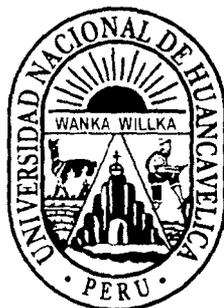


# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA**

(Creada por Ley N° 25265)



## **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

### **ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

#### **TESIS**

**“EFECTO DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE  
ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE ANSIEDAD DE PACIENTES  
PREOPERATORIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL  
DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2014”**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:  
CLÍNICO COMUNITARIO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE :  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR LAS BACHILLERES :**

**CONDORI TAIPE, Iraida  
ESCOBAR QUISPE, Aymeé Stéfani**

**HUANCVELICA - PERÚ  
2015**



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Ley de Creación N° 25265)



## FACULTAD DE ENFERMERÍA

### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa, auditorio de la Facultad de Enfermería, a los 07 días del mes de enero del año 2015 siendo las 09:00 horas, se reunieron los miembros del Jurado Calificador, conformado de la siguiente manera:

- Dra. Tarcila Hermelinda CRUZ SÁNCHEZ      Presidenta
- Dra. Olga Vicentina PACOVILCA ALEJO      Secretaria
- Mg. Guido FLORES MARÍN      Vocal

Designado con Resolución N°239-2013-COFA-ENF-VRAC-UNH (06.11.13); de la tesis titulada EFECTO DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE ANSIEDAD DE PACIENTES PREOPERATORIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA-2014

Cuyo autor(es) es(son) el (los) graduado(s):

BACHILLER(ES):

**CONDORI TAIPE IRAIDA y ESCOBAR QUISPE AYMEE STEFANI**

A fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de Tesis antes citado, programado mediante Resolución N° 197-2014-D-FENF-R-UNH (18.12.14).

Finalizado con la evaluación; se invitó al público presente y al sustentante abandonar el recinto; y, luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

**BACHILLER: CONDORI TAIPE IRAIDA**

APROBADO       POR: UNANIMIDAD

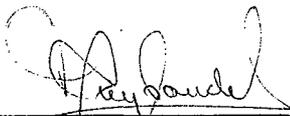
DESAPROBADO     

**BACHILLER: ESCOBAR QUISPE AYMEE STEFANI**

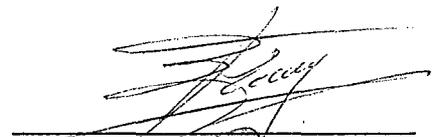
APROBADO       POR: UNANIMIDAD

DESAPROBADO     

En señal de conformidad a lo actuado se firma al pie.

  
\_\_\_\_\_  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Secretario

  
\_\_\_\_\_  
Vocal

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA**  
(Creada por Ley N° 25265)



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**“EFECTO DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA  
DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE ANSIEDAD  
DE PACIENTES PREOPERATORIOS DEL  
SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL  
DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2014”**

**JURADOS:**

**PRESIDENTE :** .....  
Dra. Tarcila Hermelinda, Cruz Sánchez

**SECRETARIO :** .....  
Dra. Olga Vicentina, Pacovilca Alejo

**VOCAL :** .....  
Mg. Guido, Flores Marín

**HUANCVELICA – PERÚ**

**2015**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA**  
(Creada por Ley N° 25265)



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

## **TESIS**

**“EFECTO DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA  
DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE ANSIEDAD  
DE PACIENTES PREOPERATORIOS DEL  
SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL  
DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2014**

**ASESORA:**

.....  
Dra. Alicia, Vargas Clemente

**HUANCVELICA – PERÚ**

**2015**

## DEDICATORIA

A mis padres y hermanos, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

I.C.T.

A mis padres, hermano y a mis abuelitas (Q.E.P.D.), porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

A.S.E.Q.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por protegernos durante todo nuestro camino y darnos fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda nuestra vida.

A la Universidad Nacional de Huancavelica por ser la primera casa Superior formadora de profesionales.

A los Docentes de la Facultad de Enfermería, por habernos compartido sus conocimientos durante nuestra formación profesional.

A todos los trabajadores del Servicio de Cirugía y algunos licenciados de Sala de Operaciones del Hospital Departamental de Huancavelica, quienes nos brindaron las facilidades para aplicar los instrumentos de recolección de datos.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

## TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
<b>PORTADA</b> .....	i
<b>ACTA DE SUSTENTACIÓN</b> .....	ii
<b>PÁGINA DE JURADOS</b> .....	iii
<b>PÁGINA DE ASESOR</b> .....	iv
<b>DEDICATORIA</b> .....	v
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	vi
<b>TABLA DE CONTENIDOS</b> .....	vii
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	x
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	xi
<b>LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS</b> .....	xii
<b>RESUMEN</b> .....	xiii
<b>ABSTRAC</b> .....	xiv
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I</b> .....	3
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3. OBJETIVOS .....	6
1.4. JUSTIFICACIÓN .....	7
1.5. DELIMITACIONES.....	8
<b>CAPÍTULO II</b> .....	9
<b>MARCO DE REFERENCIAS</b> .....	9
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	9
2.2. MARCO TEÓRICO .....	14
2.3. MARCO CONCEPTUAL .....	15
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	42

2.5. HIPÓTESIS .....	43
2.6. VARIABLES .....	44
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	45
2.8. ÁMBITO DEL ESTUDIO.....	47
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>49</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>49</b>
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	49
3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....	49
3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: .....	49
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS. ....	50
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	50
3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO: .....	51
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: .....	51
3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	52
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>53</b>
<b>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>53</b>
4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS .....	53
4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS .....	59
4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	61
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>69</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>70</b>
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>71</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO N° 01 .....</b>	<b>A</b>
<b>MATRIZ DE CONSISTENCIA .....</b>	<b>A</b>
<b>ANEXO N° 02 .....</b>	<b>C</b>
<b>ESCALA PARA MEDIR ANSIEDAD .....</b>	<b>C</b>
<b>ANEXO N° 03 .....</b>	<b>C</b>

<b>CATEGORIZACIÓN DE VARIABLE .....</b>	<b>C</b>
<b>ANEXO N° 04 .....</b>	<b>D</b>
<b>VALIDEZ .....</b>	<b>D</b>
<b>ESCALA SOBRE NIVEL DE ANSIEDAD .....</b>	<b>E</b>
<b>ANEXO N° 05 .....</b>	<b>G</b>
<b>CONFIABILIDAD.....</b>	<b>G</b>
<b>ANEXO N° 06 .....</b>	<b>H</b>
<b>IMÁGENES DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>H</b>
<b>ANEXO N° 07 .....</b>	<b>H</b>
<b>ARTÍCULO CIENTÍFICO .....</b>	<b>H</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01.	NIVEL DE ANSIEDAD DE PACIENTES PREOPERATORIOS ANTES DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA, 2014.....	54
TABLA N° 02.	NIVEL DE ANSIEDAD DE PACIENTES PREOPERATORIOS DESPUÉS DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA, 2014.....	55
TABLA N° 03.	EFEECTO DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PREOPERATORIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA, 2014. ....	56
TABLA N° 04.	NIVEL DE ANSIEDAD NO CLÍNICA DE ESTADO EN PACIENTES PREOPERATORIOS ANTES Y DESPUÉS DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA – 2014.....	57
TABLA N° 05.	NIVEL DE ANSIEDAD NO CLÍNICA DE RASGO EN PACIENTES PREOPERATORIOS ANTES Y DESPUÉS DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA - 2014.....	58

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 01. NIVEL DE ANSIEDAD DE PACIENTES PREOPERATORIOS ANTES DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA, 2014.....	54
FIGURA N° 02. NIVEL DE ANSIEDAD DE PACIENTES PREOPERATORIOS DESPUÉS DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA, 2014.....	55
FIGURA N° 03. EFECTO DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PREOPERATORIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA, 2014. ....	56
FIGURA N° 04. NIVEL DE ANSIEDAD NO CLÍNICA DE ESTADO EN PACIENTES PREOPERATORIOS ANTES Y DESPUÉS DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA – 2014.....	57
FIGURA N° 05. NIVEL DE ANSIEDAD NO CLÍNICA DE RASGO EN PACIENTES PREOPERATORIOS ANTES Y DESPUÉS DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA - 2014.....	58

## **LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS**

**T: Catecol ometil transferasa**

**Hospital Departamental de Huancavelica**

**: Organización Mundial de la salud.**

**Síndrome General de Atención.**

**Sala de Operaciones**

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar el efecto de la comunicación terapéutica del profesional de Enfermería en el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios. El tipo de investigación es aplicada, nivel de investigación explicativo, diseño de investigación experimental específicamente pre experimental con pre prueba / pos prueba con un solo grupo, la población estuvo conformado por 20 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, que fueron sometidos a intervención quirúrgica. Los resultados indican que el 75% de pacientes preoperatorios antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad severa. Por otro lado el 70% de pacientes preoperatorios después de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad leve. En las dimensiones los hallazgos indican que el 85% de pacientes antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de estado severa y después el 70% de pacientes tuvieron ansiedad no clínica de estado leve. Asimismo el 60% de pacientes antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de rasgo moderada y después el 75% de pacientes precisaron ansiedad no clínica de rasgo leve. Se concluye que el efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería fue positivo por haber disminuido el nivel de ansiedad.

**Palabras clave:** ansiedad, ansiedad estado, ansiedad rasgo, comunicación terapéutica.

## ABSTRACT

The objective of this study was to determine the effect of therapeutic communication professional nursing in the anxiety level of preoperative patients. The type of research is experimental, explanatory level of research, Experimental research design specifically pre experimental with pretest / posttest with a single group, the population was composed of 20 hospitalized patients in the surgery department of the Hospital Department of Huancavelica, were will be subjected to surgical intervention. The results indicate that 75% of preoperative patients before the therapeutic communication presented severe anxiety. On the other hand 70% of preoperative patients after therapeutic communication presented mild anxiety. In the dimensions the findings indicate that 85% of patients before the therapeutic communication presented anxiety clinic not severe state and after the therapeutic communication the 70% of the patients had non-clinical anxiety state of mild. Also 60% of patients before the therapeutic communication presented non-clinical anxiety trait of moderate and after the therapeutic communication the 75% of the patients had clinical anxiety trait not mild. It is concluded that the effect of therapeutic communication of Nursing was positive for decreasing the level of anxiety.

**Key Words:** anxiety, anxiety state, trait anxiety, therapeutic communication.

## INTRODUCCIÓN

Cualquier paciente que ingresa a un hospital presenta angustia y ansiedad por el simple hecho que será sometido a un procedimiento anestésico quirúrgico, ya que para el enfermo en ocasiones le puede generar una sensación de riesgo para su vida. Es por esto que, en todo medio hospitalario, se debe llevar a cabo una revisión, planeación, supervisión, actualización y corrección de las vías por las cuales un paciente llega a consulta, hospitalización y quirófano para que sea disminuida la presencia de ansiedad durante su estancia en el centro hospitalario. Es fundamental que el equipo multidisciplinario (administrativo, paramédico y médico) actúe de manera coordinada, brindando orientación e información suficiente al paciente y sus familiares de cada caso en particular.

Una intervención quirúrgica programada genera ansiedad en el paciente porque a pesar de los avances en la medicina y técnicas quirúrgicas la cirugía representa indudablemente un evento estresante para muchos, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la muerte, dependencia física, no despertar de la anestesia, el dolor, la enfermedad, recuperación, separación con la familia, situación económica, laboral y hospitalizaciones. Existen estudios que demuestran que cuando se prepara a una persona psicológicamente para cualquier intervención quirúrgica, proveyéndole información, enseñándole técnicas de relajación, escuchándole y eliminando sus miedos, el estrés disminuye, la estadía hospitalaria es más corta, el dolor es menor, por lo tanto menor necesidad de analgésico, el post operatorio es más corto y la persona tiene un sentido de bienestar y de control. Cuando el paciente presenta un alto nivel de ansiedad, esta puede afectar la respuesta a las drogas anestésicas, la tensión arterial o la frecuencia cardiaca, la herida demorara en cicatrizar, su sistema inmunológico se debilitara y el post operatorio será más largo. También puede presentar insomnio, agresividad, problemas en sus relaciones con el médico, usos excesivos

de analgésicos para controlar el dolor y actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad.

Para prevenir todos estos problemas es importante que el personal de enfermería realice una adecuada comunicación terapéutica para ayudar al paciente a identificar, explorar y eliminar las emociones que tenga con respecto a la cirugía y prepararlo emocionalmente para la misma.

En las prácticas curriculares realizadas en diversos hospitales del Perú y de la localidad se observó que el profesional de enfermería no realiza adecuadamente la comunicación terapéutica a los pacientes preoperatorios, debido a mucha carga laboral, falta de tiempo y diferente lenguaje. Frente a esta problemática identificada nos hemos permitido realizar este estudio con el objetivo de: determinar el efecto de la comunicación terapéutica del profesional de Enfermería en el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, 2014. El tipo de investigación es aplicada, nivel de investigación explicativo, diseño de investigación experimental específicamente pre experimental con pre prueba / pos prueba con un solo grupo, la población estuvo conformado por 20 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, que fueron sometidos a intervención quirúrgica.

Para efectos de su presentación la tesis está organizado en cuatro capítulos: Capítulo I: Planteamiento del problema, Capítulo II: Marco de Referencias, Capítulo III: Marco Metodológico, Capítulo IV: Presentación de resultados.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Cada día son más numerosos los estudios que muestran que el estado psicológico pre quirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación postquirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia. Probablemente el momento de toda la hospitalización en el que el paciente experimenta más ansiedad es justo antes de la cirugía; esto es, mientras se encuentra esperando para ser intervenido.

Durante el desarrollo de las prácticas clínicas de las diversas asignaturas de especialidad realizadas en diversos hospitales del Perú y de la localidad, se observó que el profesional de enfermería no realiza adecuadamente el apoyo emocional a los pacientes pre operatorios, debido a mucha carga laboral y por falta de tiempo; esa es la causa para que el paciente se encuentre con temor y miedo sobre el acto quirúrgico.

Al haber realizado la entrevista sobre la ansiedad que presentan los pacientes y la comunicación terapéutica que realizan los profesionales de Enfermería al paciente en el periodo preoperatorio, del servicio de Cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica indicaron lo siguiente:

“Algunos pacientes que son programados para sala de operaciones son analfabetos que vienen de zona de periferie y estos pacientes a pesar que se le brinda la comunicación terapéutica no cumplen como debe ser, al momento del ingreso al quirófano ellos se niegan de retirar sus prendas íntimas por su condición social; estos pacientes son los que van a presentar un estrés crónico porque no nos entienden lo que les decimos aun así cuando ya se le haya brindado la comunicación terapéutica” (1)

“Según las normas del Hospital Departamental de Huancavelica, todo paciente que ingresa al quirófano debe ser preparado psicológicamente, pero a veces no se cumplen las normas como debe ser porque la mayor parte de los pacientes hospitalizados son pacientes transferidos de provincias, distritos y anexos de Huancavelica, también por la gran demanda de pacientes y poco personal de enfermería no se llega a brindar una adecuada comunicación terapéutica por las diversas actividades que tenemos y algunos de mis colegas no practican el idioma Quechua, por el cual no se dejan entender ya que es una gran barrera entre el profesional y el paciente” (2).

“En este servicio se realiza la comunicación terapéutica a todos los pacientes programados para una intervención quirúrgica durante las 24 horas desde el momento que se hizo la entrega de la hoja de solicitud. En algunos pacientes no se cumplen porque ingresan al servicio de cirugía solamente con horas de hospitalización (como:

pacientes de accidentes automovilísticos, se le pasa a cirugía e inmediatamente pasa a sala y ahí no hay tiempo porque se le baña, se realiza el corte de uñas, quitar maquillaje de la cara y uñas en caso de mujeres; por eso no se puede cumplir al 100% la comunicación terapéutica)" (3).

