

**FCM**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
CICLO LICENCIATURA  
EN ENFERMERÍA



# **Tesina**

**Tema: “Complicaciones Socio familiares de la internación en las mujeres y los factores institucionales que inciden”**

Autoras: Arias Gladys Liliana  
Carmona Mabel  
Cayo Vanesa

**Mendoza, Diciembre 2014**

*EL PRESENTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN ES PROPIEDAD DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO, Y NO PUEDE SER PUBLICADO, COPIADO NI CITADO, EN TODO O EN PARTE, SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA CITADA ESCUELA O DEL AUTOR O LOS AUTORES.*

## ACTA DE APROBACIÓN

Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Trabajado Aprobado el:...../...../.....

## **Resumen**

**Introducción:** Las personas deben cumplir con numerosas tareas y compromisos en las distintos roles (madre, esposa, empleada, etc.), esto puede verse alterado por la condición de enfermedad y más aún cuando es necesario el ingreso a un hospital. Esta situación hace al individuo vulnerable a variados estímulos, condiciones e interrelaciones que se desarrollan en este medio.

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo, tiene como fin conocer las complicaciones socio- familiares que sufren las mujeres internadas en el servicio de ginecología del Hospital Central, durante el periodo de julio, agosto y septiembre del 2014.

**Resultados:** La población sujeta de investigación estuvo constituido por 30 mujeres internadas. Los datos obtenidos; se centra en más del 50% que las pacientes son en su mayoría del Gran Mendoza, tienen hijos, no trabajan y no son sostén de familia. En relación a la internación el 57% llevan menos de 7 días de internación. El motivo de su hospitalización es a la espera de un turno de quirófano, 87% tienen enfermedades benignas, aun no se diagnostica. En cuanto a los sentimientos que presentan por estar internadas se pudo constatar que el 47% de las mujeres se sienten angustiadas; y el motivo principal de preocupación es por sus hijos siguiéndole la organización familiar. Al hacer el análisis bivariados se verifico que el 53% de las mujeres que tienen más de 40 años, su enfermedad es benigna. Y el resto es maligna. Por otra parte, podemos decir que la mayoría de las internadas a la espera de un turno de quirófano son las que más preocupadas están por los hijos, con el 23%; y por la organización familiar con el 20%. Todo esto hace que las pacientes se sientan angustiadas durante la internación.

**Palabras claves. Mujeres internadas/patologías ginecológicas/complicaciones socio- familiares.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a Dios nuestra posibilidad de estudio.

Agradecemos a nuestra familia porque muchas de estas horas que están aquí les pertenecían a ellos.

Agradecemos especialmente a la docente de cátedra la Lic. María Rosa Reyes por los conocimientos transmitidos y el acompañamiento en cada etapa de este trabajo, como así también a todo los docentes por la guía y el apoyo brindado para el logro de la investigación.

A nuestros padres que nos enseñaron el valor de la perseverancia y del trabajo y, a todos aquellos que confiaron y nos alentaron para que llegáramos a esta instancia, y a mi compañera Romelia por su ejemplo y su espíritu de superación y valores( Liliana Arias)

## **PRÓLOGO**

El presente trabajo surge de la necesidad de brindar cuidados adecuados a las pacientes hospitalizadas y en las que la internación es un factor desencadenante de problemas que afectan aún más su salud.

El periodo de internación, sea breve o que se extienda, implica una serie de complicaciones socio familiares para la paciente que alteran su estado emocional a lo que es necesaria la ayuda de la enfermera para acompañarla en el proceso de enfermedad y brindar una respuesta y escucha oportuna a sus preocupaciones.

Reforzar lo positivo de las situaciones requiere de una cierta pericia por parte de las enfermeras, ellas se acercan a las pacientes con un cúmulo de experiencia y conocimiento, ganan su confianza y ayudan a mitigar de manera particular los problemas que ocasiona la internación.

De acuerdo a la experiencia de tantos años de profesión y la suma de las mismas, se expresa una propuesta de mejoramiento del impacto psicológico que implica el proceso de internación, estadía y post internación de la paciente.

Se realiza una investigación en particular de una población reducida de mujeres con problemáticas socio económicas y de las principales enfermedades que en general se manifiestan desde las estadísticas, la observación y práctica diaria y los resultados de experiencias pilotos realizadas por las profesionales que presentan este trabajo, como un aporte más a la profesionalización de la enfermería.

## ÍNDICE GENERAL

	Páginas
<b>CAPITULO I</b>	
INTRODUCCIÓN	2
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	4
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
OBJETIVOS	7
JUSTIFICACIÓN	8
MARCO TEÓRICO	9
APARTADO A: Concepto de salud	10
APARTADO B: Rol de la mujer hoy	22
APARTADO C: Rol de Enfermería	33
<b>CAPITULO II DISEÑO METODOLOGICO</b>	
DISEÑO METODOLOGICO	42
VARIABLES.	43
OPERACIONALIZACIÓN	44
TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	45
PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS	46
<b>CAPITULO III RESULTADO, DISCUSIÓN Y PROPUESTA</b>	
DISCUSIÓN	60
PROPUESTAS DE ACCIÓN	61
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	63
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO1: Instrumento de recolección de datos	66
ANEXO 2: Matriz de datos	68

## INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Páginas

### **TABLAS Y GRAFICOS UNIVARIADO**

TABLA Y GRÁFICO N° 1: Edad	47
TABLA Y GRÁFICO N° 2: Lugar de Residencia	48
TABLA Y GRÁFICO N° 3: Trabaja	49
TABLA Y GRÁFICO N° 4: Tiene Hijos	50
TABLA Y GRÁFICO N°5: Sostén Familiar	51
TABLA Y GRÁFICO N° 6: Días de internación	52
TABLA Y GRÁFICO N° 7: Motivo de internación	53
TABLA Y GRÁFICO N° 8: Enfermedad	54
TABLA Y GRÁFICO N° 9: Qué siente durante la internación	55
TABLA Y GRÁFICO N° 10. Preocupación durante la internación	56

### **TABLAS Y GRAFICOS BIVARIADO**

TABLA Y GRÁFICO N° 11: Edad / Enfermedad	57
TABLA Y GRÁFICO N°12: Motivo de internación/ Preocupación durante la internación	58

# **CAPÍTULO I**

## INTRODUCCIÓN

Las personas deben cumplir con numerosas tareas y compromisos en las distintos roles (madre, esposa, empleada, etc.), que aseguren su desarrollo y desenvolvimiento normal en la sociedad; sin embargo esto puede verse alterado por la condición de enfermedad y más aún cuando es necesario el ingreso a un hospital. Esta situación hace al individuo vulnerable a variados estímulos, condiciones e interrelaciones que se desarrollan en este medio.

El paciente se enfrenta a un medio con estímulos y situaciones diversas que no solamente alteran la satisfacción de necesidades de orden elemental o biológico, como pueden ser el dormir o el alimentarse, sino también aquéllas de orden superior, especialmente las que comprometen su esfera psico-afectiva. En este punto Jiménez (2000) señala que en el paciente hospitalizado no solamente ve afectado el aspecto económico, el funcionamiento familiar y las responsabilidades previamente adquiridas, sino también se altera su autoestima y se producen cambios emocionales intensos que requieren de reajustes.

Esta despersonalización creciente, en la que la persona ha pasado a un lamentable segundo plano -ya sea por el aumento de la demanda asistencial y/o tecnificación de la atención de salud que otorgan los hospitales e instituciones afines, donde la actitud humanizante que debe caracterizar la relación entre equipo de salud y usuarios se ha ido deteriorando-, ha reducido la visión integral del paciente como ser bio-psico-social. Esta visión, que actualmente se presenta en la relación profesional de salud y enfermo, se manifiesta en hechos tan cotidianos que casi son parte de la "normalidad"; en un apremio de tiempo, tal vez por simplificar algún aspecto dentro de este ambiente tan complejo, se va perdiendo algo tan esencial y propio de cada ser humano como es la identidad, al reconocerle según la enfermedad que le aqueja (el de la hernia, el etc.), el órgano afectado (el de la vesícula, la del pulmón), el examen solicitado (la de la radiografía, el del escáner), la intervención realizada (el del bypass, el del trasplante) y por la sala de hospitalización, número de cama, y no por su nombre. Estas situaciones afecta notablemente al paciente si se tiene en cuenta que ha tenido que dejar su vida cotidiana hasta que sea dado de alta.

El presente trabajo de investigación tiene como fin conocer las complicaciones socio- familiares que sufren las mujeres internadas en el servicio de ginecología del Hospital Central.

## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Al realizar búsqueda de antecedentes del problema planteado se pudo comprobar que existen muchos estudios científicos que hablan sobre las complicaciones en la paciente y su familia ante una internación.

Hacemos referencia a Ochoa Belén y otros autores de la universidad Navarra (2003), quienes plantean la repercusión de una internación tanto en la paciente como en su familia.

Están en íntima relación una serie de factores como;

- a) La impotencia ante situaciones que no dependen de la paciente tales como: la internación (severidad, pronóstico, curso de la enfermedad, del tratamiento y del proceso de internación y naturaleza de los procedimientos médicos).
- b) El servicio de ginecología del Hospital Central, que es nuestra área de estudio, cuenta con 12 camas.

El periodo de internación es relativo y depende de que en el centro asistencial no se cuenten en muchas ocasiones con los insumos necesarios y/o específicos, como sondas para marcación de mamas, mallas en el tratamiento de prolapso. La internación también facilita la pronta accesibilidad a turnos para estudios previos a la cirugía lo que no sucede con las pacientes extra hospitalarias. Otro factor a considerar es que el servicio cuenta solo con dos quirófanos por semana.

- c) Las Estrategias y los recursos previos de la familia para afrontar el estrés que implica la internación para la paciente y su grupo familiar, está vinculados con las relaciones matrimoniales, con los hijos y el sistema de organización familiar

Las características de las pacientes internadas en el servicio de ginecología en su mayoría cumplen roles de jefas de hogar, tienen hijos menores, lo que las convierte en el centro de la organización familiar. Su internación implica para el grupo familiar un acomodamiento de roles ante esta situación.

- d) Personalidad y temperamento del paciente y de cada uno de los miembros de la familia para la aceptación o no del diagnóstico médico.

Se ha podido observar pacientes que al finalizar los horarios de visitas acompañan a sus familiares a la salida, lo que implica el retraso del horario de atención y medicación. Luego vuelven angustiadas en muchas ocasiones deben ser contenidas por el personal de enfermería o por otras pacientes que están en sus mismas condiciones. Así mismo la inestabilidad emocional de las pacientes conlleva a situaciones de conflicto entre ellas.

e) Contexto y entorno que rodea a la paciente y a la familia.

Se puede observar que son familias de escasos recursos por lo que la presencia del familiar se ve dificultada por cuestiones económicas, ocupacionales o por la distancia al hospital. Por estas razones no pueden contener a la paciente en forma permanente.

Ante lo descrito, que constituirá las bases para la elaboración del marco referencial de nuestra investigación, nos preguntamos;

- ¿A qué llamamos internación?
- ¿Qué complicaciones trae a la mujer la hospitalización en el servicio de ginecología del hospital central?
- ¿Cuál es la reacción de la familia ante la internación?
- ¿Qué factores inciden en el contexto (económico, social, laboral, etc.)?
- ¿Cuáles son las causas de la hospitalización?

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Qué complicaciones socio-familiares trae la internación a las mujeres del servicio de Ginecología, del Hospital Central y que factores institucionales inciden durante el periodo de julio, agosto y septiembre del 2014?

## **OBJETIVO GENERAL**

Conocer las complicaciones socio-familiares que trae la internación a las mujeres del servicio de Ginecología, y que factores institucionales inciden.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Especificar el perfil de las mujeres internadas.
- Identificar los factores asociados (económicos, psicológicos, etc.)
- Conocer las causas de la internación de las mujeres en el servicio.
- Describir el rol enfermero-paciente

## **JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

En el servicio de ginecología, del Hospital Central, las mujeres permanecen internadas para tratamientos y/o posterior cirugía. El periodo de hospitalización varía por distintos tipos de razones; se destacan entre ellas falta de insumos para prácticas pre-quirúrgicas específicas, también diagnósticos no confirmados que se encuentran en estudio, pacientes en espera de turnos quirúrgicos, como también por consecuencias de tratamientos invasivos entre otros.

En la práctica cotidiana del enfermero las acciones de enfermería se ven entorpecidas por la ausencia de las mujeres en la sala al momento de realizar la terapéutica, por encontrarse las mismas en el parque con los familiares. A su regreso su estado de ánimo se ve alterado, con llanto, silencios, con varias horas de reposo sin comunicarse, sin querer hablar, que ante la consulta de la enfermera manifiestan que extrañan a su familia, sus hijos pequeños, sus espacios propios, donde el profesional asume un rol de contención, y escucha hacia las pacientes.

La acción de cuidado del profesional de enfermería va dirigida al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera con un cúmulo de conocimientos, se adelanta a la manera de ver de esta persona, la acompaña en su experiencia de salud siguiendo su ritmo y su camino.

En este tipo de situaciones, la relación enfermero-paciente va más allá de la técnica, si no que se crea un clima de confianza en donde la paciente ve a la enfermera como un sujeto que escucha, comprende, acompaña y asesora. Es fundamental el rol de la enfermera por que en muchas ocasiones se transforma en el apoyo emocional de la paciente.

Muchas mujeres no son visitadas por sus familiares o allegados, por distintas razones, por falta de recursos económicos, por la distancia del domicilio al hospital, porque deben cuidar a los niños pequeños, o por obligaciones que deben cumplir los otros miembros de la familia.

Estas situaciones son las que motivan a las autoras a realizar el presente trabajo de investigación.

# **Marco Teórico**

## **APARTADO A**

### Concepto de Salud

El concepto de salud ha sufrido constantes modificaciones a lo largo de su historia. Se trata de un término vivo, dinámico y por ello relativo, cuyo análisis puede ayudar a comprender la valoración y la dinámica en torno a la salud en cada sociedad y época ya que la salud ha llegado a ocupar un lugar de extraordinaria importancia en la vida personal y social de las personas. El cultivo de modos de vida saludables se va convirtiendo en un objetivo al que mucha gente consagra parte de su tiempo y su energía (Sánchez-González, 1993).

Al analizar la etimología de la palabra “salud” se revela una aspiración ideal. En los idiomas latinos “salud” deriva del latín “saluus”, (o salvus) que a su vez se deriva del griego “ólos”, que significa “todo”. Y además, la palabra “salud” mantiene una relación etimológica y semántica con la palabra “salvación”. De este modo, la etimología hace referencia a una condición ideal “total” (Miguel, 2001).

