

# UNIVERSIDAD PERUANA UNION

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



*Una Institución Adventista*

Percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino, 2016.

Por:

Rosa Mariela Epifania Mejía

Meliza Cris Vasquez Meza

Asesora

Lic. Janett Virginia Chávez Sosa

Lima, febrero de 2017

Cómo citar:

Estilo APA:

Vasquez, M., y Epifania, R. (2016). Tesis. *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino*. Universidad Peruana Unión, Lima.

Estilo Vancouver:

Vasquez M. Epifania R. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino. [Tesis pre grado]. Universidad Peruana Union. Lima; 2016.

Estilo ISO:

VASQUEZ, M.; y EPIFANIA, R. 2016. Universidad Peruana Union: *“Percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino”*. Lima.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación – CRAI – de la UPeU

**TEF  
2  
E68  
2017**

Epifania Mejía, Rosa Mariela  
Percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino, 2016. / Autores: Rosa Mariela Epifania Mejía y Meliza Cris Vasquez Meza; Asesor: Lic. Janett Virginia Chávez Sosa. – Lima, 2017.  
99 páginas: anexos, tablas.

Tesis (Licenciatura)--Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. de Enfermería, 2017.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Enfermería.

1. Cuidados de enfermería. 2. Ansiedad. 3. Cirugía. I. Vasquez Meza, Meliza Cris, autora

**DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS**

Lic. Janett Virginia Chávez Sosa, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y ANSIEDAD EN PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, EL AGUSTINO, 2016" constituye la memoria que presentan las Bachiller(es) Rosa Mariela Epifania Mejía y Meliza Cris Vasquez Meza para aspirar al título de Profesional de enfermería/Grado académico de Licenciadas ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Naña, a los 17 de Abril del 2017



-----  
Lic. Janett Virginia Chávez Sosa

"Percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en  
pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional  
Hipólito Unánue, El Agustino, 2016"

# TESIS

Presentada para optar el título profesional de  
Licenciado en Enfermería

## JURADO CALIFICADOR

  
Mg. Ruth Vallejos Atalaya  
Presidente

  
Lic. Nira Herminia Cutipa Gonzales  
Secretaria

  
Lic. Neal Henry Reyes Gastañadui  
Vocal

  
Lic. Hector Huamanchoque Chuctaya  
Vocal

  
Lic. Janett Chávez Sosa  
Asesor

UPeU, 24 de febrero de 2017

## Dedicatoria

En primer lugar a Dios por darme vida y salud. A mi hijo mi gran motivo. A mi madre por su paciencia y apoyo incondicional. A mis hermanos por estar siempre a mi lado. A mi padre que en vida fue; por sus enseñanzas.

Mariela

A Dios, el gran autor de nuestras vidas. A mis padres quienes desinteresadamente me brindaron su apoyo incondicional. A mi hija y esposo por su paciencia. A mis hermanas, por estar siempre a mi lado y por sus palabras de aliento.

Meliza

## **Agradecimiento**

A Dios por el don de la vida, la fortaleza en momentos difíciles y darnos sabiduría para ser capaces de realizar esta investigación.

A nuestros padres por su amor y apoyo incondicional, por incentivarnos a luchar y cumplir cada una de nuestras metas por medio de una educación con principios y valores cristianos.

A la UPeU, por formarnos como persona y profesionales, para desenvolvemos en la vida con valores éticos y cristianos.

A la Lic. Janett Chávez Sosa, asesora de tesis, por su apoyo constante y enseñanzas en el desarrollo de este trabajo.

Al Hospital Nacional Hipólito Unanue por la confianza y facilidad otorgada para la ejecución del proyecto.

A los pacientes del hospital por su disponibilidad y tiempo para la toma de la muestra y así poder culminar con este trabajo.

## Índice General

Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vi
Resumen.....	xi
Abstract.....	xiv
Capítulo I.....	1
El Problema.....	1
1. Planteamiento del Problema.....	1
2. Formulación del Problema.....	4
3. Objetivos de la investigación.....	5
3.1. Objetivo general.....	5
3.2. Objetivos Específicos.....	5
4. Justificación.....	5
5. Presuposición filosófica.....	6
.....	7
Capitulo II.....	8
Marco Teórico.....	8
1. Antecedentes de la investigación.....	8
2. Marco teórico.....	12
2.1. Calidad del cuidado de enfermería en pacientes pre-quirúrgicos.....	12
2.2. Ansiedad en el paciente pre-quirúrgico.....	23
3. Definición de términos.....	35
Capitulo III.....	36
Materiales y Métodos.....	36
1. Diseño y tipo de investigación.....	36
2. Variables de la investigación.....	36
2.1. Definición operacional de la variable.....	36

2.2. Operacionalización de las variables .....	37
3. Hipótesis .....	40
3.1. Hipótesis general.....	40
3.2. Hipótesis específicas.....	40
4. Delimitación geográfica y temporal .....	41
5. Participantes .....	41
5.1. Población: .....	41
5.2. Muestra. ....	42
6. Técnica de instrumentos de recolección de datos.....	44
6.1. Cuestionario de Calidad del cuidado de enfermería .....	44
6.2. La Escala de ansiedad de Hamilton (HAS).....	45
7. Proceso de recolección de datos: .....	45
8. Procesamiento y análisis de datos: .....	45
9. Consideraciones éticas: .....	46
.....	47
Capítulo IV .....	47
Resultados y Discusión.....	47
1. Resultados.....	47
2. Discusión .....	55
Capítulo V .....	61
Conclusiones y recomendaciones.....	61
1. Conclusiones .....	61
2. Recomendaciones .....	62
Referencias.....	63
I.    Cuestionario de calidad del cuidados que brinda el profesional de enfermería .....	78
Cuestionario de Ansiedad. ....	81



## Índice de tablas

Tabla 1 Características sociodemográficas de la población .....	43
Tabla 2 Relación entre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del HNHU-El Agustino, 2016. ....	47
Tabla 3 Percepción del paciente pre-quirúrgico sobre la calidad del cuidado de enfermería en el Servicio de Cirugía del HNHU. ....	48
Tabla 4. Identificar el nivel de ansiedad que presentan los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU. ....	49
Tabla 5. Relación entre la dimensión “fomento del autocuidado” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU, Lima, 2016.....	49
Tabla 6. Relación entre la dimensión “relación de confianza y seguridad” y el nivel de ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU, Lima, 2016. ....	50
Tabla 7. Relación entre la dimensión “apoyo emocional” y el nivel de ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU, Lima, 2016.....	51
Tabla 8. Relación entre la dimensión “tacto y escucha” y el nivel de ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU, Lima, 2016.....	52
Tabla 9. Relación entre la dimensión “ética e imagen profesional” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU, Lima, 2016.....	53
Tabla 10. Relación entre la dimensión “presencia cuidadora” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU, Lima, 2016.....	54
Tabla 11. Ítems de la dimensión autocuidado .....	71
Tabla 12. Ítems de la dimensión confianza y seguridad .....	71
Tabla 13. Ítems de la dimensión apoyo emocional.....	72
Tabla 14. Ítems de la dimensión tacto y escucha.....	72
Tabla 15. Ítems de la dimensión ética e imagen profesional .....	73
Tabla 16. Ítems de la dimensión presencia cuidadora.....	73
Tabla 17. Ítems del nivel de ansiedad .....	74
Tabla 18. Análisis de confiabilidad de la variable Ansiedad .....	75
Tabla 19. Análisis de confiabilidad de la variable “calidad del cuidado de enfermería” .....	75
Tabla 20. Prueba de normalidad de la calidad de los cuidados de enfermería y ansiedad.	76

## Índice de anexos

Anexo 1. Tablas descriptivas .....	71
Anexo 2. Prueba de confiabilidad.....	75
Anexo 3. Prueba de normalidad.....	76
Anexo 4. Instrumentos de recolección de datos.....	77
Anexo 5. Consentimiento informado .....	84
Anexo 6. Aprobación de proyecto de tesis del HNHU .....	85

## Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue-El Agustino, 2016. Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, correlacional de corte transversal. La muestra fue probabilística y estuvo conformado por 122 pacientes en la fase pre-quirúrgica. Para el estudio se utilizó el instrumento en escala de ansiedad de Hamilton y el cuestionario de calidad de cuidado de enfermería. Resultados: La prueba estadística Tau b de Kendall evidencia que no existe relación significativa entre el nivel de ansiedad y la calidad del cuidado de enfermería en los pacientes pre-quirúrgicos con un valor p de 0,553. Conclusión: No existe relación entre ambas variables.

Palabras claves: Cuidados de enfermería, ansiedad, pre-operatorio, cirugía.

## **Abstract**

Objective: To determine the relationship between the perception of the quality of nursing care and anxiety in pre-surgical patients of the National Hospital Hipólito Unanue-El Agustino surgery service, 2016. Methodology: Study of quantitative, non-experimental, correlational cross-sectional approach. The sample was probabilistic and comprised 122 patients in the pre-surgical phase. For the study we used the Hamilton anxiety scale instrument and the nursing care quality questionnaire. Results: Kendall's Tau b statistical test shows that there is no significant relationship between anxiety level and nursing care quality in preoperative patients with a p-value of 0.553. Conclusion: There is no relationship between the two variables.

Key words: Nursing care, anxiety, pre-operative, surgery

## **Capítulo I**

### **El Problema**

#### **1. Planteamiento del Problema**

Según la Organización Mundial de la Salud (2011), anualmente más de 4 millones de pacientes se someten a cirugía en el mundo y se estima que del 50 al 75% desarrollan algún grado de ansiedad durante el periodo preoperatorio; es decir, cada año, aproximadamente, de 2,5 a 3,75 millones de pacientes sufren ansiedad antes de someterse a cirugía (Citado por Quijano, 2015).

Asimismo en el Perú, el MINSA (2006) estima que un 60% de todos los pacientes sometidos a cirugía pueden presentar cambios postoperatorios negativos del comportamiento incluso dos semanas después de la cirugía, con efectos psicológicos de larga duración que interfieren con su normal desarrollo, y aumento del grado de ansiedad preoperatoria con más dolor postoperatorio y mayores necesidades analgésicas (Citado por Chuquimez, 2007).

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) define la ansiedad como: “La sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática; sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza” (Citado por Flórez, Jurado y Rodríguez, 2016).

En base a esto, se considera a la cirugía como un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad; son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de

intimidad, abandono del entorno y roles habituales (Barrilero et al., 2010). A esto habría que añadir las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores como: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía. Por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente (Jiménez et al., 2014).

Según lo citado por la Organización Panamericana de la Salud (2011). “las personas se quejan de recibir maltrato por el personal de salud, en especial de Enfermería que brinda una atención deshumanizada a los usuarios/as ingresados en los centros hospitalarios”.

Por tal motivo lograr el cuidado de enfermería en nuestra tarea de profesionales de la salud es un permanente desafío. En este proceso el paciente califica nuestro trabajo por la forma en la que es dado el cuidado. Si bien es cierto, que en algunas ocasiones existen carencias materiales, la mayoría de los clientes insatisfechos en salud no solo lo están por las comodidades sino por el trato recibido. Esta involucra el interés, la actitud, el lenguaje corporal, el ambiente, etc. (Barrera, 2002)

De ahí que es necesario resaltar que la acción de cuidar es el acto humano en la que se evidencia el encuentro entre personas (enfermera y paciente) en una transacción intersubjetiva (estar con y hacer con) que ocurre en un tiempo y espacio y con una finalidad determinada. Por tanto este acto de cuidar es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad. Desde esta visión humanista, la interacción intersubjetiva que el cuidado es, supone diálogo y construcción de significados compartidos, pero sobre todo respeto (Bouwman, 2009)

La enfermera como parte del equipo multidisciplinario de salud juega un papel protagónico en la atención integral del paciente quirúrgico por ser la primera que interactúa con el mismo. Por tal razón los profesionales de enfermería requieren tener habilidades, conocimientos y acciones lógicas al momento de realizar los cuidados con el fin de garantizar una preparación psicológica, física, espiritual y educativa en los pacientes pre-quirúrgicos.

Diversos estudios han revelado que el hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado coste económico (Moix, 1994).

Ortiz, Wang, Elayda y Tolpin (2015) en su trabajo realizado en Brazilia, encontraron que la mayoría de los pacientes (70%), resaltan de manera significativa que las preocupaciones sobre la cirugía y el dolor representa la mayor causa de ansiedad pre-operatoria. Por otro lado Ojeda y Barbón (2015) en su trabajo "Principales temores preoperatorios en los pacientes de cirugía electiva" realizado en Riobamba, encontraron como principales temores: la presencia de dolor (28,8%), sensación de muerte (24,4), náuseas (18,8%) y el temor de despertar en la cirugía (12%).

De igual manera Navarro et al. (2011) en su trabajo concluyeron que el 32% de los pacientes sufrieron ansiedad preoperatoria y el 19% depresión. La estancia hospitalaria preoperatoria  $\geq 3$  días fue el principal factor de riesgo de depresión preoperatoria (odds ratio = 4,59; intervalo de confianza del 95%, 1,6-13,17) y la ansiedad preoperatoria incrementó significativamente el dolor y el consumo analgésico postoperatorio.

La existencia de intervenciones educativas deficientes y poco estructuradas por parte del profesional de enfermería, incrementan significativamente la ansiedad previa al procedimiento, generando complicaciones que pueden repercutir en el incremento de la estancia hospitalaria y en la calidad de vida del paciente y su familia. Por tal motivo, es fundamental que los profesionales de enfermería intervengan, valorando el estado emocional de los pacientes y desarrollando estrategias de educación que contengan información ordenada, clara y precisa para facilitar la participación de todos en la recuperación del mismo (Carchipulla y Chabla, 2015).

Con la comunicación y el diálogo la enfermera estimula al paciente a verbalizar y exponer sus sentimientos y temores, a la vez que muestra su disposición escuchando con atención y respeto. De esta manera puede identificar las necesidades de la persona y percibir su angustia, sus dudas y temores, proporcionando ayuda y soporte durante todo el proceso quirúrgico. Es en este momento cuando el rol de la enfermera es más importante al brindar una atención directa y de buena calidad (De Castro, De Faria, Cabañero y Castelló, 2004).

Con estos estudios se puede observar la importancia que le da el profesional de enfermería a las necesidades fisiológicas del paciente más no de las psicológicas y espirituales que están íntimamente relacionadas a los diferentes niveles de ansiedad.

Hay que recalcar que el momento previo a una intervención quirúrgica en la sala de acogida constituye un suceso altamente estresante para el paciente, que depende de varios factores (sexo, edad, estado socioeconómico, ocupación, tipo de cirugía). El nivel de ansiedad aumentará si no existe una buena información por parte del equipo que lo atiende, referente tanto a su estado de salud como a su posible enfermedad y al tratamiento que debe seguir (Doñante, Litago, Monge y Martínez, 2015).

A lo largo de las rotaciones que han tenido las autoras de esta investigación se ha podido observar una deficiente educación continua en el preoperatorio de pacientes de cirugía general evidenciado por preguntas (será doloroso, sentiré el corte, saldré vivo, etc.) Constantes de los pacientes sobre los cuidados que necesita realizar antes de ingresar a cirugía, desconocimiento de los cuidados postoperatorios y gestos de ansiedad y estrés frente a la intervención. De igual forma se ha apreciado que el profesional de enfermería casi no aplica diagnósticos de enfermería, ni cuidados de enfermería para el cuidado del paciente asumiendo un rol rutinario y poco científico.

El último informe del Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unánue (2015) indicó que un 15% de pacientes presentó dehiscencia de herida por desconocimiento de los cuidados post-operatorios; un 5 % presentó dolor severo con incremento de las medidas de analgesia y el 30% manifestó un nivel de insatisfacción regular alegando “indiferencia” por parte del personal de salud.

Por lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente pregunta de investigación:

## **2. Formulación del Problema**

¿Existe relación entre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue-El Agustino, 2016?



### **3. Objetivos de la investigación**

#### **3.1. Objetivo general.**

Determinar la relación entre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del HNHU-El Agustino, 2016.

#### **3.2. Objetivos Específicos.**

- Identificar la percepción del paciente pre-quirúrgico sobre la calidad del cuidado de enfermería en el Servicio de Cirugía del HNHU.
- Identificar el nivel de ansiedad que presentan los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.
- Determinar la relación entre la dimensión "fomento del autocuidado" y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.
- Determinar la relación entre dimensión "relación de confianza y seguridad" y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.
- Determinar la relación entre la dimensión "apoyo emocional" y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.
- Determinar la relación entre la dimensión "tacto y escucha" y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.
- Determinar la relación entre la dimensión "ética e imagen profesional" y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.
- Determinar la relación entre la dimensión "presencia cuidadora" y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.

### **4. Justificación**

En su relevancia teórica, el trabajo de investigación contribuirá al conocimiento científico por la información actualizada y especializada de las variables de estudio, permitiendo ser una fuente de referencia confiable y veraz para futuras investigaciones. De igual manera pretende ampliar los conocimientos del personal de enfermería en torno a la calidad del cuidado que brinda a pacientes pre-operatorios y conocer los aspectos físicos, psicosociales y ambientales que influyen en el nivel de ansiedad de los pacientes pre-operatorios.

Su relevancia metodológica recae en el aporte de una base de datos actualizada que quedará de aporte al servicio de cirugía como base para la toma de decisiones.

En su relevancia social, permitirá que el HNHUH tome las medidas necesarias para mejorar el cuidado que brinda el profesional de enfermería a este tipo de pacientes favoreciendo la satisfacción del usuario. Por otro lado permitirá abordar las necesidades del paciente teniendo como base conocimientos científicos de la enfermería quirúrgica.