"La comunicación terapéutica nosotros no brindamos como debe ser en el área de recepción de pacientes que van a ingresar a quirófano, al contrario esta actividad le corresponde a las enfermeras del servicio de cirugía, del cual ingresan pacientes programados con anticipación de 24 horas lectivas (es la programación de un día para otro), dentro de estas 24 horas se hace la preparación pre operatoria, pero hubo muchos casos donde no se realizó adecuadamente la comunicación terapéutica y eso se refleja en el quirófano ya que los pacientes demuestran desconocimiento de lo que se les va hacer y diversas complicaciones que tiene después de la operación ya que estas dudas no son aclaradas como el miedo a morir, al descontrol, a no despertar de la anestesia y al dolor a causa de dichos problemas llegan a tener muchas descompensaciones y complicaciones durante la operación que van a poner en riesgo la vida del paciente"(4).

"Nosotros al momento de recibir al paciente en el área de recepciones del paciente pre operatorio, brindamos una comunicación terapéutica breve porque esta actividad es netamente de la enfermera de piso. Pero hay casos que al no realizar una buena comunicación terapéutica demora en reaccionar el paciente del efecto de anestesia en el post operatorio presentan complicaciones como distención abdominal, náuseas y vómitos, problemas respiratorios por haberse extubado al momento que esta con el tubo endotraqueal ocasionando un espasmo bronquial"(5).

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Pregunta general**

¿Cuál es el efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería en el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía, Hospital Departamental de Huancavelica - 2014?

### **1.2.2. Preguntas específicas**

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios antes de la comunicación terapéutica de enfermería?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios después de la comunicación terapéutica de enfermería?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad no clínica de estado en pacientes preoperatorios antes y después de la comunicación terapéutica de enfermería?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad no clínica de rasgo en pacientes preoperatorios antes y después de la comunicación terapéutica de enfermería?

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el efecto de la comunicación terapéutica del profesional de Enfermería en el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía, Hospital Departamental de Huancavelica - 2014.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Describir el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios antes de la comunicación terapéutica de enfermería.
- Identificar el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios después de la comunicación terapéutica de enfermería.

- Evaluar el nivel de ansiedad no clínica de estado en pacientes preoperatorios antes y después de la comunicación terapéutica de enfermería.
- Evaluar el nivel de ansiedad no clínica de rasgo en pacientes preoperatorios antes y después de la comunicación terapéutica de enfermería.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

Los estados de ansiedad elevados en los periodos previos a la operación quirúrgica se ven reflejados durante la operación, ya que el cuerpo reacciona de diferente forma ante la anestesia en estado de gran ansiedad, y en los periodos postoperatorios, retardando la recuperación y retrasando el abandono del centro hospitalario, lo que podría producir saturación en el centro hospitalario y un mayor costo económico. Comprender las variables que afectan a este incremento de la ansiedad antes de la operación resulta de vital importancia para su tratamiento.

##### **1.4.1. Justificación social:**

El presente trabajo de investigación pretendió identificar el efecto de la comunicación terapéutica que realiza el profesional de enfermería a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente y medir el nivel de ansiedad. Los resultados permitirán reorientar la calidad de cuidado que se brindan al paciente quirúrgico en cada servicio por parte del personal de salud especialmente del enfermero. Delimitar funciones en el enfermero, es decir en qué servicio el enfermero debe realizar la comunicación terapéutica al paciente en el periodo preoperatorio con mayor amplitud. Realizar investigaciones más profundas y de carácter cualitativo, para realizar mejoras que permitan la pronta recuperación del paciente.

#### **1.4.2. Justificación metodológica:**

Con esta investigación se ha propuesto un instrumento de recolección de datos válido y confiable para medir nivel de ansiedad a pacientes preoperatorios. De igual forma se ha propuesto la metodología de todo el proceso de comunicación terapéutica que debe realizar el enfermero para mitigar el nivel de ansiedad en el paciente que va ser sometido a una intervención quirúrgica. Con ambos documentos metodológicos estamos contribuyendo en este aspecto.

#### **1.5. DELIMITACIONES**

Las delimitaciones en el estudio fueron:

- **Delimitación temporal:** El presente trabajo se realizó durante los meses de septiembre 2013 a noviembre del 2014.
- **Delimitación espacial:** El lugar donde se desarrolló la investigación fue en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica.
- **Delimitación de unidad de estudio:** Los datos fueron obtenidos de los pacientes programados para intervención quirúrgica del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO DE REFERENCIAS**

#### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

##### **A nivel internacional**

**Carapia, Mejía, Nacif y Hernández (6)**, en su trabajo de investigación sobre “Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria” en el año 2009, consideraron como objetivo modificar los niveles de ansiedad pre quirúrgico a través de técnicas psicológicas. La sesión individual, estuvo dividida en tres fases: Pre tratamiento evaluando niveles de ansiedad, dolor y presión arterial, Fase II Tratamiento: psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación y reforzamiento positivo, Fase III de Postratamiento: se reevaluó ansiedad, dolor y tensión arterial. Los resultados obtenidos fueron: 51 pacientes, el 64.7% sexo femenino, 35.2% masculino. Nivel de ansiedad prequirúrgica en 49% leve, en 27.5% moderada y en 23.5% severa. Ansiedad postoperatoria leve en todos los pacientes. Las causas de la misma fueron: 13.72% miedo al dolor, 11.76% desconocimiento con respecto al proceso de la cirugía al igual que al tipo de anestesia que recibiría, el 37.25% tranquilo, ya que evaluaba

los beneficios de la cirugía en su calidad de vida o bien en su imagen corporal. Las técnicas psicológicas empleadas fueron: psicoeducación (27.40%), reforzamiento positivo (23.52%) respiración diafragmática (21.56%), otras técnicas variadas (27.52%). En conclusión existe una disminución en los niveles de ansiedad antes y después de la cirugía debido a la intervención psicológica efectuada.

**Naranjo y Salazar (7)**, en su investigación "Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de amsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los Hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha, marzo – octubre 2012", formularon como objetivo comparar el nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha. El 60.2 % de los pacientes presentan ansiedad, no se encontró relación significativa con la variables demográficas, la visita pre anestésica se comporta como factor protector de la ansiedad con una  $p$  0.00046, al igual que el conocer al anestesiólogo con una  $p$  0.00026, el 71% de los pacientes que recibieron la visita pre anestésica se encontraron satisfecho con la realización de la misma.

#### **A nivel nacional**

**Oscoco, Bendezú y Escajadillo (8)**, en el estudio "Actitud que adopta la enfermera durante la atención y nivel de ansiedad del paciente en el pre operatorio en un hospital público de Pisco, Perú 2010" consideraron como objetivo: Determinar la actitud que adopta la enfermera durante la atención y el nivel de

ansiedad del paciente en el preoperatorio, en un Hospital Público de Pisco marzo 2010. Es un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, la muestra está constituida por 30 pacientes, que fueron seleccionados a través del muestreo no probabilístico intencional, para establecer cuantitativamente el nivel de ansiedad se aplicó el test de ansiedad W. Zung. Resultados: En relación a la actitud que adopta la enfermera durante la atención al paciente es favorable en un 87% y medianamente favorable en un 13%. Referente al nivel de ansiedad; el 10% de los pacientes presenta ausencia de ansiedad, el 63% presenta ansiedad leve y el 27%, presenta ansiedad moderada. Conclusiones: La actitud que adopta la enfermera durante la atención al paciente es favorable, y la ansiedad leve está presente en los pacientes en el preoperatorio, por lo que se sugiere a las autoridades del hospital, desarrollar programas de educación permanente en salud en el campo del apoyo psicoemocional a los pacientes en el pre y post operatorio, dirigido al personal profesional de Enfermería con el fin de disminuir el nivel de ansiedad que presentan los pacientes previo a la intervención quirúrgica.

**Huacho (9)**, en su tesis "Nivel de ansiedad preoperatorio en hipertensos controlados a cirugía electiva Hospital Nacional Dos de Mayo, febrero - mayo 2012" considero como objetivo: Determinar el nivel de ansiedad preoperatorio en hipertensos controlados sometidos a cirugía electiva del Hospital Nacional Dos de Mayo. Estudio observacional descriptivo. El tamaño de muestra incluyó 194 pacientes hipertensos controlados sometidos quirúrgicamente, a los cuales se les aplicó previo a la visita anestesiológica la escala preoperatoria de ansiedad e información de Amsterdam (APAIS). Resultados: El sexo masculino

representó el 52% de la población. El antecedente de cirugía anterior corresponde al 57.4%. La mayoría de pacientes presentó algún grado de ansiedad global del 95.7%. El 46.85% presentan una ansiedad leve, y la ansiedad moderada representa 40.43%. Las mujeres presentan niveles de ansiedad mayor que los varones en los niveles moderado (51.1% y 30.62%) y severo (13.3% y 4.08%). El 39.1% de la muestra presenta un mediano requerimiento de información y más de la mitad de los pacientes un 55.6% tiene requerimientos altos de información. Existe asociación entre los requerimiento de información y los niveles de ansiedad ( $p=0.0001$ )

**Conclusiones:** En la mayoría de hipertensos controlados existe algún grado de ansiedad y requerimientos de información, con predominio del nivel moderado, encontrándose asociación entre los niveles de ansiedad y la necesidad de información.

#### **A nivel local**

**Garay, Huamán y Mallma** (10), en su estudio "Comunicación terapéutica del profesional de enfermería y ansiedad de pacientes post operados mediatos del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, 2011" consideraron como objetivo determinar la influencia de la comunicación terapéutica de los profesionales de enfermería en la ansiedad de pacientes post operados mediatos. La hipótesis de investigación fue: La aplicación inadecuada de la comunicación terapéutica de los profesionales de enfermería favorece la ansiedad de los pacientes post operados inmediatos del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica. El estudio según el abordaje del tema fue cuantitativo, según el objetivo de la investigación fue correlacional, con un diseño no experimental, transversal correlacional. La muestra estuvo conformada por 10 profesionales de enfermería y 20 pacientes post operados mediatos. Como instrumentos de recolección de datos se

aplicaron: la guía de observación de Comunicación Terapéutica a los profesionales de enfermería y la escala de Ansiedad (adaptada a la escala de Hamilton) a los pacientes post operados mediatos. Los resultados encontrados reflejan que el 70% de los profesionales de enfermería aplican una comunicación terapéutica ineficaz y el 30% aplican una comunicación terapéutica eficaz. Así mismo todos los pacientes post operados mediatos presentan ansiedad; evidenciándose que el 45% presenta ansiedad leve, 50% ansiedad moderada y el 5% ansiedad grave.

**Capcha y Fernández (11)**, en su trabajo de investigación sobre "Visita preoperatoria de enfermería y estrés en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía Hospital Departamental Huancavelica – 2010", consideraron como objetivo determinar la relación que existe entre la visita preoperatoria que realiza el profesional de enfermería y el estrés que presentan los pacientes en el post operatorio del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica. El nivel de investigación fue correlacional, diseño transversal correlacional, población objetivo 140, muestra 60 pacientes, muestreo no probabilístico criterial. Los resultados indican que el 51% fueron de sexo femenino y el 49% de sexo masculino, 55% pacientes estuvieron comprendidos entre 31 y 60 años, seguido del 29% comprendidos entre 20 y 30 años y el 16% se ubicó entre los 13 y 19 años. La visita preoperatoria realizado por el profesional de enfermería, fue no efectiva en un 67% (33) y efectiva en un 33%(16).La visita pre operatoria efectuada por la enfermera, no tuvo efecto en el 49% de pacientes analfabetos, tuvo efecto en el 18,4% de los pacientes con nivel educativo de secundaria y en el 10,2% de pacientes con nivel educativo superior, a mayor nivel de instrucción mayor efecto. En el periodo pre operatorio el 96% de pacientes presento estrés leve, 4% estrés

moderado y ninguno estrés severo; en el periodo post operatorio el 16% de pacientes presento estrés severo, 61% estrés moderado y 22% estrés leve. Los pacientes que presentaron estrés severo, en el 10.2% la visita fue efectiva, y en el 6.1% la visita fue no efectiva; en aquellos que presentaron estrés moderado, en el 42.9% la visita no fue efectiva y en el 18.4% la visita fue efectiva, finalmente tenemos a los pacientes con estrés leve, que en el 18.4% la visita fue no efectiva y en el 4.1% la visita fue efectiva. Se concluye que: entre la visita preoperatoria y el estrés post operatoria en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica no existe relación.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **Modelo de relaciones entre personas**

Propuesta por Joyce Travelbee y citada por Raile y Marriner (12), esta teoría representa la interacción entre enfermera paciente; la cual, se caracteriza por el hecho de que ambos se perciben recíprocamente desde una perspectiva estereotipada. La relación persona a persona es, ante todo, una experiencia que viven la enfermera y el paciente, la principal característica de estas experiencias es que satisfacen las necesidades de enfermería que presentan los individuos (o las familias). Define a enfermería como un "proceso interpersonal por el cual el profesional de enfermería ayuda a una persona, familia y comunidad a prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, a dar sentido a estas experiencias". Los profesionales de enfermería deben reflexionar acerca de las diferentes formas de actuar al interrelacionarse con los pacientes y de encontrar herramientas que posibiliten su relación al proporcionar satisfacción de las necesidades con cuidados de calidad. Este modelo tiene los siguientes principios:

- Todas las personas enfrentan la enfermedad, el dolor en algún momento de su vida y finalmente afrontan la muerte.
- La calidad y cantidad de la asistencia sanitaria prestada a un ser humano enfermo depende mucho de la percepción que tiene la enfermera acerca del paciente.
- La enfermedad y el sufrimiento "son tanto encuentros espirituales como experiencias físicas y emocionales."
- El proceso de comunicación permite a "la enfermera establecer una relación de persona a persona y cumplir así el objetivo de la enfermería."
- "Los valores éticos y espirituales de la enfermera, o sus convicciones filosóficas sobre la enfermedad y el sufrimiento, determina la medida en que es capaz de ayudar a las personas y a sus familias a dar sentido a estas difíciles experiencias."

## **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.3.1. COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA**

#### **Definición.**

**Valverde (13)**, la comunicación terapéutica se puede definir como la comunicación específica para una relación en la que una persona desempeña el papel de ayudar a otra. Pero es mucho más que eso. La comunicación terapéutica constituye un nuevo enfoque en los cuidados enfermeros en el cual el centro de trabajo es el paciente, su narrativa (lo que dice y cómo lo dice), su experiencia de la enfermedad, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él, cómo el profesional escucha, atiende y dialoga con él sobre esa experiencia. La comunicación terapéutica es más que comunicarse con el paciente dentro del rol profesional de enfermería: es la base de la enfermería. Para cualquier cuidado o intervención, lo principal es establecer y mantener una relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento.

La comunicación terapéutica es una manera de que el profesional de enfermería vea su rol con el paciente como un marco para "saber estar" en la relación de ayuda.

El ser humano es un ser biopsicosocial, pero la comunicación que se ha empleado hasta ahora en enfermería ha sido sobre todo funcional, un intercambio de información, lo cual tiene cierta utilidad, pero no es la forma adecuada de trabajar con la totalidad de la persona. El paciente es un ser complejo en proceso de cambio, como toda persona, al cual se le añaden los retos que presenta la enfermedad. Para vivir con estos retos, el ser humano se enfrenta a la evolución de sus pensamientos y significados, al impacto que la enfermedad tiene sobre él y su familia, a la toma de decisiones y a verse de diferentes maneras, para lo cual la comunicación con una enfermera puede ser muy útil.

Hasta ahora, cuando un profesional de enfermería detectaba que un paciente estaba en proceso de cambio, la reacción era decirle lo que tenía que hacer. Esto no es útil, porque el ser humano no cambia porque alguien le diga qué es lo que tiene que hacer y cómo. Es un proceso más complejo para el cual el enfermero, a través de la comunicación terapéutica, acompaña al paciente como un "testigo empático" de la experiencia existencial del sufrimiento. El profesional de enfermería debe ser un aliado y así el paciente puede ir creando otro mapa de su vida, una nueva realidad en la cual pueda adaptarse a su problema de salud. Los aspectos emocionales, psicológicos, culturales, sociales y familiares del paciente son de primordial importancia para su salud. La experiencia de la enfermedad y la calidad de vida dependerán, en gran parte, de factores que no son el cuerpo en sí, y es con estos factores con los que se trabaja en la comunicación terapéutica.

La comunicación terapéutica es parte del rol autónomo de la enfermera y requiere pensar de una manera específica. Antes de

cualquier intervención, el profesional de enfermería reflexiona y se pregunta cuál es la situación en la que se encuentra el paciente y cuáles serían los objetivos de una intervención en ese momento concreto.