Todas estas dificultades hacen que tal vez nunca se pueda llegar a definir integralmente la salud porque ninguna definición puede expresar todo lo que el ser humano ansía. Y ningún concepto puede encerrar todo lo que el hombre es capaz de ser y de realizar.

El ser humano está siempre insatisfecho con lo que ya es en un determinado momento. En este sentido el concepto de salud siempre tendrá una dimensión creativa, ideal o utópica... y al mismo tiempo cambiante, que podemos analizar a continuación; ya que existe la necesidad de formular conceptos operativos que ayuden a diseñar programas de actuación, a tomar decisiones y a evaluar los resultados de las mismas. En vista de todo ello conviene “ir definiendo” la salud en cada situación, de maneras que se adapte a cada necesidad particular, como es nuestro caso.<sup>1</sup>

En 1980, la Asociación de Enfermería Americana (ANA), definió a la salud en su declaración de política social, como “un estado dinámico del ser en el que el

---

<sup>1</sup>Documento proporcionado por la cátedra de Enfermería Comunitaria de la Licenciatura en Enfermería .FCM. UNCUYO. año 2013. Lic. Michel, Jorge

Potencial de desarrollo y de conducta de un individuo se realiza en su extensión más amplia posible”. (ANA, 1980, p.5).

En esta definición la salud es más que un estado o que la ausencia enfermedad; incluye la tendencia hacia un funcionamiento óptimo. En 2004, la ANA declaró también que la salud era, “una experiencia que a menudo se expresa en términos de prosperidad y dolencia, y puede ocurrir en presencia o ausencia de enfermedad o lesión” (2004, p.8)

De cualquier forma, en la actualidad, la tendencia más aceptada considera a la salud como la capacidad que tienen los organismos para adaptarse a los distintos estímulos, ya sea el estrés, la toxicidad medioambiental, cambios en la alimentación, etc. El cuerpo se mantiene siempre en un equilibrio inestable.

La salud está directamente relacionada con nuestro estado emocional, mental y estructura psicológica, es decir, con nuestra forma de ser, de enfrentar la vida y nuestra constitución genética.

Como conclusión se podría definir la Salud como una construcción histórica, social, cultural y subjetiva, de carácter multideterminado, que ha variado a lo largo del tiempo y que, a la vez, varía y adquiere diferentes connotaciones y significados según distintos contextos y grupos sociales.

Un aspecto básico de la práctica de todas las profesiones de la salud es la comprensión del concepto “Salud – Enfermedad”. Ambos son estados relativos y las palabras en sí significan diferentes cosas para distintas personas.

En alguna época la salud se definió como la ausencia de enfermedad: una persona se consideraba sana en tanto no estuviera enferma. Sin embargo, conceptos expresados en años recientes indican que la salud ya no puede considerarse como la simple ausencia de enfermedad, sino que tiene un significado positivo en sí. Algunos han criticado la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), basándose en que el bienestar total de todos los humanos es una meta inalcanzable.<sup>2</sup>

Un documento preparado en Canadá, titulado “La nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses”, también comenta que el objetivo de los cuidados de la salud es “disminuir el índice de incapacidades y promover un estado de

---

<sup>2</sup> Asociación Norteamericana de enfermería. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington: OPS; 1980- 2004. 31, 5

bienestar suficiente para llevar a cabo un nivel adecuado de actividades físicas, sociales y mentales, considerando la edad”.<sup>3</sup>

El continuo salud enfermedad” graficado como dos polos, donde al termino salud se lo sustituirá por el término “elevado nivel de bienestar (físico, mental y social) y de capacidad de funcionamiento” ocupando el polo positivo y; en el polo opuesto o negativo, se encontraría la muerte, pero como ésta no es evitable se le sustituirá por el término “muerte prematura” y sus diferentes grados de pérdida de salud. En el centro se ubica la “zona neutra”, límite entre lo considerado normal y patológico, muy difícil de precisar. Tanto la salud como la enfermedad se ven influenciadas por los factores sociales

Los estados extremos de mala salud suelen identificarse con gran facilidad, pero una persona que realiza normalmente sus actividades diarias puede tener una enfermedad importante según su médico y, no obstante parecer sana a otras personas.

Algunas enfermedades que en la sociedad occidental se consideran alteraciones importantes de la salud, pueden ser muy “aconsejables” en otra cultura. Por ejemplo, en algunas sociedades las personas que tienen visiones u oyen voces imaginarias pueden ser muy estimadas, en tanto otros consideran que tienen una enfermedad mental importante. La infestación de parásitos es tan común en algunas regiones del mundo, que es raro que algún individuo no la padezca.<sup>4</sup>

Travi y Ryan (2001) en su modelo continuo enfermedad- prosperidad, cree, que es posible estar físicamente enfermo y al mismo tiempo estar orientado hacia la prosperidad, o físicamente sano y al mismo tiempo funcionar con una mentalidad enferma.<sup>5</sup>

A pesar de las diferencias en los términos utilizados en distintas definiciones de salud, para modificar el “bienestar”, estos conceptos expresan el mismo pensamiento, es decir, la salud es un estado positivo de bienestar que incluye la aptitud física, estabilidad mental y emocional y tranquilidad social.

---

<sup>3</sup> Documento proporcionado por la cátedra de Enfermería Comunitaria de la Licenciatura en Enfermería .FCM. UNCUYO. año 2013. Lic. Michel, Jorge

<sup>4</sup> Audrey Berman y cols.” Fundamento de Enfermería”, Pearson Educación S.A, España ,2008 Cap.24 pág. 437

<sup>5</sup> Travis, J. y Ryan, S. (2001). Libro Completo de Salud y Bienestar. Madrid: Gaia ediciones.

A medida que la salud asume un significado más positivo, el término “enfermedad” ha tomado, por el contrario, una connotación más negativa.

Hoy en día nos inclinamos a comentar que una persona tiene “un problema de salud” o “un déficit de salud”, en lugar de decir que está enferma. En este contexto, la enfermedad se considera como la interrupción del proceso continuo de salud, manifestada por interrupciones o alteraciones de la función; cuando se presentan juntas, pueden identificarse como los signos y síntomas de una enfermedad en particular.

Las personas no suelen pensar en su salud en los términos científicos; sin embargo, la mayoría sabe cuándo está funcionando en su máximo nivel mental, físico y social, y suelen saber cuándo están enfermos, según las normas que han establecido para sí mismos. Cada persona es un individuo único, interpreta su estado de salud y enfermedad según su perspectiva particular.

Sin embargo, estas perspectivas personales están influidas considerablemente por factores sociales y culturales. Al estudiar la salud de un individuo, es importante comprender el contexto social en el que vive. Todas las sociedades y subculturas que las componen tienen sus propias normas con respecto a la salud y a la enfermedad.

Varios trabajos interculturales (Kornblit A. y A. M. Mendes Diz 2000) confirman la existencia de ideas populares sobre la enfermedad y señalan diversos modos de pensar las causas de las enfermedades. Estos modos de pensar constituyen "lógicas" que permiten entender la realidad de la enfermedad: una lógica de degeneración, en la cual la enfermedad sigue al desgaste del cuerpo; una lógica mecánica, en la cual la enfermedad es resultado de bloqueos o de daños a estructuras corporales; una lógica de equilibrio, en la cual la enfermedad sigue a la ruptura de la armonía entre las partes o entre el individuo y el medio; y una lógica de invasión, que incluye la teoría del germen y otras intrusos materiales de las que resulta la enfermedad.

Todos estos componentes implican las concepciones de enfermedad que responden a la medicina científica en cuanto a centrarse en síntomas, causas y terapias de enfermedades.<sup>6</sup>

Otro punto de vista sugiere que los conceptos vinculados con la enfermedad operan como símbolos que se relacionan con una amplia variedad de experiencias propias de una cultura. Los conceptos comunes de enfermedad no sólo nombran entidades en el cuerpo, también son imágenes asociadas con otros órdenes de la vida. Es así como se puede hablar de cuatro aspectos del fenómeno enfermedad para el individuo: Estar enfermo, es decir, sufrir alteraciones a causa de enfermedades en el cuerpo y en sus funciones; sentirse enfermo, es decir, percibir tales modificaciones en el propio organismo; identificar la enfermedad basándose en los conocimientos adquiridos en su época y referidos al tema; poder estar enfermo, lo cual depende tanto del tipo de enfermedad como de los roles sociales que desempeña el sujeto.

El hombre ha elaborado diferentes conceptos sobre salud y enfermedad, formas de aliviarla, acciones para su prevención y fomento de la salud. Por lo tanto, las percepciones de buena y mala salud, junto con las amenazas que pudiesen rodearlas, se encuentran culturalmente construidas, condicionando los significados, la interpretación de sensaciones y la percepción de los cambios y potencialidades corporales que la persona tendrá; las cuales serán referidas a la estructura social, debido a que están marcadas por las condiciones y el contexto en el cual emergen; asimismo, por las funciones que cumplen en la interacción con el mundo y con los demás; así pues, se constituye su subjetividad: se sabe que es más posible que un individuo esté sano cuando se siente de esa manera y así lo refiere, reconociendo que también podría tener lesiones o disfunciones asintomáticas o bien sin manifestaciones evidentes.

Otro autor dice que la salud es el equilibrio entre el cuerpo y la mente, si la persona está sana no padece ningún trastorno físico que le impida llevar una vida cotidiana normal, pero que el estado anímico influye decisivamente en nuestro bienestar.

---

<sup>6</sup> Kornblit Ana Lía y Mendes Diz Ana María "La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales". (2000) Primera edición. Grupo Editor Aique. Capital Federal. Argentina.

Quien tiene problemas psíquicos nunca podrá sentirse del todo bien físicamente o, se enferma con más frecuencia y por otro lado tanto el organismo como la psique sufren las imposiciones del entorno, debida a las influencias del medio ambiente, y a la organización que se le ha dado a la vida, es decir que la salud depende de todos los ámbitos de la vida humana.

Este autor añade que la definición tan criticada de la OMS, salud como el completo bienestar, ofrecía los lineamientos de conductas válidas para todas las normativas y disposiciones estatales y sociales, pero que así mismo resulta orientativa a nivel individual, reconociendo acciones reciprocas y posibilita el descubrimiento personal para organizar la propia vida.

La salud no puede considerarse un estado permanente, está influenciada por la fase de la vida en la que se encuentra, e incluso los distintos estados de ánimo por los que se encuentra, es preferible utilizar el concepto más dinámico "estar sano frente al rígido y estático de "salud".<sup>7</sup>

"La salud hace referencia a una experiencia vital básica que incluye tanto el bienestar físico como el psíquico. En un sentido amplio la salud no excluye la enfermedad: "toda persona sana enferma de vez en cuando" y los enfermos crónicos también suelen aprender a "estar enfermos de manera sana", es decir aprenden a "convivir" con su enfermedad y a sentirse relativamente bien física y psíquicamente, a pesar de los impedimentos físicos que puedan tener".

La salud se basa en un equilibrio dinámico, que está constantemente interrelacionado con el medio ambiente y con el mundo interior.

El bienestar físico se ve reflejado por el funcionamiento sin contratiempos de los sistemas internos, la persona se siente bien físicamente, está contento con su estado físico, tiene vitalidad y le gusta cansarse con todo tipo de actividad para recuperarse de inmediato. Después de un trastorno, como puede ser la Fiebre, cefalea, etc., ese bienestar se recobra cuando se inicia un proceso de curación y se restablece el equilibrio normal.

Algunos tipos de trastornos afectan ligeramente al organismo, pero otros le exigen demasiado y pueden originar algunos síntomas patológicos.

---

<sup>7</sup> Dr. Ambros, Eva y colaboradores "Everest de la salud" editorial E ver graficas España 2001 Cap. 1 Pág. 23

En el equilibrio físico intervienen e influyen numerosas causas externas y procesos internos. Por ejemplo, los trastornos que perjudican las funciones del cuerpo; entre otros las formas de vida que someten al organismo a sobrecargas durante largo tiempo, como el hábito de fumar. Sin embargo, hay agentes patógenos que influyen en el ser humano y que no pueden evitarse aunque se lleve una vida sana como ciertas cargas hereditarias, por ejemplo el cáncer.

Ciertas medidas terapéuticas y sanitarias permiten prevenir y protegernos-en parte- del contagio por ejemplo, mantener una pareja estable, uso de preservativos, controles ginecológicos periódicos, vacunación. Mediante un cambio en los hábitos de vida el bienestar saludable puede mantenerse, hasta cierto punto, mediante un cambio en los hábitos de vida. Pero en la mayoría de las enfermedades graves como el cáncer no es posible el restablecimiento del equilibrio perdido, sino mediante intervenciones externas o la aplicación de terapias concretas como la quimioterapia, la radioterapia. A veces la enfermedad puede llegar a ser una fatalidad de la que la persona afectada no puede evadirse. Entonces tendrá que aceptarla como un desafío y aprender a con vivir con ella.

Investigaciones realizadas en Alemania y EE UU, pusieron de manifiesto que considerar a algunas personas " sanas" no implicaba que llevara una vida sin problemas; lo normal era que tuvieran que superar diferentes tipos de crisis y golpes.

Tampoco vivían en las condiciones más favorables pero todas mostraban una actitud optimista ante la vida y tenían gran confianza para enfrentarse con éxito a cualquier dificultad y desafío. Después de cada revés recuperaban de inmediato su equilibrio psíquico.<sup>8</sup>

### Internación

Al decir internación se hace alusión al resultado de la acción de internar a un individuo como consecuencia del padecimiento de alguna dolencia para que reciba tratamiento específico a causa de la misma, o en su defecto, tras la

---

8 Ídem. Pag.24

sucesión de un accidente que complica el estado de salud de un individuo se demanda el ingreso del mismo a un centro sanitario para que se atienda su caso.

Por su lado, en uno de sus usos, el término internar refiere el ingreso a un centro o institución hospitalaria para recibir tratamiento, en tanto, la internación comprende el tiempo en el cual un individuo permanece internado en un hospital. En el caso del servicio de ginecología el tiempo ideal son 4 días, expresado por la Doctora Belén Nievas, Jefa de residentes del Hospital Central. Como mínimo las pacientes permanecen internadas 7 días. Durante su internación le practican diferentes estudios que permiten conocer las causas de su dolencia.

La internación normalmente se efectúa en un hospital o centro sanitario destinado a tal efecto, aunque, también es común que dependiendo que el caso así lo amerite, se indique una internación domiciliaria, es decir, en vez que la misma se efectúe en el marco de un hospital, se realiza en la vivienda del paciente, para lo cual se deberán disponer los elementos necesarios, asimismo como el control por parte del equipo de salud para que siga la evolución y las necesidades del paciente.