Por último su relevancia práctica, fomentará en el profesional de enfermería las visitas a sus pacientes y brindarles charlas educativas en cuanto a cuidados pre-operatorios, así como también hacer un seguimiento para evaluar el grado de ansiedad que presentan los pacientes. Permitirá la elaboración e implementación de estrategias que permitan brindar una buena calidad del cuidado de enfermería en los pacientes del preoperatorio.

## **5. Presuposición filosófica.**

Siendo la persona un ser creado por Dios y el profesional de enfermería teniendo la función de brindarle el cuidado integral, es fundamental que tenga como sustento la ética cristiana que gira en torno al amor del prójimo que es el reflejo del amor a Dios. El cuidado que brinda la enfermera (o) trasciende al tener como fin contribuir a la restauración de la imagen de Dios en el hombre. Las Sagradas Escrituras señalan: “Y como queréis que hagan los hombres con vosotros, así también haced vosotros con ellos” (Lucas 6:31). Cada paciente que es atendido por la enfermera debe sentir el calor humano en el cuidado. Si la profesión sólo es desarrollada de manera práctica el sentido del cuidado se pierde y se deshumaniza la profesión.

El paciente que va ser sometido a alguna cirugía ve vulnerado su integridad física y emocional expresando cuadros de ansiedad y temor que lo predisponen a complicaciones intra y post operatorias. White (1989) en su libro *Consejos para la Salud* indica:

“El Salvador dedicó más tiempo y energías a la curación de los enfermos que a la predicación del Evangelio. El último encargo que les dio a los apóstoles –sus representantes en la tierra– fue que impusieran las manos sobre los enfermos, para sanarlos. Y cuando el Maestro vuelva, recompensará a los que hayan visitado a los enfermos y aliviado las necesidades de los afligidos” (*Consejos para la Salud* p. 39, 1989).

El aliviar las dolencias del prójimo permite que realicemos la labor misionera que Cristo encomendó a cada uno de sus hijos y al ser enfermería una carrera de servicio permite acercar a las personas al reino de Dios.

“El amor que Cristo infunde en todo nuestro ser es un poder vivificante. Da salud a cada una de las partes vitales: el cerebro, el corazón y los nervios. Por su medio las energías más potentes de nuestro ser despiertan y entran en actividad. Libera al alma de culpa y tristeza, de la ansiedad y congoja que agotan las fuerzas de la vida. Con él vienen la serenidad y la calma. Implanta en el alma un gozo que nada en la tierra puede destruir: el gozo que hay en el Espíritu Santo, un gozo que da salud y vida.- El Ministerio de curación” (Consejos para la Salud, p. 78, 1989).

La conducta cristiana debe ser un reflejo del amor de Dios hacia el prójimo, uno de los principios cristianos que fundamenta el trabajo de enfermería se encuentra en Mateo 25 donde señala que todo lo que hagamos por nuestro prójimo lo hacemos por él, por lo tanto, debemos promover y velar por el bienestar del paciente.

## Capítulo II

### Marco Teórico

#### 1. Antecedentes de la investigación

Valenzuela, Barrera, y Ornelas (2010) realizaron un trabajo en México titulado “Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos” con el objetivo de determinar la prevalencia de ansiedad en un grupo de pacientes sometidos a cirugía electiva, mediante la escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS). El estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra fue de 135 pacientes. Para el análisis se utilizó la correlación de Pearson para la asociación entre ansiedad y complicaciones posoperatorias. Los resultados revelaron que 88 % de los pacientes fue del sexo femenino, la edad promedio fue de  $44 \pm 12$  años. Presentaron ansiedad preoperatoria 72 (76 %,  $p = 0.001$ ) con una puntuación promedio en la escala de APAIS igual a  $17 \pm 7.0$ , con mayor frecuencia en el sexo femenino (70 %,  $OR = 5.08$ ,  $p = 0.002$ ). La conclusión fue que en los resultados de este estudio se evidenció la presencia de grados elevados de ansiedad preoperatoria en pacientes electivos. El origen de la ansiedad parece relacionarse a factores que pueden ser evaluados en la consulta pre-anestésica y que es necesario seguir estudiando para prevenir la presencia de este trastorno.

Barrilero et al. (2010) realizó un trabajo en España titulado “Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada” cuyo objetivo fue conocer el nivel de ansiedad (cognitiva y somática) de los pacientes sometidos a cirugía programada, evaluando los distintos agentes estresógenos existentes previo a la cirugía. El estudio fue de tipo observacional descriptivo transversal. La muestra fue de 68 pacientes de cirugía programada. Los resultados demostraron que existe una mayor sensibilidad de la escala HAD con respecto a la escala ECAE, debido a que la primera es específica para pacientes hospitalizados. Se llegó a la conclusión que las mujeres presentan mayor ansiedad y

depresión que los hombres. A mayor edad se observa menor grado de ansiedad. El factor enfermedad influye en el nivel de ansiedad, aumentando éste si se trata de una patología tumoral. De la misma forma la ansiedad es superior en intervenciones gastrointestinales y tiroideas. Entre los factores desencadenantes de la ansiedad destacaron las preocupaciones por la familia o personas a las que atiende habitualmente, así como el hecho de no obtener alivio para el dolor con los fármacos, tener molestias por la operación y el dolor debido a ésta, de la misma forma el estar en cama también es otro factor ansiógeno a destacar. De los factores ansiógenos el dolor destaca sobre los demás.

Ramos (2010), realizó un estudio en Lima – Perú titulado “Percepción del paciente sobre la calidad de relación interpersonal enfermera - paciente, en el servicio de 4to piso este del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”, con el objetivo; determinar la percepción del paciente sobre la calidad de relación interpersonal enfermera - paciente, este del servicio de 4to piso este del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple transversal. La muestra estuvo conformada por 20 pacientes hospitalizados en condiciones de alta del servicio de 4to piso este. Los resultados fueron que el 45 % tienen una percepción medianamente favorable, 30 % percepción desfavorable y 25 % favorable. La percepción del paciente en la dimensión orientación, 55 % percepción medianamente favorable, 30 % percepción desfavorable, 15% percepción favorable. En la dimensión identificación, 45% percepción medianamente favorable, 40% percepción desfavorable, 15% percepción favorable. En la dimensión explotación, 40% favorable, 30% medianamente favorable, 30% desfavorable; en la dimensión resolución, 40% percepción medianamente favorable, 35% favorable, 25% desfavorable. Las conclusiones finales entre otras fueron: “La percepción del paciente sobre la calidad de relación interpersonal enfermera – paciente fue medianamente favorable a desfavorable.

Vargas (2009), realizó un estudio en Perú “Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía General del Hospital del Seguro Ate Vitarte EsSalud”, con el objetivo de determinar el Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía General en el Hospital del Seguro Ate-Vitarte EsSalud. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo exploratorio de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento fue la Escala de ansiedad de Spielberg. Los resultados fueron:

83.3% tiene nivel de ansiedad dentro de lo normal, 11.7% leve y 5% moderado. Llegaron a la conclusión que la mayoría de los pacientes en el preoperatorio presentaron un nivel de ansiedad normal, según los síntomas positivos, seguido de leve y moderado, lo cual repercutió de manera positiva en su afrontamiento positivo frente a la cirugía y condiciona en su pronta recuperación”.

Medina (2007), realizó un estudio con el objetivo de identificar la relación entre la percepción del paciente adulto maduro de cirugía y la calidad de la interacción brindada por la enfermera según la Teoría de Peplau del Hospital Dos de Mayo. El método fue una investigación cuantitativa, descriptiva, correlacional, de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 92 pacientes de los servicios de cirugía. La recolección de datos se realizó a través de la entrevista a los pacientes y la observación de la interacción en dos instrumentos, una lista de cotejo y una guía de observación. Los resultados fueron que existió una correlación (Chi- cuadrado) de la variable percepción por el paciente y la calidad de la interacción en la fase II de identificación, fase III de aprovechamiento y en la fase IV de resolución. Se encontró también que no existe relación significativa en la fase I de orientación. Se llegó a la conclusión que en ambas variables el resultado es de regular a deficiente y que el promedio de negatividad en la percepción del paciente es mayor en la cuarta fase (previa alta). El promedio de negatividad de la variable calidad de la interacción es mayor en la segunda fase (preoperatorio). Hay factores socioculturales que pueden estar influyendo en la percepción del paciente en la primera fase en la que no hay relación con la calidad de la interacción observada.

Franco (2003), realizó un estudio en Perú donde su objetivo fue determinar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Abril del 2003 e identificar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la dimensión de comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional en la UCI-HNERM. El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal, tipo cuantitativo. La población estuvo conformada por 24 familiares de los pacientes de la UCI. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 37.5% refirieron una percepción favorable, el 33.3% desfavorable, y el 29.2% indiferente. Ello está referido a que las enfermeras no orientan a la familia sobre la forma de hacer frente a los sentimientos de angustia, no tienen un tono cálido al hablar con los familiares y no

tranquilizan con palabras de aliento”. Las conclusiones fueron que existe un porcentaje significativo de familiar del paciente crítico que percibe la intervención de enfermería durante la crisis situacional como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en la dimensión de comunicación no verbal. Limitando así la restauración de la homeostasis psico-emocional del familiar. Además la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional tiene una tendencia prioritariamente hacia lo indiferente y desfavorable en aquellos familiares de sexo masculino, grado de instrucción superior, y entre adultos jóvenes.

Marroquín, Salazar, y Jara (1991), en Lima, realizaron un estudio sobre “Opinión que tienen los Pacientes hospitalizados sobre la atención de enfermería que reciben durante el periodo post operatorio mediato en el Departamento de Cirugía adultos INEN”. El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal y prospectivo. La población estuvo conformada de 168.66 pacientes como promedio mensual. La muestra fue de 85 pacientes. Los resultados fueron: Existe un preocupante 35.29% de pacientes que no pueden identificar a la enfermera por el escaso acercamiento que se da durante su trabajo. 55.29% opina favorablemente sobre la orientación que recibe de la enfermera, 44.70% opina desfavorablemente nos lleva a reflexionar y poner énfasis en la orientación. Del total de los pacientes encuestados, el 82.35% recibe directamente de la enfermera la administración de sus medicamentos, no teniendo el mismo porcentaje los controles post operatorios mediatos, como la dificultad respiratoria, el control de la herida operatoria, que son puntos importantes y que la enfermera está en capacidad de solucionar. 31,76% de los pacientes reciben un trato cortés y respetuoso, 72.94% no recibe orientación sobre el cuidado en el hogar. En cuanto al apoyo psicológico que se brinda a los pacientes en el INEN, el porcentaje que marca es medianamente favorable por lo que es recomendable que la enfermera ponga más interés en la parte psicológica, esencial para el paciente oncológico. La conclusión fue que existe una gran preocupación por el hecho de que la enfermera no está considerando la orientación al paciente y familia, como parte de su función asistencial, por lo que el paciente tiene de ello una opinión desfavorable, que debe destacar en el trabajo. Por lo anteriormente expuesto podemos concluir que existe opinión favorable en lo concerniente a la labor asistencial más no así con respeto al apoyo psicológico y personal social. El área crítica que se aprecia por tanto es la de personal y psicológica.

## **2. Marco teórico**

### **2.1. Calidad del cuidado de enfermería en pacientes pre-quirúrgicos**

#### ***2.1.1. Definición de cuidado de enfermería.***

El “cuidado” constituye el foco principal del profesional enfermero. En un sentido genérico, Leninger define como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana”. Por su parte Orem define el cuidado como “una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas”. Desde la perspectiva del autocuidado lo explica como “una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” (Citado por El Colegio de Enfermeros del Perú, 2008)

Henderson define que el cuidado de enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible citado por (Arenas, 2012)

Pérez y Gardey (2013) definen que el cuidado es la acción de cuidar. El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. El cuidado de los enfermeros implica controlar su estado con una cierta regularidad. Si una persona está internada, el individuo que lo cuida debe estar atento ante cualquier complicación, llamar al médico o al profesional correspondiente; además, puede ser necesario que lo asista durante sus ingestas y que lo ayude durante su higiene personal, dependiendo de la gravedad de su estado.

Por su parte para Jean Watson, (1991) el cuidado enfermero debe ser humano, que involucre valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Conceptualizando al cuidado como un proceso interpersonal entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente), la cual se caracterice por proteger, realzar, y conservar la dignidad, la humanidad, la integridad y la



armonía interior de la persona. De igual manera, Marriner (1997) define la enfermería como “una profesión y un disciplina humanista y científica aprendida, que se centra en los fenómenos y actividades de asistencia a los seres humanos, con la finalidad de ayudar, apoyar, facilitar, o capacitar a las personas o a los grupos a mantener o recuperar su bienestar (o su salud), de manera beneficiosa y dotada de sentido cultural, para auxiliar a la hora de afrontar la discapacidad o la muerte”.

Por otro lado, Salvatierra y Rivera (2006) afirman que el cuidado enfermero implica una serie de comportamientos que involucran no sólo conocimientos, sino también habilidades, destrezas y actitudes éticas. La palabra Cuidado representa una infinita variedad de actividades, actitudes humanas dirigidas a mantener y conservar la vida, permitiendo que ésta continúe y se reproduzca.

Según Chemes (2008) el cuidado enfermero significa el resultante de una acción profesional enmarcada en un contexto socio-sanitario determinado, siendo también el resultante de una relación de ayuda interpersonal e individualizada. Este cuidado incluye una atención personal e instrumental, vigilancia y de acompañamiento, interesándose para que este también se enfoque en la parte espiritual y emocional de la persona.

Chemes (2007) refiere que es elemental que la enfermera establezca una empatía con la persona que va a ser intervenida quirúrgicamente, así como también tener una comunicación fluida para lograr reconocer las principales necesidades y de acuerdo a ello priorizar la atención de cuidado. Además, la enseñanza, resulta de suma importancia, ya que esta “instrucción preoperatoria favorece la recuperación, disminuye las complicaciones y el periodo de hospitalización”.

### **2.1.2. Definición de calidad.**

La OMS (2008) define la calidad como la asistencia sanitaria, al establecer que es “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”

Según la Organización Mundial de la Salud (citado por Roubier, Luna, Gross y Kenton, 2010) define que la calidad consiste en la ejecución de acuerdo a estándares de

intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición.

Según OPS, OMS (2007) afirma la calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. Por otro lado Gutierrez (2003) La calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto al paciente y familia; calidad es “Hacer lo correcto”, en forma correcta y de inmediato; la calidad es practicar la limpieza, es ser puntual, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que los pacientes tenga confianza en el servicio que se les brinda.

Capurro (2009) analiza a la calidad de la atención de enfermería como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle”. Esta definición nos aporta Virginia Henderson.

Así mismo, Cañarejo y Pabón (2012) calidad asistencial es dar la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales.

### ***2.1.3. Atención de calidad en enfermería.***

Para el Colegio de Enfermeros del Perú, la calidad de cuidados de enfermería se considera como un trabajo endógeno, no se impone ni basta que el eje esté empeñado en ello (Senge, 2000). Es una tarea donde participa todo el equipo de trabajo siendo la contribución de cada persona importante para el logro de resultados, es decir, se trata de crear una cultura de calidad de la atención que brinden los servicios de enfermería, aplicando mecanismos autorreguladores que privilegien la crítica constructiva, la auto superación y la satisfacción por el trabajo bien hecho.

Sin embargo, Marrimer (1998) al considerar algunos aspectos que pueden dar idea de la calidad de atención de enfermería, se tendrá no solo en cuenta, los aspectos técnicos, sino una serie de consideraciones en relación con el trato humano a los pacientes. Por otro lado, Aybar (1998) la enfermera deberá considerar entonces al paciente como un ente

biopsicosocial así también recordar que es un individuo, miembro de una familia y componente de una sociedad.

Según, Grinspun (2002) enfermera consultora en calidad, nos dice que; si la práctica del profesional de enfermería, es el arte y ciencia del cuidado integral y comprensivo en el cual la enfermera junto con el paciente identifican metas comunes para realizar y mantener la salud, entonces la calidad de atención de enfermería tiene que ser considerada dentro del contexto de tres elementos: las características individuales de la enfermera, los conocimientos requeridos para la práctica de enfermería y las características del entorno en el que se da la práctica de enfermería. Además menciona siete principios necesarios para una atención de calidad estos son:

- Aceptar a cada persona como una individualidad única.
- Dar a la persona oportunidad de expresar sus sentimientos positivos y negativos.
- Respetar la dignidad y auto valor de cada persona, controlando su participación emocional, permaneciendo objetivo, concentrarse en la otra persona y no ponerse a la defensiva.
- Aceptar a los demás como son, escuchar a cada persona y responderle con entendimiento.
- Mantener una actitud de no enjuiciar a los demás, que puedan malentender o no estar de acuerdo con nuestras ideas.
- Respetar el derecho de los demás de hacer sus propias selecciones (aunque usted piense que tiene una idea mejor).

Crear confianza, respetar la confidencialidad de los sentimientos personales o de cualquier información personal compartida con la enfermera.

#### ***2.1.4. Actividad prioritaria de la enfermera en el preoperatorio.***

Según, Mompert (2000) el pre-operatorio inmediato; se inicia en el momento en el que la enfermera recibe al paciente hasta que ingresa al quirófano, durante este tiempo, la actividad prioritaria de la enfermera, es la atención de calidad en la dimensión humana. Por tanto el cuidado humano debe incluir, saludar e identificarse ante el paciente; crear un cálido contacto personal y respeto que humanice el ambiente; así mismo, el personal de

enfermería debe utilizar la empatía y comunicación, con el paciente y familia mediante el tacto, el contacto ocular, el escuchar y una coherencia verbal a fin de disminuir la tensión y ansiedad; la comunicación debe ser de manera horizontal en donde se le permita al paciente expresa y esclarece sus dudas, temas, angustias y entre otros sentimientos que presente; para lo cual la enfermera debe realizar una valoración integral e individualizada del paciente, sin dejar de lado a la familia; brindar en todo momento apoyo psicológico y emocional.