Es necesario pensar, antes de intervenir, a través de las siguientes preguntas:

- ¿Qué estoy sintiendo y pensando yo sobre este paciente?  
¿Algo de esto me impide tratarlo de una manera terapéutica?
- ¿Qué le pasa al paciente?
- ¿Cómo le impacta su enfermedad?
- ¿Qué siente?
- ¿Qué necesita?
- ¿Cuál sería el objetivo terapéutico en esta situación?

### **Diferencia entre comunicación terapéutica y comunicación social**

La comunicación terapéutica, es la que se utiliza en una relación de ayuda, no es igual que la comunicación social, que se emplea en otros ámbitos de la vida. El estilo de comunicación que se ha desarrollado entre las familias, los amigos y los conocidos no es relevante en un contexto terapéutico. Para una relación de ayuda se requiere una metodología específica que permita que el profesional mantenga su rol y los objetivos terapéuticos. En la comunicación social, la responsabilidad de la calidad de la comunicación es de las dos personas que se están relacionando (dos amigos, dos familiares, dos compañeros de trabajo.). En la comunicación terapéutica, la responsabilidad de que la comunicación sea lo más eficaz posible corresponde al profesional, es parte de su trabajo. El papel del paciente en la comunicación consiste en expresar su malestar, a su manera, para que la enfermera pueda conocerle y así ayudarle mejor. Hay

profesionales de enfermería que creen que el paciente debe tener el 50% de la responsabilidad de la comunicación y se quejan de que "éste no pone de su parte". En realidad, ya está "poniendo de su parte"; está ahí, enfermo, intentando vivir la situación que le ha tocado. El profesional utiliza la comunicación terapéutica no para ser amable con el paciente, sino porque es la herramienta principal de su trabajo.

En la comunicación social, si un amigo habla de una manera un poco agresiva, podría enfadar a su interlocutor, pero en la comunicación terapéutica se ve la agresividad del paciente como una expresión de su malestar y ello proporciona información para poder trabajar con él. De la misma manera, si en la comunicación social un conocido habla de tal forma que su interlocutor piense que se le "está tomando el pelo", a lo mejor decide no seguir hablando con él o dice algo irónico. Pero en la comunicación terapéutica, cuando se observa ese mismo comportamiento en el paciente, se sabe que son sus defensas y el interés recae en lo que hay detrás de ellas.

En enfermería, es necesario pensar desde un enfoque terapéutico y reflexionar sobre el "qué", el "porqué" y el "para qué" de lo que hace y dice el paciente.

Si el profesional de enfermería, en su comunicación con el paciente, comienza a pensar como si fuera una comunicación social, se arriesga a des-pistarse, confundirse, no poder hacer bien su trabajo, frustrarse y "quemarse".

La comunicación terapéutica se basa en la idea de que lo principal de toda relación de ayuda es la comunicación y que ésta está centrada en el paciente. La comunicación no es dar información (ésta es una parte muy pequeña de este proceso), es una manera de relacionarse, en la cual el profesional de enfermería está presente con todo su ser, como testigo empático, con un

compromiso de ayudar y acompañar al paciente en su realidad. Esto es necesario porque, a causa de la enfermedad, el paciente pierde gran parte de su ser: su vida social y laboral y su rol familiar. Hablando y redefiniéndose a alguien que le escuche desde una posición terapéutica puede empezar a construir su nueva realidad. Para una relación de comunicación, el profesional tiene que desarrollar su humanidad, que es la cualidad que, en numerosos estudios, los pacientes dicen apreciar más del profesional sanitario. Otras cualidades que los pacientes dicen que esperan de los profesionales sanitarios y que fomentan el enfoque de la comunicación terapéutica, son: una buena comunicación y que el profesional se interese por ellos.

El paciente, su dolencia y la experiencia que tenga de su dolencia, no son problemas que se deban "arreglar", sino una situación que se debe descubrir con interés y curiosidad. No se pretende que el profesional de enfermería comprenda al paciente en su totalidad, eso no es posible dada la complejidad del ser humano, pero sí que haga el esfuerzo de intentar comprender, escuchando con el mismo interés que mostraría un antropólogo en una nueva cultura. Pero, ¿comprender qué? Lo principal es intentar entender el significado que tiene para el paciente su experiencia (enfermedad, dolencia, aspectos psicosociales, etc.), ya que la enfermedad no supone lo mismo para el que la padece que para el profesional sanitario. El significado que tiene para el paciente dará al profesional de enfermería la mejor información para decidir intervenciones verbales y no verbales (13).

### **Elementos de la comunicación terapéutica**

Los elementos básicos de la comunicación terapéutica El pensamiento terapéutico son:

- La empatía.

- La escucha receptiva y reflexiva.
- La atención a las emociones del paciente.
- El acompañamiento del paciente en sus reflexiones.
- Ayudar al paciente a aumentar su dignidad.
- La autorreflexión y auto observación.

### **Herramientas para poner en práctica los elementos básicos**

- Saber distinguir entre la comunicación terapéutica y la comunicación social.
- Pensar, mirar, escuchar y hablar de una forma terapéutica.
- Centrarse en la experiencia del paciente de su enfermedad.
- Creer al paciente.
- Descubrir los significados e impactos que tiene para él la enfermedad.
- Darse cuenta de que la manera de tratar al paciente contribuye a aumentar o disminuir su sufrimiento.
- Notar que uno mismo siente sus emociones, opiniones y expectativas y darse cuenta de que son propias; no proyectarlas al paciente, dejarlas a un lado para otro momento. Hay que trabajar con las del paciente.
- Recordar que el paciente es el centro de todo el trabajo.
- Trabajar con el paciente como es ahora, no como le gustaría que fuera.
- Conocerse más: ¿qué situaciones y comportamientos de los pacientes movilizan sus propios sentimientos?
- Preguntarse: "lo que digo, ¿por qué lo digo?".
- Si se siente frustrado con el paciente, replantéese cómo le ve: ¿le podría ver de otra manera que fuera más congruente con una relación de ayuda?

- Saber mostrar empatía, incluso ante comportamientos que no le agrada, y entender que es la herramienta principal de la comunicación terapéutica.
- Conocer al paciente como individuo.
- Darse cuenta de que el paciente es quien se conoce mejor a sí mismo.
- Respetar al paciente: ¿le puede respetar?, ¿por qué no?, ¿lo puede re-pensar?
- Ser receptivo a las necesidades del paciente.
- Escuchar con tranquilidad y saber lo que se escucha (contenido y emociones).
- Respetar las emociones del paciente, dejar que las exprese libremente y atenderlas de una forma terapéutica.
- No juzgar los comportamientos del paciente y entender que son su manera de expresar su malestar, que lo importante es lo que hay de-bajo del comportamiento.
- Notar las defensas del paciente, respetarlas y no reforzarlas.

### **Las expectativas del paciente**

La calidad de los cuidados que dan los profesionales de enfermería depende, sobre todo, de si responde a las expectativas del paciente. No es suficiente dar unos buenos cuidados de enfermería si el enfermo no los percibe como buenos. Lo primero es saber cómo es el paciente y qué espera del enfermero. Esto depende de las habilidades de comunicación del profesional. Algunos estudios muestran lo que los pacientes esperan y valoran de los cuidados de enfermería:

- Que sus necesidades sean escuchadas.
- Que no se descarten sus preocupaciones.
- Que se les trate como personas y no como enfermedades.
- Que se hable "con" los pacientes y no "a" los pacientes.

- Que se respete su privacidad.
- Que se les expliquen los tratamientos que se les van a hacer y las demoras.
- Que los pacientes sepan que importan al enfermero y que éste está de su lado.

### **Técnicas de la comunicación terapéutica**

#### **Escuchar activamente**

- Mantener contacto visual mientras el paciente habla. Observar la congruencia entre la comunicación verbal y no verbal.
- Mostrar aceptación e interés por el paciente. Éste se sentirá en la libertad de continuar hablando abiertamente.

#### **Aceptación**

- Dar indicaciones de buena acogida "Sí, lo estoy escuchando". (Mover la cabeza afirmativamente). Indica que el personal de Enfermería está alerta e interesado en lo que el paciente está trayendo.

No significa que está de acuerdo con lo que él dice. Se está comunicando al paciente: "Continúe hablando, no tema expresar sus sentimientos".

#### **Dar reconocimiento**

- "Buenos días, don Pedro".
- "Usted ha hecho un trabajo muy bonito".

Al saludar y llamar al paciente por su nombre le está dando reconocimiento como persona. Se debe mencionar al paciente sus aspectos positivos.

#### **Darse a sí mismo**

- "Voy a acompañarlo un rato".
- "Me quedaré aquí con usted".

El dedicar tiempo al paciente es una muestra de interés, es tratarlo como sujeto y no como objeto. Fomenta la confianza y el respeto mutuo.

### **Resumir**

- “¿Tengo los datos correctos?”.
- “Usted me ha dicho que...”.
- En la mañana de hoy hemos hablado sobre...”

Permite al personal de Enfermería asegurarse que entendió lo que el paciente le quiso transmitir.

### **Uso del silencio**

El silencio ofrece la oportunidad de organizar el pensamiento, tanto al paciente como al profesional de Enfermería. También permite hacer observaciones y analizar conductas. El uso del silencio es muy difícil para el personal de Enfermería. Debe durar varios segundos, si se prolonga, el paciente puede perder la atención.

### **Parafrasear**

- Paciente: “Hace tiempo que no veo a mis padres”.
- Enfermera: “¿Usted me está diciendo que sus familiares no lo han visitado?”.

Consiste en reestructurar el mensaje del paciente para verificar si la información ha sido correctamente recibida.

### **Enfocar**

- Enfermera: “Me gustaría conversar más sobre su relación con sus padres”.

Esta técnica es útil cuando la conversación se torna vaga. El dirigir la comunicación a tópicos específicos limita el área que el paciente puede responder.

### **Ofrecer información**

- “Las normas para las llamadas telefónicas en este hospital son...”
- “Esta pastilla se llama Prozac y es para...”

- “Mi nombre es...”

Nutre al paciente de información para clarificar situaciones y le provee datos para que él pueda tomar mejores decisiones.

### **2.3.2. ANSIEDAD**

#### **Definición**

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia (7).

El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

La ansiedad generada por la anestesia y la cirugía no tiene necesariamente un impacto negativo en el período preoperatorio y, en cierta medida, se trata de una disposición psicológica normal que permite al paciente afrontar mejor la intervención

#### **Ansiedad Clínica**

La ansiedad usualmente se presenta acompañada de diversos síntomas físicos tales como:

- Fasciculaciones o temblores.
- Tensión muscular, dolores de cabeza.
- Sudoración.
- Resequedad en la boca, dificultad para deglutir.
- Dolor abdominal (puede ser el único síntoma de estrés especialmente en un niño).

Algunas veces, otros síntomas acompañan a la ansiedad como:

- Mareo.
- Frecuencia cardíaca rápida o irregular.
- Respiración rápida.
- Diarrea o necesidad frecuente de orinar.
- Fatiga.
- Irritabilidad, incluyendo pérdida del temperamento.
- Dificultad para dormir y pesadillas.
- Disminución de la capacidad de concentración.
- Problemas sexuales.

### **Fisiología**

Desde este punto de vista la ansiedad es algo sano y positivo que ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo. Si la cadena se rompe en algún momento y estas situaciones se dan con bastante frecuencia, el organismo corre el riesgo de intoxicación por dopaminas o por catecolaminas. Estas situaciones normalmente ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana, que requieran una actividad del organismo fuera de lo establecido. En términos sicofisiológicos los síntomas de la ansiedad y el miedo son iguales. Sicológicamente la principal diferencia estriba en

el grado en que la persona esté o no consciente del objeto de sus temores (7).

### **Clasificación**

Aunque hemos iniciado hablando de la ansiedad como trastorno afectivo, que como tal implica un mal funcionamiento de los procesos emocionales del individuo, para comprender mejor la extensión de este concepto es necesario hacer una distinción fundamental; diferenciando la ansiedad clínica o patológica de la no clínica.

### **Ansiedad no clínica**

Dentro de este tipo de ansiedad se definen dos tipos.

**Ansiedad no clínica de rasgo**, (también denominada, en ocasiones neuroticismo) es una dimensión de personalidad bien definida por numerosos autores. La ansiedad-rasgo denota un característico estilo o tendencia temperamental a responder todo el tiempo de la misma forma, sean circunstancias estresantes o no. Una persona que ha estado ansiosa todo el tiempo, posee una actitud de aprensión, y ha conformado toda una estructura más o menos estable de vida en función al rasgo de ansiedad, conocido como ansiedad crónica. Esta persona tiene más probabilidades en el futuro de desarrollar un trastorno de ansiedad que otra que no posee este rasgo. Tienden a ser más vulnerables al estrés y considerará un gran número de situaciones como peligrosas (14).

Es una condición del individuo que ejerce una influencia constante en su conducta, ante una situación determinada el individuo con mayor grado de este tipo de ansiedad está más expuesto a experimentarla; así la intensidad de sus respuestas emocionales está en función a las características de la situación y de su personalidad. La ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo. Contrariamente a la ansiedad estado, la ansiedad-rasgo no se

manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. En este sentido, los sujetos con alto grado de ansiedad-rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad. Los niveles altos de ansiedad-estado son apreciados como intensamente molestos; por tanto, si una persona no puede evitar el estrés que se los causa, pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentarse a la situación amenazante. Si la persona se ve inundada por la ansiedad-estado puede iniciar un proceso defensivo para reducir el estado emocional irritante (14).

**Ansiedad no clínica de estado (ansiedad-estado)** es una emoción temporal que depende más bien de un acontecimiento concreto y que se puede identificar. La respuesta de ansiedad-estado tiende a fluctuar a lo largo del tiempo. A veces este tipo de ansiedad es elevada o posee una alta intensidad, en tal caso se denomina como **ansiedad aguda**. Este tipo de ansiedad es la que puede experimentarse ante un examen, una entrevista o una fobia específica (14).

Es una reacción emocional puntual suscitada por un contexto amenazante o una situación estresante, que tiene una duración limitada y que varía en intensidad, se caracteriza por diversas reacciones fisiológicas asociadas, que en su mayoría son desagradables. Sólo cuando ambas condiciones se manifiestan de manera persistente y especialmente intensa, perturbando el funcionamiento diario del individuo, pueden constituir una patología de ansiedad o ansiedad clínica. La ansiedad de estado es un "estado emocional" inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de

tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos.

### **Rasgos de personalidad y trastornos de ansiedad**

En muchos casos las personas que padecen un trastorno de ansiedad son vistas por los demás como personas muy ansiosas. Esto es diferente a la reacción más o menos adaptativa que una persona puede tener ante una situación amenazante. En el primer caso, decimos que ese individuo es ansioso, en el segundo que está ansioso (14).

Cabe distinguir entre la ansiedad – rasgo y ansiedad – estado. La **ansiedad rasgo** es una característica de personalidad relativamente estable (a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones). El rasgo de ansiedad se refiere a la tendencia del individuo a reaccionar de forma ansiosa. Hace referencia a la disposición del individuo para percibir situaciones como peligrosas o amenazantes y a la tendencia a responder ante estas situaciones con ansiedad. Las personas más ansiosas tienen un marcado rasgo de ansiedad, por lo que tienden a percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes, y a responder a estas situaciones amenazantes con estados de ansiedad de gran intensidad. La **ansiedad estado** hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo. El nivel de un estado de ansiedad debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes, o en circunstancias en que aun existiendo peligro, éste no es percibido como amenazante (14).

Ambos conceptos están relacionados. Una persona con un nivel elevado de ansiedad rasgo presenta, por regla general, una ansiedad estado también elevada. Sin embargo, una persona con

un nivel de ansiedad rasgo bajo puede mostrar de forma puntual reacciones de ansiedad de elevada intensidad ante situaciones que perciba como amenazantes (ansiedad estado). Así, por ejemplo, una persona con un nivel de ansiedad rasgo bajo puede mostrarse ansiosa ante la inminencia de un examen. En cambio, una persona con un nivel elevado de ansiedad rasgo no sólo se sentirá nerviosa en esa situación, también en muchas otras (14).