En el caso de la internación tradicional, la misma, se prolongará por el tiempo que se indique y dependerá por supuesto del estado, la evolución y las prácticas que haya que realizarle al paciente internado.

Cabe destacar, que la internación puede ser programada como consecuencia de la realización de un chequeo general o para la realización de una cirugía preestablecida, o en su defecto, puede desencadenarse tras el sufrimiento de un accidente o de alguna dolencia.

La mirada que se tiene en una internación, a veces puede oscurecer nuestro juicio. Esta disminución en la contemplación de este hecho, puede tener consecuencias directas derivadas de nuestra intervención.

A veces es comprensible, sobre todo cuando la prioridad absoluta la tiene salvar la vida amenazada de las personas, eso está fuera de discusión. Lo que merece dialogarse es saber si podemos ampliar el campo de nuestra manera de ver las cosas, mientras mantenemos el foco en el problema central. En una internación se produce un hecho concreto, que es aislar a una persona de su

ambiente natural a causa de una patología grave o no, y que supuestamente, no deberían ser un obstáculo para que se preserven las funciones fisiológicas elementales como la alimentación, el sueño o el movimiento. Cuando las patologías son graves y las internaciones prolongadas las secuelas de la propia internación son a veces peores que las de la enfermedad original. Los pacientes vuelven a ser internados poco tiempo después del alta por motivos diferentes a los que los trajeron la primera vez. Una persona que sobrevive a un cuadro crítico ingresa en un período transicional entre la enfermedad y la salud donde se encuentra en altísimo riesgo por su extrema vulnerabilidad. Los desarreglos metabólicos, nutricionales, crono biológicos, cognitivos, farmacológicos e inmunológicos persisten más allá del alta hospitalaria. La altísima prevalencia del trastorno por stress post-traumático reportada en esta población es solo uno de los fenómenos que deberían alertarnos para establecer explícitas normativas de prevención del daño. Demostrado por un estudio realizado en el Reino Unido. Hasta un 40% de las personas ingresadas en hospitales presentan alguna forma de confusión o demencia y, según afirma el funcionario de salud inglés, *"el hospital es un muy mal lugar para ellos, debemos encontrar alternativas"*. Es la propia eficiencia lograda en el tratamiento de patologías graves, hasta hace poco mortales, lo que va generando una nueva clase de enfermos. Estos *"sobrevivientes"* demandan la urgente adaptación de las estructuras sanitarias de acuerdo a sus necesidades. Criterios basados en evidencias que permitan tanto la prevención de las complicaciones como la terapéutica y rehabilitación a largo plazo de las secuelas de la enfermedad original o de los tratamientos agresivos que con frecuencia requieren.

No es imposible, no está fuera del alcance de cualquier servicio de internación crítica. No son sólo los recursos lo que, en este caso, limitan la intervención. Es la falta de una idea que contemple y organice la conducta sanitaria al respecto. No es posible lograrlo sin la articulación con disciplinas como la medicina, la nutrición, la asistencia social y la psicología.

Es hora de que el tema ingrese en las agendas académicas y de que se realice una investigación científica rigurosa en cada centro de atención. Nadie toma

conciencia de lo que no ve, de lo que no conoce, de lo que permanece ajeno a su área de interés.

Es necesario empezar a preguntarse: *¿cómo le ha ido a nuestro enfermo al salir del hospital? ¿Qué tal la pasó?* Y a averiguarlo activamente. Una intervención sanitaria no se agota en sus resultados inmediatos. Los criterios de éxito o fracaso deberían incluir períodos más prolongados de observación. “La ciencia ha alcanzado un momento histórico de logros jamás imaginados antes por la humanidad respecto de muchas enfermedades graves.

Por lo tanto la manera de aplicarlas (internación), no se debe convertir en herramientas que faciliten nuevas causas de enfermedad. Es un círculo vicioso que debe interrumpirse ahora mismo. Como casi siempre, la solución es ocuparse del paciente y no solo de la enfermedad”.<sup>9</sup>

### Impacto de la enfermedad en las pacientes

Lo expuesto precedentemente, hace referencia que la enfermedad y el proceso de curación ocasiona cambios, tanto en las personas afectadas, sus familias y contexto.

“El afrontamiento es una respuesta o un conjunto de respuestas ante situaciones estresantes efectuadas para manejarlas y/o neutralizarlas”. (Rodríguez, Martín y Colaboradores 1990)

El afrontamiento a la enfermedad, se considera como las actitudes y comportamientos que utiliza la persona para mantener su bienestar emocional y adaptarse a las tensiones causadas por la enfermedad o el dolor. Diferente y único para cada persona.

El paciente experimenta cambios conductuales y emocionales, cambios en su auto concepto y en la imagen corporal, y cambios en su estilo de vida. Los cambios conductuales y emocionales relacionados con las enfermedades de corta duración suelen ser ligeros y no duran mucho.

Por ejemplo, una persona puede volverse irritable y carente de energía o puede desear interactuar de la forma habitual con sus familiares y amigos.

---

<sup>9</sup> Krumholz. Harlan M. La revista “The New England Journal of Medicine” “internación como enfermedad” (2007)

Es más probable que se produzcan respuestas más agudas en las enfermedades graves, potencialmente mortales, crónicas o discapacitantes. La ansiedad, el temor, la ira, el abandono el rechazo una sensación de desesperación y sentimientos de impotencia son respuestas habituales a las enfermedades graves o discapacitantes. Por ejemplo, un paciente que sufre un ataque cardíaco teme por su vida y por la situación económica en que puede quedar su familia. Otro paciente en el que se hace un diagnóstico de cáncer, puede sufrir con el tiempo episodios de rechazo, ira, temor o desesperación.<sup>10</sup>

Algunas enfermedades pueden cambiar también la imagen corporal o el aspecto físico del paciente, sobre todo si se producen cicatrices como las que quedan después de la extracción de nódulos y quistes de mamas, quistes anexiales, si se realiza mediante cirugía convencional como así también la pérdida de la mama, cuando a la paciente se le realiza una mastectomía. La autoestima del paciente y su auto concepto también puede verse afectado.

Son muchos los factores que puede intervenir en una baja autoestima y en un trastorno de auto concepto entre ellos, la pérdida de órganos genitales internos, cuando la paciente es sometida a una anexo histerectomía, el dolor, la desfiguración, la dependencia de los demás, las pacientes operadas de mamas, tienen limitaciones en cuanto a los movimientos y fuerzas que puedan realizar, como así también las operadas de órganos reproductores, el desempleo, los problemas económicos , la incapacidad para participar en las actividades sociales, las relaciones tensas con los demás y el sufrimiento espiritual. El enfermero tiene que ayudar al paciente a expresar sus pensamientos y sentimientos, y proporcionarle una atención que le ayude a afrontar el cambio con efectividad.

Los individuos enfermos son también vulnerables a la pérdida de autonomía, el estado de ser independiente y auto dirigido sin control externo. Las interacciones familiares pueden cambiar de manera que el paciente puede dejar de intervenir en la toma de decisiones familiares o incluso en las relativas a su propia atención sanitaria. El enfermero tiene que apoyar el derecho del paciente al mayor grado posible de autodeterminación y autonomía,

---

<sup>10</sup> Rodríguez, Martín y Colaboradores "Estrategias de afrontamiento de la Enfermedad". En S. Baigorria. Psicología de la Salud aporte desde la psicología Social. Pág. 159. Sevilla. España -(1990).

proporcionándoles la información suficiente para que participe en los procesos de toma de decisiones y mantenga la sensación de que posee el control.

La enfermedad obliga también a menudo a cambiar el estilo de vida. Además de participar en los tratamientos y la toma de decisiones, la persona enferma puede tener que cambiar de actividad y ejercicio, y de patrones de sueño y reposo.

## APARTADO B

### Rol de la mujer de hoy

A lo largo de la historia de la humanidad, el papel que representa la mujer ante la sociedad ha sido menospreciado respecto a la presencia del hombre, en la mayoría de las áreas de desarrollo del ser humano. Durante muchos años esta situación impidió que las mujeres tuvieran acceso a un trato igualitario al que recibían los hombres; desde el rol que desempeñaban dentro del núcleo familiar hasta el grado de presencia en la sociedad.

En la actualidad, la mujer a nivel mundial, no sólo es madre y esposa, sino que también ocupa un rol laboral. Estas variaciones han producido que las mujeres se sientan más positivas y fuertes, logrando una modificación en los ámbitos tanto laboral como político (Fraile, 1976).<sup>11</sup>

Tanto el hombre como la mujer han tenido que adaptarse a estos cambios, modificando conductas y hábitos que creían tener arraigadas, como los quehaceres del hogar que eran exclusivo de las mujeres y los hombres solo eran proveedores. Compartir los roles es parte del proceso, de hecho hoy encontramos que los padres comparten más con sus hijos /as, teniendo una relación más estrecha, ayudando a la madre a compartir los compromisos de la casa en todo el sentido de la palabra (Dalton, 1996).<sup>12</sup>

A la mujer ha sido el eje de la sociedad a través de los tiempos y su presencia a lo largo de toda la historia ha sido constante. Sin embargo, si esta se revisa exhaustivamente, la vemos muchas veces como protagonista de los hechos ordinarios y comunes y menos en las grandes hazañas. Las condiciones sociales existentes en cada época y el rol asignado a la misma han tenido mucho que ver con todo esto, como podrá verse más adelante. Al vivir en función del otro, o sea, del hombre, la mujer no tuvo proyecto de vida propia, ha actuado durante mucho tiempo al servicio del patriarcado y en definitiva, constituyó el segundo sexo.

---

<sup>11</sup> Fraile, G. (1976) Historia de la filosofía. Tomo I, III Madrid: B.A.C.

<sup>12</sup> Dalton M. (1996). Mujeres, diosas y musas: tejedoras de la memoria. México: El Colegio de México. (Programa interdisciplinario de Estudios de la Mujer).

El sexo femenino sólo tenía obligaciones en el hogar impuestas por el marido correspondiente. Se puede decir que ser mujer en ese tiempo significaba ser un objeto de satisfacción para los hombres, lo cual, con el tiempo se ha ido modificando.

Estamos conscientes de los espacios ganados en todo ámbito ya sea político, social, laboral, cultural, religioso, etc., y a pesar de los muchos obstáculos y las barreras impuestas por la sociedad claramente dominada por varones, las mujeres han demostrado la igualdad de condición y operación, que les es entregada por su calidad de ser humano, que no tiene nada que ver el ser varón, del ser mujer.

No se podría afirmar que la mujer asume un solo rol, ya que las mujeres actuales son consideradas totalmente multifuncionales; además de labores de madre y esposa, como es el caso de miles de mujeres en todo el mundo, se desempeñan como jefas del hogar y sustentadoras de una familia con el fruto de su propio trabajo.

En la actualidad no se puede hablar de un tipo de mujer sedentaria, sino que se habla de una generación nueva de mujeres activas y autónomas, la mujer se enfrenta a realidades muy diversas según la cultura, zona geográfica o situación social en la que se encuentre. Está demás decir que estamos acostumbrados a notar una mayor presencia femenina en otros ámbitos que no son solo del hogar.

Muchas veces las mujeres asumen como obligación deberes como: el ser dueña de casa. La sociedad no lo valora, ya que como se dijo anteriormente, el mundo asume que esto es una obligación de la mujer adquirida por el solo hecho de ser mujer, pero lo que muchos no entienden es que no es fácil, ya que las mujeres también tienen aspiraciones, pero el ser asesora del hogar la consume por completo. Esto un hombre no lo podría realizar porque claramente no podría ser multifacético como ella.

La mujer es igualmente capaz que el hombre de realizar todas las cosas que se proponga y eso no se puede dudar porque a lo largo de los años se ha demostrado capaz de lograr incluso mejores resultados que el sexo masculino en peores condiciones, como lo es una temporera que saca adelante a su familia con su propio esfuerzo sin perder su delicadeza de mujer mientras que

el hombre se queda en casa sin hacer nada. Por lo tanto se habla de una sociedad hasta que se ha intercambiado los roles.

El rol que la mujer asumiría entonces en esta sociedad sería el de cualquier ser humano capaz de pensar y discernir: hacer el bien, ayudar a otros y ser un gran aporte para esta sociedad, y compartir los roles entre ambos. Pero lo que claramente un rol que no puede ser compartido con otro ser humano varón es el ser madre, ya que las mujeres fueron especialmente creadas para asumir esta hermosa responsabilidad las cuales son únicamente entendidas por ellas mismas.

La mujer asume cinco roles esenciales como son:

1. Trabajadora; se habla de la mujer que realiza un trabajo remunerado, bien sea por cuenta propia o ajena, sea una profesional liberal, tenga una empresa, sea funcionaria, o trabaje a tiempo completo o a tiempo parcial, de forma fija o eventual.

2. Cónyuge; Como esposa, en este rol se ocupará cariñosa y atentamente de su pareja y frecuentemente le ayudará en sus temas personales, como pedir por él cita en el médico o con el peluquero, comprarle sus artículos personales (ropa, artículos de aseo y similares) o ayudarle en situaciones complicadas que se pudieran presentar.

3. Madre; Cuando la mujer también es madre, ella es la mayor responsable de la estructura que conforma la vida emocional, física e intelectual de sus hijos, transformando a unos bebés totalmente dependientes en unos adultos completamente independientes. La madre suele llevar el peso de los niños: frecuentemente es la que elabora y cocina los menús, hace las compras, media en las riñas entre los niños, domina la medicina pediátrica, toma la temperatura al niño cuando éste duerme y un sinfín de detalles que surgen en el día a día de una familia.

4. Administradora del hogar; Tanto si la mujer se ocupa personalmente de las tareas domésticas, como si supervisa a la persona que las realiza (empleada del hogar), o situaciones intermedias (personas de apoyo que realizan ciertas tareas: plancha, cuidado de los niños en ciertas horas, limpiezas de la vivienda puntuales...) es la mujer en la mayor parte de los casos la responsable final del hogar.

5. Mujer; La sociedad en la que vivimos "exige" que la mujer tenga que estar arreglada, que luzca bonita, que cuide su físico, su peinado, que se vea bien. A los veinte años esta cuestión se lleva fácilmente, pero a medida que pasan los años conseguirlo requiere de mayor tiempo y de más esfuerzo (económico, personal y familiar). Hacerlo no es una frivolidad, sino una necesidad, pues "estar bien" significa tener una imagen de aspecto agradable cuando se mira al espejo; significa cuidar la salud y la apariencia, sin vivir para la apariencia. Todas sabemos que la mujer que está bien consigo misma tiene también una buena imagen exterior que proyecta hacia los demás.