### ***2.1.5. Intervención Quirúrgica.***

Según, Ortega (2003) lo define como una rama de la medicina que comprende el cuidado pre, trans y post operatorio del enfermo e incluye como elemento principal la intervención quirúrgica, para la corrección de deformidades, mitigación del sufrimiento y prolongación de la vida. La cirugía viene siendo un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo (citado por Berry y Khon, 1981).

A menudo el tratamiento quirúrgico es el único que puede mitigar discapacidades y reducir el riesgo de muerte por afecciones comunes. Se calcula que cada año 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos (Navarro, 2011).

La fase preoperatoria: Comienza con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica. Termina con el paciente en el quirófano. En este proceso se efectúan todas las preparaciones, tanto administrativas, como clínicas del paciente sometido a una cirugía. El manejo del cuidado del paciente se planifica con base en la historia médica del paciente realizándose una valoración integral para planificar y dar comienzo a las intervenciones (Ojeda y Barbón, 2015).

### ***2.1.6. Atención preoperatorio en enfermería.***

El período preoperatorio inicia cuando la intervención quirúrgica es decidida y termina cuando el paciente pasa a la mesa de cirugía. En esa fase, son realizadas orientaciones acerca de los procedimientos relacionados al proceso quirúrgico y se procede a una cuidadosa preparación del paciente, de acuerdo con cada tipo de cirugía, cuya finalidad es identificar, solucionar o amenizar problemas que puedan interferir en los períodos

posteriores, intra y postoperatorio, y disminuir el riesgo de complicaciones (Piccoli y Galvao, 2005). De igual manera Achury, Achury, Estrada y Gutiérrez (2012) refieren que un paciente pre-quirúrgico ocupa gran parte del trabajo profesional de enfermería, debido a la importancia de la atención en la etapa preoperatoria y el aumento de intervenciones quirúrgicas.

La atención quirúrgica, ya sea electiva o de emergencia, es un acontecimiento complejo y estresante en donde la enfermera juega un papel importante, por ser la que permanece el mayor tiempo con el paciente durante su estancia hospitalaria. Actualmente el paciente programado para cirugía ingresa al hospital al menos un día antes del procedimiento quirúrgico para su evaluación y preparación. El proceso quirúrgico tiene tres partes (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio), estas tres etapas se la denomina perioperatorio. En estas etapas las circunstancias del paciente y las actividades de enfermería son diferentes en cada una de ellas (Rojas y Azecedo, 2013).

Las acciones de enfermería en el preoperatorio tienen como objetivo la preparación integral de tipo físico, psicológico, emocional y espiritual del paciente. Esta fase comienza cuando se toma la decisión de proceder con la intervención quirúrgica y termina con el traslado del paciente a la mesa de operaciones.

Según Doñante et al. (2015) la fase preoperatoria se divide en dos etapas:

- Preoperatorio Mediato: A partir de la decisión hasta las 12 a 2 horas antes de la intervención quirúrgica.
- Preoperatorio Inmediato: De las 12 a 2 horas antes de la intervención quirúrgica, hasta la llegada a la sala de operaciones.

Las acciones de enfermería en esta etapa son acciones generales que se realiza a cualquier paciente que ingresa al hospital para atención médica o intervención quirúrgica, y también se realiza actividades específicas dependiendo de la intervención quirúrgica que se va a realizar el usuario.

### ***2.1.7. Dimensiones para medir la calidad del cuidado de enfermería.***

#### *Fomento del autocuidado*

El profesional de salud busca estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la

iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además, se pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo (Tobón, 2010).

#### *Relación de confianza y seguridad:*

Noreña (2010), expone que la comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social; es el mecanismo que regula y hace posible la interacción entre las personas y permite desarrollar un lazo afectivo que establece en el individuo la capacidad de comunicarse con otras personas, generando un patrón cíclico y continuo.

Se han encontrado estudios, según García (2004) en donde la comunicación en el hospital es deficiente, siendo el personal de enfermería la receptora de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe sobre su proceso.

Haro (2002) manifiesta que si bien el estado emocional del paciente es distinto al momento de su internamiento y cuando la enfermera intercambia experiencias con los pacientes, se propicia un ambiente de confianza y estabiliza su estado emocional, en un ambiente tranquilo, cooperará con el tratamiento farmacológico y su estadía en el hospital será agradable contrario a lo que percibía antes de establecer una comunicación con la enfermera. Cada paciente tiene una forma diferente de interpretar los mensajes; sin embargo, se debe establecer una relación de ayuda para que el mensaje sea entendido en su totalidad.

Siendo la comunicación una necesidad del paciente y de la familia; al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Peplau opinaba que las intervenciones de enfermería son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona citado por (Pinzón, 2005).

#### *Apoyo emocional*

Paez (2000) afirma que es el complemento indispensable para un adecuado tratamiento. El objetivo central del apoyo emocional es lograr que el paciente asuma una posición activa ante su estado y tratamiento, siendo similar a lo propuesto por Nightingale en donde “una enfermera debe ser una persona en la que se pueda confiar, en otras palabras, ser enfermera de confianza, no ser habladora; nunca debe contestar preguntas sobre su enfermo; debe ser estrictamente moderada y honesta” y esto corresponde a la relación

ayuda – confianza propuesta por Watson. Ésta posición activa permite que el paciente se fortalezca internamente lo cual es un factor influyente en la recuperación de la vida cotidiana y por supuesto influirá en la recuperación y mejoría en la calidad de vida. De acuerdo a esto Alvis y Col (2007), definen esta categoría como “es el apoyo percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un buen trato cordial y amistoso, con calor humano en un ambiente tranquilo, cómodo y de confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente, aliento y le permite percibir un entorno familiar, alegre y entretenido”.

#### *Tacto y escucha:*

No olvidemos que escuchamos no solamente con nuestros oídos, sino también con nuestros ojos, con nuestra mente, con nuestro corazón y con nuestra imaginación (Carl Rogers. El poder de la persona.)

Según Hsu, Phillips, Sherman, Hawkes y Cherkin (2008); la escucha activa consiste en atender en su totalidad el mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al "cómo se dice", fijándose en los elementos no verbales y paraverbales, mirarle, dedicarle tiempo, hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones. Escuchar implica un proceso activo donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva. Escuchar es un arte más complejo que hablar, susurra el que habla poco y escucha mucho, porque se susurra con la mirada, con la sonrisa, con la dedicación, con las manos y la postura del cuerpo Llacuna (2000).

Para su teoría, Rodríguez (2011), refiere que escuchar requiere esfuerzo y concentración, algo que no es necesario para oír, un hecho meramente fisiológico. Es evidente que de esta manera se incrementa en gran medida la capacidad para empatizar.

En nuestra opinión la escucha activa constituye uno de los mejores recursos que podemos utilizar para mejorar nuestras habilidades de comunicación, contribuyendo a mejorar la calidad de las mismas y que resultemos un interlocutor agradable para los demás.

El silencio es un componente esencial en la escucha activa: guardar silencio no significa estar ausente. Implica mantener una postura atenta, abierta y relajada, junto con una mirada que indique al paciente que estamos ahí para escucharle y que lo que nos quiere

decir nos parece verdaderamente interesante. Debemos practicar el "silencio" que es sin duda la mejor escucha reflexiva Ruiz (2004).

*Ética e imagen profesional:*

Para el Código de Ética y Deontología del Colegio De Enfermeros del Perú (2005) La Enfermera(o) brindar cuidados de enfermería respetando la dignidad humana y la particularidad de la persona, sin distinción de índole personal, social, cultural, económica, política o de naturaleza de los problemas de salud. La Enfermera(o) debe respetar los valores, usos, hábitos, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad; siempre que estos no pongan en riesgo su salud, considerando los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. El cuidado de enfermería, en la interrelación enfermera(o) persona debe centrarse en los problemas del usuario y en los valores y principios fundamentales de: respeto, equidad, fraternidad, solidaridad y justicia. La Enfermera(o) debe interactuar en todo momento con empatía e identificación con la persona a quien brinda el cuidado. Comete falta a la ética, la Enfermera(o) que no denuncia ante las autoridades competentes, cualquier tipo de tortura y/o maltrato físico, mental o sexual de las personas a su cuidado. La Enfermera(o) debe respetar las creencias religiosas y facilitar la relación de la persona a su cuidado, con el representante de su credo para la ayuda espiritual necesaria.

*Presencia cuidadora.*

Kérouac, (1996) Hoy en día con la profesionalización de enfermería es responsable de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades de las personas ante diversas experiencias que enfrenta cada individuo a lo largo de su vida, ya sea para restaurar su salud o para mantenerla. "La práctica se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud". El interés de la enfermera en su práctica profesional está centrado en el cuidado a la persona y cómo vive su experiencia de salud en interacción con su entorno. Si bien la enfermera realiza tareas rutinarias, también requiere de otras habilidades intelectuales que le permiten tomar decisiones y realizar acciones pensadas que respondan a las necesidades de la persona que lo requiere. Por lo tanto la práctica profesional incluye realizar cuidados individualizados integrando habilidades específicas que le permitan llevar a cabo intervenciones adecuadas para cada individuo citado por (Irrutia y Villarroel, 2009).



Colliere, el cuidado es indivisible; cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones indivisibles. Para cuidar en el sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es limitado: “tiempo”. Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación citado por (Irrutia y Villarroel, 2009).

### **2.1.8. Modelo de enfermería.**

*Teoría del cuidado humano de Jean Watson.* En su teoría del cuidado humano considera el cuidar como un valor fundamental en la enfermería y a la relación ideal de cuidar enfermera-paciente como un encuentro total, los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos. De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado (Garzón, 2013).

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana-a-humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente. La ocasión del cuidado, en últimas, permite el descubrimiento de sí mismo. Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el

cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e ínter subjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relatadas en los procesos de cuidado humano (Garzón, 2013).

Watson expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería:

- El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.
- El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
- Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.
- Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.

*La teoría de Virginia Henderson Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.* Henderson (1922) da una definición de enfermería, “asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”. Ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad. Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar: nivel de sustitución, nivel de ayuda, nivel de compañerismo citado por (Arenas, Arias, Beltrán, Izaguirre, 2012).

*La teoría de Joyse Travelbee relación persona a persona.* Travelbee (1966), en su modelo de enfermería “Relación persona a persona” resalta la importancia del proceso interpersonal de la enfermera hacia la persona, familia o comunidad. El énfasis que cumple

esta teoría en el cuidado es dar a conocer lo fundamental de la empatía, la solidaridad, la transferencia y los aspectos emocionales que la enfermera debe tener hacia el paciente que va ser sometido a cirugía, buscando que el encuentre el equilibrio físico, mental y espiritual.

## **2.2. Ansiedad en el paciente pre-quirúrgico.**

### **2.2.1. Definición de ansiedad.**

Se define la ansiedad desde el punto de vista rasgo como una tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad. (Sierra, Ortega y Subeidat, 2003).

Para Beck citado por (Delgado 2015) asume que la ansiedad se refiere a “un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como: tensión o nerviosismo y síntomas fisiológicos como palpitaciones cardiacas, temblor, náuseas y vértigo”.

La ansiedad es un estado de agitación e inquietud desagradable que se caracteriza por la anticipación del peligro o amenaza, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, se manifiesta una reacción de sobresalto donde el individuo trata de buscar una solución al peligro. (Sierra et al. 2003).

Moscoso y Oblitas señalan que la ansiedad es considerada un estado emocional displacentero, asociado a pensamientos negativos, que involucra la evaluación cognitiva que el individuo hace acerca de la situación que percibe como amenazadora. Dicha valoración surge, por una parte, del proceso de negociación entre las demandas y recursos del medio ambiente y, por otra, de las creencias, prioridades y metas del estudiante, dando como resultado una reacción emocional, cuya intensidad depende de la percepción de amenaza a la seguridad, autoestima y estabilidad personal (Contreras, et al.2005).

Así mismo para Camacho citado por (García, 2010) señala que las reacciones de ansiedad pueden ser provocadas tanto por estímulos internos como externos, es decir por hechos ocurridos a la persona, por pensamientos o por ideas o imágenes mentales que son percibidos por el individuo como amenazantes.

### **2.2.2. Componentes de la ansiedad.**

*Componente fisiológico.* Vigil (citado por Delgado, 2015) explica que este componente está conformado por los cambios que se desarrollan en el sistema nervioso central y que esta relacionados con la presencia de determinados estados emocionales. Se reflejan mediante la sudoración, dilatación pupilar, aumento de tensión muscular, palidez facial, temblor, entre otros, y también a nivel interno mediante la aceleración cardiaca. Así mismo hay tensión motora (temblor, dolores musculares, fatigabilidad, inquietud e intranquilidad). Hiperactividad, hiperactividad vegetativa (sudoración, palpitaciones, taquicardias, manos sudorosas, insomnio).

*Componente subjetivo.* Como seguimos mencionando para este componente subjetivo “el componente subjetivo es el conjunto de procesos cognitivos relacionados con la respuesta emocional a determinados estados del entorno y a cambios fisiológicos” (Delgado, 2015).

*Componente motor conductual.* Finalmente, este componente es el observable de la conducta en otra palabras se da mediante respuestas de evitación y escape. “Esta respuesta puede ser provocada, tanto por situaciones o estímulos externos, como por estímulos internos, tales como: pensamientos, creencias, expectativas, atribuciones, entre otros, los cuales son percibidos por el sujeto como eventos amenazantes” (Delgado, 2015).

Por otro lado Neyra citado por (Delgado, 2015) indicó que hay síntomas de ansiedad desde un punto de vista cognitivo, afectivo, fisiológico, motivacional y conductual. Dentro de este componente se encuentran:

- Estado de alerta e hipervigilancia
- Bloqueos
- Torpeza o dificultad para actuar
- Impulsividad
- Dificultad para permanecer quieto
- Mantiene pocas relaciones sociales.

### **2.2.3. Ansiedad del paciente preoperatorio.**

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de ansiedad, porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican ciertos riesgos. Los enfermos deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y la cirugía, e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. (Mejía, 2010).

Ante una intervención quirúrgica se desencadenan en el paciente diversas emociones, entre las cuales se encuentran la ansiedad y el estrés; aspectos que repercuten en la óptima evolución y recuperación del paciente en la estancia hospitalaria (Méndez, 2009). La ansiedad a criterio de (Martínez, 2010), es entendida como el estado en que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad leve o intensa cuyo origen es desconocido o inespecífico; una relación compleja del individuo frente a situaciones y estímulos potencialmente peligrosos o percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por las circunstancias de aparecer inciertos.

Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad (de pánico, desórdenes por ansiedad generalizada, trastornos mixtos ansioso-depresivos); sin embargo, la que se genera en el paciente por el acto anestésico-quirúrgico es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico, de hecho, puede ser una característica constitucional de la personalidad del paciente, y en muchos casos, puede presentarse por lo menos desde una semana antes del procedimiento (Valenzuela y Millán et al. 2010).

Elorza y Oliveros (2008) señalan que el individuo experimenta muchos temores, por eso es necesario, escuchar al paciente en todo momento, aplicar la empatía e identificar las fuentes de preocupación, para proporcionar información adecuada, que le ayude a aliviar su angustia. Debe haber una combinación de apoyo emocional y proporción de información que permita potenciar la expresión de los sentimientos y de la angustia previa a la intervención quirúrgica, que, a los ojos del enfermo, puede ser una amenaza para su vida; pues constituye indudablemente un suceso estresante, alrededor del cual existe preocupación sobre la independencia y condiciones físicas, el dolor, la supervivencia y la recuperación; la separación de la familia y el hogar, aunada a la propia estancia

hospitalaria. Enfermería debe brindar una atención de calidad, la cual, a criterio de (Martínez, 2010), es aquella en la que se intenta aliviar la ansiedad del paciente.

La información verbal y el asesoramiento del equipo de salud, en especial el personal de enfermería suelen ser las estrategias más adecuadas de difusión de información, y, por tanto, son utilizadas con más frecuencia con el fin de reducir el estado de ansiedad en este tipo de pacientes; destacando entre ellas: acciones para facilitar la comunicación, aclarar dudas, creencias erróneas, temor a lo desconocido; también enseñar técnicas de autocuidado y seguridad para reducir la ansiedad del paciente quirúrgico. (Sukantarat et al., 2007) señala que los pacientes con un nivel elevado de ansiedad son particularmente vulnerables al dolor después de la cirugía, con incremento en la necesidad de analgésicos, y prolongación en los días de estancia hospitalaria, que repercuten directamente en los costos de la atención. Esta situación puede crearle una mala experiencia, y por ello, el profesional de enfermería debe brindar una adecuada atención.

#### ***2.2.4. Preparación del paciente para la intervención quirúrgica.***

El PAE en la atención quirúrgica, cumple un rol fundamental en el logro de objetivos y cuidados del paciente. Por tal motivo, Smeltzer y Bare (2000) indican que los cuidados de enfermería al paciente quirúrgico deben ser:

La valoración inicial del paciente quirúrgico abarca diversos factores físicos y psicológicos. En ella pueden anticiparse o identificarse una variedad de problemas del paciente o diagnósticos de enfermería con base en los datos reunidos.

Romero et al (2004) indica que las principales acciones de enfermería por patrones funcionales son:

##### *Patrón de percepción-mantenimiento de la salud.*

- El paciente, que lógicamente sabe que va ser intervenido quirúrgicamente, percibe su ingreso con cierta inseguridad ya que, si bien sabe lo que tiene, no sabe a ciencia cierta lo que le van hacer en la intervención quirúrgica y, sobre todo, cómo va quedar tras la intervención. Su disposición a colaborar y a participar es buena porque cree que con ello todo irá bien.