Según muchos autores, la ansiedad rasgo es la característica de personalidad que subyace a muchos trastornos de ansiedad. Es decir, muchas personas que padecen un trastorno de ansiedad podrían tener un nivel elevado de ansiedad rasgo. Se trata de una característica de personalidad con una importante carga genética y se considera que podría estar implicada en la mayor vulnerabilidad a padecer trastornos de ansiedad y de depresión que tienen estas personas. Para algunos autores, la manifestación más pura de un nivel elevado de ansiedad rasgo es el Trastorno de Ansiedad Generalizada (14).

### **Ansiedad y sexo**

Las mujeres son fundamentales en todas las esferas de la sociedad, sin embargo, debido a la gran cantidad de funciones que han de desempeñar en la misma, corren un mayor riesgo de padecer problemas mentales que el resto de los miembros de su comunidad. Las investigaciones sobre los problemas mentales, de comportamiento y sociales más generalizados en la comunidad han revelado que las mujeres son más propensas que los hombres a padecer trastornos mentales específicos. Los más comunes son la ansiedad, la depresión, las secuelas de la violencia doméstica y sexual, y el consumo de sustancias, que está aumentando vertiginosamente. Las tasas de prevalencia de la depresión y de los trastornos de ansiedad, así como del agotamiento psicológico,

son más elevadas en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Estos datos coinciden en una serie de estudios realizados en diferentes países y asentamientos.

De acuerdo a los resultados de un estudio publicado por la revista *Psychiatric Genetics*, un grupo de científicos demostró que las mujeres sufren más ansiedad que los hombres porque tienen un nivel más bajo del químico de la enzima catecol ometil transferasa (COMT) que controla ese estado de ánimo. El hecho de tener menos cantidad de ésta sustancia, hace que una persona se sienta más ansiosa y tensa. El estudio indica que las mujeres tienen una versión diferente del gen que produce esa enzima y, por lo tanto, tienen más probabilidades de preocuparse.

### **Ansiedad y edad**

Los trastornos de ansiedad pueden aparecer en cualquier momento de la vida. Sin embargo, algunos trastornos de ansiedad suelen aparecer de forma más frecuente en determinadas etapas o períodos. Gregorio Pérez Hernández, académico de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, realizó un estudio donde se revela que la ansiedad es un padecimiento registrado con mayor frecuencia entre personas de 20 a 30 años. Se considera que en ese periodo, toda persona se encuentra en una interfaz entre el organismo y sus transacciones con el medio. Se espera que muchas metas, planes y logros se empiecen a concretar, si alguien no ha sido capaz de "triunfar" a esa edad se siente fracasado; la falta de desarrollo social al no conseguir un buen empleo, no consolidar una familia, entre otros factores.

### **Ansiedad y cargas familiares**

Es sabido que el nivel de ansiedad es mayor en cualquier situación en la que se ve amenazada la integridad de la persona que tiene cargas familiares a su cargo, pero esta disminuye cuando tanto el

hombre como la mujer que conforman el hogar trabajan, existiendo un doble ingreso, responsabilidades y obligaciones compartidas.

### **2.3.3. ANSIEDAD Y ACTO ANESTÉSICO - QUIRÚRGICO**

El acto anestésico-quirúrgico es considerado como un factor que genera ansiedad en el paciente que será intervenido. Por ello, la atención debe enfocarse a disminuirla, con una adecuada atención hospitalaria y una visita pre anestésica eficiente, que a la vez implique la preparación psicológica y/o farmacológica del enfermo, con el fin de disminuir la morbilidad, reducir costos con estancias cortas y proporcionar calidad total en la atención de los pacientes.

#### **Ansiedad pre - operatoria**

El conocimiento del nivel de ansiedad del paciente en el periodo preoperatorio es importante y debe ser considerada en la fase de screening. La difusión de información en los medios de comunicación al público en general ha contribuido a relacionar a la anestesia con complicaciones e incluso muerte. Los pacientes suelen expresar temores y angustia con respecto a la anestesia, por lo tanto, la ansiedad es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por un temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico. La ansiedad puede ser una característica propia de la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) o bien ser causada por el acto quirúrgico (ansiedad-estado). La ansiedad generada por la anestesia y la cirugía no tiene necesariamente un impacto negativo en el período preoperatorio y, en cierta medida, se trata de una disposición psicológica normal que permite al paciente afrontar mejor la intervención. Los estudios clínicos han puesto en evidencia la dificultad para apreciar, durante la consulta pre anestésico, el grado de ansiedad del paciente, dado que aunque los pacientes pueden manifestar ansiedad durante la anamnesis, los más

introvertidos suelen reprimirla. A menudo, el personal de Centro Quirúrgico evalúa de una manera imperfecta la ansiedad del paciente y por consiguiente, es frecuente que exista discordancia entre la valoración de la ansiedad por parte del médico y el grado de ansiedad expresado por el paciente. Además, en el paciente suelen confundirse los temores causados por la cirugía y los relacionados con la anestesia. No existe relación directa entre la gravedad de la afección, la importancia de la intervención y el grado de ansiedad. El impacto de la enfermedad sobre la vida familiar y social del paciente, influye en la ansiedad preoperatoria. Los pacientes con antecedentes de anestesia previas sin complicaciones disminuyen ligeramente la ansiedad.

### **Efectos de la cirugía en el paciente**

La cirugía es una rama de la medicina, que se ocupa de las técnicas quirúrgicas, por medios manuales e instrumentales y comprende el tratamiento integral de los enfermos. La cirugía es uno de los resultados del desarrollo del conocimiento humano, su evolución ha acompañado paso a paso a los cambios sociales, económicos y culturales de los tiempos. Puede ser clasificada como mayor o menor, de acuerdo con la gravedad de la enfermedad, las partes del cuerpo afectadas, la complejidad de la operación y el tiempo de recuperación esperado.

- Cirugía mayor: Son las cirugías de cabeza, cuello, tórax y abdomen. El tiempo de recuperación puede ser largo y exigir la permanencia en terapia intensiva o varios días de hospitalización.
- Cirugía menor: El tiempo de recuperación es corto, se retorna rápidamente a las actividades normales. Generalmente, estas cirugías no requieren hospitalización o es de 1 a 2 días, en este grupo se encuentran las: reparación de hernias, reparación de

fracturas de los huesos, extirpación de lesiones en la piel, biopsia de tumores.

Una cirugía en sí constituye una amenaza potencial o real para la integridad de la persona, y por lo tanto, puede producir reacciones de estrés fisiológico o psicológico.

**Respuestas fisiológicas:** Cuando la agresión causada al cuerpo es severa, o si existe una pérdida excesiva de sangre, los mecanismos compensatorios del organismo pueden verse sobresaturados y puede sobrevenir un shock. También pueden presentarse respuestas metabólicas: los carbohidratos y las grasas son metabolizados para producir energía, por lo que estos factores desencadenan una pérdida de peso tras una cirugía mayor, para restaurar las proteínas necesarias para la curación y volver al funcionamiento óptimo, es necesaria la ingestión de altas dosis de proteínas.

**Respuestas psicológicas:** existen diferentes formas en que las personas pueden percibir el significado de una cirugía y, por tanto, existen diferentes respuestas. El temor a lo desconocido es lo más común, si el diagnóstico es incierto, es frecuente el temor a la enfermedad maligna, sin importar la probabilidad de que así sea. Los temores referentes a la anestesia están relacionados normalmente con la muerte "dormirse y no volverse a despertar". 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 el paciente tenga preocupaciones relacionadas con la hospitalización, como la seguridad de su trabajo, la pérdida de ingresos y el cuidado de su familia. La capacidad de los pacientes ancianos para tolerar las cirugías depende de los cambios fisiológicos que han ocurrido

durante el proceso de envejecimiento, de la duración del procedimiento quirúrgico y de la presencia de uno o más enfermedades crónicas.

### **Intervención preoperatoria**

En el ámbito de la medicina las etapas previas a una intervención quirúrgica, el paciente debe cumplir con ciertos requisitos y respetar las indicaciones del médico para que la operación tenga mayor probabilidad de éxito, La intervención preoperatoria suele comenzar con:

**Conocimiento del paciente:** Es necesario evaluar el grado de ansiedad que siente el paciente. Es posible que los pacientes no puedan identificar las preocupaciones específicas, y en consecuencia es necesario hacer una exploración más profunda, si la información obtenida indica que el paciente se encuentra en exceso ansioso o si el paciente describe el temor de morir mientras se encuentra en cirugía, es necesario informar o tomar en cuenta la posibilidad de posponer la cirugía.

**Estado fisiológico:** Se debe reunir información durante el periodo preoperatorio acerca del estado fisiológico del paciente y obtener datos base que se utilizarán en las comparaciones intraoperatorias y postoperatorias; para así identificar los potenciales problemas posteriores a la cirugía. A menudo, los pacientes necesitan que se les explique la razón por la que se realizan tantas pruebas.

**Capacidad de comunicación:** La información relacionada con los sentidos y con el idioma indica la capacidad del paciente para comprender instrucciones y recibir apoyo durante la experiencia preoperatoria.

**Oxigenación:** La información sobre la respiración reviste gran importancia para determinar la capacidad de la persona para

expandir sus pulmones, y la capacidad para llevar a cabo ejercicios de respiración profunda.

**Nutrición:** La relación estatura/peso indica si el paciente tiene sobrepeso o déficit del mismo. Condiciones como el aporte nutricional inadecuado, náuseas, anorexia y mal estado de la boca y de los dientes influyen sobre la ingestión nutricional preoperatoria y son factores que deberán ser considerados en el postoperatorio.

**Eliminación:** La disminución de actividades después de una cirugía predispone al paciente al estreñimiento. **Actividad:** La capacidad del paciente para moverse y caminar en el periodo preoperatorio determinara las acciones que deben tomarse para aumentar la movilidad al máximo.

**Comodidad:** Es necesario aclarar las rutinas al paciente para evitar cualquier malentendido. Deben explicarse, también, las diferentes modalidades del tratamiento del dolor.

**Preparación psicológica del paciente para la cirugía:** Si la persona sabe que la ansiedad es una reacción normal ante la amenaza de la cirugía, eso puede ser útil para eliminar la reflexión autoimpuesta "no tengo por qué estar nervioso". La enseñanza ayuda a aliviar el nivel de ansiedad cuando el paciente sabe qué esperar, si se espera hasta que el paciente se haya recuperado lo suficiente de la agresión que representa la cirugía para dar comienzo al proceso de enseñanza, esto representa una pérdida de tiempo considerable e incluso una menor efectividad del aprendizaje.

La ansiedad y el estrés en el paciente es un factor esencial que especialmente el personal de enfermería debe afrontar como un reto a vencer, ya que no existe un patrón de "rutina", sino debe ser enfocado en forma particular a cada paciente y el desafío consiste

en identificar, planear y proporcionar un plan de asistencia que cubra las necesidades específicas de cada paciente. Tomando en cuenta la edad, evaluación física y psicológica, aspectos socioculturales, grado de temor elevado, moderado o escaso.

Una intervención quirúrgica origina ansiedad o estrés o ambas situaciones que dan respuestas fisiológicas y psicológicas, cuyo grado depende de múltiples factores, de los cuales mencionaremos algunos:

- **Temor a lo desconocido**, incertidumbre en relación al resultado de la cirugía o desconocimiento acerca de la experiencia quirúrgica (paciente que es intervenido por primera vez).
- **Temor a la anestesia**, miedo a una inducción desagradable, a imprevistos durante la anestesia, a despertarse durante la intervención quirúrgica o a sentir dolor mientras está bajo los efectos. Este temor suele estar relacionado con pérdida de control mientras se está bajo la anestesia, acciones o situaciones verbales fuera de control y el miedo a lo desconocido.
- **Temor al dolor** o a una analgesia post-operatoria no adecuada o no efectiva, el cual es un temor habitual.
- **Temor a la muerte**, es frecuente que el paciente experimente esta sensación a pesar de los avances científicos y tecnológicos en cuanto a cirugía y anestesia se refiere, no existe ninguna intervención quirúrgica ni anestesia totalmente segura. No obstante, en la vida diaria los individuos nos enfrentamos a riesgos mayores que lo que respecta a una cirugía.

- **Temor a la separación**, el paciente queda separado de su entorno familiar y de trabajo, el dejar tareas, contratos, el temor a no retornar por un tiempo o definitivamente.
- **Temor a la alteración de los patrones de la vida**, el temor a una capacidad temporal o definitiva, posterior a la cirugía. La recuperación interfiere en forma variable en las actividades cotidianas, de trabajo y en las profesionales.
- **Temor a la mutilación o pérdida de una parte del cuerpo**. Se debe considerar que la cirugía altera la integridad corporal y amenaza la imagen corporal. El paciente pediátrico requiere de una atención especial y apropiada, nivel de desarrollo, personalidad, historia y experiencia pasadas con profesionales de la salud y hospitales, antecedentes generales, entorno familiar, socioeconómico y cultural, los cuales servirán de referencia a la creación de un plan de asistencia para hacer frente a sus temores, de los cuales podemos señalar:
  - a) Daño físico, lesión corporal, dolor, mutilación, muerte, etc.
  - b) Separación de los padres.
  - c) Ambiente extraño y desconocido.
  - d) Confusión e incertidumbre sobre sus límites de conducta esperada.
  - e) Pérdida del control de su mundo y de su autonomía.
  - f) Temor a la anestesia.
  - g) Temor al procedimiento quirúrgico.

Ante una intervención quirúrgica se desencadenan en el paciente diversas emociones, entre las cuales normalmente son la ansiedad y el estrés, ya que se encuentran ante una situación desconocida; mismos aspectos que al generarse en un grado alto repercuten en la óptima evolución y recuperación del paciente en la estancia

hospitalaria. Los síntomas fisiológicos que usualmente acompañan la ansiedad durante los momentos del acto operatorio en ocasiones pueden persistir hasta mucho tiempo después de la intervención quirúrgica; incluyen taquicardias, arritmias, elevación de la tensión arterial, disnea, entre otros. Es necesario detectar, además como estos cambios fisiológicos suelen acompañar los estados de ansiedad y pueden afectar el óptimo desarrollo de la intervención quirúrgica, tales como variaciones de la tensión arterial o de la frecuencia cardíaca, hiperventilación, posibles arritmias o la probable descompensación de alguna enfermedad crónica por citar algunos.

### **Factores que producen el desarrollo de la ansiedad**

Debe considerarse que cada persona reacciona de modo diferente al mismo estímulo o situación vivenciada. Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obliga a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que además, implican ciertos riesgos para la salud del mismo individuo. Los pacientes quirúrgicos manifiestan sentimientos de ansiedad relacionados generalmente a encontrarse en un entorno extraño, miedo a no despertar de la anestesia o a la pérdida de la función corporal o bien sentir dolor durante o después de la operación. Algunos síntomas deben alertar sobre la probable existencia de un cuadro de ansiedad preoperatoria anormal y/o mal tolerada son insomnio, pesadillas, cefaleas tensionales, náuseas, sensación de disnea u opresión precordial atípica entre otras.

La ansiedad se define como una condición emocional transitoria consistente en sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo, temor y elevada actividad del sistema nervioso autónomo. Esta condición varía en fluctuaciones y grado de intensidad a través del tiempo.

El acto anestésico - quirúrgico genera ansiedad en el paciente, por lo que la atención debe enfocarse a disminuir la ansiedad mediante una adecuada atención consulta pre anestésico oportuno y con la debida preparación farmacológica del enfermo. Se conoce que la ansiedad provoca incremento en el dolor posoperatorio, mayor necesidad de analgésicos y prolongación en los días de estancia hospitalaria, que repercuten directamente en los costos de la atención.

El anesthesiólogo tiene que utilizar medidas indirectas que le permitan valorar si el paciente se encuentra ansioso, tales como el aumento en la actividad cardiovascular (taquicardia, hipertensión, arritmias), aumento en el consumo de oxígeno con vasoconstricción de los vasos sanguíneos periféricos, etc. La presencia de ansiedad en el periodo preoperatorio es variable en cada paciente y depende de varios factores: edad, sexo, estado socioeconómico, ocupación, estado físico, tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario, calidad de la atención médica, etcétera. La preparación psicológica que ofrece la visita pre anestésica tiene gran influencia positiva en el estado anímico del paciente, pudiéndose observar en el mismo la disminución de su ansiedad preoperatoria cuantitativamente. El simple hecho de estar involucrado en un medio desconocido como lo es el hospitalario, la deficiente comunicación por parte del personal intrahospitalario, la desinformación obtenida por terceras personas y, sobre todo, el impacto en la esfera familiar, afectiva, social, laboral y económica, pueden ser detonantes de ansiedad y, por lo tanto, presentarse antes de su ingreso al hospital.