La mujer debe asumir distintos embates como padecer patologías propias de ésta. Existen diversas enfermedades ginecológicas que pueden afectar a la mujer en el transcurso de su vida.

Miomatosis Uterina: Presencia de nódulos en la pared del útero. Se trata de una patología tan frecuente, que más de la mitad de las mujeres sobre 40 años son portadoras de miomas y es la principal causa de la cirugía ginecológica en el mundo. No se conoce una causa evidente para su origen, por lo que no hay medidas preventivas útiles (la mayoría de las mujeres permanece asintomática).

En general, quienes consultan por la aparición de nódulos son mujeres mayores de 30 años, que presentan reglas en la fecha que corresponde, pero más abundantes en cantidad y duración; puede ir acompañado de dolor abdominal bajo y si persiste en el tiempo, de decaimiento y compromiso general por el cuadro anémico secundario.

El diagnóstico se sospecha con la historia y examen físico y se confirma con una ecografía transvaginal, que puede mostrar con bastante certeza los nódulos Miomatosis y su ubicación.

En el caso de Miomatosis sintomática, -con sangramiento, dolor y anemia- el tratamiento habitual es quirúrgico y lo que se realiza es una histerectomía, extracción del útero. En el caso de pacientes jóvenes, con deseos de tener hijos, se puede plantear una miomectomía, -extracción sólo de los miomas-.

En el caso de pacientes asintomáticas, -con nódulos menores de 5 cm- puede realizarse un control anual.

Prolapso Genital: Es el descenso de los genitales internos de la mujer a través de la vagina. Se presenta habitualmente en mujeres peri o post menopáusicas, sobre 50 años. El gran evento asociado a la posibilidad de prolapso genital es la presencia de partos vaginales previos. En general, a mayor número de partos vaginales y niños de mayor peso al nacer el riesgo de prolapso genital aumenta. Por esto, la gran medida preventiva es un adecuado control del embarazo y la atención del parto por profesionales idóneos.

Las pacientes que consultan por esta dolencia, son habitualmente mujeres post menopáusicas que acusan peso y masa vaginal, asociado -en la mitad de los casos- con escape involuntario de orina (incontinencia urinaria).

El diagnóstico es clínico -con historia y examen físico- se puede solicitar una ecografía transvaginal para descartar otras patologías ginecológicas y en el caso de incontinencia urinaria, se confirma con un examen denominado cistomanometría.

El tratamiento es habitualmente quirúrgico, y lo que se intenta es reparar las estructuras dañadas. En esta área, ha tenido gran desarrollo el uso de mallas protésicas, que buscan mantener las estructuras genitales en su lugar y corregir la incontinencia urinaria cuando es necesario.

Las mujeres pueden presentar las siguientes enfermedades que son tratables en el nosocomio y otras forman parte de las probables patologías de la mujer:

Endometriosis: se caracteriza por la proliferación de tejido endometrial (capa interna del útero) fuera del útero, El tejido ingresa en la cavidad pelviana a través de las trompas de Falopio abiertas y puede hallarse en diversos sitios, como sobre los ovarios la superficie externa del útero, el colon sigmoidea, los ganglios linfáticos pelvianos y abdominales, el cuello uterino, la pared abdominal, los riñones y la vejiga. El tejido endometrial responde a las fluctuaciones hormonales, sea dentro o fuera del útero, con proliferación y luego rotura y sangrado. Cuando estos procesos ocurren fuera del útero, pueden ocasionar inflamación, fibrosis e infertilidad. Los síntomas asociados con la endometriosis son dolor premenstrual o dolor menstrual muy intenso. Habitualmente en otros lugares del abdomen. Ninguna teoría explica por completo la enfermedad, sin embargo hay un hecho numérico que muestra que la enfermedad ha ido aumentando en el tiempo en relación al retraso de las

mujeres en iniciar su maternidad; por esto es necesario considerar este elemento al planificar las familias, ya que el evitar este retraso podría actuar como factor preventivo.

Las mujeres que consultan por esta patología, generalmente bordean los 30 años, presentan dolor de regla progresivo e invalidante asociado a la imposibilidad de embarazarse. El diagnóstico se sospecha con la historia y el examen físico; para confirmarlo, se solicita una ecografía transvaginal y en algunos casos es necesario realizar laparoscopia, que permite visualizar lesiones, tomar biopsias y liberar adherencias muy frecuentes en esta patología.

El tratamiento inicial es habitualmente quirúrgico y posteriormente se recomienda intentar el embarazo con rapidez. En los casos en que esto no es posible se recomienda manejo hormonal de mantención con anticonceptivos orales. Se han intentado varios tratamientos médicos con anticonceptivos, progestágenos y medicamentos que simulan la menopausia; sin embargo, cada vez se usan menos.

Proceso Inflamatorio Pélvico: Es la presencia de un cuadro infeccioso en los genitales internos de la mujer, que puede ir desde cuadros leves a muy graves que requieren hospitalización y complejas cirugías que ponen en riesgo la vida de la mujer. Se producen por el ascenso de gérmenes desde la vagina hacia el útero y a los otros órganos intra-abdominales. Son factores de riesgo la promiscuidad sexual y el uso de dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo. Son factores protectores el tener pareja única y usar anticonceptivos orales.

En general, se presenta en mujeres entre 20 y 40 años que consultan por dolor abdominal bajo, fiebre y flujo vaginal purulento; al examen físico se encuentra el cuadro febril, dolor abdominal, flujo genital y dolor importante a la palpación del útero y los anexos. Se piden exámenes generales que confirman la infección y ecografía transvaginal para descartar la presencia de tumores anexiales con pus.

El tratamiento puede ir desde antibióticos ambulatorios hasta hospitalización en UCI con tratamiento antibiótico endovenoso y la necesidad de cirugía para extraer los genitales internos y así conservar la vida de la mujer.

Algunas enfermedades de transmisión sexual producen inflamación pélvica

Una enfermedad de transmisión sexual es un trastorno que se disemina por contacto sexual. El sida y la hepatitis B, que son enfermedades de transmisión sexual también se pueden contagiar por otras vías.

Bacterias: Chlamydia: conocida comúnmente como capa corta, produce una enfermedad de transmisión sexual y no se puede reproducir fuera de las células corporales. En la mayoría de los casos la infección es asintomática, difícil de reconocer en forma clínica. En el 70% de las mujeres con esta bacteria no aparece síntomas, pero esta infección es la causa principal de la enfermedad inflamatoria pélvica. Las trompas de Falopio también pueden inflamarse lo que aumenta el riesgo de infertilidad femenina debido a la formación de tejido cicatrizal en las trompas.

Gonorrea: se debe a una infección por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. Las secreciones de las mucosas infectadas son la fuente de transmisión de la bacteria durante el contacto sexual o el pasaje del recién nacido a través del canal de parto. En las mujeres la infección se produce en la vagina, a menudo con secreción purulenta.

La infección y la inflamación posterior pueden avanzar desde la vagina hasta el útero, las trompas de Falopio y la cavidad pélvica. Miles de mujeres quedan infértiles todos los años por el tejido cicatrizal que obstruye las trompas de Falopio en asociación con la gonorrea

Sífilis: es producida por la bacteria *Treponema pallidum*, transmitida por contacto sexual, intercambio de sangre o a través de la placenta hacia el feto. La enfermedad progresa con varios estadios: primario, el signo principal es una úlcera abierta indolora, el chancro, que se forma en el punto de contacto y cicatriza entre uno y cinco semanas después, desde la sexta hasta la vigésima cuarta semana aparece los signos y síntomas del estadio secundario como exantema, fiebre y dolor en las articulaciones y los músculos, esta fase es sistémica, o sea que la infección se disemina hacia los sistemas corporales principales. Cuando aparece signo de degeneración de los órganos se establece el estadio terciario. Si el sistema nervioso está comprometido, el estadio terciario se denomina neurosífilis. Si la lesión de las fibras motoras es extensa la persona pueden ser incapaces de controlar la defecación y la

micción quedando postrados en cama sin poder alimentarse por sus propios medios. Pueden presentar pérdida de la memoria, cambios de la personalidad, irritabilidad y hasta alucinaciones.

Herpes genital: es producido por el virus del herpes simple 2(hsv-2) que genera ampollas dolorosas en la vulva o a veces en la parte superior de la vagina. Las ampollas desaparecen y vuelven a aparecer en la mayoría de los pacientes, pero el virus permanece en el organismo y no puede curarse.<sup>13</sup>

Tumor Anexial: Aumento de volumen en relación a los anexos y habitualmente dependiente de los ovarios. Es una condición muy frecuente y tiene múltiples causas, siendo la más habitual la alteración de la función normal de los ovarios (tumores funcionales) y la de mayor preocupación, el cáncer de ovario. Las mujeres en edad fértil (entre 15 y 45 años) presentan habitualmente tumores funcionales que se resuelven espontáneamente; en cambio, las mujeres de los extremos de la vida concentran los tumores neoplásicos que requerirán mayor estudio y habitualmente resolución quirúrgica.

La mayoría de las veces se presenta como un hallazgo en una ecografía realizada por otra causa, sin embargo, puede aparecer en consulta por dolor abdominal bajo asociado a alteración en sus ciclos menstruales. Se sospecha con el examen físico y se confirma con ecografía transvaginal, de vital trascendencia en describir las características del tumor y en base a ello tomar las conductas terapéuticas adecuadas.

El tratamiento depende de cada caso; en general pacientes en edad fértil -con tumores benignos de menos de 8 cm- bastará con seguimiento y control por 3 a 6 meses, donde el 80% de los casos se resolverá espontáneamente.

Aquellas pacientes en los extremos de la vida, con tumores de más de 8 cm o de características ecográficas sospechosas de malignidad, requieren de resolución quirúrgica inmediata.

Esterilización quirúrgica: es un procedimiento que se realiza para que un individuo no se reproduzca, suele presentarse cuando la persona tiene embarazos complicados se realiza con mayor frecuencia mediante la ligadura de trompas, en la que se ligan y se seccionan ambas trompas de Falopio.

---

13 Tortora, Gerard J." Introducción al cuerpo humano: fundamento de anatomía y fisiología" Editorial Medica Panamericana. México. 2008 cap.23 pág. 580

Como consecuencia el ovocito secundario no puede atravesar las trompas de Falopio y los espermatozoides no pueden alcanzarlos.<sup>14</sup>

Encastramiento de dispositivos intrauterinos: un dispositivo intra uterino (DIU) Es un objeto pequeño de plástico, cobre o acero inoxidable que se introduce en la cavidad uterina y produce modificaciones en la cubierta del útero que impiden la implantación del ovuló fecundado. En ocasiones para extraer este dispositivo es necesario una intervención quirúrgica por el encastramiento del mismo que imposibilita extraerlo sin mayores complicaciones.<sup>15</sup>

Cáncer de Útero: Las estadísticas mundiales sitúan el cáncer de cérvix en segundo lugar en frecuencia después del cáncer de mama. Cada año se diagnostica 437.000 nuevos caso en todo el mundo, de los cuales aproximadamente el 50% serán mortales. Ocupa el tercer lugar de los tumores del tracto genital femenino, detrás del endometrio y el del ovario. El cáncer de cérvix representa en este país el 4,5% de los cánceres femeninos. Los factores de riesgo están directamente relacionados con la actividad sexual y se manifiesta a través de lesiones pre malignas. Las neoplasias intraepitelial cervical (CIN) es una alteración progresiva de maduración y diferenciación de los epitelios que van desde su forma más leve (LGSIL) hasta el carcinoma in situ o HGSIL. Las características principales de esta lesión es que la alteración del epitelio respeta la membrana basal y se considera una lesión precursora del cáncer invasor de cérvix.

Cáncer de cuello uterino: La fases precoces de la enfermedad suelen ser asintomáticas. Los primeros síntomas son la leucorrea y las perdidas hemáticas. La leucorrea es acuosa al principio, va aumentando de cantidad y se vuelve oscura y maloliente debido a la necrosis. El tratamiento del cáncer de cuello se basa en dos modalidades terapéuticas: cirugía (en estadios precoces del carcinoma micro invasor en mujeres jóvenes en edad reproductiva está indicado la crionización) y radioterapia (se utiliza como complemento de la cirugía o de forma primaria para reducir el tumor y así facilitar la cirugía posterior).

---

14 Ídem. pág. 26

15 Ídem. pág. 26

El objetivo es el control del tumor primario y también de los grupos ganglionares pélvicos por lo que puede diseminarse.

Cáncer de mama: En el cáncer de mama, al igual que la mayoría de enfermedades, el diagnóstico constituye una parte esencial del proceso y, por tratarse de una patología tumoral, interesa que sea lo más exacto y temprano posible. Entre las mujeres que presentan síntomas clínicos, la mayoría consulta por algias, aparición de zonas induradas o nódulos, retracciones de la piel y/o el pezón, signos inflamatorios y secreciones por el pezón. El tratamiento del cáncer de mama es multidisciplinar. Existen dos modalidades principales en el tratamiento: tratamiento local y tratamiento sistémico; ambos pueden combinarse. El objetivo principal es conseguir el máximo control loco regional y sistémico de la enfermedad neoplásica, garantizar la máxima supervivencia con la mínima mutilación y una limitada agresividad terapéutica.

El tratamiento quirúrgico local suele ser el primer tiempo terapéutico de esta enfermedad y coincide, frecuentemente, con el diagnóstico histológico definitivo. La finalidad del tratamiento quirúrgico es erradicar el tumor primario y su posible extensión regional, básicamente axilar.

Actualmente se utiliza cuatro tipos de tratamientos complementarios: radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia.

Ante lo descrito se puede inferir que en el periodo pos- operatorio mediato e inmediato y, dependiendo del tipo de cirugía y sus consecuencias las pacientes son expuestas a limitaciones en cuanto en movimiento, fuerza, es decir, esta situación modificara su estilo de vida.

El enfermero puede proporcionarle la información sobre los ajustes necesarios, de acuerdo a la realidad diagnóstica y post operatoria que cursara el paciente y en relación al contexto en el que el mismo se desarrolle. El servicio de ginecología proporciona a las pacientes a su egreso información gráfica de ejercicios para favorecer la recuperación y evitar daños o lesiones y/o en áreas quirúrgicas.