- Valorar la existencia de alguno de los factores de riesgo quirúrgico
- Se entrevistará al paciente y se le preguntará sobre su experiencia quirúrgica previa, con el fin de conocer si hubo complicaciones que se puedan prever. También se le preguntará por la existencia de enfermedades coexistentes.

#### *Patrón nutricional-metabólico*

- El paciente debe tener una buena situación nutricional y ha de tener controlados sus problemas nutricionales si los tiene, como la diabetes, la pérdida de peso, etc.

#### *Patrón de eliminación*

- Los pacientes estreñidos pueden sufrir un agravamiento de su situación con el encamamiento previo o posterior a la intervención quirúrgica.
- La diuresis debe encontrarse dentro de los parámetros normales y conocerse con antelación si existen circunstancias que la alteren y que repercutan en el proceso quirúrgico (Ricci et al., 2009).

#### *Patrón de actividad-ejercicio*

- El paciente puede manifestar miedo a perder la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria después de la intervención, aunque piensa que podrá recuperar la movilidad y su capacidad de hacer cosas con rapidez.

#### *Patrón sueño-descanso*

- Puede manifestar nerviosismo, sobre todo si es la primera vez que ingresa en un hospital. La inminencia de la intervención puede impedirle el sueño, proporcionarle tensión y necesitar compañía.

#### *Patrón cognitivo-perceptual*

- Valorar la capacidad para ir andando o en la cama

- Evaluar los problemas previos de importancia, como un dolor que no pudiera controlar y sus expectativas antes esta situación (Piccoli y Galvao, 2005).

*Patrón autopercepción-autoconcepto*

- Valorar el estado de ánimo y las expectativas, así como las actitudes ante la familia y visitas

*Patrón adaptación-tolerancia al estrés*

- Manifestaciones de nerviosismo, aunque no se aparenten, miedo a perder el control antes o durante la intervención, deseos de saber cómo se tiene que actuar y sobre todo lo que no se debe hacer.

*Patrón valores y creencias*

- Valorar las ideas y las creencias religiosas.

**2.2.5. Principales Diagnósticos de enfermería en el preoperatorio.**

Entre los principales diagnósticos de enfermería en el preoperatorio, a partir de los datos de la valoración inicial del sujeto quirúrgico, según Parra (2007) incluyen los siguientes:

- Ansiedad ante la experiencia quirúrgica (anestesia y dolor) y los resultados de la operación.
- Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con déficit de conocimientos sobre técnicas y protocolos preoperatorios, así como sobre resultados esperados en dicho periodo.

-

**2.2.6. Intervenciones de enfermería**

Jiménez et al. (2014) señala las siguientes intervenciones para el diagnóstico de enfermería ansiedad:

- El paciente comenta con el anesthesiólogo sus preocupaciones sobre los tipos de anestesia e inducción de la misma.



- Expresa comprensión en cuanto al medicamento pre anestésico y anestesia general
- Habla con la enfermera o el médico sobre las preocupaciones de último minuto
- Expresa al trabajador social su preocupación en cuanto a la cuenta del hospital y otros gastos necesarios.
- Solicita la presencia de un miembro del clero cuando lo cree apropiado.
- Se relaja después de que lo visitan los miembros del personal de salud.
- Preparación para la intervención quirúrgica.
- Participa en la preparación preoperatoria
- Muestra y describe los ejercicios que debe realizar en el pos-operatorio.
- Revisa la información relacionada con el cuidados posoperatorio.
- Acepta la medicación pre anestésica cuando se prescribe.
- Permanece en cama.
- Se relaja mientras se le transfiere al quirófano.
- Expone los fundamentos para el uso del barandal.
- Participa en la planeación del alta

Por otro lado Hinojosa (2013) señala que la capacidad del profesional de enfermería de escuchar de forma activa los mensajes verbales y no verbales es imperativa para establecer una relación de confianza con el paciente y la familia. La comunicación terapéutica puede ayudar al paciente y a la familia a identificar miedos y preocupaciones. El profesional de enfermería puede entonces planificar intervenciones de enfermería y cuidados de apoyo para reducir la ansiedad del paciente y ayudarlo a enfrentarse con éxito a los factores estresantes que se encuentra durante el periodo peri operatoria.

De igual manera la educación de la familia es una responsabilidad esencial en el periodo preoperatorio. La educación del paciente y el apoyo emocional tienen un efecto positivo sobre el bienestar físico y psicológico del paciente, antes y después de la intervención quirúrgica. En un análisis de 103 estudios, los pacientes quirúrgicos que recibieron

educación o intervenciones de apoyo tuvieron menos ansiedad y/o dolor, experimentaron menos complicaciones, fueron dados de alta antes, se mostraron más satisfechos con su asistencia y volvieron antes a las actividades normales que los pacientes que no recibieron este tipo de asistencia. Estos resultados pueden atribuirse en parte a la sensación de control que el paciente adquiere a través de la educación de enfermería (Rojas y Azecedo, 2013).

La educación del paciente debe comenzar tan rápido como el paciente sepa la intervención que se le ha indicado. La educación puede empezar ya en la consulta del médico o en el momento en que se le hagan las pruebas previas al ingreso. Aunque la educación continua durante los cuidados postoperatorios, la mayor parte de la educación se hace antes de la intervención quirúrgica, porque el dolor y los efectos de la anestesia pueden reducir mucho la capacidad del paciente de aprender (Achury, Achury, Estrada y Gutiérrez, 2012).

La cantidad de información que el paciente desea varía de un paciente a otro. Por tanto, evalúe la necesidad del paciente y su disposición a aceptar la información. La educación la dirigirá en parte el procedimiento quirúrgico que se vaya a realizar y el tipo de anestesia.

### ***2.2.7. Respuestas psicológicas ante una intervención quirúrgica.***

Una cirugía constituye una amenaza potencial o real para la integridad de la persona y, por tanto, puede producir reacciones de estrés fisiológico y psicológico. La reacción de estrés psicológico se relaciona directamente con la extensión de la cirugía. La respuesta psicológica, sin embargo, no se relaciona directamente.

Según Correa (2014) existen diferentes formas en que las personas pueden percibir el significado de una cirugía y, por tanto, existen diferentes respuestas. Sin embargo, existen también temores y preocupaciones comunes. Algunos de los temores que subyacen a la ansiedad preoperatoria son difíciles de identificar y la persona no es capaz de identificar su causa. Otros temores son más específicos:

- Generales Específicos
- Temor a lo desconocido Diagnóstico de una enfermedad maligna
- Pérdida de control Anestesia
- Perdida del amor de las personas cercanas

- Muerte, dolor
- Amenaza a la sexualidad Desfiguración, limitación permanente

El temor a lo desconocido es el más común. Si el diagnóstico es incierto, es frecuente el temor a la enfermedad maligna, sin importar la probabilidad de presencia. Los temores referentes a la anestesia están normalmente relacionados con la muerte, “dormirse y no volver a despertar”. Algunas personas se preocupan por lo que puedan decir al despertar de la anestesia; les preocupa que si hablan, sus palabras no tengan sentido. Los temores referentes al dolor, a la desfiguración o a la incapacidad permanente, pueden ser reales o pueden estar influidos por mitos, falta de información o historias espeluznantes contadas por algunos amigos. Es posible, también, que los pacientes tengan preocupaciones relacionadas con la hospitalización, como la seguridad de su trabajo, la pérdida de ingresos y el cuidado de su familia (Calafell, Borrás, Barts, Feixas y Ransanz, 2011).

Las personas que presentan un nivel de ansiedad demasiado alto como para poder hablar acerca de lo que les preocupa y empezar a comprender su ansiedad antes de la cirugía, experimentan con frecuencia dificultades en el periodo postoperatorio. Estas personas tienden a sentirse furiosas, resentidas, confundidas o deprimidas. Además, son también más vulnerables a las reacciones psicóticas que las personas que presentan niveles menores de ansiedad (Jiménez et al., 2014).

La falta de respuesta emocional ante una cirugía puede indicar negación; este factor obstaculiza y evita el afrontamiento de la ansiedad antes de la cirugía.

### ***2.2.8. Beneficios que otorga la preparación psicológica***

Algunos de los beneficios que se han señalado son disminución de la estadía hospitalaria; mejoramiento del estado inmunológico, circulación y metabolismo; menor estrés antes, durante y después de la cirugía; mayor tranquilidad y autocontrol; disminución importante de depresión o ansiedad (predictor clave de recuperación); menos dolor, menor necesidad de analgésicos; mejor preparación para el alta, mayor satisfacción con la atención recibida y una percepción más positiva de la experiencia hospitalaria. (Cárdenas, González, González, Pérez y Maradona, 2011).

### ***2.2.9. Dimensiones de la ansiedad***

### *Ansiedad somática:*

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) el trastorno de síntomas somáticos sucede cuando una persona siente una ansiedad extrema a causa de síntomas físicos como el dolor o la fatiga. La persona tiene pensamientos intensos relacionados con los síntomas que interfieren con su vida diaria. Una persona con trastorno de síntomas somáticos (TSS) no finge sus síntomas. El dolor y los demás problemas son reales. Pueden ser provocados por un padecimiento de salud. A menudo no se puede encontrar una causa física. Sin embargo, el problema principal es la reacción extrema y los comportamientos relacionados con los síntomas.

### *Ansiedad psíquica:*

Sensación psíquica que se caracteriza por un desasosiego de la mente, una elevada tensión del espíritu acompañada por temor indefinido, un sentimiento vago e indescriptible de aprensión e inquietud y una opresión en el corazón tal y como si estuviera próximo a sufrir algún daño o desastre. La ansiedad psíquica se parece mucho a la manera de sentirse cuando se tiene miedo, pero así como el pánico es la respuesta anímica a un peligro externo real, presente y definido, en la ansiedad el temor no va dirigido a un objeto determinado, sino que es una sensación indecisa y flotante imposible de conectar con algún hecho real y específico. En otras palabras, el pánico desaparece tan pronto el peligro externo se elimina; en cambio, la ansiedad con su persistente tensión de temor y de inmediato desastre subsiste sin causa aparente alguna (Jimenez, 2009).

La ansiedad siempre demuestra la existencia de un conflicto entre los impulsos subconscientes que existen en el alma y los deberes y obligaciones que impone la conciencia; otras veces puede producirse como resultado de una serie de frustraciones que ocurren en la vida entre la real manera de ser y los problemas que se presentan. Imaginemos a una mujer que por su temperamento y por su manera de reaccionar sea incapaz de tomar decisiones propias; por azares de la vida, se ve obligada a decidir sobre un problema vital; desarrollara un estado de ansiedad (Jimenez, 2009).

### **2.2.10. Formas de medir la ansiedad.**

Existen diferentes formas de evaluar la ansiedad, existiendo una variedad de escalas, tales como la de Hamilton, la de Beck, escala análoga visual (VAS), escala de Amsterdam

para medir la ansiedad (APAIS), cuestionario de ansiedad rasgo/estado (IDARE) de Spielberger entre otros (Boker, 2002).

La escala de ansiedad de Hamilton Se trata de una escala héteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica y a ansiedad somática. Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. (Hamilton, 1959).

El cuestionario de ansiedad rasgo / estado (IDARE). (Spielberger, 1982), consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los examinados describir cómo se sienten generalmente. También consta de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Evalúa. Personas con nivel educativo medio-superior en adelante. Su aplicación puede ser Individual, colectiva o autoaplicable con un tiempo de aplicación. De 15 a 25 minutos aproximadamente.

### **2.2.11. Modelos Teóricos de la ansiedad.**

*Teoría psicodinámica de Hildegard Peplau.* Describe su teoría de las relaciones interpersonales enfermería psicodinámica como, ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia. La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico. Peplau empleó conocimientos tomados de la ciencia conductual, el modelo psicológico. Este permite al enfermero situarse fuera de la concepción de enfermedad hacia otra orientación e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de enfermería. Esto nos permite enseñar a los pacientes cómo debe experimentar sus sentimientos y explorar con ellos la forma de asimilar estos sentimientos. El sistema conceptual de las relaciones interpersonales está encaminado al desarrollo de la capacidad de los enfermeros/as para emplear estos conceptos (Alí, Barrionuevo, Bilbao, Gallardo, Gonzalez, Nahuelquir, 2012)

*Teoría tridimensional.* Lan citado por (Delgado 2015) habla sobre la teoría tridimensional de la ansiedad, el autor menciona que “la ansiedad se muestra como un conjunto de respuestas que se agrupan en tres sistemas”:

- El sistema cognitivo o subjetivo este sistema es el componente emocional de la experiencia interna, en este sistema incluye las experiencias de miedo, alarma, inquietud, preocupación, y obsesión, así mismo menciona que es el componente central de la ansiedad.
- Por consiguiente se menciona al sistema fisiológico, este sistema está relacionado “con los cambios en la actividad del sistema nervioso autónomo, como la sudoración, dilatación pupilar, aceleración cardíaca y aceleración respiratoria”.
- Finalmente mencionaremos el sistema motor conductual que son respuestas observables mediante el cual son producidas por la ansiedad y en este incluye respuestas como la evitación o escape, respuestas defensivas, y otros movimientos o gestos corporales y expresión facial.

*Teoría conductista.* Según, Dominic citado por (Delgado, 2015) menciona que todas las conductas son aprendidas y que la ansiedad es el resultado de un resultado de un proceso condicionado, así mismo la teoría del aprendizaje social explica que la ansiedad se desarrolla por medio del aprendizaje observacional de personas que son significativas para el individuo. Además agrega que la teoría del aprendizaje, revela que la ansiedad está relacionada con estímulos condicionados o incondicionados. Además considera que “la ansiedad conductual está planteada a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado”. Todo indica que la conducta ansiedad se aprende a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado.

*Teoría cognitivo – conductual.* “la conducta queda determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan” cuando una persona siente tener ansiedad es cuando intervienen procesos de distintas variables cognitivas del sujeto como los pensamientos, creencias, ideas, y situaciones que activan la emisión de la conducta” (Sierra et al. 2003).

### 3. Definición de términos

*Cuidados de enfermería.* El cuidado es una sensación que denota una relación de interés, cuando la existencia del otro te importa; una relación de dedicación, llevándolo a sus extremos, sufrir por el otro (García et al., 2011).

*Ansiedad.* La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) define la ansiedad como la sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática; sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro.

*Cuidados de enfermería en el preoperatorio.* Intervenciones de enfermería que se aplican desde el momento en que el médico informa al paciente que su tratamiento médico es quirúrgico hasta su traslado a sala de operaciones (Jiménez et al., 2014).

*Calidad.* La Organización Mundial de la Salud (2010) argumenta que la calidad consiste en la ejecución de acuerdo a estándares de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición

## Capítulo III

### Materiales y Métodos

#### 1. Diseño y tipo de investigación

El estudio de investigación es de enfoque cuantitativo porque se usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Llopis, 2004); de diseño no experimental, puesto que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. De alcance correlacional porque permite analizar el tipo de relación que existe entre dos variables que son ansiedad y calidad del cuidado (Pavón y Gogeochea, 2010). De corte transversal ya que se levantaron los datos en un período de tiempo determinado (Hernández, Fernández y Baptista 2006).

#### 2. Variables de la investigación

##### 2.1. Definición operacional de la variable.

Variable Calidad del cuidado de enfermería

Brindar un cuidado holístico que considere al paciente como un ser bio-psico-socio-espiritual de los pacientes pre-quirúrgicos.

Variable Ansiedad

Es el estado en el que la persona se encuentra con una extrema inseguridad e inquietud de situaciones que pasan en su vida de los pacientes pre-quirúrgicos.