Esta ansiedad puede desaparecer en el periodo posoperatorio, cuando el paciente recupera el estado de alerta y revalora que su entorno no presenta cambios importantes que le signifique modificación de sus hábitos de vida previos. Con base en esto, los

anestesiólogos han utilizado la visita y medicación preoperatoria para mitigar la ansiedad.

### **Anestesiólogo y Ansiedad**

Se ha demostrado que la visita efectuada por el anestesiólogo es en ocasiones más efectiva que la medicación farmacológica y que puede aliviar la ansiedad preoperatoria. La mayoría de revisiones sobre anestesia pocas veces fija la atención en cuanto al tema de la ansiedad en el paciente preoperatorio. Algunos autores hacen observaciones interesantes al describir que la atención y el servicio que ofrece todo el personal dentro del hospital puede generar angustia en el enfermo, por lo que la comunicación adecuada y la actitud del equipo multidisciplinario que interactúe con el paciente pueden ofrecer un entorno confortable, previo al acto anestésico-quirúrgico.

La base de la entrevista pre anestésica son la historia clínica y el examen físico, los cuales son el mejor medio para detectar una patología y valorar clínicamente la ansiedad preoperatoria con inspección visual, perfil psicológico, sintomatología asociada, tratamiento farmacológico previo; siendo esta información recopilada en la nota pre anestésica para determinar la conducta a seguir en cada caso en particular. Idealmente, esta valoración debería realizarse unos días antes del procedimiento quirúrgico, permitiendo al paciente conocer a los miembros del equipo, completarlos exámenes de laboratorio necesarios, proporcionar tiempo suficiente para estabilizar cualquier patología previa, en ocasiones con la asesoría de otro especialista. La ansiedad se define como una condición emocional transitoria consistente en sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo, temor y elevada actividad del sistema nervioso autónomo. Esta condición varía en fluctuaciones y grado de intensidad a través del tiempo. El

acto anestésico-quirúrgico genera ansiedad en el paciente, por lo que la atención debe enfocarse a disminuir la ansiedad mediante una adecuada atención hospitalaria que incluya consulta pre anestésico oportuno y con la debida preparación psicológica o farmacológica del enfermo. La ansiedad se presenta en cualquier persona de forma transitoria o crónica, puede producir reacciones agresivas que resultan en incremento en el estrés experimentado por el paciente, causando en consecuencia un manejo del dolor más difícil en el posoperatorio. 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. Incluso, análisis previos han demostrado que en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos desde una semana antes del procedimiento.

Otros factores asociados a la ansiedad incluyen el tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario y la calidad de la atención médica proporcionada. Se conoce que la ansiedad provoca incremento en el dolor posoperatorio, mayor necesidad de analgésicos y prolongación en los días de estancia hospitalaria, que repercuten directamente en los costos de la atención. Debido a esto es necesario evaluar y prevenir la ansiedad en todo paciente que va a ser sometido a algún procedimiento anestésico-quirúrgico, para lo cual existen diversas escalas como el DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale), STAI (State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire), Escala Visual Análoga de Ansiedad, las escalas de ansiedad de Taylor (Inventario de Situaciones y Respuestas de

Ansiedad) o Hamilton, y, más recientemente, la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS), diseñada y utilizada por Moerman y colaboradores en 1996.

#### 2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Ansiedad:** La ansiedad se define como un estado en el que se experimenta un sentimiento de incomodidad que con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo.
- **Ansiedad preoperatoria**  
Ante una intervención quirúrgica se desencadenan en el paciente diversas emociones, entre las cuales normalmente son la ansiedad y el estrés, ya que se encuentran ante una situación desconocida; mismos aspectos que al generarse en un grado alto repercuten en la óptima evolución y recuperación del paciente en la estancia hospitalaria.
- **Ansiedad no clínica de estado:**  
La ansiedad-estado es una emoción temporal que depende más bien de un acontecimiento concreto y que se puede identificar. La respuesta de ansiedad-estado tiende a fluctuar a lo largo del tiempo. A veces este tipo de ansiedad es elevada o posee una alta intensidad, en tal caso se denomina como ansiedad aguda. Este tipo de ansiedad es la que puede experimentarse ante un examen, una entrevista o una fobia específica.
- **Ansiedad no clínica de rasgo:**  
Ansiedad-rasgo denota un característico estilo o tendencia temperamental a responder todo el tiempo de la misma forma, sean circunstancias estresantes o no. Una persona que ha estado ansiosa todo el tiempo, posee una actitud de aprensión, y ha conformado toda una estructura más o menos estable de vida en función al rasgo de ansiedad, conocido como ansiedad

crónica. Esta persona tiene más probabilidades en el futuro de desarrollar un trastorno de ansiedad que otra que no posee este rasgo. Tiende a ser más vulnerables al estrés y considerará un gran número de situaciones como peligrosas.

- **Comunicación terapéutica:** Es la comunicación específica para una relación en la que una persona desempeña el papel de ayudar a otra.
- **Cirugía:** Es una especialidad dentro de la Medicina cuya misión es curar las enfermedades o malformaciones, según corresponda, mediante intervenciones quirúrgicas.
- **Paciente pre operatorio:** Persona enferma que se encuentra hospitalizado para ingresar a sala de operaciones para una intervención quirúrgica.

## 2.5. HIPÓTESIS

### Hipótesis general

El efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería disminuye el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía, Hospital Departamental de Huancavelica - 2014.

### Hipótesis específicas

- El nivel de ansiedad de la mayoría de pacientes preoperatorios antes de la comunicación terapéutica de enfermería es moderado.
- El nivel de ansiedad de la mayoría de pacientes preoperatorios después de la comunicación terapéutica de enfermería es leve.
- El nivel de ansiedad no clínica de estado en la mayoría de pacientes preoperatorios antes es moderado y después de la comunicación terapéutica de enfermería es leve.
- El nivel de ansiedad no clínica de rasgo en la mayoría de pacientes preoperatorios antes es moderado y después de la comunicación terapéutica de enfermería es leve.

## **2.6. VARIABLES**

### **Variable independiente**

Efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería.

### **Variable dependiente**

Nivel de ansiedad.

## 2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEM	CATEGORÍA ÍNDICE
Nivel de ansiedad	Preocupación o inquietud causadas por la inseguridad o el temor, que puede llevar a la angustia.	Para la recolección de datos de la variable nivel de ansiedad se ha elaborado una escala con 15 ítems que representan a las dimensiones Ansiedad no clínica de estado y Ansiedad no clínica los cuales serán rellenos por las investigadoras de conformidad a las respuestas que refieran los pacientes.	Ansiedad no clínica de estado.	Temor al resultado de la cirugía.	1. Está preocupado(a) ahora por el resultado de la cirugía que le realizarán. No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )	Ansiedad leve
				Temor sobre la experiencia quirúrgica.	2. Se siente nervioso(a) de cómo será su primera operación. No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( ) 3. Tiene confianza en sí mismo sobre su primera operación No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )	Ansiedad moderada
				Temor al dolor ocasionado por la cirugía	4. Está inquieto(a) con respecto al dolor que le pueda generar la intervención. No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( ) 5. Piensa continuamente que el medicamento indicado para calmar el dolor no le calmara inmediatamente el dolor. No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )	Ansiedad severa
				Temor a la anestesia	6. Está inquieto(a) con respecto a los efectos que ocasiona la anestesia en su cuerpo. No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( ) 7. Le gustaría recibir una información completa con respecto a la anestesia. No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )	
				Temor al procedimiento quirúrgico	8. Le gustaría recibir una información completa sobre los procedimientos que sigue en una intervención. No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )	

			Ansiedad no clínica de rasgo	Forma de generalmente sentirse	<p>9. Está preocupado(a) sobre el ingreso a sala de operaciones. No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )</p> <p>10. Se siente alegre al enterarse sobre la intervención quirúrgica. No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )</p> <p>11. Se siente calmado con la información de los profesionales de salud (cirujano, anestesiólogo y enfermero(a)) Casi nunca ( ) A veces ( ) A menudo ( ) Casi siempre ( )</p> <p>12. Se cansa rápidamente al caminar. Casi nunca ( ) A veces ( ) A menudo ( ) Casi siempre ( )</p> <p>13. Siente ganas de llorar al enterarse algo malo de su salud. Casi nunca ( ) A veces ( ) A menudo ( ) Casi siempre ( )</p> <p>14. Le gustaría ser feliz como otras personas sin problemas de salud. Casi nunca ( ) A veces ( ) A menudo ( ) Casi siempre ( )</p> <p>15. Pierde oportunidades por no tomar decisiones Casi nunca ( ) A veces ( ) A menudo ( ) Casi siempre ( )</p>	

## **2.8. ÁMBITO DEL ESTUDIO**

El Hospital Departamental de Huancavelica se encuentra ubicado en la sierra centro – sur del Perú, siendo la capital del Departamento de Huancavelica y se ubica a orillas del Río Ichu a 3660 metros sobre el nivel del mar, alcanzando un área urbana aproximadamente de 310 hectáreas. EL Hospital Departamental de Huancavelica es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, que desarrolla prioritariamente actividades recuperativas y de rehabilitación, así como actividades de prevención y promoción de la Salud.

En los registros coloniales se encuentran alusiones a un Hospital en la ciudad de Huancavelica, otrora Villa Rica de Oropesa, desde el año 1586, Sin embargo, por encargo del Virrey Marqués de Montesclaros, en 1608 los hermanos de la Orden de San Juan de Dios se hicieron cargo del Hospital Real de San Bartolomé, debido a que era consciente de que eran muchos los pobladores que enfermaban con el polvillo del azogue y no se tenía cuidado de ellos por la falta de asistencia. Es así que desde 1608 el Hospital de la Villa Rica de Oropesa se denomina San Juan de Dios. En 1960 llega a Huancavelica una comisión del Ministerio de Salud para evaluar la construcción de un nuevo Hospital de Huancavelica. La construcción del local se inicia en 1961 a cargo del Grupo Alemán Hospitalario siendo Presidente de la República el Dr. Manuel Prado. Las puertas del Hospital se abrieron el 27 de Julio de 1964 siendo Presidente de la República el Arq. Fernando, Belaúnde Terry y Ministro de Salud Pública y Asistencia Social el Dr. Javier Arias Stella.

El Hospital es de material noble, situado en el barrio de Yananaco, distribuido equitativamente en departamentos de Ginecología, Medicina General, Cirugía General, Pediatría, servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, Neonatología, UCIN, Central de Esterilización, Unidad de Recuperación Post Anestesia, Quirófano, Centro

Obstétrico, Emergencia General, Emergencia Obstétrica, Emergencia Pediátrica y Trauma Shock, cuenta con servicios básicos necesario, con 160 camas operativas.

En la apertura del Hospital, el año 1960 contaba con 11 médicos, 4 enfermeras, 4 obstetricas y 35 auxiliares de enfermería, en la actualidad cuenta con 42 médicos generales y especialistas, 54 enfermeros nombrados y contratados, 58 técnicos en enfermería. Lamentablemente, el antiguo local del hospital fue destruido para dar paso al Palacio de Justicia en la actualidad, destruyéndose toda la tradición del servicio hospitalario que se tuvo en la ciudad de Huancavelica.

Dada la alta capacidad de atención general y principalmente los servicios especializados que brinda, recibe actualmente el nombre de "Hospital Departamental de Huancavelica" de acuerdo a las Leyes 22867, 26922 Ley Marco de Descentralización Art. 43 de la Ley No. 27209 Ley de Gestión Presupuestal del Estado, siendo determinada al Unidad Ejecutora con el No. de Orden 342 Unidad Ejecutora 401 Hospital Departamental Huancavelica.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de investigación se enmarca en el tipo de investigación aplicada (investigación práctica), porque genera conocimientos que influyen en la práctica clínica o la mejoran directamente, es decir se ha identificado problemas clínicos para probar intervenciones y mejorar el bienestar de los pacientes (15).

#### **3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

El estudio es de nivel explicativo, porque se determinó el efecto de la comunicación terapéutica en el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios (16).

#### **3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:**

##### **Método analítico:**

Es aquél que distingue las partes de un todo y procede a la revisión ordenada de cada uno de sus elementos por separado.

Analizar significa: Observar y penetrar en cada una de las partes de un objeto que se considera como unidad de estudio.

**Método sintético (17):**

Consiste en reunir los diversos elementos que se habían analizado anteriormente. En general la Síntesis y Análisis son dos fases complementarias.

La síntesis es indispensable en cuanto reúne esos elementos y produce nuevos juicios, criterios.

**3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

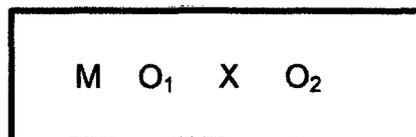
**Técnica:** Psicométrica

**Instrumento:** Escala de ansiedad

**3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El diseño que se utilizó en el presente estudio es: Diseño **pre experimental** con pre prueba / pos prueba con un solo grupo.

Siendo el esquema:



**DONDE:**

M = Pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

O<sub>1</sub> = Aplicación a pacientes preoperatorios el pre test para medir nivel de ansiedad.

O<sub>2</sub> = Aplicación a los pacientes preoperatorios, el pos test para medir nivel de ansiedad.

X = Tratamiento: comunicación terapéutica de enfermería.

### **3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO:**

#### **Población**

La población estuvo constituida por 20 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, que fueron sometidos a una intervención quirúrgica durante el mes de septiembre del 2014.

#### **Muestra**

100 % de la población, es decir 20 pacientes.

#### **Muestreo**

No se requiere hacer muestreo porque se ha trabajado con toda la población.

### **3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

- Determinación de la validez y confiabilidad de instrumento de recolección de datos
- Realización de gestiones para autorización en la recolección de datos ante la Dirección del Hospital Departamental de Huancavelica.
- Aplicación de instrumento de recolección de datos a pacientes en el servicio de cirugía.
- Aplicación de comunicación terapéutica de enfermería
- Se realizó la tabulación y codificación de los resultados obtenidos para su respectivo análisis, síntesis, descripción e interpretación.
- Los datos fueron procesados estadísticamente haciendo uso del software estadístico SPSS v22 y Microsoft office Excel v2013 simultáneamente estos resultados se transfirió a Microsoft Word 2013 para la presentación final de los resultados.
- Una vez obtenidos las tablas y gráficos estadísticos se procedió al análisis, síntesis, descripción e interpretación y discusión de

resultados obtenidos para luego llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

### **3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó:

- **Técnicas estadísticas:**

**Estadística descriptiva.** Tabla de frecuencias con sus respectivos gráficos.

**Estadística inferencial.** Se utilizó como estadístico de prueba:

Prueba t para muestras relacionadas.