“El enfermero también puede hacer, siempre que sea posible, adaptaciones que se acomodan al estilo de vida del paciente y estimular a los demás profesionales sanitarios a que sean conscientes de la práctica del estilo de

vida. Además reforzar los cambios deseables en las prácticas con la idea de hacer de ellas una parte permanente del estilo de vida del paciente”.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Fundamentos de enfermería. 2008 Capítulos 17/salud, prosperidad y enfermedad. Volumen 1 Editorial: Prentice Hall Iberia. S.R.L. 1ª Edición

## APARTADO C

### Rol de enfermería

El enfermero cumple un rol fundamental en la internación, ya que es el primer referente al que las mujeres se relacionan a través de los cuidados y de la relación enfermero-paciente.

Se entiende por cuidado de la salud el conjunto de actividades basadas en un repertorio variado de conocimientos culturales y científicos que tienen por objeto promover, proteger, restablecer y rehabilitar la salud de las personas y los grupos humanos. (Galli V. 1985.)<sup>17</sup>

La acción del cuidado del profesional de enfermería va dirigida al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera, habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver de esta persona. La acompaña en su experiencia de salud siguiendo su ritmo y su camino. Utiliza todo su ser, incluida una sensibilidad que comprende elementos más allá de lo visible y palpable. Intervenir significa “estar con” la persona. La enfermera y la persona atendida son compañeros en un cuidado individualizado. En una atmósfera de mutuo respeto, ésta crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona; también se beneficia de los lazos auténticos que ha tejido con esta persona para el desarrollo de su propio potencial.

La persona es así un todo indisociable, tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, forma un modelo dinámico de relación mutua y simultánea con el entorno. La persona evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.

“Para dispensar cuidados enfermeros es cada vez más necesario comprender los procesos, los problemas y las situaciones de las personas de todas las edades, en todas las situaciones de la vida y en un mundo en constante evolución” (Gorther, 1983; Polit y Hungler, 1991).<sup>18</sup>

El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las

---

<sup>17</sup> Galli V. Salud Mental, definiciones y problemas. Dirección Nacional de Salud Mental. Bs. As. 1985.

<sup>18</sup> Gortner, S.R. (1983). The History and Philosophy of Nursing Science. Advance of Nursing Science 5 12, 1-8.

necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad.

Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda (Meleis, 1991).<sup>19</sup>

Intervenir significa actuar con la persona, a fin de responder a sus necesidades. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

La relación persona a persona consiste en una serie de interacciones entre una enfermera y un paciente, planeadas con un propósito y en las cuales ambos participantes modifican y desarrollan aptitudes interpersonales cada vez mayores.

La relación enfermera paciente es similar a todas las otras relaciones de persona a persona: la diferencia reside en que, en este tipo de relación, uno de los participantes, la enfermera, tiene conocimientos y habilidades que necesita el otro, el paciente. Así la relación enfermera paciente es una experiencia inmediata vivida y compartida por dos seres humanos únicos.

La relación enfermera-paciente atraviesa varias etapas, fases lógicas convenientes para la organización de los datos de la relación, en la realidad, esas etapas están superpuestas; además aspectos que pertenecen a una pueden aflorar en otra. Lo que demuestra que las etapas son estáticas en la teoría, pero dinámicas en la realidad.

Las etapas que conducen al establecimiento de una relación son: etapa de pre-interacción; etapa introductoria o de orientación; etapa de definición de identidades y la terminación.

El mayor obstáculo en esta etapa se relaciona con la forma en que la enfermera y paciente se perciben uno a otro, cada participante de la interacción puede percibir al otro como una figura estereotipada y no como un ser humano único. También es posible que uno vea al otro como una réplica de una persona importante del pasado; esto impide la percepción de la unicidad.

---

<sup>19</sup> Polit DF & Hungler BP (1991) Nursing Research Principles and Methods. 4ª Edic. PA Lippincott. Philadelphia

Para poder superar la etapa introductoria, es esencial que la enfermera comprenda como percibe ella al paciente y cómo este la percibe.

Los factores que pueden influir comprenden la edad, la jerarquía, la clase social y el grado de angustia de ambos participantes para percibir al otro como ser único.

Las barreras como clase social, jerarquía real o supuesta de los participantes en la interacción, grado de angustia puede interferir en la relación enfermero paciente.

La comunicación es el medio a través del cual el individuo participa en el mundo que lo rodea. La capacidad de comunicarse permite al hombre ampliar las fronteras de su ego, llegar a los demás y compartir con ellos su propia experiencia. Se conoce al individuo por lo que comunica a los demás acerca de sí mismo. Ser conocido, odiado, apreciado, amado o considerado objeto de indiferencia o ridículo, es una contingencia que depende en parte, de lo que uno mismo comunica a los demás.

La comunicación precisa y eficaz es un tipo de comportamiento adquirido. Es fácil mal entender a los demás. El pensamiento requiere un tiempo que no es necesario para la reacción emocional. También es difícil oír, comprender y aceptar un mensaje que no se desea recibir. Quizás la labor más ardua sea recibir estos mensajes, analizarlos en forma crítica, aprender de ellos y sentirse agradecidos porque otros se interesaron. La crítica constituye una oportunidad para verse a sí mismo. Esa experiencia, si bien provoca tensiones de distinto tipo, puede resultar útil siempre que uno reconozca las oportunidades inherentes de desarrollo personal. Las enfermeras deben examinar su propio comportamiento y observar cómo afecta a sus pacientes e influye sobre ellos.

Es necesario considerar cuales son las dimensiones que constituyen la relación enfermo-paciente y/o familiar dividiéndolas en dos grandes categorías: cuidados asistenciales y de auto cuidado.

Dorothea Orem, en su teoría de "Los sistemas de Enfermería", describe y explica las relaciones necesarias para establecer y mantener para que se dé la enfermería.

Define el auto cuidado "como una actividad del individuo aprehendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones

concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

Jean Watson “Considera la asistencia como la esencia del ejercicio profesional de enfermería.

Es más un ideal moral que una conducta orientada hacia el trabajo e incluye los aspectos más evasivos de la razón real de la asistencia y las relaciones transpersonales entre la enfermera y el paciente. El objetivo es preservar la dignidad humana y la humanidad en el sistema sanitario. Cree que la asistencia que lleva acabo la enfermería profesional se realiza a través del estudio combinado de las ciencias y humanidades, y que culmina con un proceso de asistencia entre la enfermera y el paciente que trasciende al tiempo y al espacio con unas dimensiones espirituales.

El modelo de La teoría de los sistemas de enfermería orienta la acción del enfermero hacia un sistema totalmente compensador, la acción de la enfermera es realizar el cuidado terapéutico del paciente, compensar la incapacidad del paciente para realizar su auto cuidado y apoyar y proteger al paciente.

## **RELACION Y COMUNICACIÓN: ENFERMERIA PSICOSOCIAL**

### La relación interpersonal

Al hablar de ciencia en enfermería es necesario abordar distintos paradigmas y concepciones que la configuran o han ido configurando, con el fin de dar respuestas a la situación en la que hoy se encuentra.

La disciplina enfermera ha ido evolucionando con los acontecimientos históricos y las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia. Apoyada en esta base, y utilizando los saberes de otras ciencia, ha ido describiendo distintos paradigmas o formas de pensamiento, que de una u otra forma han guiado la actuación enfermera.

Entre estos paradigmas se destacan el de la categorización, en el que la búsqueda de un factor causal es la base de sus elementos y manifestaciones. El Paradigma de la integración, en las que las orientaciones van dirigidas hacia la globalidad del ser humano y la interacción constante con su entorno.

La mayor parte de los modelos de enfermería se han desarrollado con este prisma y entre ellos destacan las escuelas de las necesidades (V. Henderson, D. Orem), de la interacción (H. Peplau), de los efectos deseados (C.Roy) y de la promoción de la salud. (En Marriner-Tomey, A. 1991).<sup>20</sup>

El Paradigma de la transformación, ha inspirado nuevas concepciones de la disciplina que suponen una orientación de apertura al mundo.

Los modelos tratados son una materia conceptual sustentada en valores humanistas. La enfermera en la relación con el paciente ha de buscar descubrimientos y plantearse reconsideraciones, sin olvidar que la intervención eficaz de los cuidados depende de un cuestionamiento permanente.<sup>21</sup>

De lo descrito se desprende la importancia que tiene la comunicación en el desarrollo profesional, y destacar que cada persona tiene tendencia a usar un sistema de comunicación peculiar que depende de la visión que tiene del mundo.

Este sistema es lo que en psicología se los denomina “estilos de comunicación interpersonal”. Los estilos de comunicación que se emplean dependen básicamente, de las características personales y de las experiencias infantiles durante el proceso de socialización.

No siempre se usa el mismo estilo y puede ocurrir que este se modifique en función de la persona con la que uno se comunique y, frecuentemente, según la posición de poder respecto de él.

Sin embargo, en general, todas las personas tienen un estilo comunicacional básico que se manifiesta siempre en situaciones de estrés o conflicto. En el proceso de internación se suceden conflictos entre las pacientes, y contención mutua como también manifestaciones de llanto, donde se vuelve necesaria la interacción de la enfermera.

Según Ansola y colaboradores (cap.5, Relación y comunicación: Enfermería psicosocial) los estilos de comunicación que podemos encontrar son el pasivo, el agresivo, el manipulador y el estilo asertivo. El que más se destaca entre estos es el asertivo.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Marriner-Tomey, A. (1991) Nursing Theorists and their work. 2ª Edic. St. Louis. The C.V. Mosby Company.

<sup>21</sup> Lic. Daniel A. Checa” Fundamentos y bases de todas las áreas enfermera”. Editorial Barcel Baires S.A. España. 2013. vol 1.pag. 110

<sup>22</sup> Ansola y colaboradores. Relación y comunicación, Enfermería del Siglo XXI. Enfermería psicosocial.Cap.5, 2008.

Las características principales del estilo comunicacional asertivo son la capacidad de escuchar al otro, la posibilidad de decir "no" cuando se quiera decir, sin sentirse culpable y la factibilidad para dar y recibir críticas constructivas.

## **LA ADAPTACION Y EL AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD**

La vida del ser humano está asociada, por definición, a múltiples cambios. Algunos de ellos son normales y esperables, ya que se encuentran dentro del ciclo vital de la persona e incluyen aspectos como la incorporación laboral, el establecimiento de parejas, la crianza de los hijos, su posterior abandono del hogar o la jubilación. Pese a que todo ellos conforman la evolución del funcionamiento del individuo, pueden asociarse al estrés. Por otra parte, existen otros tipos de situaciones, también muy frecuentes en la vida humana, como los accidentes y las enfermedades, que producen estrés de forma sistemática y a los que el individuo tiene que adaptarse.

Cada vez que sucede una situación estresante, el ser humano suele tardar algún tiempo en adaptarse y volver al estado de funcionamiento previo. Esta situación, que produce limitaciones parecidas a la que ocurren en una enfermedad, es tan frecuente en el ser humano que las clasificaciones psiquiátricas actuales la han descrito como un trastorno psicológico específico, el trastorno de adaptación, que se define como la respuesta a una situación de stress identificable.

Este trastorno de adaptación se caracteriza por diferentes aspectos, como en situaciones de estrés, constituye una situación que la mayoría de las personas considerarían como tal y que comprende a los problemas de salud, situaciones de duelo, alteraciones significativas en las relaciones conyugales, familiares e interpersonales, problemas laborales y/o económicos y dificultades con la justicia.

Los síntomas emocionales en los trastornos de adaptación que pueden verse en su historia clínica son ansiedad, depresión u otras emociones, y/o alteraciones de conductas, incluidas conductas anormales de enfermedad

---

(p.ej.: somatización del malestar psicológico).

## **EXPECTATIVAS Y TEMORES DEL PACIENTE**

Los temores de los pacientes proporcionan información sobre los mismos y, los profesionales deben tomar buena nota de ellos.

Una actitud adecuada por parte de la enfermera es que sea capaz de comprender esos temores, que a menudo se traduce en desconfianza, sin sentirse herida o humillada y, por el contrario, permite al paciente expresarlos a lo largo de la relación.

Basándose en la práctica diaria y en la referencia de otros autores las esperanzas más frecuentes que tiene el paciente son que lo cuiden y lo curen, la motivación básica de toda persona que enferma es la curación y, en caso de que esta no sea posible, el alivio del dolor y de las molestias. No hay que olvidar que el paciente “tiene derecho” a pedir su curación, pero hay que ajustar las expectativas lo más posible a la realidad sin, por ello, tener que abandonarlo.

También el paciente quiere que lo escuchen y lo comprendan, si se preguntara a los pacientes, seguramente preferirían curarse más lentamente pero sentirse comprendidos y aceptados tal como son y no como gustaría que fueran. Se debe entender que muchas veces el enfermo no quiere soluciones y simplemente el hablar de su situación lo libera y eso ya es ser útil. La forma de mostrar la comprensión es empatizar, es decir, entender la situación en la que se encuentra el paciente, no banalizarla, ni quitarle importancia, poder escuchar y responder, actuar parca y prudentemente o, incluso, no poder responder en ese momento.

Otra de las expectativas que tiene el paciente es que acepten su papel de enfermo, que la sociedad acepte el hecho de que se está enfermo. Una de las características de ese rol es la exención de culpa y otra, la posibilidad del poder expresar el sufrimiento de forma reiterada.

Por último, que lo informen sobre su enfermedad, una de las quejas más frecuente de los pacientes es que nadie les explica en cada momento cuál es su situación. Esta expectativa, que se traduce en un derecho, chocan

normalmente con aquellos profesionales que mantienen el modelo paternalista en el que el profesional sabe qué es lo mejor o peor para el paciente y lo que éste debe o no saber. Es necesario ser coherentes y armonizar toda la información que se emita. Quizás muchos profesionales estarán pensando al leer estas líneas que muchos pacientes no quieren información, y en ocasiones es verdad. Sin embargo, un profesional que detecta que el paciente no puede o no quiere recibir cierta información es porque está dispuesto a darla si es necesario.

Los temores más habituales que surgen como motivo de la situación de enfermedad son, entre otros; que le encuentren algo incurable; que lo consideren culpable de su problema y lo juzguen; que le hagan daño y que lo abandonen, que no lo aprecien.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Lic. Daniel A. Checa" Fundamentos y bases de todas las áreas enfermera" editorial Barcel Baires S.A. España. 2013. vol 1,pag. 110

## **CAPÍTULO II**

## **El Diseño Metodológico**

Se define al diseño metodológico, como a los procesos básicos e indispensables para el análisis, puesta en marcha, y evaluación de la problemática planteada. De acuerdo a esto se justifica:

- **Proceso formal deductivo:**

Deducir o sacar conclusiones de esta investigación

- **Según el grado de Abstracción:**

Es aplicada, porque crea conciencia para tratar de mejorar los problemas cotidianos del quehacer enfermero.