## 2.2. Operacionalización de las variables

### Variable calidad del cuidado de enfermería

Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
El profesional de enfermería debe constantemente interrogarse sobre la forma de proporcionar una mejor atención a los pacientes, con el objetivo de alcanzar la perfección en el cuidado y la atención, ya que siempre existe la posibilidad de mejorar la práctica de la profesión (Mendoza y González, 2009)	Brindar un cuidado holístico que considere al paciente como un ser bio-psico-socio-espiritual de los pacientes pre-quirurgicos. Medido con el cuestionario "Calidad del cuidado de enfermería" por Huércanos (2010) con una escala de calificación de Deficiente: 27-45 puntos, Regular: 46-63 puntos, Excelente: 64-81 puntos.	<p>Fomento del autocuidado .</p> <p>Relación de confianza y seguridad.</p> <p>Apoyo emocional.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El profesional de enfermería enseña cómo comunicar cuando tiene problema.</li> <li>2. Enseña pautas (técnicas de relajación, ejercicios, cambio de postura y otros) que ayuden en su bienestar.</li> <li>3. Brinda orientación acerca de las normas hospitalarias (horarios de visita, reposo, materiales de aseo personal, alimentación y otras).</li> <li>4. Muestra interés por usted preguntándole ¿Cómo se siente? ¿Cómo pasó el turno anterior?</li> <li>5. Explica claramente el procedimiento que va a realizar.</li> <li>6. Aclara las dudas que usted tiene durante el turno.</li> <li>7. Inspira confianza para expresar sus sentimientos.</li> <li>8. Demuestra seguridad en los cuidados que realiza.</li> <li>9. Mantiene una relación cercana con usted.</li> <li>10. Brinda palabras de aliento y esperanza en el momento que lo necesita.</li> <li>11. Brinda un trato amable.</li> <li>12. Con frecuencia se muestra carismática cuando le atiende.</li> <li>13. Le hace sentir importante e individual.</li> <li>14. Utiliza un tono de voz agradable.</li> <li>15. Acude a su llamado cuando usted lo necesita.</li> </ol>	Ordinal tipo Likert 1: Nunca 2: A veces 3: Siempre

		<p>Tacto y escucha.</p> <p>Ética e imagen Profesional</p> <p>Presencia cuidadora.</p>	<p>16. Responde con paciencia a sus preguntas.</p> <p>17. Le hace sentir fortalecido por medio del contacto físico (le toma de la mano, le da una palmada en el hombro) cuando ella percibe que usted lo necesita.</p> <p>18. Atiende con delicadeza.</p> <p>19. Escucha atentamente cuando le habla (le mira a los ojos, responde a sus preguntas y otros).</p> <p>20. Le saluda y se identifica con usted.</p> <p>21. Trata con respeto a su familia.</p> <p>22. Cuida de su intimidad durante os procedimientos que realiza.</p> <p>23. Respeto sus creencias religiosas y costumbres.</p> <p>24. Mantiene el uniforme limpio y presentable.</p> <p>25. Dedicar momentos y/o espacios para tratar temas que le preocupan o interesan.</p> <p>26. Acude a comprobar cómo está usted aun cuando no es solicitado(a).</p> <p>27. Procura que el entorno de la habitación sea confortable (iluminación, ventilación, temperatura, sonido y otros) para facilitarle comodidad y descanso.</p>	
--	--	---	---	--

## Variable Ansiedad

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
<p>“La sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática; sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza”. (NANDA, 2012-2017)</p>	<p>Es el estado en el que la persona se encuentra con una extrema inseguridad e inquietud de situaciones que pasan en su vida de los pacientes pre-quirúrgicos.</p> <p>Medido con la Escala de ansiedad de Hamilton (1969) con una escala de medición de: Ausente: 1-6 pts; Leve: 7-13 pts; Moderado: 14-20 pts; Grave: 21-27 pts y muy grave incapacitante: 28-36 pts.</p>	<p>Ansiedad Psíquica</p> <p>Ansiedad Somática</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de ánimo ansioso</li> <li>2. Tensión</li> <li>3. Temores</li> <li>4. Insomnio</li> <li>5. Intelectual (cognitivo)</li> <li>6. Estado de ánimo deprimido.</li> <li>7. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico).</li> <li>8. Síntomas somáticos generales (musculares)</li> <li>9. Síntomas somáticos generales (sensoriales).</li> <li>10. Síntomas cardiovasculares.</li> <li>11. Síntomas respiratorios.</li> <li>12. Síntomas gastrointestinales.</li> <li>13. Síntomas genitourinarios.</li> <li>14. Síntomas autónomos</li> </ol>	<p>Ordinal tipo likert</p> <p>4: Siempre 3: Casi siempre 2: Casi nunca 1: Nunca</p>

### **3. Hipótesis**

#### **3.1. Hipótesis general.**

Hi: Existe relación significativa entre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del HNHU-El Agustino, 2016.

Ho. No existe relación significativa entre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del HNHU-El Agustino, 2016.

#### **3.2. Hipótesis específicas.**

Hi<sub>1</sub>: Si existe relación entre la dimensión “fomento del autocuidado” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.

Ho<sub>1</sub>: No existe relación entre la dimensión “fomento del autocuidado” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.

Hi<sub>2</sub>: Si existe relación entre la dimensión “relación de confianza y seguridad” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.

Ho<sub>2</sub>: No existe relación entre “la dimensión relación de confianza y seguridad” ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.

Hi<sub>3</sub>: Si existe relación entre la dimensión “apoyo emocional” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.

Ho<sub>3</sub>: No existe relación entre la dimensión “apoyo emocional” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.

Hi<sub>4</sub>: Si existe relación entre la dimensión “tacto y escucha” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.

Ho<sub>4</sub>: No existe entre la dimensión “tacto y escucha” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.

Hi<sub>5</sub>: Si existe relación entre la dimensión “ética e imagen profesional” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.

Ho<sub>5</sub>: No existe relación entre la dimensión “ética e imagen profesional” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.

Hi<sub>6</sub>: Si existe relación entre la dimensión “presencia cuidadora” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.

Ho<sub>6</sub>: No existe relación entre la dimensión “presencia cuidadora” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.

#### **4. Delimitación geográfica y temporal**

El Hospital Nacional Hipólito Unanue se encuentra situado en la Av. Cesar Vallejo N° 1390 distrito de El Agustino, el mismo que se ubica en la provincia y departamento de Lima - Perú; entre las coordenadas 12° 4' 0" S, 77° 1' 0" W (en decimal -12.066667°, -77.016667°) con UTM 8665267 280480 18L. Es un hospital de referencia nacional, cuya área de influencia directa está circunscrita a la jurisdicción de Lima-Este, la que comprende a los distritos de Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho, Santa Anita y San Juan de Lurigancho. Desarrollando su actividad dentro de la jurisdicción asignada por la Dirección de Salud Lima Este como Hospital de Nivel III, cabeza de red del funcionamiento de las Unidades de Terapia Intensiva (UTI). El Hospital está ubicado en una zona estratégica, con grandes facilidades de acceso. Tiene un área construida de 15,161m<sup>2</sup>; cuenta con 70 camas aproximadamente en el servicio de cirugía general y se atienden un aproximado de 300 personas mensual y 3250 al año. Atiende a una población de 1'200,000 personas procedentes de los Distritos de El Agustino, Ate - Vitarte, Santa Anita, La Molina, Cercado de Lima y a una población flotante cercana a las 850,000 personas del distrito de San Juan de Lurigancho.

#### **5. Participantes**

##### **5.1. Población:**

Pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Cabe resaltar que anualmente se promedia una cantidad de 2570 pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía y 300 pacientes aproximadamente atendidos mensualmente.

## 5.2. Muestra.

Para la selección de los individuos se utilizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple porque se define la población y se confecciona una lista de todos los individuos, se concreta el tamaño de la muestra y se extraen al azar los elementos, teniendo en cuenta la cantidad de pacientes atendidos en el servicio de cirugía general del hospital nacional Hipólito Unanue. (Hernández-Sampieri y otros, 2006).

La muestra finalmente estuvo constituida por 122 pacientes pre-quirúrgicos.

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q} \quad n = 122$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (300)}{(0.05)^2 (300 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} \quad p = 0.5$$

$$n = \frac{288,12}{0,7475 + 0,9604} \quad q = 0.5$$

$$n = \frac{288,12}{2,3616} \quad z = 300$$

$$n = 122 \quad e = 0.05$$

$$n = 122$$

### 5.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.

#### **Criterios de Inclusión.**

Pacientes que cumplan las siguientes características:

- Cirugía general
- Glasgow mayor de 14 pts.
- Edad de 15 años a más
- Que desee participar voluntariamente del estudio.
- Pacientes hospitalizados con previa programación quirúrgica.
- Todos los pacientes que ingresan a cirugía general en el periodo de agosto-setiembre del 2016.

#### **Criterios de Exclusión.**

Pacientes que cumplan las siguientes características:

- Tener una grave discapacidad sensorial que dificulte la comprensión del cuestionario.

- Tener un trastorno psiquiátrico agudo o crónico.
- Padecer un grave deterioro cognitivo.
- Los que dejen incompleto el cuestionario.

### 5.2.2. Características de la muestra

La muestra estudiada se caracteriza porque el 47,5% de los participantes estuvieron en un rango de edad de > de 45 años, el 29,5 % tuvieron un grado de instrucción secundaria completa, el 30,3 % presentaron un estado civil casado, el 65,6 % fueron católicos y el 49,2 % estuvieron hospitalizados de 2 a 3 semanas.

Tabla 1

#### *Características sociodemográficas de la población*

VARIABLE	ESCALA	n	%
Edad	De 15 a 21	12	9,8
	De 22 a 35	23	18,9
	De 36 a 45	29	23,8
	>de 45	58	47,5
	Grado de instrucción	Sin instrucción	5
Grado de instrucción	Primaria incompleta	19	15,6
	Primaria completa	10	8,2
	Secundaria incompleta	27	22,1
	Secundaria completa	36	29,5
	Superior: universitario	11	9,0
	Superior: técnico	14	11,5
	Estado civil	Soltero (a)	27
Conviviente		34	27,9
Casado (a)		37	30,3
Viudo (a)		12	9,8
Religión	Separado/divorciado	12	9,8
	Católico	80	65,6
	Adventista	7	5,7
	Testigo de Jehová	20	16,4
	Otros/Ninguno.	15	12,3
Tiempo de hospitalización (semanas)	Menos de una semana	39	32,0
	De 2 a 3 semanas	60	49,2
	Más de 4 semana	23	18,9
Total		122	100

## **6. Técnica de instrumentos de recolección de datos**

La técnica empleada en el estudio fue la encuesta. Los instrumentos que se utilizaron fueron: cuestionario de ansiedad de Hamilton y el cuestionario de calidad del cuidado de enfermería por Huércanos en el 2010; adaptado por Acero en el trabajo "percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado invisible del profesional de enfermería de los servicios de cirugía y medicina del hospital II de vitarte, red asistencial almenara".

### **6.1. Cuestionario de Calidad del cuidado de enfermería**

El instrumento contiene introducción, datos generales y específicos. Contó con 27 preguntas de alternativa tipo Likert, donde se consideró 6 dimensiones: fomento del autocuidado, que incluyen 3 preguntas; relación de confianza y seguridad, que incluyen 6 preguntas; apoyo emocional que miden a través de 7 preguntas; tacto y escucha con 3 preguntas; ética e imagen profesional con 5 preguntas y presencia cuidadora con 3 preguntas. Al realizar el análisis por alfa de Cronbach se obtuvo un valor de 0,877 demostrando su confiabilidad.

Es importante considerar que cada pregunta tenía 3 alternativas de respuesta, cada una con su respectiva valoración: Nunca: 1 punto, A veces: 2 puntos, Siempre: 3 puntos

Para medir la calidad del cuidado de enfermería, se utilizó las escala de manera general y específica de acuerdo a cada dimensión dada por los autores, siendo catalogadas: Deficiente: 27-45 puntos, Regular: 46-63 puntos, Excelente: 64-81 puntos.

Para el estudio de las dimensiones: Fomento del autocuidado: Deficiente: 3-5 puntos; regular: 6-7 puntos; excelente: 8-9 puntos. Relación de confianza y seguridad: Deficiente: 6-9 puntos; regular: 10-13 puntos; excelente: 13-18 puntos. Apoyo emocional: Deficiente: 7-11 puntos; regular: 12-16 puntos; excelente: 17-21 puntos. Tacto y escucha: Deficiente: 3-5 puntos; regular: 6-7 puntos; excelente: 8-9 puntos. Ética e imagen profesional: Deficiente: 5-8 puntos; regular: 9-11 puntos; excelente: 12-15 puntos. Presencia cuidadora: Deficiente: 3-5 puntos; regular: 6-7 puntos; excelente: 8-9 puntos.



## **6.2. La Escala de ansiedad de Hamilton (HAS)**

Fue diseñada en 1959, inicialmente constaba de 15 ítems, quedando posteriormente, en el año de 1969, dividida en 14, esta versión es la más ampliamente utilizada hasta la actualidad. La presente es la versión española realizada por Carrobles y cols en 1986, es una escala autoaplicada de 14 ítems, 13 referentes a síntomas ansiosos y el otro es relacionado con el comportamiento del paciente durante la entrevista. Es un reactivo que ayuda a determinar el nivel global de ansiedad del paciente. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos (0=ausente; 1=Leve; 2=Moderado; 3=Grave y 4=Muy grave), Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia, después se realiza la sumatoria total para brindar los siguientes puntuaciones para los parámetros: Ausente: 1-6 pts; Leve: 7-13 pts; Moderado: 14-20 pts; Grave:21-27 pts y muy grave incapacitante: 28-36 pts.

Al realizar el análisis por alfa de Cronbach se obtuvo un valor de 0,779 demostrando su confiabilidad.

## **7. Proceso de recolección de datos:**

Después de obtener la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud para la ejecución del presente estudio, se solicitó la autorización respectiva del proyecto de investigación al director de ética e investigación del H.N.H.U y a la jefatura de enfermería; por medio de una solicitud facilitada por la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión para realizar la aplicación correspondiente. Una vez obtenida la solicitud de aceptación se procedió al siguiente paso que fue la recolección de datos en la cual se encuestó a los pacientes pre-quirúrgicos explicando el porqué del estudio y con su respectivo consentimiento informado. En total se aplicaron 122 encuestas, tomando un tiempo de 15-20 minutos por persona.

## **8. Procesamiento y análisis de datos:**

El procesamiento de datos inicio con la codificación e ingreso de los datos al paquete estadístico SPSS 20. Se realizó la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento.

Para la estadística descriptiva se utilizaron las tablas de distribución de frecuencias y de contingencia para el cruce de variables. Para la elección de la prueba estadística se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, que permite medir el grado de concordancia existente entre la distribución de un conjunto de datos y una distribución teórica, al no contar la población con una distribución normal se aplicó la prueba no paramétrica Tau-b de Kendall que permite ver la realización entre dos variables ordinales específica. (García, Bellido; González, Such y Meliá. 2010).

## **9. Consideraciones éticas:**

Durante el proceso del estudio se consideraron los principios éticos pertinentes, respetándose la autonomía de los participantes.

Según Ley general de salud No 26842 “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo” (Capítulo I, artículo 4).

En materia de investigación para la salud, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, protección de sus derechos, su bienestar y su privacidad (artículo 13 y 16).

Se elaboró un consentimiento informado en el cual se explicó el objetivo del trabajo, la confiabilidad y el anonimato del paciente al participar, así mismo se explicó que la información que se recoja no se usará para ningún propósito fuera de los de la investigación y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio. Se entregó por escrito al sujeto de investigación quien recibió explicación clara y completa para el desarrollo de los cuestionarios.

## Capítulo IV

### Resultados y Discusión

#### 1. Resultados

Tabla 2

Relación entre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del HNHU-El Agustino, 2016.

		Nivel de ansiedad					Total
		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave	
Calidad del cuidado de enfermería	Deficiente	3 2,5%	4 3,3%	18 14,8%	12 9,8%	2 1,6%	39 32,0%
	Regular	5 4,1%	19 15,6%	26 21,3%	16 13,1%	7 5,7%	73 59,8%
	Excelente	0 0,0%	3 2,5%	3 2,5%	3 2,5%	1 0,8%	10 8,2%
Total		8 6,6%	26 21,3%	47 38,5%	31 25,4%	10 8,2%	122 100%

\*Tau *b* de Kendall = -0,048; *p* = 0,553

En la tabla 2 se aprecia que el 21,3% de los pacientes que manifestaron un nivel de ansiedad moderado percibieron una calidad del cuidado de enfermería regular, el 9,8% con un nivel de ansiedad grave indicó una calidad del cuidado deficiente; y el 2,5% con un nivel de ansiedad leve refirió una calidad del cuidado excelente. No obstante la prueba estadística Tau b Kendall señala un coeficiente de -0,048 y un p-valor de 0,553 demostrando que no existe relación entre ansiedad y la calidad del cuidado de enfermería en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía general del HNHU.

*Tabla 3*

*Percepción del paciente pre-quirúrgico sobre la calidad del cuidado de enfermería en el Servicio de Cirugía del HNHU.*

Calidad del cuidado de enfermería	N	%
Deficiente	39	32
Regular	73	59,8
Excelente	10	8,2
Total	122	100

En la tabla 3 se observa que el 59,8% de los pacientes indica una calidad del cuidado de enfermería regular, el 32% deficiente y solo un 8,2% excelente. Esto nos indica que la percepción que tienen los pacientes de las enfermeras es muy pobre.

Tabla 4.

Identificar el nivel de ansiedad que presentan los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU.

Ansiedad	N	%
Ausente	8	6,6
Leve	26	21,3
Moderado	47	38,5
Grave	31	25,4
Muy grave incapacitante	10	8,2
Total	122	100

En la tabla 4 se observa que el 38,5 % presenta un nivel de ansiedad moderado, el 25,4 % grave, el 21,3% leve, el 8,2% muy grave y el 6.6% ausente.

Tabla 5.

Relación entre la dimensión "fomento del autocuidado" y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU, Lima, 2016

		Ansiedad					Total
		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave	
Fomento del autocuidado	Deficiente	6 4,9%	19 15,6%	32 26,2%	23 18,9%	9 7,4%	89 73,0%
	Regular	1 0,8%	4 3,3%	11 9,0%	6 4,9%	1 0,8%	23 18,9%
	Excelente	1 0,8%	3 2,5%	4 3,3%	2 1,6%	0 0,0%	10 8,2%
	Total	8 6,6%	26 21,3%	47 38,5%	31 25,4%	10 8,2%	122 100,0%

\*Tau b de Kendall = -0,064 ;  $p = 0,432$

En la tabla 5 se observa que el 26,2% de los pacientes que manifestaron un nivel de ansiedad moderado percibieron una calidad del cuidado de enfermería deficiente, el 4,9% con un nivel de ansiedad grave indicó una calidad del cuidado regular; y el 2,5% con un nivel de ansiedad leve refirió una calidad del cuidado excelente. Sin embargo la prueba estadística Tau b Kendall señala un coeficiente de -0,064 y un p-valor de 0,432 demostrando que no existe relación entre el nivel de ansiedad y la dimensión “fomento del autocuidado” en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía general del HNHU.

*Tabla 6.*

*Relación entre la dimensión “relación de confianza y seguridad” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU, Lima, 2016.*

		Ansiedad					Total
		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave	
Confianza y seguridad	Deficiente	3	4	18	13	4	42
		2,5%	3,3%	14,8%	10,7%	3,3%	34,4%
	Regular	2	10	25	16	5	58
		1,6%	8,2%	20,5%	13,1%	4,1%	47,5%
	Excelente	3	12	4	2	1	22
		2,5%	9,8%	3,3%	1,6%	0,8%	18,0%
	Total	8	26	47	31	10	122
		6,6%	21,3%	38,5%	25,4%	8,2%	100,0%

\*Tau b de Kendall = -0,239;  $p = 0,003$

En la tabla 6 se resalta que el 20,5% de los pacientes que manifestaron un nivel de ansiedad moderado percibieron una calidad del cuidado de enfermería regular, el 10,7% con un nivel de ansiedad grave indicó una calidad del cuidado deficiente; y el 9,8% con un nivel de ansiedad leve refirió una calidad del cuidado excelente. De igual manera la prueba estadística Tau b Kendall señala un coeficiente de -0,239 y un p-valor de 0,003 demostrando que existe relación entre ansiedad y la dimensión “relación de confianza y seguridad” en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía general del HNHU.

