda", "tener que vestir la ropa del hospital", "tener un compañero antipático", "tener demasiadas visitas", etc.), resultado que es parejo al obtenido en los últimos trabajos citados.

¿Son acertadas las percepciones de los profesionales de enfermería sobre qué cosas preocupan más y menos a sus pacientes?

Los resultados muestran que los profesionales de enfermería fueron capaces de percibir con aceptable precisión qué situaciones eran más o menos estresantes para los pacientes (recordemos la alta correlación encontrada entre los rangos asignados a cada ítem por ambas submuestras). Sin embargo no fueron capaces

de percibir el grado de tensión, de dichas circunstancias estresantes, en términos reales (recordemos las diferencias de medias encontradas entre ambas muestras para la escala total y las subescalas de enfermedad y hospitalización). En otras palabras: Los profesionales de enfermería saben que a los pacientes les preocupa más “el pensar que le pueda ocurrir algo grave” que “tener un compañero de habitación antipático o nada amistoso”, pero no saben cuanto les preocupa cada cosa.

Al hacer un análisis más detallado de las diferencias de percepción entre ambas submuestras, y estudiar separadamente las situaciones de alto estrés (ítemes con rangos del 1 al 19 en la muestra de pacientes) y las de bajo estrés (ítemes con rangos del 20 al 38), las correlaciones entre rangos de ambas mitades, indicadas en el último párrafo de los resultados, nos muestran que las diferencias entre pacientes y personal de enfermería en las situaciones menos estresantes (ausencia de relación) fueron más grandes que en las situaciones más estresantes (relación positiva y estadísticamente significativa). Esto parece indicar que los profesionales de enfermería fueron mejores identificando y ordenando las circunstancias que causaron más estrés que las que causaron menos. Esto es, los enfermeros estuvieron, en gran medida (ver en la tabla 1 las diferencias particulares), de acuerdo en sus percepciones con las de sus pacientes; señalaron, asimismo, que las situaciones referidas a la gravedad del problema, los cambios en el modo de vida cotidiano y el alejamiento de los seres queridos, la desinformación e incomodidad, y los problemas en las relaciones con los profesionales serían, en este orden, los temas que preocupaban a sus pacientes. El personal de enfermería también coincide con los pacientes al indicar que las circunstancias concomitantes al hospedaje y las rutinas hospitalarias son las menos molestas del total de estresores hospitalarios. En cambio, unos y otros difieren al señalar cuales de estas circunstancias son más y menos molestas.

Para finalizar, señalar que convendría estudiar cuáles son las circunstancias relacionadas con la hospitalización y la enfermedad, además de las que aparecen en nuestro instrumento y en el de López et al. (1990), que preocupan a los pacientes hospitalizados de nuestro país. La selección de ítemes que López (1990) y nosotros hemos realizado parte del juicio de profesionales de la salud, personal médico y de enfermería en el primer estudio y docentes de enfermería en el segundo, y no de los propios pacientes. Los entrevistadores, que recogieron los datos del presente estudio, obtuvieron información referente a qué eventos de la enfermedad y de la hospitalización, que ocasionaban malestar a los

pacientes, se encontraban ausentes en el listado de ítemes. Nuevas circunstancias referentes a las relaciones con el personal sanitario, a problemas surgidos durante la admisión, y molestias ocasionadas por los procedimientos médicos o de enfermería, fueron referidos por los pacientes. Aunque el objetivo inicial de este estudio no era el de realizar un listado exhaustivo de estresores hospitalarios, esta es una tarea que aún está por hacer.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a D. Javier González Alajarín, D. Antonio Alvarez Martínez, D. Juan Fco. Soler Rey y D. Fco. Daniel Corbí Rico el esmero y la profesionalidad con que efectuaron el pase de los instrumentos de este estudio.

BIBLIOGRAFIA

- Biley F.C. (1989). Nursing perceptions of stress in preoperative surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 14, 575-581.
- Byrne T.J., Edeani D. (1983). Knowledge of medical terminology among hospital patients. *Nursing Research* 33, 178-181.
- Carnevali D.L. (1966) Preoperative anxiety. *American Journal of Nursing* 66, 1536-1538.
- Carr J.A. y Powers M.J. (1989). Stressors associated with coronary bypass surgery. *Nursing Research* 35, 243-246.
- Cochran J. y Ganong L.H. (1989). A comparison of nurses' and patients' perceptions of intensive care unit stressors. *Journal of Advanced Nursing* 14, 1038-1043.
- Davies A.D. y Peters M. (1983). Stressors of hospitalization in the elderly: nurses' and patients' perceptions. *Journal of Advanced Nursing* 8, 99-105.
- Hayward J. y Chalmers B. (1990). Obstetricians' and mothers' perceptions of obstetric events.

- Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology* 11, 57-71.
- Holmes S. y Eburn E. (1989). Patients' and Nurses' perceptions of symptoms distress in cancer. *Journal of Advanced Nursing* 14, 840-846.
- Hunts S.M., Mckewen J., Mckenna S.P., Backett E.M. y Pope C. (1984). Subjective health assessments and the perceived outcome of minor surgery. *Journal of Psychosomatic Research* 28, 105-114.
- Kendall P.C. (1987). Procedimientos médicos que generan estrés: Estrategias cognitivo-conductuales para el control y prevención del estrés. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko: *Prevención y reducción del estrés*. Bilbao, DDB.
- Laner P., Muyphey S. y Powers M.J. (1982). Learning concerns of cancer patients: a comparison of nurse and patient perceptions. *Nursing Research* 31, 11-16.
- Lopez-Roig S., Pastor M.A., Rodriguez J., Sanchez S. y Belmonte J. (1990). Evaluación del estrés del paciente quirúrgico. *Revista de Psicología de la Salud* 2, 113-126.
- Lucente F.E. y Fleck S. (1972) A study of hospitalization anxiety in 408 medical and surgical patients. *Psychosomatic Medicine* 34, 304-312.
- Movinski B. y Muhlenkamp A. (1981). Systematic misperceptions oncology patients' self-reported affective states and their care-givers' perceptions. *Cancer Nursing* 4, 485-489.
- Nehemkis A.M., Gerber K.E. y Charter R.A. (1984). The cancer ward: Patient perceptions-staff misperceptions. *Psychotherapy and Psychosomatics* 41, 42-47.
- Ploeg H.M. van der (1988). Stressful medical events: a survey of patients' perceptions. En S. Maes, C.D. Spielberger, P.B. Defares, & I.G. Sarason (Eds). *Topics in Health Psychology*. New York, Wiley & Sons, 193-203.
- Richart M. Cabrero J. Valera P. Olmo M. Laguna A. y Ors A. (1991). Diferencias de estrés percibido entre profesionales de enfermería y pacientes hospitalizados. *Enfermería Científica* 23, 1234-1235.
- Volicer B.J. (1973). Perceived stress levels of events associated with the experience of hospitalization: development and testing of a measurement tool. *Nursing Research* 22, 491-497.
- Volicer B.J. y Bohanon M.A. (1975). Hospital stress rating scale. *Nursing Research* 24, 352-359.
- von Essen L. y Sjöden P.O. (1991). Patient and staff perceptions of caring: review and replication. *Journal of Advanced Nursing* 16, 1363-1374.
- White M.B. (1972). Importance of selected nursing activities. *Nursing Research* 21, 4-14.
- Winefield H.R., Katsikitis M., Hart L.M. y Rounsefell B.F. (1990). Postoperative pain experiences: Relevant patient and staff attitudes. *Journal of Psychosomatic Research* 34, 543-552.