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

#### **4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

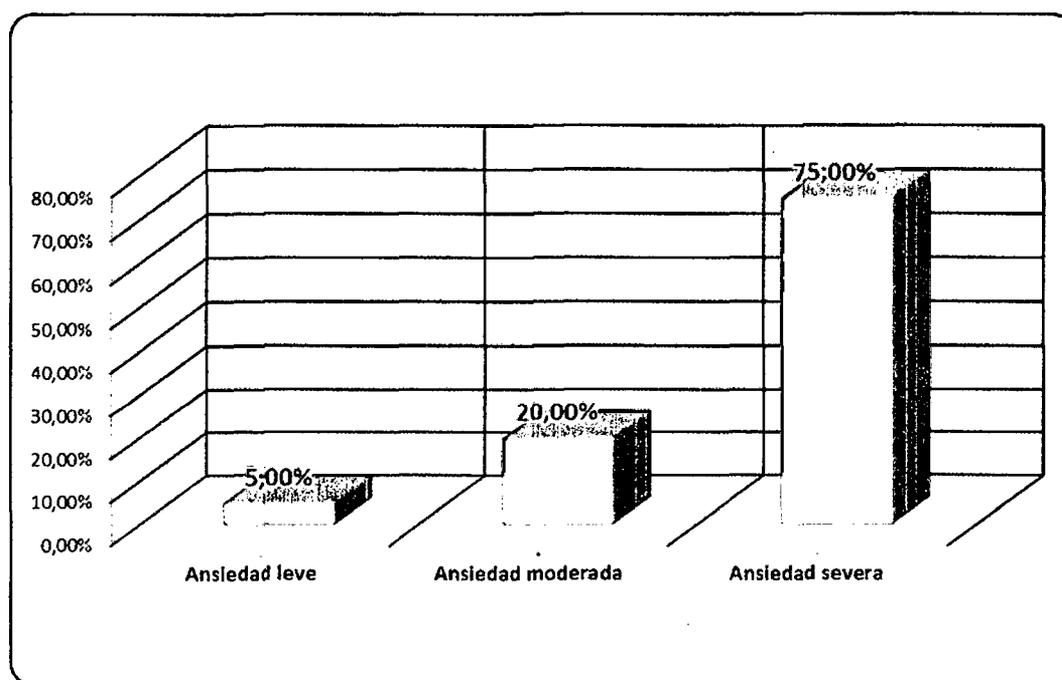
En la presentación de datos se ha utilizado las tablas de frecuencias con sus respectivos gráficos. En tal sentido los resultados se presentan en forma general de la variable comunicación terapéutica y nivel de ansiedad y luego en función a las dimensiones de la ansiedad. Finalmente figura la contrastación de hipótesis.

**TABLA N° 01. NIVEL DE ANSIEDAD DE PACIENTES PREOPERATORIOS ANTES DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2014.**

ANSIEDAD	Pre test	
	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad leve	1	5,0%
Ansiedad moderada	4	20,0%
Ansiedad severa	15	75,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Escala de ansiedad

**FIGURA N° 01. NIVEL DE ANSIEDAD DE PACIENTES PREOPERATORIOS ANTES DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2014**



Fuente: Tabla N° 01.

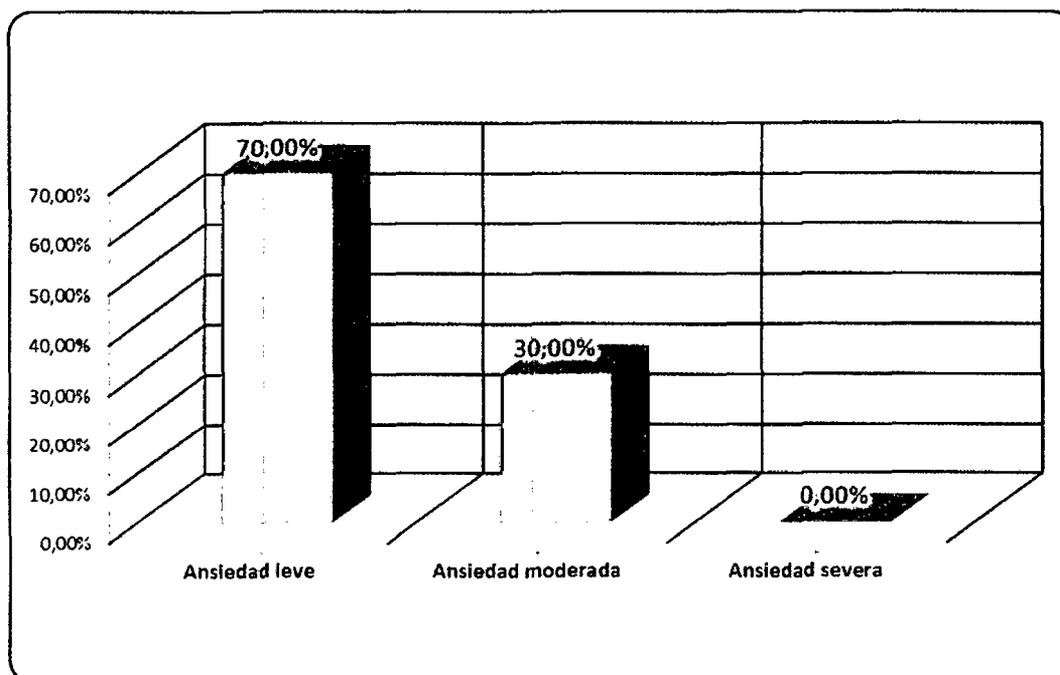
En la tabla N° 01 se observa que del 100% de pacientes, el 75% (15 pacientes) que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad severa y tan solo el 5,0% (01 paciente) presenta ansiedad leve.

**TABLA N° 02. NIVEL DE ANSIEDAD DE PACIENTES PREOPERATORIOS DESPUÉS DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2014.**

ANSIEDAD	Post test	
	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad leve	14	70,0%
Ansiedad moderada	6	30,0%
Ansiedad severa	0	0,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Escala de ansiedad

**FIGURA N° 02. NIVEL DE ANSIEDAD DE PACIENTES PREOPERATORIOS DESPUÉS DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2014.**



Fuente: Tabla N° 02.

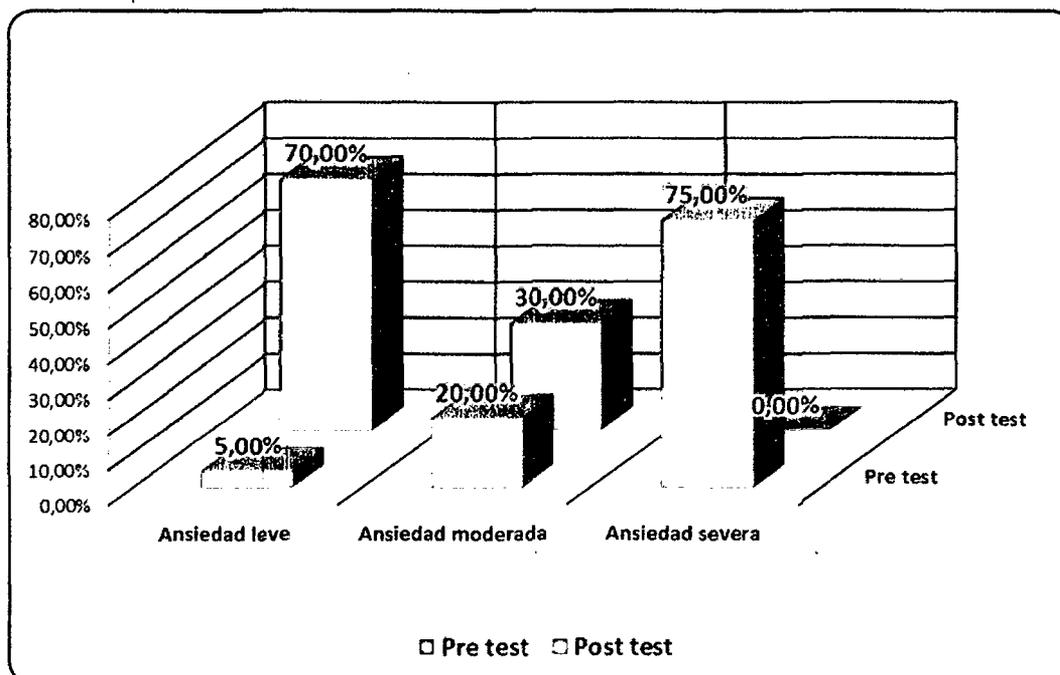
En la tabla N° 02 se aprecia que del 100% de pacientes, el 70% (14 pacientes) que estuvieron programados para intervención quirúrgica después de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad leve, seguido del 30% (06 pacientes) presentaron ansiedad moderada.

**TABLA N° 03. EFECTO DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PREOPERATORIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2014.**

ANSIEDAD	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad leve	1	5,0%	14	70,0%
Ansiedad moderada	4	20,0%	6	30,0%
Ansiedad severa	15	75,0%	0	0,0%
Total	20	100,0%	20	100,0%

Fuente: Escala de ansiedad

**FIGURA N° 03. EFECTO DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PREOPERATORIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2014.**



Fuente: Tabla N° 03.

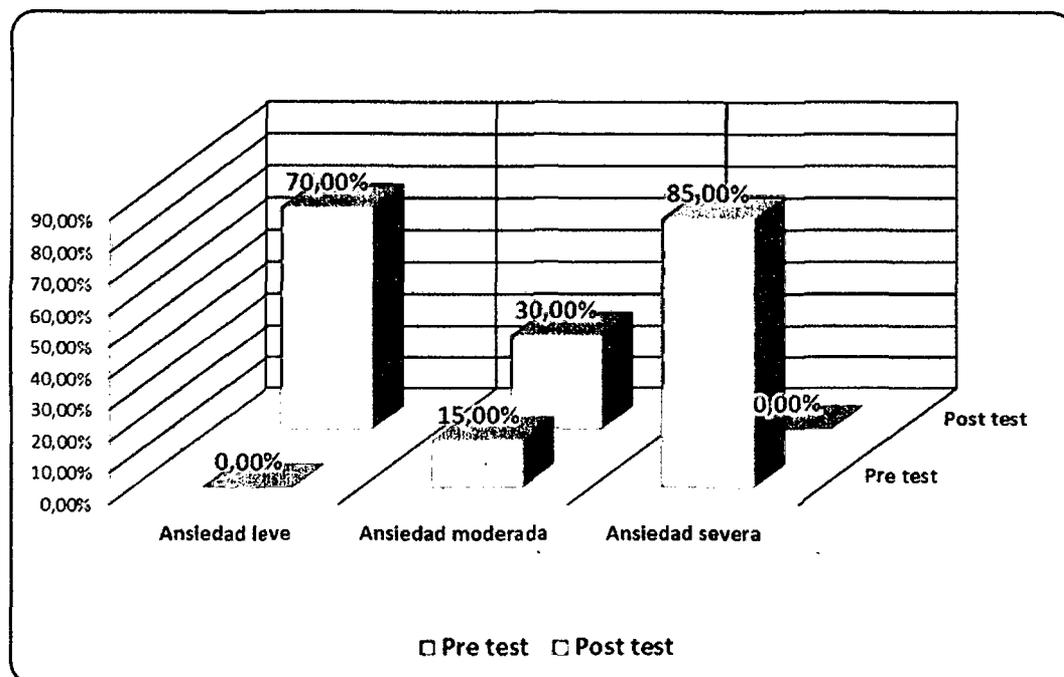
La tabla N° 03 indica que el 75% (15 pacientes) que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad severa y después el 70% (14 pacientes) presentaron ansiedad leve, estos cambios observados aseveran que la comunicación terapéutica brindada a los pacientes tuvo efecto positivo.

**TABLA N° 04. NIVEL DE ANSIEDAD NO CLÍNICA DE ESTADO EN PACIENTES PREOPERATORIOS ANTES Y DESPUÉS DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA – 2014**

ANSIEDAD NO CLÍNICA DE ESTADO	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad leve	0	0,0%	14	70,0%
Ansiedad moderada	3	15,0%	6	30,0%
Ansiedad severa	17	85,0%	0	0,0%
Total	20	100,0%	20	100,0%

Fuente: Escala de ansiedad

**FIGURA N° 04. NIVEL DE ANSIEDAD NO CLÍNICA DE ESTADO EN PACIENTES PREOPERATORIOS ANTES Y DESPUÉS DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA – 2014**



Fuente: Tabla N° 04

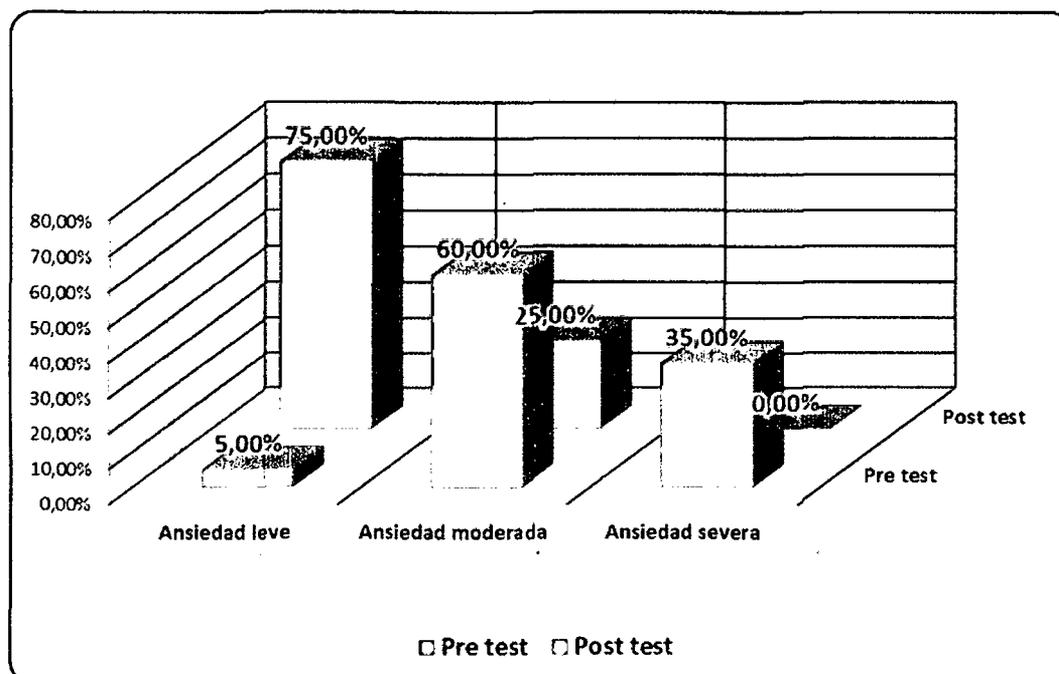
En la tabla que antecede indica que el 85%(17 pacientes) que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de estado severa y después el 70% de pacientes presentaron ansiedad no clínica de estado leve.

**TABLA N° 05. NIVEL DE ANSIEDAD NO CLÍNICA DE RASGO EN PACIENTES PREOPERATORIOS ANTES Y DESPUÉS DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2014**

ANSIEDAD NO CLÍNICA DE RASGO	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad leve	1	5,0%	15	75,0%
Ansiedad moderada	12	60,0%	5	25,0%
Ansiedad severa	7	35,0%	0	0,0%
Total	20	100,0%	20	100,0%

Fuente: Escala de ansiedad

**FIGURA N° 05. NIVEL DE ANSIEDAD NO CLÍNICA DE RASGO EN PACIENTES PREOPERATORIOS ANTES Y DESPUÉS DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2014**



Fuente: Tabla N° 05

La tabla N° 05, precisa que el 60% de pacientes que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de rasgo moderada y después el 75% de pacientes indica ansiedad no clínica de rasgo leve.

## 4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

### PRUEBA DE HIPÓTESIS

#### 1. Planteamiento de hipótesis

##### - **Hipótesis nula**

El efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería no disminuye el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, 2014.

$$H_0: \mu_1 - \mu_2 = 0$$

##### - **Hipótesis alterna**

El efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería disminuye el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, 2014.

$$H_1: \mu_1 - \mu_2 \neq 0$$

#### 2. Nivel de significancia

$$5\% = 0,05$$

#### 3. Estadístico de prueba

Prueba t para muestras relacionadas

$$t = \frac{d}{\frac{s_d}{\sqrt{n}}}$$

Calcular los grados de libertad (gl)  $gl = n - 1 = 20 - 1 = 19$

Leyenda:

t : Prueba t para muestras relacionadas.

d : Media de las diferencias entre las observaciones relacionadas o pares de observaciones.