Tabla 7.

*Relación entre la dimensión “apoyo emocional” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU, Lima, 2016.*

		Ansiedad					Total
		Ausente	Leve	Moderad o	Grave	Muy grave	
Apoyo emocional	Deficiente	2 1,6%	7 5,7%	23 18,9%	13 10,7%	2 1,6%	47 38,5%
	Regular	5 4,1%	13 10,7%	19 15,6%	14 11,5%	6 4,9%	57 46,7%
	Excelente	1 0,8%	6 4,9%	5 4,1%	4 3,3%	2 1,6%	18 14,8%
Total		8 6,6%	26 21,3%	47 38,5%	31 25,4%	10 8,2%	122 100,0%

\*Tau *b* de Kendall = -0,048 ; *p* = 0,547

En la tabla 7 se observa que el 15,6% de los pacientes que manifestaron un nivel de ansiedad moderado percibieron una calidad del cuidado de enfermería regular, el 10,7% con un nivel de ansiedad grave indicó una calidad del cuidado deficiente; y el 4,9% con un nivel de ansiedad leve refirió una calidad del cuidado excelente. No obstante la prueba estadística Tau *b* Kendall señala un coeficiente de -0,048 y un *p*-valor de 0,547 demostrando que no existe relación entre el nivel de ansiedad y la dimensión “apoyo emocional” en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía general del HNHU.

Tabla 8.

*Relación entre la dimensión “tacto y escucha” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU, Lima, 2016.*

		Ansiedad					Total
		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave	
Tacto y escucha	Deficiente	4 3,3%	12 9,8%	35 28,7%	19 15,6%	6 4,9%	76 62,3%
	Regular	3 2,5%	13 10,7%	11 9,0%	10 8,2%	3 2,5%	40 32,8%
	Excelente	1 0,8%	1 0,8%	1 0,8%	2 1,6%	1 0,8%	6 4,9%
	Total	8 6,6%	26 21,3%	47 38,5%	31 25,4%	10 8,2%	122 100,0%

\*Tau b de Kendall = -0,073 ;  $p = 0,369$

En la tabla 8 se aprecia que el 28,7% de los pacientes que manifestaron un nivel de ansiedad moderado percibieron una calidad del cuidado de enfermería deficiente, el 8,2% con un nivel de ansiedad grave indicó una calidad del cuidado regular; y el 0,8% con un nivel de ansiedad leve refirió una calidad del cuidado excelente. No obstante la prueba estadística Tau b Kendall señala un coeficiente de -0,073 y un p-valor de 0,369 demostrando que no existe relación de ansiedad y la dimensión “tacto y escucha” en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía general del HNHU.



Tabla 9.

*Relación entre la dimensión “ética e imagen profesional” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU, Lima, 2016.*

		Ansiedad					Total
		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave	
Ética e imagen profesional	Deficiente	0	1	6	5	0	12
		0,0%	0,8%	4,9%	4,1%	0,0%	9,8%
	Regular	3	4	13	6	6	32
		2,5%	3,3%	10,7%	4,9%	4,9%	26,2%
	Excelente	5	21	28	20	4	78
		4,1%	17,2%	23,0%	16,4%	3,3%	63,9%
Total		8	26	47	31	10	122
		6,6%	21,3%	38,5%	25,4%	8,2%	100,0%

\*Tau *b* de Kendall = -0,131 ; *p* = 0,104

En la tabla 9 se aprecia que el 23% de los pacientes que manifestaron un nivel de ansiedad moderado percibieron una calidad del cuidado de enfermería excelente, el 4,9% con un nivel de ansiedad grave indicó una calidad del cuidado regular; y el 0,8% con un nivel de ansiedad leve refirió una calidad del cuidado deficiente. De igual manera la prueba estadística Tau *b* Kendall señala un coeficiente de -0,131 y un *p*-valor de 0,104 demostrando que no existe relación entre ansiedad y la dimensión “ética e imagen profesional” en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía general del HNHU.

Tabla 10.

*Relación entre la dimensión “presencia cuidadora” y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del HNHU, Lima, 2016.*

		Ansiedad					Total
		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave	
Presencia cuidadora	Deficiente	5 4,1%	19 15,6%	36 29,5%	24 19,7%	6 4,9%	90 73,8%
	Regular	3 2,5%	6 4,9%	7 5,7%	7 5,7%	3 2,5%	26 21,3%
	Excelente	0 0,0%	1 0,8%	4 3,3%	0 0,0%	1 0,8%	6 4,9%
Total		8 6,6%	26 21,3%	47 38,5%	31 25,4%	10 8,2%	122 100,0%

\*Tau *b* de Kendall = -0,007 ; *p* = 0,930

En la tabla 10 se refiere que el 29,5% de los pacientes que manifestaron un nivel de ansiedad moderado percibieron una calidad del cuidado de enfermería deficiente, el 5,7% con un nivel de ansiedad grave indicó una calidad del cuidado regular; y el 0,8% con un nivel de ansiedad leve refirió una calidad del cuidado excelente. De igual manera la prueba estadística Tau *b* Kendall señala un coeficiente de -0,007 y un *p*-valor de 0,930 demostrando que no existe relación entre ansiedad y la dimensión “presencia cuidadora” en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía general del HNHU.

## 2. Discusión

El avance de la tecnología, en los últimos años, ha facilitado y agilizado el trabajo diario en el quirófano. Esto unido a la buena praxis y al trabajo en equipo hace que el resultado de la intervención sea el esperado. Sin embargo no debemos olvidar que quien entra en una sala de intervenciones no es un caso, no es un proceso, sino una persona aislada de su entorno que se encuentra en una realidad que puede ser percibida como una amenaza y que por tanto puede originar en ella un sentimiento de ansiedad (Marín, Martínez, Ponsich y Pubill, 2004).

Por otro lado, Torrents et al. (2013) señala que cada persona percibe y se adapta al entorno de una forma única y singular; siendo misión de la enfermera dar soporte y estabilidad emocional, considerando como viven, sienten y afrontan este entorno y las circunstancias que determinan el proceso de enfermedad. Las circunstancias frecuentemente dibujan un mapa difuso e incierto que puede repercutir en la percepción del paciente y en sus capacidades para afrontarlo, generando inestabilidad física y emocional.

Por tal motivo Bagués et al. (2015) considera que la persona que tiene que ser intervenida quirúrgicamente pasa a formar parte de un sistema totalmente desconocido que implica ciertos riesgos. Esta vivencia puede ocasionarle en cierta medida una serie de reacciones y manifestaciones tales como inseguridad, miedo, nerviosismo y ansiedad. Si la ansiedad y el estrés sobrepasan el límite deseado, se pueden desencadenar los aspectos negativos de la ansiedad. Son muchos los estudios que afirman que cuanto más intensa es la ansiedad antes de una intervención quirúrgica, más larga y difícil puede ser la convalecencia, aumentando la percepción del dolor postoperatorio y, consecuentemente, condicionando el bienestar de las personas.

Los hallazgos de la investigación revelaron que el 38,5% de los pacientes manifestaron una ansiedad moderada y el 25,4% grave. Resultados similares reportaron Flores, Jurado y Rodríguez (2016) en su trabajo “ansiedad versus autocuidados en el preoperatorio y postoperatorio del paciente con laringectomía total” donde el 70% de los pacientes presentaron ansiedad alta a su ingreso y esta se incrementó a 7 días del postoperatorio (2,175 puntos) llegando a ser incapacitante. De igual manera Alvarado, Garrido y Boggio (2015) en su investigación “Ansiedad preoperatoria y cirugía programada en un hospital

público del estado Aragua, Venezuela” encontraron que el 27.5% de los pacientes presento una ansiedad moderada y el 23.5% severa. Además identifico como principales factores de ansiedad: miedo al dolor (13.72 %) y desconocimiento con respecto al proceso de la cirugía al igual que al tipo de anestesia que recibiría (11.76 %).

Acuña (2009) indica que los pacientes que van a ser sometidos a cirugía, suelen experimentar distintos miedos y esperanzas, por lo tanto el personal de enfermería debe determinar las percepciones, emociones, conductas y sistemas de apoyo que pueden ayudar o interferir en la capacidad del paciente para progresar durante el período quirúrgico. De igual manera, Chirveches et al (2006) recomiendan la visita pre-quirúrgica de enfermería perioperatoria ya que repercute positivamente sobre la ansiedad y el dolor, mejorando la satisfacción del usuario.

Asimismo, Elorza y Oliveros (2008) señalan que es necesario escuchar al paciente en todo momento, aplicar la empatía e identificar las fuentes de preocupación, para proporcionar información adecuada, que le ayude a aliviar su angustia. Debe haber una combinación de apoyo emocional y proporción de información que permita potenciar la expresión de los sentimientos y de la angustia previa a la intervención quirúrgica, que, a los ojos del enfermo, puede ser una amenaza para su vida; pues constituye indudablemente un suceso estresante, alrededor del cual existe preocupación sobre la independencia y condiciones físicas, el dolor, la supervivencia y la recuperación; la separación de la familia y el hogar, aunada a la propia estancia hospitalaria. Enfermería debe brindar una atención de calidad, la cual, a criterio de Martínez (2010), es aquella en la que se intenta aliviar la ansiedad del paciente.

Otro resultado encontrado en el trabajo revelo que el 59,8% de los pacientes perciben un cuidado de enfermería regular y el 32% deficiente. De igual manera Costa, Avalos y Delgado (2009) en su estudio “Calidad de los cuidados inmediatos de enfermería y manejo del dolor en pacientes quirúrgicos de Hospitales de Chimbote” encontró que el 65% de los pacientes calificó la calidad de cuidados de enfermería como medio y el 17,5% bajo. También Santana, Bauer, Minamisava, Queiroz y Gomes (2014) en su trabajo “Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza” destaca que ningún de los nueve ítems evaluados en la calidad del cuidado de enfermería alcanzó en nivel deseable de atención de enfermería (100% de positividad), solo dos fueron considerados seguros y también de calidad (positividad igual o superior al

80%), y los demás fueron considerados pobres, sobresaliendo aquellos dirigidos a las necesidades espirituales, seguridad física y necesidades sociales, que alcanzaron los scores más bajos de positividad.

Acorde a estos resultados, la OPS (2004) indica que la búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud, particularmente en los servicios públicos en donde el compromiso personal para mejorar los estándares de atención a la población, está muchas veces supeditada a las políticas, carencia de recursos, bajos salarios y cultura personal e institucional. Del mismo modo Murillo y Miranda (2004) indican que el profesional en enfermería como miembro del equipo de salud debe desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas de mejora continua con actitud propositiva. El ejercicio profesional de la enfermería es dinámico y por ello modificable en función de las necesidades de la población quien demanda cuidados de calidad.

Según Mira et al. (2001), la evaluación de la calidad del cuidado de enfermería permite la toma de decisiones por parte del personal de enfermería y condiciona la atención, al conocer las expectativas del usuario frente al mismo. La satisfacción de los pacientes con el cuidado está relacionada con actitudes y comportamientos de los enfermeros que son percibidas por los usuarios. Es así que el Grupo de Cuidado de Colombia (2000) recomienda que el cuidado debe ser ejercido con conocimientos, reconociendo al individuo como un ser holístico partícipe del cuidado, permitiendo a la relación enfermero(a)-paciente encontrar nuevos significados del cuidado y la trascendencia más allá del plano personal hacia el plano espiritual. Además, la percepción del cuidado es esencial puesto que es la forma como se obtienen momentos significativos y acciones intencionales de la persona cuidada y cuidadora. Estas acciones, bien lleven a cuidado físico, emocional o espiritual si son percibidas como algo benéfico o positivo para el ser humano, promueven un sentido de protección y seguridad en el otro (Mira, Aranaz, Lorenzo, Rodríguez y moyano, 2001). Por último la percepción del cuidado se define como: “Proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior, durante la interacción del cuidado” (Salinas, Torres, Plazas y Rivas, 2005).

Al analizar la relación entre las variables calidad del cuidado de enfermería y nivel de ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos se encontró que no existe relación con un p-valor de 0,553.

Estos resultados se sustentan en la Teoría cognitiva de Beck quien afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento (Sanz, 1993).

Por otro lado, los mecanismos de defensa a los que recurrimos los seres humanos con el fin de enfrentar la ansiedad y las situaciones difíciles de la vida; la presencia de la enfermedad, las limitaciones y molestias que la acompañan, al igual que el conocimiento del diagnóstico y algunos detalles sobre determinados tratamientos; también interfieren en la percepción que tiene el paciente de los cuidados de enfermería, impidiendo establecer una relación de confianza (Beltrán, 2006). Estas situaciones presionan a los pacientes a utilizar formas defensivas para mitigar su impacto y es así como recurren a la supresión, represión, proyección, aislamiento, retiro, fantasía, ideas de referencia y otros mecanismos (Freud, 1980, pp.51-52).

Otro factor a considerar en la falta de relación entre las variables de estudio fue que el 47,5% de los pacientes presentó una edad mayor de 45 años y el 49,2% indicó un tiempo de hospitalización de 2-3 semanas. Según Golub (1997) las personas de 40 a 60 años tienen un pensamiento realista y dirigen su atención a la resolución de los problemas; pueden ser menos flexibles en sus actitudes pero tienen tendencia a aceptar cambios como componente de su proceso de maduración, son responsables y tienen habilidad para compartir sus roles; solicitan informaciones claras y con frecuencia demuestran interés por declinar los tratamientos y hospitalizaciones para atender sus compromisos. Además Cárdenas, Quiroga, Retrepo y Cortés (2005) refieren que a mayor tiempo de hospitalización, el paciente conoce mejor el funcionamiento del hospital, establece relaciones más cercanas con el personal de salud y colabora en la realización de las curaciones médicas, disminuyendo los niveles de ansiedad que presentó en su ingreso al nosocomio.

Siguiendo con la interpretación de los resultados del estudio, se observó que solo la dimensión de la calidad “confianza y seguridad” tiene relación con el nivel de ansiedad del paciente pre-quirúrgico. Además los datos descriptivos evidenciaron que el 20,5% de los

pacientes que manifestaron una ansiedad moderada, percibieron como regular la dimensión “seguridad y confianza”.

Ramírez y Parra (2009) en su trabajo “Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos” encontraron que los pacientes le dieron mayor calificación a ser accesible con un valor de 4,45 en el nivel alto. Esta categoría se relaciona con aspectos como las relaciones interpersonales, a las cuales los usuarios les dan un gran valor. Sin embargo la categoría que recibió el puntaje más bajo fue la relacionada con mantiene relación de confianza, con 3,82, que hace referencia a la relación que establecen los pacientes y les permite confiar en que los cuidados recibidos están orientados a promover el proceso de recuperación. Por su parte las enfermeras indicaron que la categoría que más valoran es la administración de medicamentos, relegando a un nivel medio e inferior las categorías confort, relación de confianza y explica y facilita.

Hernández y Vásquez (2014) señalan que todo individuo sometido a una cirugía afronta reacciones emocionales que demandan una estrecha relación con alguien en quien confiar sus problemas y preocupaciones. De aquí la importancia de la participación de una enfermera hábil en la interacción con el paciente, para que establezca relaciones interpersonales saludables llenas de afecto, confianza y seguridad con el fin de favorecer la adaptación del paciente a su situación. De igual manera Guevara (2005) afirma que la confianza, el acompañamiento, el saber escuchar al paciente contribuye en gran medida a lograr el bienestar del mismo además de que el paciente pueda tener una buena percepción del profesional de enfermería.

Para la organización Casa Madrid Mata (2011) la seguridad es concebida por el enfermero como: “responsabilidad inherente a su trabajo y representa el más amplio enfoque de la protección del ser humano. Por lo tanto, su atención se centra tanto en la prevención de accidentes y lesiones como en la asistencia a las personas lesionadas”. Por consiguiente, cumplir con esta responsabilidad es un aspecto importante tanto de la calidad técnica como de la interpersonal, ya que la atención de enfermería no sólo implica tomar las medidas necesarias para la protección de las personas contra los factores de riesgo (biológicos, químicos y físicos, entre otros) implica también que quienes reciben esta atención tengan la seguridad y la satisfacción de que al recibir el trato digno que merece se le ofrece la mayor seguridad en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento y en el entorno en que los recibe (Ochoa et al. 2003).

Moreno (2010) refiere que los pacientes perciben que en general las enfermeras optan por el cuidado físico, haciendo caso omiso de sus sentimientos, mismos que los pacientes no siempre pueden expresar verbalmente. Sin embargo, cuando las enfermeras tienen la oportunidad de individualizar el cuidado en respuesta a sus necesidades, les brindan los cuidados técnicos y les ofrecen orientación y aclaración de dudas, tanto a ellos como a sus familiares. La satisfacción de los pacientes con el cuidado individualizado, aumenta su seguridad y su tranquilidad, sentimientos que afectan favorablemente sus condiciones de recuperación.

Por último la ansiedad se constituye en un problema de gran magnitud identificado en los pacientes que van a ser sometidos a procedimientos invasivos, ya que puede generar repercusiones reflejadas en aumento de la estancia hospitalaria y un sin número de complicaciones como consecuencia de la falta de conocimientos y los elevados niveles de ansiedad. Los principales factores desencadenantes de la ansiedad en los pacientes son el desconocimiento acerca de la enfermedad y el procedimiento a realizar, así como la información poco estructurada y deficiente proporcionada por el profesional de enfermería. El profesional de enfermería debe conocer y utilizar herramientas de valoración emocional que permiten identificar oportunamente los niveles de ansiedad, e implementar la comunicación y la educación como parte de las intervenciones de cuidado (Achury, Achury, Estrada y Gutiérrez, 2012).