- **Según el grado de Generalización:**

Es fundamental, al estar orientada a conclusiones.

- **Según la naturaleza de los datos:**

Es cuantitativo, ya que se pretende intencionalmente “acotar” la información en base al análisis estadístico para generalizar los resultados.

- **Según la dimensión cronológica:**

Es prospectivo en este tipo de estudio se registra la información según van ocurriendo los fenómenos.

- **Según el objetivo:**

Es descriptivo-explicativo. Trata de explicar las condiciones de las mujeres internadas en el servicio de Ginecología.

- **El universo**

Está constituido por la totalidad de mujeres internadas en el servicio de Ginecología, durante el tiempo del estudio, un total de 30 pacientes. Por lo tanto la muestra se considera el universo.

- **Muestra**

Dado a lo acotado de la población no se trabajara con muestra, si no que con el total de la población, un total de 30 pacientes.

- **Área de estudio:**

La investigación se desarrollará en el Servicio de Ginecología del Hospital Central.

## **VARIABLES A CONSIDERAR:**

- **Variable Independiente:** Mujeres Internadas
- **Variable Dependiente:** Complicaciones
- **Variables Asociación:** Factores Asociados

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicadores
<b>Mujeres Internadas Factores Personales</b>	Edad	Menos de 25 26 a 30 años 31 a 35 años 36 a 40 años Más de 40 años
	Lugar de residencia	Gran Mendoza Zona Este Valle de Uco Zona Sur Otra provincia
	Trabajo	Si No
	Hijos	Si No
	Sostén de familia	Si No
<b>Complicaciones de la Internación</b>	Tiempo de Internación	Menos de 7 días Más de 7 días
	Motivo de Internación	Determinación del diagnóstico Tratamiento (Médico quirúrgico) Falta de insumos Turno de quirófano Falta de recursos humanos
	Diagnóstico de patología	Benigna Maligna
<b>Factores Asociados</b>	Personal	Angustiada Ansiosa Irritable Tranquila
	Social	Visitas de familiares(esporádicas) Los hijos Problemas económicos Organización familiar Ninguna preocupación

### **Técnica e instrumento de recolección de datos**

Se utilizará una encuesta para las mujeres internadas en el servicio de Ginecología, para poder obtener los datos de las variables en estudio, las cuales serían las mujeres internadas, complicaciones de la internación y factores asociados.

### **Recolección, Procesamiento y Análisis de resultado**

Los resultados derivados de las encuestas se reflejarán en una planilla de tabulación de datos, dónde se asignarán distintas categorías con el propósito de facilitar el análisis de dichos datos.

La recolección de datos se realizara una vez a la semana durante el primer mes (Julio) hasta saturar la población seleccionada (30 pacientes).

Una vez realizada la recolección según lo planificado se procede a codificar los datos obtenidos dándole un valor numérico a las preguntas de la encuesta y un valor alfabético a las opciones para luego ordenarlas en una matriz de datos para una fácil lectura. Luego se procede a tabular la información, en tablas simples y de doble entrada con frecuencia absoluta y relativa, en gráficos de barras y tortas. Así luego se realiza el análisis de los resultados obtenidos, datos univariados y bivariados.

**Procesamiento  
y  
Presentación  
de datos**

## TABLAS DE FRECUENCIAS

### TABLA N°1

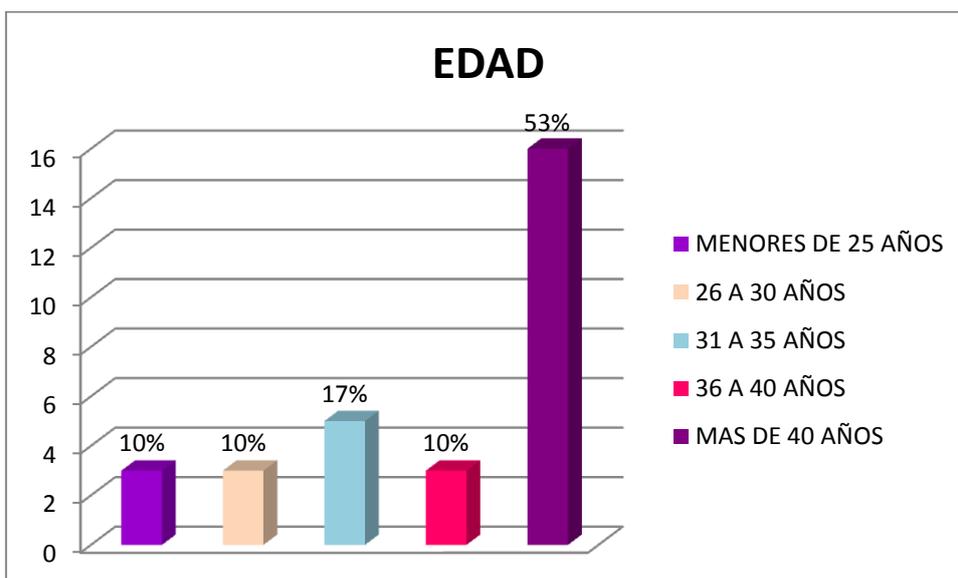
Mujeres según **EDAD**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.

EDAD	F.A	F.R
MENORES DE 25 AÑOS	3	10%
26 A 30 AÑOS	3	10%
31 A 35 AÑOS	5	17%
36 A 40 AÑOS	3	10%
MAS DE 40 AÑOS	16	53%
TOTAL	30	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

### GRÁFICO N° 1

Mujeres según **EDAD**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.



Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

**Comentario:** En nuestra población estudiada(N=30), que está comprendida entre grupos de edades de menores de 25 años y mayores de 40 años encontramos que la mayoría se encuentra comprendida en el último grupo con el 53%, seguido por el grupo de 31 a 35 años con el 17%.

## TABLA Nº2

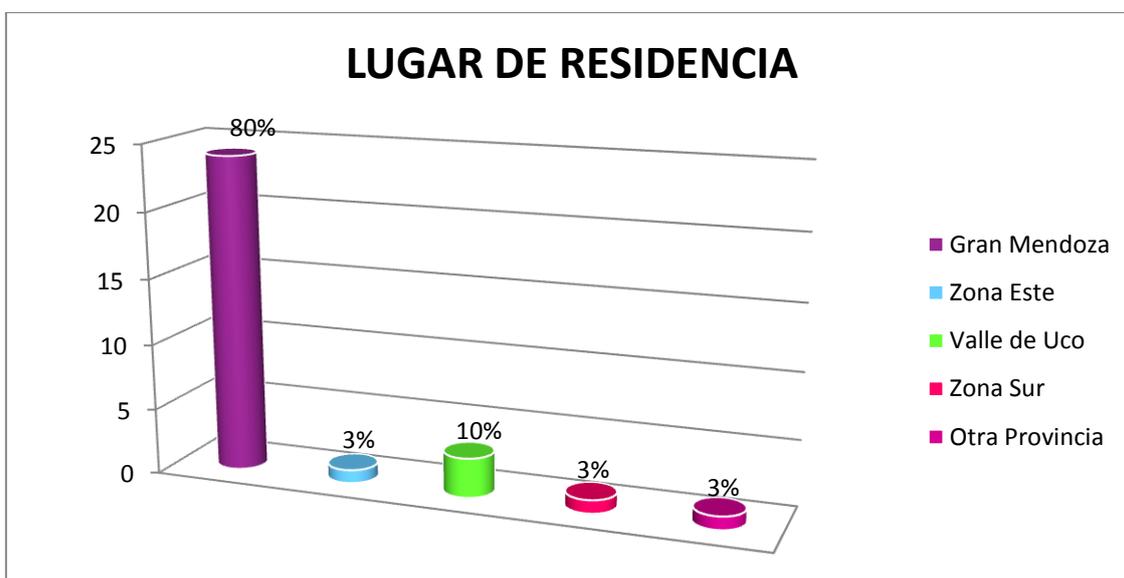
Mujeres según **LUGAR DE RESIDENCIA**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.

RESIDENCIA	F.A	F.R
Gran Mendoza	24	80%
Zona Este	1	3%
Valle de Uco	3	10%
Zona Sur	1	3%
Otra Provincia	1	3%
TOTAL	30	99%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

## GRÁFICO Nº 2

Mujeres según **LUGAR DE RESIDENCIA**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.



Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

**Comentario:** Referido a nuestra encuestadas(N=30) encontramos que de acuerdo al lugar de residencia, el 80% pertenece al Gran Mendoza.

### TABLA N°3

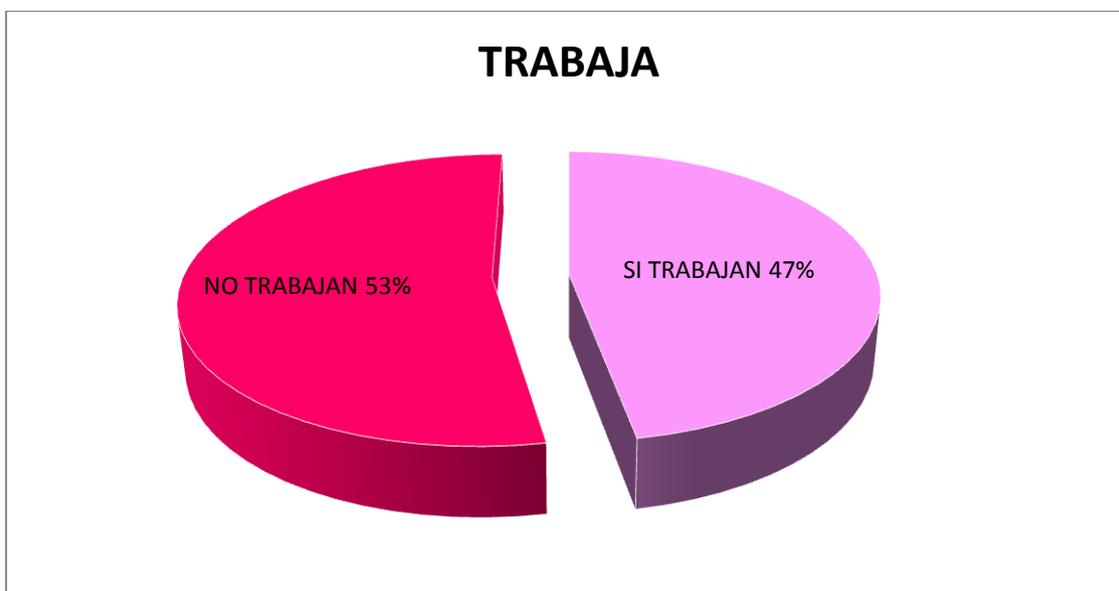
Mujeres según **TRABAJA**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.

TRABAJA	F.A	F.R
SI	14	47%
NO	16	53%
TOTAL	30	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

### GRÁFICO N° 3

Mujeres según **TRABAJA**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.



Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

**Comentario:** En nuestra población de 30 encuestadas obtenemos que la mayoría de las internadas no trabajan.

#### TABLA Nº4

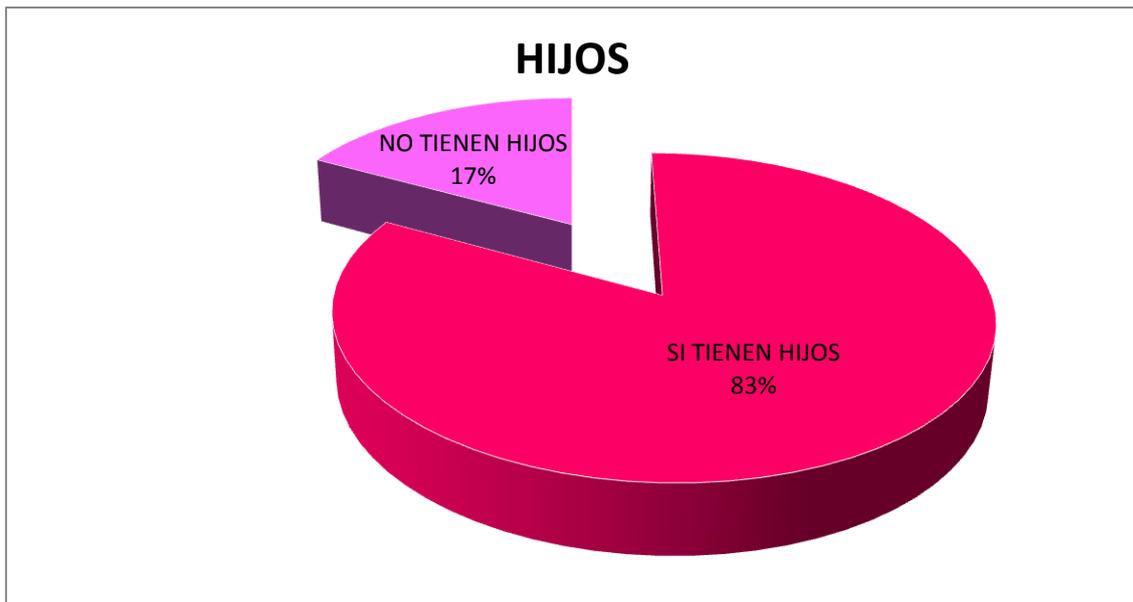
Mujeres según **TIENEN HIJOS**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.

HIJOS	FA	FR
SI	25	83%
NO	5	17%
TOTAL	30	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

#### GRÁFICO Nº 4

Mujeres según **TIENEN HIJOS**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.



Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

**Comentario:** En nuestra población estudiada (n=30) encontramos que la mayoría de las internadas tienen hijos, donde se obtuvo 83% del total.