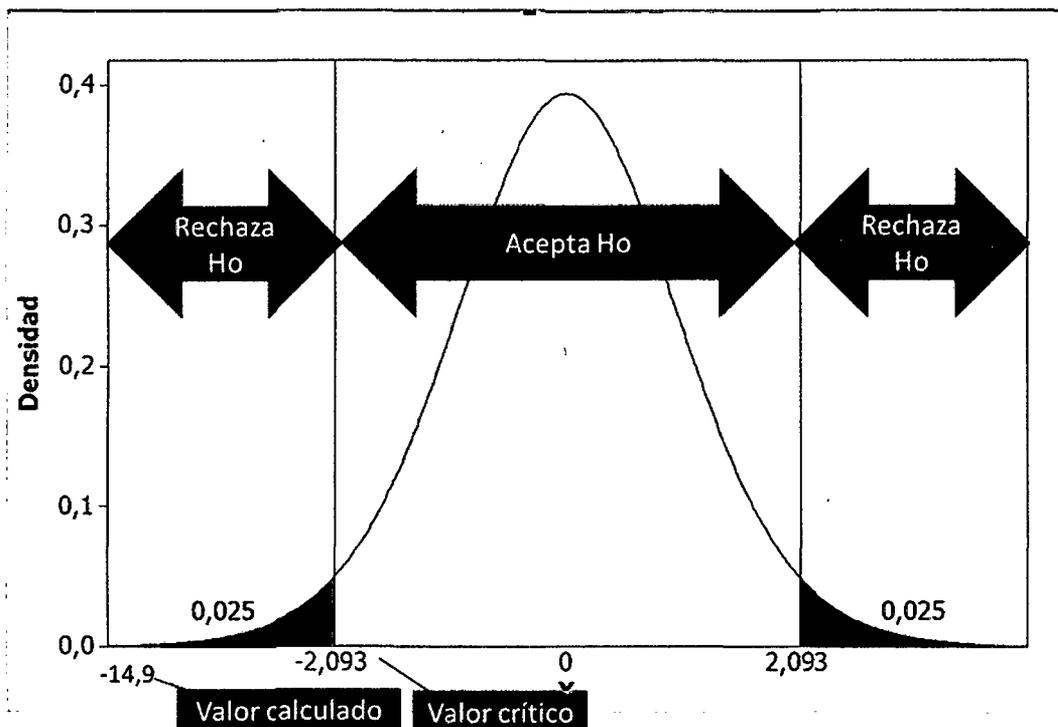
s<sub>d</sub> : Desviación estándar de las diferencias entre las observaciones relacionadas o pares de observaciones.

n : Número de pares de observaciones.

#### 4. Regla de decisión

Si:  $-2,093 \leq t \text{ calculada} \leq 2,093$  se **ACEPTA** la hipótesis nula.

Si:  $t$  calculada  $< -2,093$  o  $t$  calculada  $> 2,093$  se **RECHAZA** la hipótesis nula.



##### 5. Cálculo del estadístico de prueba

$$t = \frac{d}{\frac{s_d}{n}} = \frac{-20}{\frac{6}{20}} = -14,9$$

##### 6. Conclusión

Como el valor calculado (-14,9) es menor que el valor crítico (-2,093), entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación o hipótesis alterna: **“El efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería disminuye el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, 2014”**.

### 4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Entendiéndose que la comunicación terapéutica es más que comunicarse con el paciente dentro del rol profesional de enfermería: es la base de la enfermería. Para cualquier cuidado o intervención, lo principal es establecer y mantener una relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento. Asimismo el acto anestésico-quirúrgico es considerado como un factor que genera ansiedad en el paciente que será intervenido. Por ello, la atención debe enfocarse a disminuirla, con una adecuada atención hospitalaria y una visita pre anestésica eficiente, que a la vez implique la preparación psicológica y/o farmacológica del enfermo, con el fin de disminuir la morbilidad, reducir costos con estancias cortas y proporcionar calidad total en la atención de los pacientes.

Los hallazgos obtenidos en el estudio precisan lo siguiente: La tabla N° 01 nos muestra que el nivel de ansiedad fue severo en la mayoría de pacientes preoperatorios antes de la comunicación terapéutica, al respecto estos resultados difieren ligeramente en cuanto a la proporción con los que presenta Carapia, Mejía, Nacif y Hernández (6) donde precisa que de 51 pacientes que fueron evaluados el nivel de ansiedad pre quirúrgica en un 49% fue leve, en 27.5% moderada y en 23.5% severa. Estos datos ratifica lo que expresa la literatura, y dice que los pacientes que van a ser sometidos a algún tipo de procedimiento quirúrgico perciben la situación como estresante debido a que la cirugía amenaza la integridad corporal y a veces la vida misma, crea incertidumbre lo que puede producir reacciones de ansiedad tanto fisiológicas como psicológicas en el estado del paciente, las mismas que son negativas para lograr una adecuada predisposición y una recuperación favorable de forma progresiva. Es decir el paciente experimenta más ansiedad justo antes de la cirugía. Este estado de

ansiedad en los pacientes quirúrgicos se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales (mutilación), a la posibilidad de morir y principalmente a la anestesia. La reacción ansiosa de un paciente al experimentar una cirugía es uno de los mayores factores que afectan los ajustes peri operatorios

Asimismo la tabla N° 02 precisa que el 70% de pacientes que estuvieron programados para intervención quirúrgica después de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad leve, seguido del 30% con ansiedad moderada, de igual forma estos resultados difieren ligeramente en cuanto a la proporción con los que presenta Carapia, Mejía, Nacif y Hernández (6) donde precisa que posterior a la intervención psicológica la ansiedad postoperatoria fue leve en todos los pacientes. Estos datos indican que la ansiedad también puede estar relacionada con antecedentes de mala adaptación emocional en cirugías anteriores, a que en el periodo preoperatorio la ansiedad no disminuya con la información brindada al paciente por parte del personal de salud, y a intervenciones quirúrgicas anteriores con postoperatorios presumiblemente difíciles. Asimismo vale la pena tener en cuenta lo descrito por Giacomantone en el año 1997, precisó que en el preoperatorio cierto nivel de ansiedad es normal y deseable, es la señal que indica que existe un esfuerzo de adaptación y de control de los temores y fantasías generados por la operación y la anestesia y evidencia la adecuación a la realidad de la situación prequirúrgica. Esto indica que cada día son más numerosos los estudios que muestran que el estado psicológico pre quirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación postquirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia. Por

otro lado Oscco, Bendezú y Escajadillo (8) parcialmente coincide sus resultados con este estudio, donde indica que el 10% de los pacientes presenta ausencia de ansiedad, el 63% presenta ansiedad leve y el 27%, presenta ansiedad moderada en hospital público de Pisco, Perú en el año 2010. La cirugía favorece la aparición de ansiedad, angustia e impotencia, tanto en el paciente como en el familiar que acuda como acompañante. Estas sensaciones irán en aumento si no existe una buena información por parte del equipo que lo atiende; referente a su estado de salud, y al tratamiento que debe seguir.

La tabla N° 03 indica que el efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería fue positivo por haber disminuido el nivel de ansiedad en la mayoría de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, 2014. Al respecto, los resultados de su estudio de Garay, Huamán y Mallma (10) difieren parcialmente donde indican que el 70% de los profesionales de enfermería aplican una comunicación terapéutica ineficaz y el 30% aplican una comunicación terapéutica eficaz. Al respecto el profesional de enfermería no solamente debe limitarse a realizar solo procedimientos técnicos y administrativos, sino también debe haber una mayor dedicación al aspecto psicológico y humanístico; ya que estos aspectos favorecen a que el nivel de ansiedad de los pacientes pre y post operados mediatos aumenten, repercutiendo en su recuperación con mayores estancias hospitalarias.

Así mismo todos los pacientes post operados mediatos presentan ansiedad; evidenciándose que el 45% presenta ansiedad leve, 50% ansiedad moderada y el 5% ansiedad grave. De igual forma Capcha y Fernández (11) en su estudio indican que el 51% fueron de sexo femenino y el 49% de sexo masculino, 55% pacientes estuvieron comprendidos entre 31 y 60 años, seguido del 29% comprendidos

entre 20 y 30 años y el 16% se ubicó entre los 13 y 19 años. La visita preoperatoria realizado por el profesional de enfermería, fue no efectiva en un 67% (33) y efectiva en un 33%(16).La visita pre operatoria efectuada por la enfermera, no tuvo efecto en el 49% de pacientes analfabetos, tuvo efecto en el 18,4% de los pacientes con nivel educativo de secundaria y en el 10,2% de pacientes con nivel educativo superior, a mayor nivel de instrucción mayor efecto. En el periodo pre operatorio el 96% de pacientes presento estrés leve, 4% estrés moderado y ninguno estrés severo; en el periodo post operatorio el 16% de pacientes presento estrés severo, 61% estrés moderado y 22% estrés leve. Los pacientes que presentaron estrés severo, en el 10.2% la visita fue efectiva, y en el 6.1% la visita fue no efectiva; en aquellos que presentaron estrés moderado, en el 42.9% la visita no fue efectiva y en el 18.4% la visita fue efectiva, finalmente tenemos a los pacientes con estrés leve, que en el 18.4% la visita fue no efectiva y en el 4.1% la visita fue efectiva. Se concluye que entre la visita preoperatoria y el estrés post operatoria en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica no existe relación.

Los hallazgos con respecto a las dimensiones de la ansiedad nos precisan en la tabla N° 04 que el 85% de pacientes que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de estado severa y después el 70% ansiedad no clínica de estado leve. Asimismo la tabla N° 05 indica que el 60% de pacientes que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de rasgo moderada y después el 75% tuvo ansiedad no clínica de rasgo leve.Estas dimensiones de ansiedad (rasgo o estado) tienden a correlacionarse entre sí, es decir, existe una relación con respecto a los niveles de

intensidad en que se experimenta la ansiedad. Así, por ejemplo, una persona con respuestas de ansiedad-rasgo de gran intensidad, tenderá a responder con una ansiedad-estado de igual intensidad. Pero una persona con nivel bajo de ansiedad-rasgo puede responder con elevada ansiedad en situaciones amenazantes como en la ansiedad-estado. Las personas con ansiedad-rasgo de alta intensidad son más propensas a desarrollar un trastorno de ansiedad debido a que la ansiedad-rasgo posee componentes genéticos y no se deriva únicamente de acontecimientos con altos niveles de estrés (14). La ansiedad estado (A/E) esta conceptualizado como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La cirugía favorece la aparición de ansiedad, angustia e impotencia, tanto en el paciente como en el familiar que acuda como acompañante. Estas sensaciones irán en aumento si no existe una buena información por parte del equipo que lo atiende; referente a su estado de salud, y al tratamiento que debe seguir por ello Joyce Travelbee en su Modelo de relaciones entre personas precisa la importancia que significa la interacción entre la enfermera y el paciente; la cual, se caracteriza por el hecho de que ambos se perciben recíprocamente desde una perspectiva estereotipada. La relación persona a persona es, ante todo, una experiencia que viven la enfermera y el paciente, la principal característica de estas experiencias es que satisfacen las necesidades que presentan las personas (o las familias), entendiéndose que enfermería es un "proceso interpersonal por el cual el profesional de enfermería ayuda a una persona, familia y

comunidad a prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, a dar sentido a estas experiencias". Por ello que los profesionales de enfermería deben reflexionar acerca de las diferentes formas de actuar al interrelacionarse con los pacientes y de encontrar herramientas que posibiliten su relación al proporcionar satisfacción de las necesidades con cuidados de calidad. Es enormemente beneficioso, para los pacientes que van a tener una cirugía, que sean preparados psicológicamente, para no sufrir traumas emocionales en sus vidas y que tengan un mejor y más corto post operatorio. Muchas veces debido a la gravedad de la situación, no hay tiempo de preparar a la persona, en el caso de un accidente o una enfermedad grave y el choque emocional puede ser más fuerte. Sin embargo, es importante una vez pasada la emergencia, que la persona busque ayuda para trabajar la parte emocional y evitar traumas futuros. Peter Levine dice: " El hecho de que las hospitalizaciones y tratamientos médicos suelen producir consecuencias traumáticas, resulta sorprender a muchas personas. Las secuelas traumáticas causadas por una larga inmovilización, hospitalización, y en particular por las cirugías son a menudo graves y prolongadas. Aunque la persona reconozca que la operación es necesaria, y de que a pesar de cuando el cirujano corta los músculos, y los huesos, está inconsciente, el cuerpo lo registra como un incidente que amenaza la vida. A nivel celular, el cuerpo percibe que ha soportado una herida bastante grave como para ponerlo en peligro de muerte. Intelectualmente tal vez creamos en la operación, pero a nivel más primario nuestro cuerpo no cree en ella.

A pesar de los avances en la medicina y las técnicas quirúrgicas, la cirugía representa indudablemente un evento estresante para muchos, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la muerte, dependencia física, no despertar de la anestesia, el dolor, la

enfermedad, recuperación, separación con la familia, situación económica y laboral y hospitalización entre otros. Ante todos estos interrogantes, pueden surgir varias respuestas emocionales; ansiedad, estrés, depresión, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias haciendo más lenta y complicada la recuperación postoperatoria. El sufrimiento psicológico y el estrés preoperatorio pueden retrasar la recuperación. Las intervenciones quirúrgicas, aunque pueden representar un alivio, también están cargadas de ansiedad y constituyen una fuente de estrés psicológico para el paciente, porque lo obliga a enfrentar situaciones desconocidas, que implican ciertos riesgos de vida. La carga emocional propia que cualquier intervención pueda tener, puede aumentar, si el paciente al recibir la noticia, revive recuerdos traumáticos de pasadas cirugías propias o de personas cercanas. Estudios demuestran que cuando se prepara a la persona psicológicamente para cualquier intervención quirúrgica, proveyéndole información, enseñándole técnicas de relajación, escuchándole y eliminando sus miedos, la ansiedad disminuye, la estadía hospitalaria es más corta, el dolor es menor por lo tanto menor necesidad de analgésicos, el post operatorio es más corto y la persona tiene un sentido de bienestar y de control.

Luego el paciente debe recurrir a sus recursos emocionales para hacerle frente a la realidad de la enfermedad, la cirugía, y las exigencias de la recuperación postoperatoria. Cabe recordar, que en el período preoperatorio "cierto nivel de ansiedad es normal y deseable", dice el psiquiatra argentino Eduardo Giacomantone y el cirujano Alberto Mejía, ya que indica que el paciente tiene una visión realista del peligro objetivo que representa la cirugía y trata de adaptarse a la situación.

Es necesario tomar en consideración en el estudio la importancia que tiene la comunicación terapéutica para Valverde (13) donde precisa que la comunicación terapéutica constituye un nuevo enfoque en los cuidados enfermeros en el cual el centro de trabajo es el paciente, su narrativa (lo que dice y cómo lo dice), su experiencia de la enfermedad, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él, cómo el profesional escucha, atiende y dialoga con él sobre esa experiencia. En tal sentido la comunicación terapéutica es más que comunicarse con el paciente dentro del rol profesional de enfermería: es la base de la enfermería. Para cualquier cuidado o intervención, lo principal es establecer y mantener una relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento. En conclusión la comunicación terapéutica es una manera de que el profesional de enfermería vea su rol con el paciente como un marco para "saber estar" en la relación de ayuda.

## CONCLUSIONES

- El nivel de ansiedad fue severa en la mayoría de pacientes preoperatorios antes de la comunicación terapéutica en el servicio de cirugía, Hospital Departamental de Huancavelica – 2014.
- El nivel de ansiedad fue leve en la mayoría de pacientes preoperatorios después de la comunicación terapéutica en el servicio de cirugía, Hospital Departamental de Huancavelica – 2014.
- El efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería fue positivo por haber disminuido el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía, Hospital Departamental de Huancavelica - 2014.
- Del 100% de pacientes, el 85% (17 pacientes) que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de estado severa y después de la comunicación terapéutica el 70% (14 pacientes) presentaron ansiedad no clínica de estado leve.
- Del 100% de pacientes, el 60% (12 pacientes) que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de rasgo moderada y después de la comunicación terapéutica el 75% (15 pacientes) presentaron ansiedad no clínica de rasgo leve.