## Capítulo V

### Conclusiones y recomendaciones

#### 1. Conclusiones

En relación con los objetivos, el estudio contempla las siguientes conclusiones:

- No existe relación significativa entre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- El 59,8% de los pacientes percibe una calidad del cuidado de enfermería regular.
- El 38,5% de los pacientes indica un nivel de ansiedad moderado.
- No existe relación significativa entre ansiedad y la dimensión fomento del autocuidado en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Existe relación significativa entre ansiedad y la dimensión relación de confianza y seguridad en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- No existe relación significativa entre ansiedad y la dimensión apoyo emocional en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- No existe relación significativa entre ansiedad y la dimensión tacto y escucha en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- No existe relación significativa entre ansiedad y la dimensión ética e imagen profesional en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- No existe relación significativa entre ansiedad y la dimensión presencia cuidadora en los pacientes pre-quirúrgicos del servicio de Cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

## 2. Recomendaciones

Al finalizar el trabajo de investigación se desea que haya una mejora continua del mismo, por lo tanto se plantea las siguientes recomendaciones:

- A los directores del Hospital se les recomienda organizar programas con temas relacionados a calidad de atención a pacientes pre-quirúrgicos, para identificar y satisfacer las necesidades de cada paciente, así mismo garantizar la disminución de la percepción de la ansiedad. Por otro lado crear talleres psicoeducativos para mejorar la calidad de atención de enfermería y elaborar un protocolo interno, reglamentando las medidas preventivas a seguir, con el objeto de mejoras en los niveles de percepción y disminución de ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos.
- A todos los profesionales de enfermería del servicio de cirugía del hospital Hipólito Unanue inmiscuirse en tema de estándares de calidad de atención a pacientes pre quirúrgicos. Así mismo desarrollar un amplio programa de información y educación pre-quirúrgico, con el objetivo de ampliar, reforzar y efectivizar la percepción de calidad del cuidado de enfermería y de este modo disminuir la ansiedad en los pacientes.
- Se recomienda reforzar las visitas a los pacientes pre-quirúrgicos ya que muchas veces ni saben que enfermera los atiende, para identificar las carencias y fortalecer los lazos enfermera-paciente, finalmente planificar nuevas investigaciones, entre ellas algunas que se enfoquen en ampliar los factores que influyen en la ansiedad que presentan los pacientes pre-quirúrgicos.
- A los estudiantes de enfermería se recomienda reforzar y ampliar su visión en la importancia de las visitar a los pacientes pre-quirúrgicos con riesgo de ansiedad y la educación continúan sobre los cuidados pre-quirúrgicos desde un aspecto humano y social de la misma manera concientizar valores a los futuros profesionales de enfermería para que brinden cuidados humanizados y un buen trato a nuestros pacientes y más aún porque pasarán por un proceso desconocido.

## Referencias

- Acuña P; Ingrid del Pilar (2009) *Grado de ansiedad preoperatoria en pacientes que van a ser intervenidos en el Hospital Nacional. Perú.* (Citado el 13 de Febrero de 2012). Disponible en: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2569/1/Acu%C3%B1a\\_Polo\\_Ingrid\\_del\\_Pilar\\_2009.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2569/1/Acu%C3%B1a_Polo_Ingrid_del_Pilar_2009.pdf).
- Achury, D., Achury, L., Estrada, P., & Gutiérrez, A. (2012a). Cuidado de enfermería al paciente con ansiedad que va a ser sometido a cateterismo cardiaco. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 20(3), 112–116.
- Achury, D., Achury, L., Estrada, P., & Gutiérrez, A. (2012b). Cuidado de enfermería al paciente con ansiedad que va a ser sometido a cateterismo cardiaco. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 20(3), 112–116. Retrieved from <http://www.index-f.com/rmec/20pdf/20-112.pdf>
- Achury .S, Diana .M. (2012) Tesis. Cuidado de enfermería al paciente con ansiedad que va a ser sometido a cateterismo cardíaco. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2012/en123e.pdf>
- Águeda .F. (2013) Tesis. Satisfacción de los usuarios frente a los cuidados enfermeros. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/19466/6/Agueda.pdf>
- Alí, Barrionuevo, Bilbao, Gallardo, Gonzalez, Nahuelquir (2012). Teorías y Tendencias en Enfermería de la Licenciatura en Enfermería -Universidad Nacional de la Patagonia S.J. Bosco. Grupo 5.
- Aristizabal, G., Blanco, D., Sánchez, A., & Ostigúin, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria eneo-unam*, 8(4), 16–23.
- Baeza, J. Balaguer, G. Belchi, I. Coronas, M. Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la Ansiedad*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Bagés, C., Español, M. del M., Imbernón, C., Prunera, G. M., & Vázquez, N. (2015). Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería Global*, 29–40. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/clinica2.pdf>
- Bagés .F, Cristina et al. (2015); Tesis. Efectividad de la visita pre-quirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/clinica2.pdf>
- Barrilero, J., Casero, J., Cebrián, F., Córdoba, C., García, F., Gregorio, E., ... Tébar, F. (2010). Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. Retrieved from [http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero\\_8/ansicirug.htm](http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero_8/ansicirug.htm)[12/03/2010 12:35:30]
- Barros, T., Soto, A., & Sipion, F. (2013). Escuela de la promoción de la salud, 1–17.
- Bellido, J., Pereira, F., & Cruz, J. (2007). Planificación de cuidados en el paciente quirúrgico. Retrieved from [http://www.index-f.com/inquietudes/36pdf/36\\_aticulo\\_4.pdf](http://www.index-f.com/inquietudes/36pdf/36_aticulo_4.pdf)

- Cark, D., Beck, A. (2008). *Terapia cognitiva para trastornos e ansiedad*. España: Desclée De Brouwer.
- Cárdenas A; Quiroga C; Restrepo M; Cortés D.(2005) *Histerectomía y ansiedad*: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 56, núm. 3, 2, pp. 209-215. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología Colombia. (Citado el 13 de febrero del 2012).
- Calafell, A. F., Borrás, I. P., Barts, A. A., Feixas, M. J. T., & Ransanz, T. B. (2011). Nursing educational intervention for the management of postoperative pain in ambulatory surgery. *Enfermería Clínica*, 21(5), 248–55. <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.02.010>
- Carchipulla, E., & Chabla, N. (2015a). *Aplicación del proceso de atención de enfermería en el preoperatorio de pacientes quirúrgicos del Hospital "Monte Sinaí" Cuenca, 2015*. Universidad de Cuenca. Retrieved from <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23512/1/tesis.pdf>
- Carchipulla, E., & Chabla, N. (2015b). *Aplicación del proceso de atención de enfermería en el preoperatorio de pacientes quirúrgicos del Hospital "Monte Sinaí" Cuenca, 2015*. Universidad de Cuenca.
- Casa Madrid Mata, O.(1999) *La atención médica y el derecho sanitario*. JGH editores. México, pág 1-28.
- Chemes C. (2007), *Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country*. Colombia. [Acceso el 8 de octubre del 2016]; pag 3-18. Disponible en: <http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/cuidado%20humanizado%20de%20enfermeria%20visibilizando%20la%20teoria%20y%20la%20investigacion%20en%20la%20practica.pdf>
- Chemes C. Enfermería Quirúrgica. Argentina, (2008). Disponible en: [http://enfermeria.cl/wpcontent/uploads/2011/07/Enfermeria\\_Quirurgica\\_Modulo\\_01.pdf](http://enfermeria.cl/wpcontent/uploads/2011/07/Enfermeria_Quirurgica_Modulo_01.pdf)
- Chirveches E; Arnau A; Soley M; Rosell F; Clotet G; Roura P; Oriol M; Isern O(2014); Faro M.Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y *Enfermería Global* N° 35 Julio Página 336 el dolor. Barcelona. España. Febrero de 2006. (Citado el 22 de febrero de 2012).
- Chuquimez, D. (2007). *Influencia del cuidado de enfermería sobre los niveles de estrés del paciente post- operado en cirugía Cardiovascular del Hospital Nacional Dos de Mayo – MINSA LIMA - 2006*.
- Chuquimez Mas Doris. (2006); Tesis. *Influencia del Cuidado de Enfermería sobre los niveles de Estrés del Paciente Post Operado en Cirugía Cardiovascular del Hospital Nacional Dos de Mayo – MINSA LIMA*. Disponible en:[http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/267/1/Chuquimez\\_d.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/267/1/Chuquimez_d.pdf)
- Contreras, F., Espinoza, J., Esguerra, G., Haikal, A. y Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas* 1(2) 187. Recuperado de:[file:///C:/Users/Lucy/Downloads/Autoeficacia,%20ansiedad%20y%20rendimiento%](file:///C:/Users/Lucy/Downloads/Autoeficacia,%20ansiedad%20y%20rendimiento%20)

20acad%C3%A9mico%20en%20adolescentes.pdf

- Correa, D. (2014). *Características epidemiológicas del abdomen agudo quirúrgico en el servicio de emergencia del Hospital Sergio E. Bernales*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3631/1/Correa\\_bd.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3631/1/Correa_bd.pdf)
- Díaz, N., Beristáin, I., & Díaz, M. (2011). Proceso Enfermero Basado en el Modelo de Promoción de la Salud, 19, 139–143.
- Doñante, M., Litago, A., Monge, Y., & Martínez, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 14(1), 170–180. Retrieved from <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/185281/169021>
- Fernandez, M. L. (2013). Bases históricas y teóricas de la enfermería, (Iii).
- Flórez, C., Jurado, A., & Rodríguez, M. (2016). Nivel de ansiedad versus autocuidados en el preoperatorio y postoperatorio del paciente con laringectomía total. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0743.2707>
- Franco .C, Rosa .E. (2003); Tesis. *Percepción familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la unidad de cuidados intensivos*. HNER. Abril. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1322/1/franco\\_cr.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1322/1/franco_cr.pdf)
- Freud A.(1980) *El Yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós;. pp. 51-62
- Gaitan, T., Perez, M., & Polo, M. (2008). *Educación preoperatoria y nivel de ansiedad*. Universidad Favaloro. Favaloro.
- García, M., Cárdenas, H., Arana, B., Monroy, A., Hernández, Y., & Salvador, C. (2011). Construcción emergente del concepto: Cuidado profesional de enfermería. *Texto E Contexto Enfermagem*, 20(SPEC. ISSUE), 74–80. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500009>
- Garzón (2013), Teoría del cuidado humano de jean watson, [http://jean-watson.blogspot.pe/p/contenido-del-modelo-conceptual\\_30.html](http://jean-watson.blogspot.pe/p/contenido-del-modelo-conceptual_30.html). (Citado el 16 de febrero del 2017).
- Golub S, Kristic J.(1997) *Nursing care of the client with psychosocial and mental health problems*. Nursing Boards Review.10 ed. St Louis: Mosby;. pp. 14-23.
- Gonzales Bustamante, G., & Pinto Samanez, F. (2005). *Esacala de Amsterdam sobre ansiedad y la escala de informacion APAIS en la fase preoperatoria*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Gonzales .O, Mayra, Angélica
- Gonzales Oré Mayra Angélica Nathalí. Tesis. Percepción del paciente sometido a cirugía oftalmológica acerca del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de cirugía de día en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima-Perú 2013. Disponible en:[http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4427/1/Gonzales\\_Ore\\_Mayra\\_Angalica\\_Nathali\\_2014.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4427/1/Gonzales_Ore_Mayra_Angalica_Nathali_2014.pdf)
- Gordillo Leon F, Arana Martinez JM, Mestas Hernandez L.(2011) *Tratamiento de la*

*ansiedad en paciente prequirúrgicos*. Revista Clínica de Medicina de Familia ( revista en la Internet). Oct (Citado 12 Mayo 2014); 4(3): 228-233. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2011000300008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300008)

Gladys .M. (2006). Relación de percepción del paciente y calidad de la interacción según la teoría de peplau: hospital dos de mayo. Copyright (c) 2016 Revista de Obstetricia. Vol.3 Núm. 2 (2007) USMP.

Hagei R. J. (2008); Tesis. *Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de enfermería de la UNMSM en los Servicios Generales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/496/1/hagei\\_rj.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/496/1/hagei_rj.pdf)

Harmer, Bertha, Henderson, Virginia (1995), Textbook of the Principles and Practice of Nursing, 5a. ed. Nueva York: the Macmillan Company. Págs. 4-5.

Heluy de Castro, C., Efigênia de Faria, T., Felipe Cabañero, R., & Castelló Cabo, M. (2004). Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano. *Index de Enfermería*, 13(44-45), 18–20. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962004000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Henderson, V., (1991). La naturaleza de la enfermería: Reflexiones después de 25 años. Nueva York: Liga Nacional de Prensa de Enfermería.

Hernandez Sampieri, “*Metodología de la investigación científica*”, editorial: ed. 2010. Pg. 313.

Hinojosa León, Y. (2013). *Importancia de la intervención de enfermería en el área psicológica para disminuir el grado de ansiedad y sus complicaciones en el paciente pre-operatorio*. Universidad Regional Autónoma de los Andes.

Hospital universitario Gregorio Marañón. (2012). *Cuidados preoperatorios en cirugía programada y de urgencia*. Retrieved from [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Cuidados\\_preoperatorios\\_en\\_cirugia\\_programada\\_y\\_de\\_urgencias.pdf&blobheadervalue2=1](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Cuidados_preoperatorios_en_cirugia_programada_y_de_urgencias.pdf&blobheadervalue2=1)

Hospital universitario Reina Sofía. (2013). *Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería*. Andalucía-España. Retrieved from [http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_5\\_2.htm](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_2.htm)

Laguado .J, et al. (2015); Tesis. El cuidado de enfermería ante los procesos quirúrgicos estéticos. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/revision3.pdf>

Marriner T. A. y Raile A. (1999), Modelos y Teorías de Enfermería 4ta edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid.

Marriner-Tomey A(1994). *Modelo y teorías de enfermería*, (3ª. Edición); España: Harcourt Brace; pp.: 341 – 65.

Marín Romero I, Martínez Gómez P, Ponsich Pubill J, Pubill Grasa M.(2004) *Ansiedad en paciente intervenidos de rodilla* (Prótesis Total Rodilla). *Enferm Global* 2004; 4:1-11

- Mejía R. (2008) *Nivel de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio del Hospital de Chancay*. [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Méndez L. (2009) *Efecto de la visita preoperatoria sobre el nivel de ansiedad del paciente quirúrgico*, (tesis de maestría) S.L.P. México, UASLP.
- Mira JJ, Aranaz J, Lorenzo S, Rodríguez J, Moyano S.(2001) Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicothema* ; 13: 581-5.
- Moix, J. (1994). Emoción y cirugía. *Anales De Psicología*, 10(2), 167–175. <http://doi.org/10.6018/analesps.10.2.29651>
- Moreno-Fergusson ME(2010). *¿Qué esperan las personas del cuidado de enfermería?* Aquichan.;10(2):96---8.
- Murillo L, Miranda W.(2004) *Calidad del control prenatal en el centro de salud ciudad Sandino*, Managua. Agosto-Octubre 2004. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Centro de Investigaciones y estudios de la salud. Managua 2004.
- Narda .P. et al. (20129; Tesis. Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a07.pdf>
- Nathalí .(2013); Tesis. Percepción del paciente sometido a cirugía oftalmológica acerca del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de cirugía de día en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima-Perú. Disponible en: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4427/1/Gonzales\\_Ore\\_Ma\\_yra\\_Angalica\\_Nathali\\_2014.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4427/1/Gonzales_Ore_Ma_yra_Angalica_Nathali_2014.pdf)
- Navarro, M., Marín, B., De Carlos, V., Martínez, A., Martorell, A., Ordoñez, E., ... García-Aizpún, Y. (2011). Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. *Revista Española de Cardiología*, 64(11), 1005–10. <http://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.06.009>
- Ojeda, T., & Barbón, O. (2015). Principales temores preoperatorios en los pacientes de cirugía electiva. Lecciones a aprender para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica. *Revista Cubana de Reumatología*, XVII(3), 178–186. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v17n3/rcur03315.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud.(2004) *Unidad de salud de la mujer y materna. Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería*. Iniciativa regional de la reducción de la mortalidad materna. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe. Washington, DC.
- Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M. A., & Tolpin, D. A. (2015). Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? *Brazilian Journal of Anesthesiology (Edición En Español)*, 65(1), 7–13. <http://doi.org/10.1016/j.bjanes.2013.07.011>
- Óscar Alberto, Beltrán Salazar. (2006). Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 144-150.

Retrieved February 14, 2017, from  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072006000200016&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200016&lng=en&tlng=es).