### TABLA Nº5

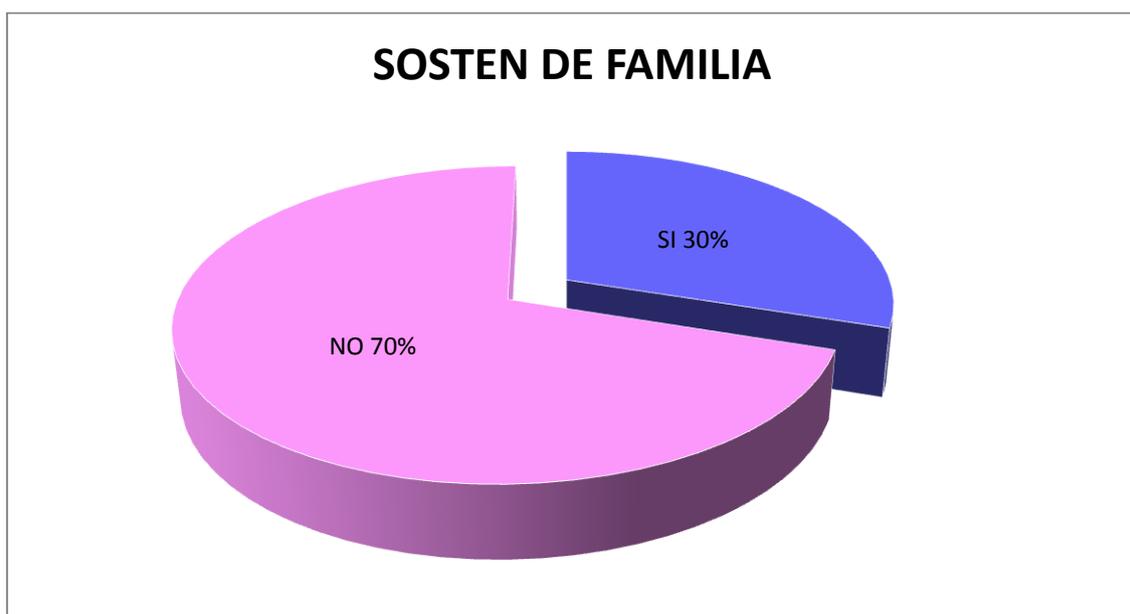
Mujeres según **SOSTEN DE FAMILIA**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.

SOSTEN DE FAMILIA	FA	FR
SI	9	30%
NO	21	70%
TOTAL	30	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014

### GRÁFICO Nº 5

Mujeres según **SOSTEN DE FAMILIA**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.



Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

**Comentario:** De la población constituida por 30 encuestadas encontramos que la mayoría no es sostén de familia, con un total del 70%.

### TABLA N°6

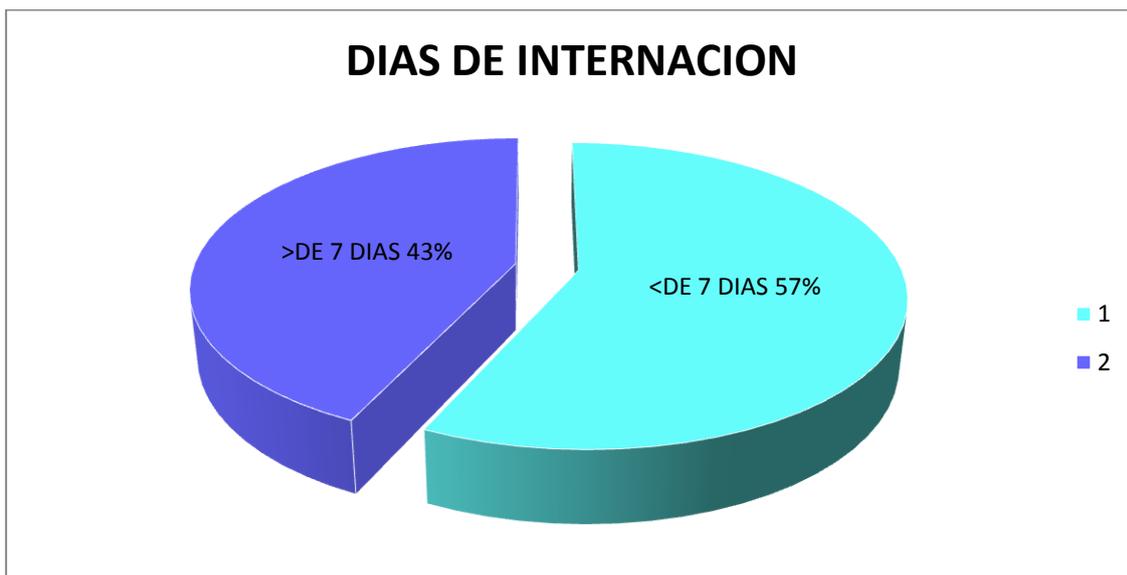
Mujeres según **DIAS DE INTERNACION**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.

DIAS DE INTERNACION	FA	FR
< DE 7 DIAS	17	57%
> DE 7 DIAS	13	43%
TOTAL	30	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

### GRÁFICO N° 6

Mujeres según **DIAS DE INTERNACION**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.



Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

**Comentario:** Referido al tipo de internación en nuestra población encontramos que la mayoría tiene un periodo de internación menor a 7 días, el 57%.

### TABLA N°7

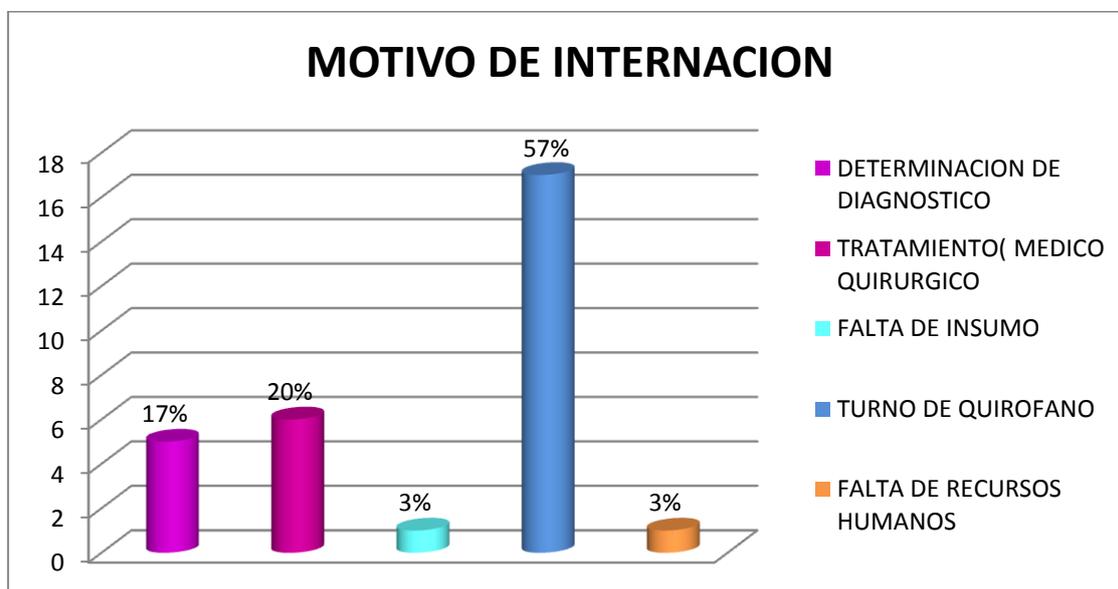
Mujeres según **MOTIVO DE INTERNACION**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.

MOTIVO DE INTERNACION	FA	FR
DETERMINACION DE DIAGNOSTICO	5	17%
TRATAMIENTO( MEDICO QUIRURGICO	6	20%
FALTA DE INSUMO	1	3%
TURNOS DE QUIROFANO	17	57%
FALTA DE RECURSOS HUMANOS	1	3%
TOTAL	30	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014

### GRÁFICO N° 7

Mujeres según **MOTIVO DE INTERNACION**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.



Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

**Comentario:** El motivo de internación de nuestra población encuestada(N=30) se debe a la espera de un turno de quirófano, con el 57% seguido por el 20% cursando el tratamiento (médico- quirúrgico).

### TABLA N°8

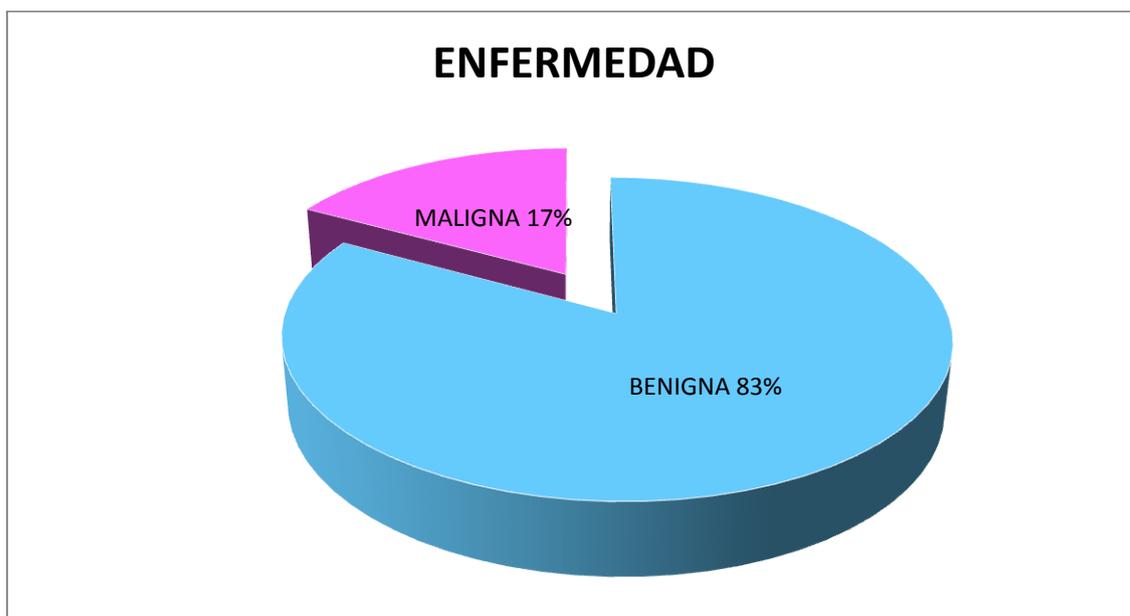
Mujeres según **ENFERMEDAD**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.

ENFERMEDAD	FA	FR
BENIGNA	25	83%
MALIGNA	5	17%
TOTAL	30	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

### GRÁFICO N° 8

Mujeres según **ENFERMEDAD**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.



Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

**Comentario:** En nuestra población encuestada (N= 30) encontramos que la mayoría, el 83% cursa enfermedades benignas.

### TABLA N°9

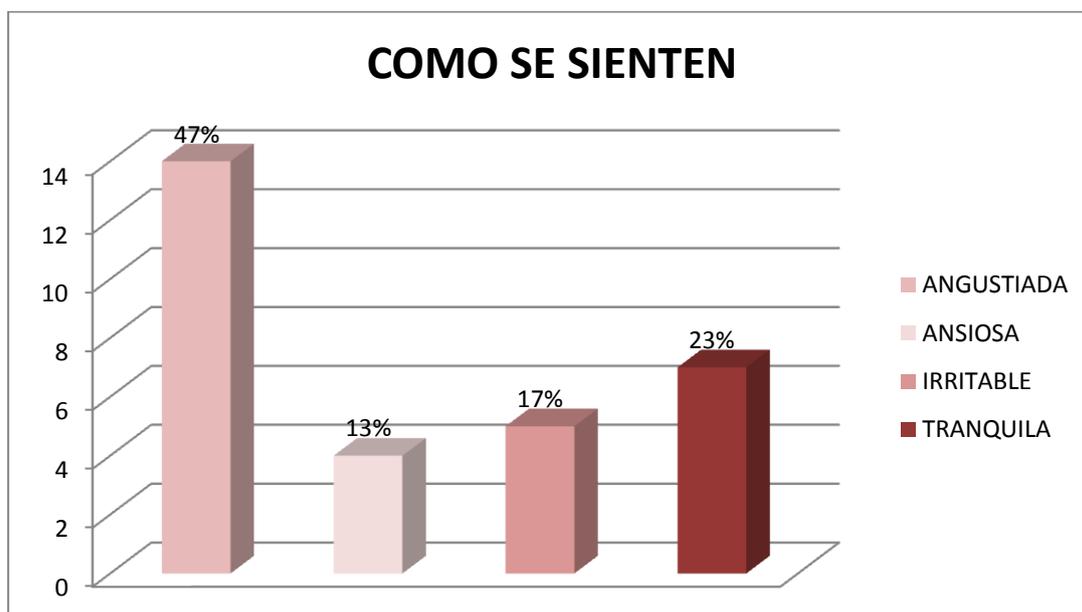
Mujeres según **QUE SIENTE DURANTE LA INTERNACION**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.

COMO SE SIENTE DURANTE LA INTERNACION	FA	FR
ANGUSTIADA	14	47%
ANSIOSA	4	13%
IRRITABLE	5	17%
TRANQUILA	7	23%
TOTAL	30	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

### GRÁFICO N° 9

Mujeres según **QUE SIENTE DURANTE LA INTERNACION**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.



Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

**Comentario:** De nuestra población (N=30) encontramos que la mayoría de las encuestadas, el 47% se siente angustiadas.

### TABLA Nº10

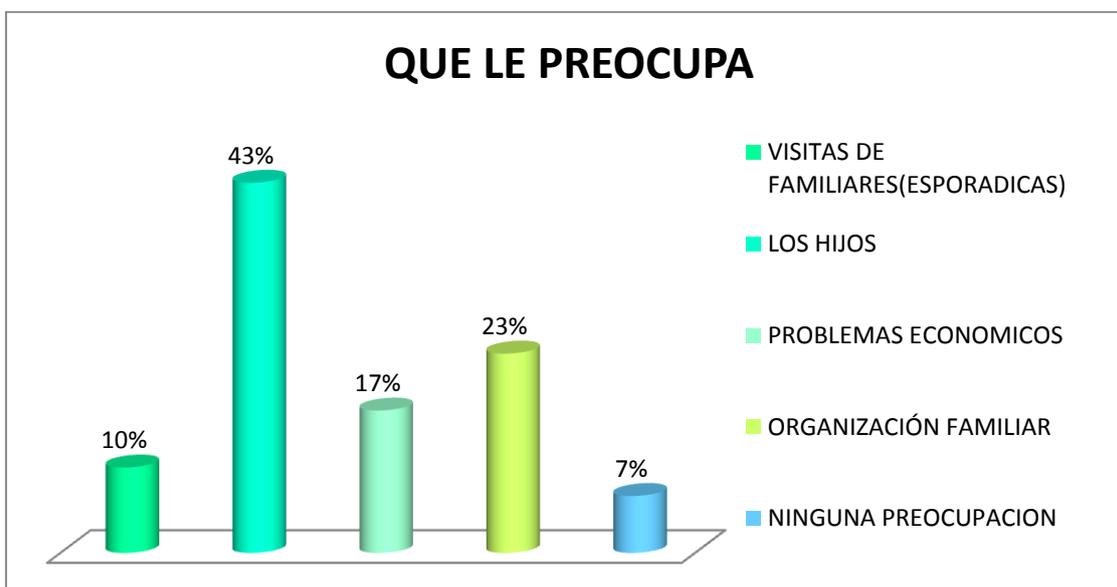
Mujeres según **PREOCUPACION DURANTE LA INTERNACION**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.