- Parra, A. (2007). Cuidados de enfermería en el preoperatorio de cirugía cardíaca. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 15, 24–27.
- Pereda, M. (2011). Explorando la Teoría General de Enfermería de Orem. *Noviembre*, 10(3), 163–167.
- Piccoli, M., & Galvao, C. (2005). Enfermagem Perioperatória : Identificação Do Diagnóstico De Enfermagem Risco Para Perioperative Nursing : Identification of the Nursing Diagnosis Infection Risk Based on Levine ' S Conceptual Model. *REE-Bra*, 7(3), 366–372. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11481.pdf>
- Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 6(36), 835–845.
- Perlasa, Jorge L. (2002) *Percepción de la Atención de Enfermería de los Pacientes sometidos a hemodiálisis Periódica frente a sus Reacciones Emocionales*, Ecuador; Buscador Google. Percepción de la atención de Enfermería. <http://usuarios.lycos.es/enfermeriapen/invesc/percepatención.htm>
- Pereda, M. (2011). Explorando la Teoría General de Enfermería de Orem. *Noviembre*, 10(3), 163–167.
- Quijano, S. (2015). *Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013*. Retrieved from [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4939/1/Quijano\\_Andonaire\\_Silvia\\_Carmen\\_del\\_Pilar\\_2015.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4939/1/Quijano_Andonaire_Silvia_Carmen_del_Pilar_2015.pdf)
- Quinto .V.M. (2010); *Percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Emergencia del INEN*. Recuperado de : [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2605/1/Quinto\\_Vasquez\\_Mercedes\\_Milagros\\_2012.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2605/1/Quinto_Vasquez_Mercedes_Milagros_2012.pdf)
- Ramírez Perdomo, C., & Parra Vargas, M. (2011). Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Avances en Enfermería*, 29(1), 97-108. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861/37067>
- Ricci, A., Alcalá, D., Da Silva, S., & Aparecida, L. (2009). Diagnósticos de enfermería de pacientes en período pre-operatorio de cirugía esofágica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 66–73. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692009000100011>
- Rojas, M. J., & Azecedo Perez, D. (2013). Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patricio De Alcalá. *Saber, Universidad de Oriente, Venezuela*, 25, 273–278. Retrieved from [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1310162201300030000](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1310162201300030000)
- Romero, I., Martínez, P., Ponsich, P., & Pubill, M. (2004). Ansiedad en Pacientes Intervenidos de Rodilla (Protesis Total de Rodilla). *Enfermería Global*, 4, 1–9.



Retrieved from <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/576/598>

- Salinas MA, Torres YP, Plazas DC, Rivas NP(2005). *Sistema de Indicadores de Calidad del Cuidado de Enfermería en servicios de Hospitalización del Hospital Simon Bolívar III nivel ESE* Noviembre del 2005 [Tesis de grado en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.
- Salvatierra V, Rivera C. Gestión del cuidado esencia de ser enfermera. Disponible en: <http://www.cies.cl/Gestion-del-%20Cuidado.pdf>.
- Silva .J. Fhon eta al. Tesis. *Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público*. Disponible en:
- Silvia .C. P. (2015); Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Disponible en: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4939/1/Quijano\\_Andonaire\\_Silvia\\_Carmen\\_%20del\\_Pilar\\_2015.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4939/1/Quijano_Andonaire_Silvia_Carmen_%20del_Pilar_2015.pdf)  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n2/1665-7063-eu-12-02-00080.pdf>
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2000). *Tratado de enfermería Médico quirúrgica*. (Volumen 19). EE.UU: Mc. Graw Hill.
- Torrents, Roser, Ricart, Maite, Ferreira, María, López, Ana, Renedo, Laura, Lleixà, Mar, & Ferré, Carme. (2013). *Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel*. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 60-64. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100013>
- Urure .V.I (2006); Tesis. Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1345/1/Urure\\_vi.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1345/1/Urure_vi.pdf)
- Urtado Vázquez. "Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico y su percepción del cuidado de enfermería como control de calidad". 2003. Disponible en: [http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=24922&id\\_seccion=1671&id\\_ejemplar=2567&id\\_revista=36](http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=24922&id_seccion=1671&id_ejemplar=2567&id_revista=36)
- Valenzuela, J., Barrera, J. R., & Ornelas, J. M. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España Y Portuga*, 151–156. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc102h.pdf>
- Vargas A. (2009). *Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía General en el Hospital del Seguro Ate-Vitarte* ESSALUD. [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

## **Anexos**

## Anexo 1. Tablas descriptivas

*Tabla 11.*

### Ítems de la dimensión autocuidado

Ítems	Nunca		A veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%
Enseña cómo avisar si necesita algo o cuando tiene algún problema	77	63,1	29	23,8	16	13,1
Enseña pautas (técnicas de relajación, ejercicios, cambio de postura y otros) que ayuden en su bienestar.	86	70,5	28	23,0	8	6,6
Brinda orientación acerca de las normas hospitalarias (horarios de visita, reposo, materiales de aseo personal, alimentación y otras).	64	52,5	33	27,0	25	20,5

*Tabla 12.*

### Ítems de la dimensión confianza y seguridad

Ítems	Nunca		A veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%
Muestra interés por usted preguntándole ¿Cómo se siente? ¿Cómo pasó el turno anterior?	58	47,5	48	39,3	16	13,1
Explica claramente el procedimiento que va a realizar	46	37,7	50	41,0	26	21,3
Aclara las dudas que usted tiene durante el turno.	53	43,4	55	45,1	14	11,5
Inspira confianza para expresar sus sentimientos.	59	48,4	34	27,9	29	23,8
Demuestra seguridad en los cuidados que realiza.	17	13,9	44	36,1	61	50,0
Mantiene una relación cercana con usted.	81	66,4	31	25,4	10	8,2

Tabla 13.

## Ítems de la dimensión apoyo emocional

Ítems	Nunca		A veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%
Brinda palabras de aliento y esperanza en el momento que lo necesita.	56	45,9	51	41,8	15	12,3
Brinda un trato amable.	13	10,7	83	68,0	26	21,3
Con frecuencia se muestra carismática cuando le atiende.	23	18,9	83	68,0	16	13,1
Le hace sentir importante e individual.	54	44,3	53	43,4	15	12,3
Utiliza un tono de voz agradable.	26	21,3	77	63,1	19	15,6
Acude a su llamado cuando usted lo necesita	60	49,2	50	41,0	12	9,8
Responde con paciencia a sus preguntas	48	39,3	56	45,9	18	14,8

Tabla 14.

## Ítems de la dimensión tacto y escucha

Ítems	Nunca		A veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%
Le hace sentir fortalecido por medio del contacto físico (le toma de la mano, le da una palmada en el hombro) cuando ella percibe que usted lo necesita.	83	68,0	32	26,2	7	5,7
Atiende con delicadeza	17	13,9	78	63,9	27	22,1
Escucha atentamente cuando le habla (le mira a los ojos, responde a sus preguntas y otros).	40	32,8	56	45,9	26	21,3

Tabla 15.

## Ítems de la dimensión ética e imagen profesional

Ítems	Nunca		A veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%
Le saluda y se identifica con usted.	36	29,5	45	36,9	41	33,6
Trata con respeto a su familia.	35	28,7	32	26,2	55	45,1
Cuida de su intimidad durante os procedimientos que realiza.	20	16,4	44	36,1	58	47,5
Respeto sus creencias religiosas y costumbres.	16	13,1	10	8,2	96	78,7
Mantiene el uniforme limpio y presentable	9	7,4	11	9,0	102	83,6

Tabla 16.

## Ítems de la dimensión presencia cuidadora

Ítems	Nunca		A veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%
Dedica momentos y/o espacios para tratar temas que le preocupan o interesa.	86	70,5	25	20,5	11	9,0
Acude a comprobar cómo está usted aun cuando no es solicitado(a).	89	73,0	24	19,7	9	7,4
Procura que el entorno de la habitación sea confortable (iluminación, ventilación, temperatura, sonido y otros) para facilitarle comodidad y descanso.	42	34,4	47	38,5	33	27,0

Tabla 17.

## Ítems de ansiedad

Ítems	Ausente		Leve		Moderado		Grave		Muy grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado de ánimo ansioso.	7	5,7	23	18,9	47	38,5	37	30,3	8	6,6
Tensión	8	6,6	28	23,0	68	55,7	17	13,9	1	,8
Temores	20	16,4	40	32,8	38	31,1	23	18,9	1	,8
Insomnio	32	26,2	37	30,3	35	28,7	15	12,3	3	2,5
Intelectual (cognitivo)	69	56,6	27	22,1	18	14,8	6	4,9	2	1,6
Estado de ánimo deprimido.	21	17,2	37	30,3	35	28,7	27	22,1	2	1,6
Síntomas somáticos generales (musculares)	17	13,9	28	23,0	18	14,8	53	43,4	6	4,9
Síntomas somáticos generales (sensoriales)	69	56,6	34	27,9	14	11,5	5	4,1	0	0
Síntomas cardiovasculares	70	57,4	43	35,2	6	4,9	3	2,5	0	0
Síntomas respiratorios	89	73,0	20	16,4	10	8,2	3	2,5	0	0
Síntomas gastrointestinales	47	38,5	32	26,2	21	17,2	19	15,6	3	2,5
Síntomas genitourinarios	90	73,8	19	15,6	8	6,6	4	3,3	1	,8
Síntomas autónomos	44	36,1	51	41,8	19	15,6	7	5,7	1	,8
Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)	8	6,6	20	16,4	30	24,6	57	46,7	7	5,7

**Anexo 2. Prueba de confiabilidad**

Tabla 18.

*Análisis de confiabilidad de la variable Ansiedad*

Alfa de Crombach	N de elementos
.768	41

Tabla 19.

*Análisis de confiabilidad de la variable "calidad del cuidado de enfermería"*

Alfa de Crombach	N de elementos
.877	27

**Anexo 3. Prueba de normalidad***Tabla 20.**Prueba de normalidad de la calidad de los cuidados de enfermería y ansiedad.*

	Kolmogorov-Smirnova	
N	122	122
Media	1.7623	1.6639
Desviación estándar	.58991	.69959
Estadística de prueba	.337	.296
Sig. asintótica (bilateral)	.000c	.000c



## Anexo 4. Instrumentos de recolección de datos

### UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

#### EP ENFERMERÍA

#### ENCUESTA AL PACIENTE HOSITALIZADO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

Reciba el cordial saludo del autor de la presente investigación, se viene realizando un estudio acerca de Percepción de la calidad del cuidados de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue - El Agustino, 2016. Esta información permitirá al personal de salud reflexionar sobre la calidad de atención que brindan al paciente hospitalizado.

Por lo que sería de agrado contar con su participación voluntaria, cuyos datos serán confidenciales.

Agradezco de antemano su voluntaria colaboración, esperando así que responda con total sinceridad.

#### INSTRUCCIONES

El siguiente cuestionario consta de dos partes; en la primera se le solicitará información sobre sus datos generales y en la segunda parte se abordará preguntas de interés para la investigación.

Marque con una X la respuesta que considere conveniente:

#### I. DATOS GENERALES

- |   |  |
|---|--|
| a) Edad:  | <input type="checkbox"/> Soltero(a)          |
| <input type="checkbox"/> Menor de 18 años                       | <input type="checkbox"/> Casado(a)           |
| <input type="checkbox"/> De 19 a 35 años                        | <input type="checkbox"/> Conviviente         |
| <input type="checkbox"/> De 36 a 45 años                        | <input type="checkbox"/> Viudo(a)            |
| <input type="checkbox"/> De 46 a 55 años                        | <input type="checkbox"/> Separado/divorciado |
| <input type="checkbox"/> Mayor de 56 años                       | d) Religión                                  |
| b) Grado de instrucción:  | <input type="checkbox"/> Católico            |
| <input type="checkbox"/> Sin instrucción                        | <input type="checkbox"/> Adventista          |
| <input type="checkbox"/> Primaria incompleta                    | <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová   |
| <input type="checkbox"/> Primaria completa                      | <input type="checkbox"/> Otros               |
| <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta                  | <input type="checkbox"/> Ninguno             |
| <input type="checkbox"/> Secundaria completa                    | e) Tiempo que lleva hospitalizado            |
| <input type="checkbox"/> Superior: universitario, técnico, etc. | <input type="checkbox"/> Menos de 1 semana   |
| c) Estado Civil   | <input type="checkbox"/> De 2 a 3 semanas    |
|   | <input type="checkbox"/> Más de 4 semanas    |

**I. Cuestionario de calidad del cuidados que brinda el profesional de enfermería**

<b><i>Cuidado que brinda el profesional de enfermería</i></b>	<b><i>Nunca</i></b>	<b><i>A veces</i></b>	<b><i>Siempre</i></b>
<b>I. Fomento del autocuidado</b>			
1. Enseña cómo avisar si necesita algo o cuando tiene algún problema.			
2. Enseña pautas (técnicas de relajación, ejercicios, cambio de postura y otros) que ayuden en su bienestar.			
3. Brinda orientación acerca de las normas hospitalarias (horarios de visita, reposo, materiales de aseo personal, alimentación y otras).			
<b>II. Relación de confianza y seguridad</b>			
4. Muestra interés por usted preguntándole ¿Cómo se siente? ¿Cómo pasó el turno anterior?			
5. Explica claramente el procedimiento que va a realizar.			
6. Aclara las dudas que usted tiene durante el turno.			
7. Inspira confianza para expresar sus sentimientos.			
8. Demuestra seguridad en los cuidados que realiza.			
9. Mantiene una relación cercana con usted.			
<b>III. Apoyo emocional</b>			

10. Brinda palabras de aliento y esperanza en el momento que lo necesita.			
11. Brinda un trato amable.			
12. Con frecuencia se muestra carismática cuando le atiende.			
13. Le hace sentir importante e individual.			
14. Utiliza un tono de voz agradable.			
15. Acude a su llamado cuando usted lo necesita.			
16. Responde con paciencia a sus preguntas.			
<b>IV. Tacto y escucha</b>			
17. Le hace sentir fortalecido por medio del contacto físico (le toma de la mano, le da una palmada en el hombro) cuando ella percibe que usted lo necesita.			
18. Atiende con delicadeza			
19. Escucha atentamente cuando le habla (le mira a los ojos, responde a sus preguntas y otros).			
<b>V. Ética e imagen profesional</b>			
20. Le saluda y se identifica con usted.			
21. Trata con respeto a su familia.			
22. Cuida de su intimidad durante os procedimientos que realiza.			
23. Respeta sus creencias religiosas y costumbres.			

24. Mantiene el uniforme limpio y presentable.			
VI. Presencia cuidadora			
25. Dedicar momentos y/o espacios para tratar temas que le preocupan o interesan.			
26. Acude a comprobar cómo está usted aun cuando no es solicitado(a).			
27. Procura que el entorno de la habitación sea confortable (iluminación, ventilación, temperatura, sonido y otros) para facilitarle comodidad y descanso.			

**Cuestionario de Ansiedad.**

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

**Nombre:** ..... **Edad:**..... **Fecha:**.....

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo.

Llene cada caso y llene el círculo del número que indique como se siente ante su operación. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos AHORA.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave incapacitante
<b>1.- Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2.- Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3.- Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4.- Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5.- Intelectual (cognitivo).</b>	0	1	2	3	4

Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
<b>6.- Estado de ánimo deprimido.</b>  Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7.- Síntomas somáticos generales (musculares).</b>  Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8.- Síntomas somáticos generales (sensoriales).</b>  Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9.- Síntomas cardiovasculares.</b>  Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10.- Síntomas respiratorios.</b>  Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11.- Síntomas gastrointestinales.</b>  Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborignos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4

<p><b>12.- Síntomas genitourinarios.</b></p> <p>Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p>	0	1	2	3	4
<p><b>13.- Síntomas autónomos.</b></p> <p>Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta)</p>	0	1	2	3	4
<p><b>14.- Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico).</b></p> <p>Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.</p> <p>Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>	0	1	2	3	4

## Anexo 5. Consentimiento informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TÍTULO DE PROYECTO:** Percepción de la calidad del cuidados de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue-El Agustino, 2016.

**Propósito y Procedimiento:** Esta investigación está a cargo de Rosa Mariela Epifanía Mejía y Meliza Vásquez Meza, estudiantes de la E. A. P. Enfermería de la Universidad Peruana Unión. El propósito de este proyecto es determinar la relación entre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del HNHU-El Agustino, 2016. El profesional de enfermería participará brindando información en un cuestionario, el cual se adjunta.

**Beneficios:** Los resultados finales de este trabajo de investigación se pondrán a disposición de la institución para ser conocidos por el profesional de enfermería. Permitirá a los profesionales de enfermería solicitar mejoras en las iniciativas, prácticas o políticas de su institución e implementar estrategias que le permitan conciliar su vida familiar con la laboral.

**Derechos del participante y confidencialidad:** La participación del profesional de enfermería en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho a aceptar o negarse a participar en el estudio, asimismo, puede terminar su participación en cualquier momento, sin que esto afecte su relación con las investigadoras o Institución de salud. Los datos reportados por el participante serán manejados únicamente por las investigadoras y para efectos del estudio.

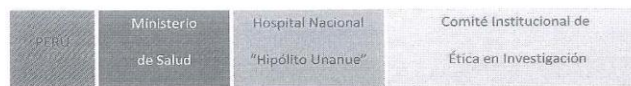
**DECLARACIÓN DE INFORME DE CONSENTIMIENTO**  
Yo \_\_\_\_\_, he leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por las investigadoras, y quiero colaborar con este estudio. Por esta razón firmo el documento.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma



## Anexo 6. Aprobación de proyecto de tesis del HNHU



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

### Carta N° 021 – 2017 - CIEI – HNHU

A : Srta. MELIZA VÁSQUEZ MEZA Y MARIELA EPIFANIA MEJIA  
 ASUNTO : **Aprobación de Proyecto de tesis**  
 REFERENCIA : Expediente N° 41297  
 FECHA : El Agustino, 2 de marzo del 2017

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y dar respuesta al documento de referencia donde solicita revisión y aprobación del Proyecto de tesis titulado : " **Percepción de calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima 2016** ", para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPU.

El Comité, en sesión ordinaria del miércoles 1 de marzo del presente año, según consta en el Libro de actas N° 5, acordó por unanimidad **Aprobar** el Proyecto de tesis antes mencionado.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE  
 DRA. ANGELICA RICCI YAUZIVILCA  
 C.M.P. 6482  
 Presidenta del Comité de Ética en Investigación

ARY  
 Cc. archivo

Avenida César Vallejo N° 1390 distrito El Agustino - Lima - Perú  
 Correo electrónico : [ciei@hnhu.gob.pe](mailto:ciei@hnhu.gob.pe) - [angelicaricci05@yahoo.es](mailto:angelicaricci05@yahoo.es) Teléfono: 2919092 , 3627777 anexo 2196