QUE MAS LE PREOCUPA	FA	FR
VISITAS DE FAMILIARES(ESPORADICAS)	3	10%
LOS HIJOS	13	43%
PROBLEMAS ECONOMICOS	5	17%
ORGANIZACIÓN FAMILIAR	7	23%
NINGUNA PREOCUPACION	2	7%
TOTAL	30	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

### GRÁFICO Nº 10

Mujeres según **PREOCUPACION DURANTE LA INTERNACION**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.



Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

**Comentario:** Referido a nuestra población encuestadas(N=30) encontramos que lo que más les preocupa a las mujeres hospitalizadas son los hijos con un total del 43%, seguido por la preocupación de la organización familiar con el 23%.

## PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE TABLAS DE BIVARIADOS

**TABLA Nº 11**

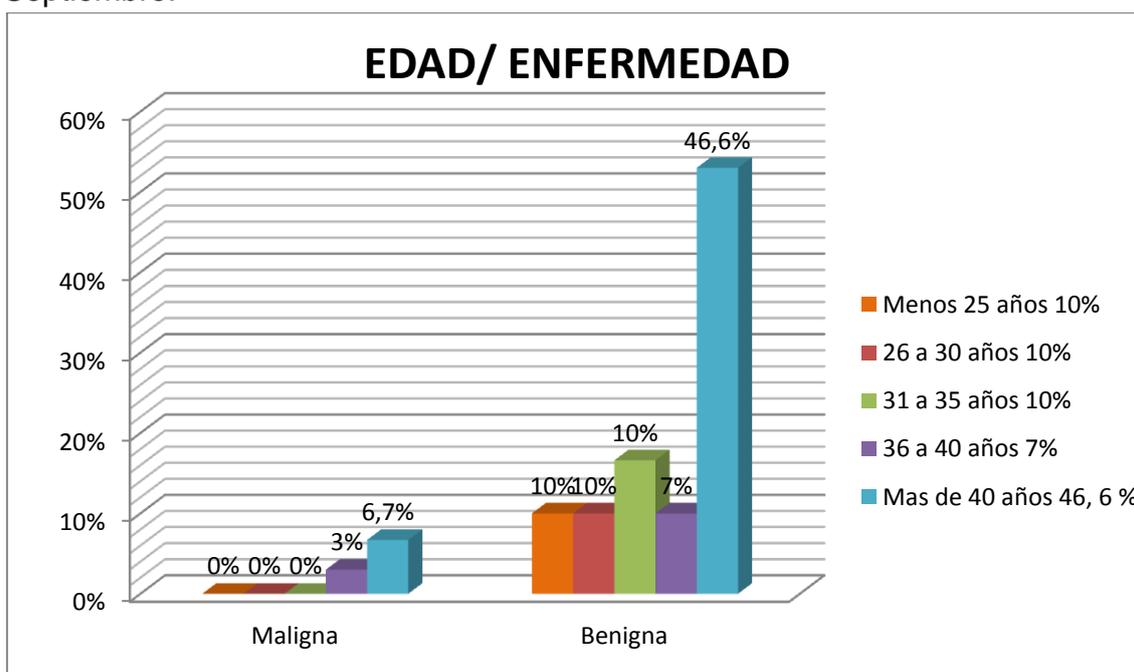
Mujeres según **EDAD/ENFERMEDAD**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.

EDAD/ENFERMEDAD	MENOS 25 AÑOS	26 A 30 AÑOS	31 A 35 AÑOS	36 A 40 AÑOS	MÁS DE 40 AÑOS	FR
BENIGNA	10%	10%	10%	7%	46,6 %	83,6 %
MALIGNA	0%	0%	6,7 %	3%	6.7%	16,4 %
TOTAL	10%	10%	17%	10%	53%	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

**GRAFICO Nº 11**

Mujeres según **EDAD/ENFERMEDAD**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.



Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

**Comentario:** De la población total (N=30) el 84% de las mujeres internadas padecen enfermedades benignas. De estas maneras pacientes con enfermedades benignas, la mayoría (47%) pertenece al rango de edad de Más de 40 años.

**TABLA 12**

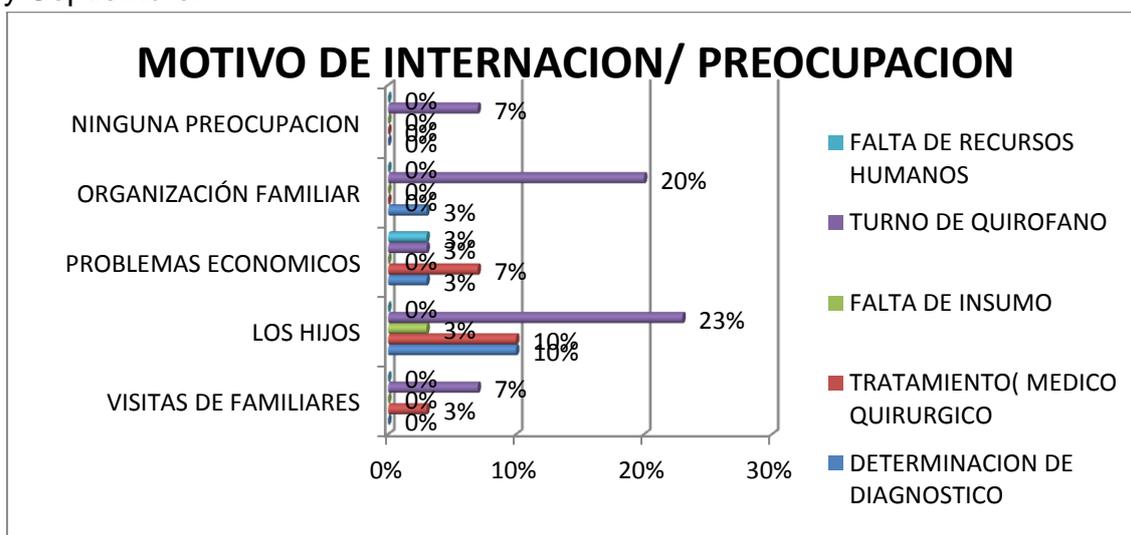
Mujeres según **MOTIVO DE INTERNACION & PREOCUACION DE LAS PACIENES DURANTE LA INTERNACIO**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.

MOTIVO DE INTERNACION/PREOCUPACION	VISITAS DE FAMILIARES	LOS HIJOS	PROBLEMAS ECONOMICOS	ORGANIZACIÓ N FAMILIAR	NINGUNA PREOCUPACION	TOTAL
DETERMINACION DE DIAGNOSTICO	0%	10%	3%	3%	0%	17%
TRATAMIENTO( MEDICO QUIRURGICO	3%	10%	7%	0%	0%	20%
FALTA DE INSUMO	0%	3%	0%	0%	0%	3%
TURNO DE QUIROFANO	7%	23%	3%	20%	7%	57%
FALTA DE RECURSOS HUMANOS	0%	0%	3%	0%	0%	3%
<b>TOTAL</b>	<b>10%</b>	<b>43%</b>	<b>17%</b>	<b>23%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a Mujeres internadas en el Servicio de Ginecología , en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

**GRAFICO Nº 12**

Mujeres según **MOTIVO DE INTERNACION & PREOCUACION DE LAS PACIENES DURANTE LA INTERNACIO**, internadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Septiembre.



Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a mujeres internadas en el Servicio de Ginecología, en el Hospital Central, de Mendoza, durante los meses Julio, Agosto y Setiembre del 2014.

**Comentario:** De la población total (n=30), el 57% de las pacientes se encuentra internada a la espera un turno de quirófano. De esta manera, las pacientes que permanecen internadas, el 23% se encuentran preocupadas por los hijos seguido con un 20% por la organización familiar.

**CAPITULO III**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**  
**DE**  
**PROPUESTAS**

## DISCUSION

En la búsqueda de dar respuesta a la pregunta de investigación se ha podido obtener información relevante como:

- En cuanto a las características de las mujeres que han sido sujeto de estudio, internadas en el Servicio de ginecología, del Hospital Central; los datos más relevantes se centra en más del 50% que las pacientes son en su mayoría del Gran Mendoza, tienen hijos, no trabajan y no son sostén de familia.
- En relación a la internación el 57% llevan menos de 7 días de internación. El motivo de su hospitalización es a la espera de un turno de quirófano.  
El 87% tienen enfermedades benignas.
- En cuanto a los sentimientos que presentan por estar internadas se pudo constatar que el 47% de las mujeres se sienten angustiadas; y el motivo principal de preocupación es por sus hijos siguiéndole la organización familiar.
- Al hacer el análisis bivariados se verifico que el 53% de las mujeres que tienen más de 40 años, su enfermedad es benigna. Y el resto es maligna.
- Por otra parte, podemos decir que la mayoría de las internadas a la espera de un turno de quirófano son las que más preocupadas están por los hijos, con el 23%; y por la organización familiar con el 20%. Todo esto hace que las pacientes se sientan angustiadas durante la internación.

## **PROPUESTAS**

Teniendo en cuenta los datos obtenidos las sugerencias no dependen de las intervenciones de enfermería directamente, ya que depende de la organización hospitalaria que debería reestructurar el sistema, sobre todo de los quirófanos.

Pero en lo que compete al servicio se cree necesario que el personal de enfermería debe ser un agente de contención de las mujeres para poder acompañarlas y contenerlas.

Es necesario para ello que:

- Se capacite al personal de enfermería sobre esta área ya que muchas veces depende de la buena voluntad del enfermero de turno.
- Propiciar el armado de un equipo interdisciplinario que contengan las mujeres desde el mismo momento de su ingreso no cuando comienzan a manifestar conductas agresivas, a angustiadas que han que derivarlas al área de salud mental.
- Organizar con las voluntarias del hospital como nexo con sus familiares, a través de una comunicación o una carta para aquellas que viven en la zona rural y le es difícil comunicarse con sus familiares.

Muchas acciones es posible realizar para poder contener a las mujeres, pero es un trabajo en equipo.

# **BIBLIOGRAFIA**

- Asociación Norteamericana de enfermería. “La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción”. Washington: OPS; 1980- 2004. 31, 5
- **ANSOLA Y COLABORADORES.** “Relación y comunicación, Enfermería del Siglo XXI ” . Enfermería psicosocial.Cap.5, 2008.
- **AUDREY BERMAN Y COLS.**“Fundamento de Enfermería”, Pearson Educación S.A, España ,2008 Cap.24 pág. 437
- **AUDREY BERMAN Y COLS.**“Fundamento de Enfermería” Editorial Pearson Educación S.A, España ,2008 Cap.17 pág. 87
- Documento proporcionado por la cátedra de Enfermería Comunitaria de la Licenciatura en Enfermería .FCM. UNC. año 2013. Lic. Michel, Jorge
- **DR. AMBROS, EVA Y COLABORADORES** “Everest de la salud” editorial E ver graficas España 2001 Cap. 1 Pág. 23
- **DALTON M.** “Mujeres, diosas y musas: tejedoras de la memoria”. México: El Colegio de México. (Programa interdisciplinario de Estudios de la Mujer).1996
- **GALLI V.** “Salud Mental, definiciones y problemas”. Dirección Nacional de Salud Mental. Bs. As. 1985.
- **GORTNER, S.R.** “The History and Philosophy of Nursing Science”. Advance of Nursing Science 5 12, 1-8.1983
- **KOMBIT, A. Y MENDEZ, A.** “La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales” Editorial Aique Capital Federal 2000. Cap.2 pàg.38.
- **KRUMHOLZ. HARLAN M.** La revista “The New England Journal of Medicine” “internación como enfermedad” (2007
- **LIC. DANIEL A. CHECA”** Fundamentos y bases de todas las áreas enfermera”. Editorial Barcel Baires S.A. España. 2013. vol 1.pag. 110
- **MARRINER-TOMEY, A.** “Nursing Theorists and their work”. 2ª Edic. St. Louis. The C.V. Mosby Company. 1991.
- **MELEI, A. I. (1991)** “Theoretical Nursing: Development and progress”,

2ª Edic. Philadelphia, Lippincott.

- **POLIT DF & HUNGLER BP** “Nursing Research Principles and Methods”. 4ª Edic. PA Lippincott. Philadelphia. 1991.
- **RODRÍGUEZ, MARTIN Y COLABORADORES** “Estrategias de afrontamiento de la Enfermedad”: Psicología de la salud, aporte desde la psicología social.” Editorial: Baigorria. Sevilla. España - (1990). Càp.2. Pag.159
- **TORTORA, GERARD J.** “Introducción al cuerpo humano: fundamento de anatomía y fisiología” Editorial Medica Panamericana. México. 2008 cap.23 pág. 580

# **Apéndice y Anexos**

## ANEXO I: ENCUESTA

FCM

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CICLO LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



### Encuesta Personal

La presente es de carácter anónimo y será realizada por estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la escuela de Enfermería perteneciente a la Universidad Nacional de Cuyo.

#### **“Complicaciones de la Internación en las mujeres y los factores que inciden”**

Lugar: Servicio de Ginecología, Hospital Central

Marque con una x la opción que corresponda

##### **1) ¿Qué edad tiene?**

- a) Menos de 25 años
- b) 25 a 30 años
- c) 31 a 35 años
- d) 36 a 40 años
- e) Más de 40 años

##### **2) ¿Dónde vive?**

- a) Gran Mendoza
- b) Zona Este
- c) Valle de Uco
- d) Zona Sur
- e) Otra provincia

##### **3) ¿Usted trabaja?**

- a) Si
- b) No

**4) ¿Tiene hijos?**

- a) Si
- b) No

**5) ¿Es sostén de familia?**

- a) Si
- b) No

**6) ¿Cuántos días lleva internada?**

- a) Menos de 7 días
- b) Más de 7 días

**7) ¿Cuál es el motivo de internación?**

- a) Determinación del diagnóstico
- b) Tratamiento( Médico quirúrgico)
- c) Falta de insumos
- d) Turno de quirófano
- e) Falta de recursos humanos

**8) ¿Qué enfermedad tiene?**

- a) Benigna
- b) Maligna

**9) ¿Durante la internación como se siente?**

- a) Angustiada
- b) Ansiosa
- c) Irritable
- d) Tranquila

**10) ¿Durante la internación, que es lo que más le preocupa?**

- a) Visitas de familiares (esporádicas)
- b) Los hijos
- c) Problemas económicos
- d) Organización familiar
- e) Ninguna preocupación