## **RECOMENDACIONES**

Al personal de salud del Hospital Departamental de Huancavelica:

- Capacitar al personal de salud sobre el modo de realizar la comunicación terapéutica en pacientes preoperatorios de la manera más precisa, efectiva e inocua, evitando la ansiedad, o la ausencia de la misma.
- Fomentar hábitos saludables y estrategias de afrontamiento para disminuir la ansiedad a todo usuario, paciente y familiares frente a problemas de salud que le aqueja, quedando la responsabilidad en todo el personal de salud de cada una de las áreas o servicios que oferta la institución.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Espinoza C. Entrevista sobre comunicación terapéutica en el servicio de Cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica Huancavelica2012.
2. Quispe S. Entrevista sobre comunicación terapéutica en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica. Huancavelica2012.
3. Gabriel I. Entrevista sobre comunicación terapéutica en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica. Huancavelica2012.
4. Capcha M. Entrevista sobre comunicación terapéutica en el servicio de sala de operaciones del Hospital Departamental de Huancavelica. Huancavelica2012.
5. Ochoa S. Entrevista sobre comunicación terapéutica en el servicio de sala de operaciones del Hospital Departamental de Huancavelica. . Huancavelica2012.
6. Carapia A, Mejía G, Nacif L, Hernández N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Anestesiología*. 2009;34:260-3.
7. Naranjo K, Salazar J. comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de amsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los Hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha, marzo – octubre 2012. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2012.
8. Oscco O, Bendezú C, Escajadillo N. Actitud que adoptalaenfermera durante la atencion y nivel de ansiedad del paciente en el pre operatorio en un Hospital Público de Pisco, Perú. 2010. *Panacea*. 2010.
9. Huacho A. Nivel de ansiedad preoperatorio en hipertensos controlados a cirugía electiva Hospital Nacional Dos de Mayo, febrero - mayo 2012 [Tesis de especialidad]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2012.
10. Garay M, Huamán R, Mallma A. Comunicación terapéutica del profesional de enfermería y ansiedad de pacientes post operados mediatos del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, 2011. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2011.
11. Capcha M, Escobar V. Visita preoperatoria de enfermería y estrés en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, 2010 Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizan - Huánuco; 2010.
12. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en enfermería 7ma edición ed. España2010.
13. Valverde C. Comunicación terapéutica en enfermería. 1ra edición e d. Madrid2007.

14. Baeza C. Ansiedad: Ir de mal en peor. Afrontamiento contraproducente. Barcelona - España.2011.
15. Burns N, Grove S. Investigación en Enfermería. España2012 [cited 2014 06 de febrero del 2014]. Available from: [http://books.google.com.pe/books?id=ocP4Z7QjnDoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=ocP4Z7QjnDoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false).
16. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5ta edición ed. México2010.
17. Yahoo Respuestas. Definición de método deductivo e inductivo [En línea]. 2009 [cited 2012 25 de enero]. Available from: <http://mx.answers.yahoo.com/question/index?qid=20090212171922AA6KFvB>.

## **BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA**

García, José Antonio. Introducción a la Metodología de la Investigación en Ciencias de la salud. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana, 2011.

González Manteiga, M. T. Estadística Aplicada Una Visión Instrumental. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A. 2012.

Perucha, Venancio, and Isaías Juárez. Estadística descriptiva. 1ed. 1 imp. ed. Madrid: Ibergarceta, 2009.

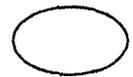
# ANEXOS

## ANEXO N° 01

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><b>Pregunta general</b> ¿Cuál es el efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería en el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía, Hospital Departamental de Huancavelica - 2014?</p> <p><b>Preguntas específicas</b> - ¿Cuál es el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios antes de la comunicación terapéutica de enfermería? - ¿Cuál es el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios después de la comunicación terapéutica de enfermería?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar el efecto de la comunicación terapéutica del profesional de Enfermería en el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía, Hospital Departamental de Huancavelica - 2014.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> - Describir el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios antes de la comunicación terapéutica de enfermería. - Identificar el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios</p>	<p><b>Hipótesis general</b> El efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería disminuye el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía, Hospital Departamental de Huancavelica - 2014</p> <p><b>Hipótesis específicas</b> - El nivel de ansiedad de la mayoría de pacientes preoperatorios antes de la comunicación terapéutica de enfermería es moderado. - El nivel de ansiedad de la mayoría de pacientes preoperatorios después de la comunicación terapéutica de enfermería es leve. - El nivel de ansiedad no clínica de estado en la mayoría de pacientes preoperatorios antes es moderado y después de la comunicación terapéutica de enfermería es leve. - El nivel de ansiedad no</p>	<p><b>Variable independiente</b> Efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería.</p> <p><b>Variable dependiente</b> Nivel de ansiedad.</p>	<p><b>Tipo de investigación</b> El presente trabajo de investigación se enmarcará en el tipo de investigación aplicada (12).</p> <p><b>Nivel de investigación</b> El estudio será de nivel explicativo (13).</p> <p><b>Método de investigación:</b> Método analítico. Método sintético. <b>Técnicas e instrumentos de recolección de datos.</b> Técnica: Psicométrica Instrumento: Escala de ansiedad</p> <p><b>Diseño de investigación</b> El diseño que se utilizará en el presente estudio es: Diseño pre experimental con pre prueba / pos prueba con un solo grupo. Siendo el esquema:</p> <p style="text-align: center;">M O<sub>1</sub> X O<sub>2</sub></p> <p><b>DONDE:</b> M = Pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía que van a ser intervenidos quirúrgicamente. O<sub>1</sub> = Aplicación a pacientes preoperatorios el pre test para medir nivel de ansiedad. O<sub>2</sub> = Aplicación a los pacientes preoperatorios, el pos test para medir nivel de ansiedad.</p>

<p>- ¿Cuál es el nivel de ansiedad no clínica de estado en pacientes preoperatorios antes y después de la comunicación terapéutica de enfermería?</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de ansiedad no clínica de rasgo en pacientes preoperatorios antes y después de la comunicación terapéutica de enfermería?</p>	<p>después de la comunicación terapéutica de enfermería.</p> <p>- Evaluar el nivel de ansiedad no clínica de estado en pacientes preoperatorios antes y después de la comunicación terapéutica de enfermería.</p> <p>- Evaluar el nivel de ansiedad no clínica de rasgo en pacientes preoperatorios antes y después de la comunicación terapéutica de enfermería.</p>	<p>clínica de rasgo en la mayoría de pacientes preoperatorios antes es moderado y después de la comunicación terapéutica de enfermería es leve.</p>		<p>X = Tratamiento: comunicación terapéutica de enfermería.</p> <p><b>Población, muestreo, muestra:</b></p> <p><b>Población</b> La población estuvo constituida por 20 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, que serán sometidos a una intervención quirúrgica durante el mes de setiembre del 2014.</p> <p><b>Muestra</b> 100 % de la población.</p>
--	---	---	--	--



Código  
Fecha.....



# ANEXO Nº 02



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

### FACULTAD DE ENFERMERÍA

#### ESCALA PARA MEDIR ANSIEDAD

#### I. INTRODUCCIÓN (PRESENTACIÓN)

Somos estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica. Esta escala es totalmente confidencial y no le tomará más de 15 minutos de su tiempo en contestar.

#### II. DATOS REFERENCIALES

- Edad: .....
- Sexo.....
- Grado de instrucción: .....
- Ocupación: .....
- Tipo de cirugía: .....
- Lugar de procedencia:.....

#### III. INSTRUCCIONES

Señor(a) (ita), responda las preguntas marcando con una "X". Cada pregunta tiene solo una respuesta, asegúrese de marcar todas las preguntas.

#### IV. BLOQUE DE CONTENIDOS

1. Está preocupado(a) ahora por el resultado de la cirugía que le realizaran.  
No ( 1 ) Algo ( 2 ) Bastante ( 3 ) Mucho ( 4 )
2. Se siente nervioso(a) de cómo será su primera operación.  
No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )
3. Tiene confianza en sí mismo sobre su primera operación.  
No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )
4. Está inquieto(a) con respecto al dolor que le pueda generar en

la intervención.

No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )

5. Piensa continuamente que el medicamento indicado para el dolor no le calmará inmediatamente el dolor.

No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )

6. Está inquieto con respecto a los efectos que ocasiona la anestesia en su cuerpo.

No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )

7. Le gustaría recibir una información completa con respecto a la anestesia.

No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )

8. Le gustaría recibir una información completa sobre los procedimientos que sigue en una intervención.

No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )

9. Está preocupado sobre el ingreso a sala de operaciones.

No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )

10. Se siente alegre al enterarse sobre la intervención quirúrgica.

No ( ) Algo ( ) Bastante ( ) Mucho ( )

11. Se siente calmado con la información de los profesionales de la salud. (cirujano, anesthesiólogo y enfermera).

Casi nunca ( ) A veces ( ) A menudo ( ) Casi siempre ( )

12. Se cansa rápidamente al caminar.

Casi nunca ( ) A veces ( ) A menudo ( ) Casi siempre ( )

13. Siente ganas de llorar al enterarse algo mal de su salud.

Casi nunca ( ) A veces ( ) A menudo ( ) Casi siempre ( )

14. Le gustaría ser feliz como otras personas sin problemas de salud.

Casi nunca ( ) A veces ( ) A menudo ( ) Casi siempre ( )

15. Pierde oportunidades por no tomar decisiones.

Casi nunca ( ) A veces ( ) A menudo ( ) Casi siempre ( )

**¡Muchas gracias!**

## ANEXO N° 03

### CATEGORIZACIÓN DE VARIABLE

#### ANSIEDAD:

- Puntaje mínimo: 15 puntos
- Puntaje máximo: 60 puntos

Categorías: Amplitud: 15

- Ansiedad leve: 15 a 30
- Ansiedad moderada: 31 a 46
- Ansiedad severa: 47 a 60

#### **Ansiedad no clínica de estado**

- Puntaje mínimo: 8 puntos
- Puntaje máximo: 32 puntos

Categorías: Amplitud: 8

- Ansiedad leve: 8 a 16
- Ansiedad moderada: 17 a 25
- Ansiedad severa: 26 a 32

#### **Ansiedad no clínica de rasgo**

- Puntaje mínimo: 7 puntos
- Puntaje máximo: 28 puntos

Categorías: Amplitud: 7

- Ansiedad leve: 7 a 14
- Ansiedad moderada: 15 a 22
- Ansiedad severa: 23 a 28

## ANEXO N° 04

### VALIDEZ

JUEZ	PROFESIÓN	CARGO ACTUAL	GRADO ACADÉMICO o ESPECIALIDAD	INSTITUCIÓN DONDE LABORA
1. María Capcha Atencio	Licenciada en enfermería	Enfermera	Sala de operaciones	Hospital Departamental de Huancavelica
2. Carlos Donaires Huaman	Psicología	Psicólogo	Psicología	Hospital Departamental de Huancavelica
3. Yuri Yaranga Ocorima	Medico	Medico	Intensivista	Hospital Departamental de Huancavelica
4. Sonia Castillo Baltazar	Licenciada en enfermería	Enfermera	Cuidados intensivos	Hospital Departamental de Huancavelica
5. José Antonio Lira Mejia	Médico	Médico	Anestesiólogo	Hospital Departamental de Huancavelica

## ESCALA SOBRE NIVEL DE ANSIEDAD

### I. BASE DE DATOS

Nº DE REACTIVOS	JUECES					RAZÓN DE VALIDEZ DE CONTENIDO (CVR)	JUECES					RAZÓN DE VALIDEZ DE CONTENIDO (CVR)	JUECES					RAZÓN DE VALIDEZ DE CONTENIDO (CVR)	PROMEDIO DE CVR	RESULTADO													
	1º.	2º.	3º.	4º.	5º.		1º.	2º.	3º.	4º.	5º.		1º.	2º.	3º.	4º.	5º.																
	¿Existe relación entre la VARIABLE y la DIMENSIÓN?						¿Existe relación entre la DIMENSIÓN y el INDICADOR?						¿Existe relación entre el INDICADOR y el ÍTEM?						¿Existe relación entre el ÍTEM y las OPCIONES DE RESPUESTA?														
1.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A
2.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	
3.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	
4.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	
5.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	
6.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	
7.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	
8.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	
9.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	
10.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	
11.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	
12.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	
13.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	
14.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	
15.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A	
<b>TODOS LOS ÍTEMS</b>																	<b>Índice De Validez De Contenido(CVI)=</b>					<b>1</b>											

Si=1

No=0

A= Acepta ítem

E=Elimina ítem.

## II. ESTADÍSTICO DE PRUEBA

### VALIDEZ SEGÚN LAWSHE

## III. REGLA DE DECISIÓN

A = acepta ítem si:  $CVR = 1$

E = elimina ítem si:  $CVR < 1$

## IV. CALCULO

$$CVR = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

Leyenda:

CVR = Razón de Validez de Contenido

$n_e$  = Número de jueces que tienen acuerdo con la categoría "adecuado", para este caso "SI".

N = Número total de jueces.

2 = Constante.

$$CVR = \frac{5 - \frac{5}{2}}{\frac{5}{2}} = 1$$

## V. CONCLUSIÓN

La validez de contenido resulto 1 (100%) para cada ítem en el caso de 5 jueces, tal como se muestra en la tabla de decisión, por tanto el instrumento es válido.

## ANEXO N° 05

### CONFIABILIDAD

- 1°. Se aplicó el instrumento a una muestra piloto de 10 pacientes del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, que fueron programados para intervención quirúrgica en el mes de agosto del 2014.
- 2°. Construir la base de datos puntajes obtenidos en base a las respuestas obtenidas.

Pacientes	ITEMS														
	1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	12°.	13°.	14°.	15°.
1.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	2	4
2.	4	4	1	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	4
3.	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4
4.	3	4	1	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	2	4
5.	4	4	1	3	4	4	4	3	4	2	3	4	4	3	4
6.	4	4	4	4	3	4	2	3	3	4	1	1	4	4	1
7.	4	3	1	4	3	4	3	3	4	4	1	3	4	2	3
8.	3	4	4	3	4	3	4	4	3	2	2	2	4	1	2
9.	2	2	2	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	2	3
10.	2	2	4	2	1	2	3	3	2	1	2	2	1	1	2

- 3°. Aplicar la fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left( 1 - \frac{\sum S_r^2}{S_t^2} \right)$$

Donde:

k = Número de reactivos.

$\sum S_r^2$  = Varianza de cada reactivo.

$S_t^2$  = Varianza del instrumento.

Resultado:

Alfa de Cronbach = 0,822

- 4°. Escala de alfa de Cronbach:

- De 0,00 a 0,20 = Muy baja
- De 0,21 a 0,40 = Baja
- De 0,41 a 0,60 = Regular
- De 0,61 a 0,80 = Aceptable
- De 0,81 a 1,00 = Elevada

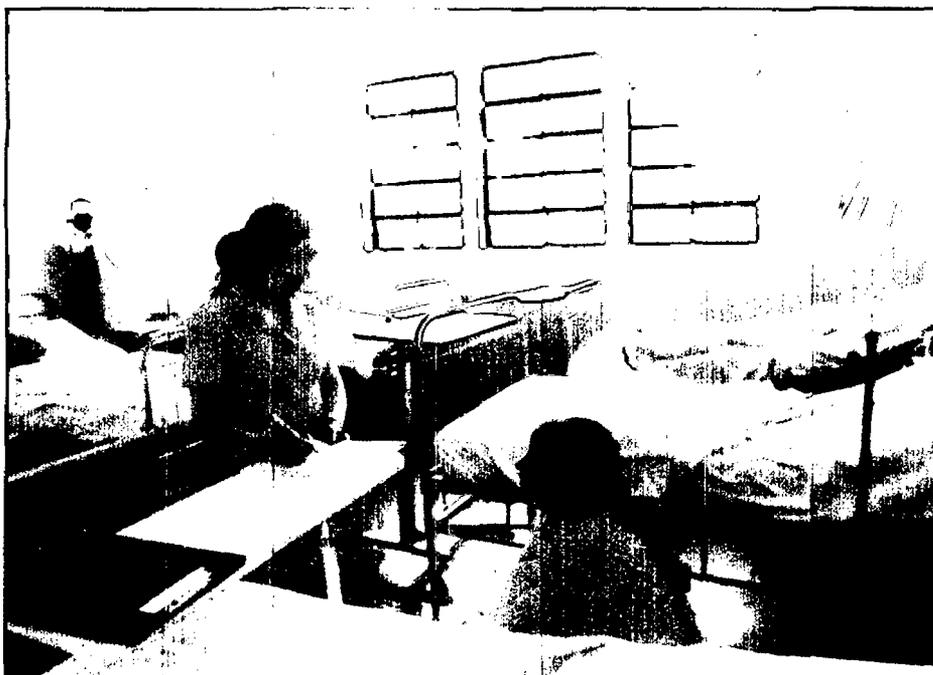
- 5°. Conclusión:

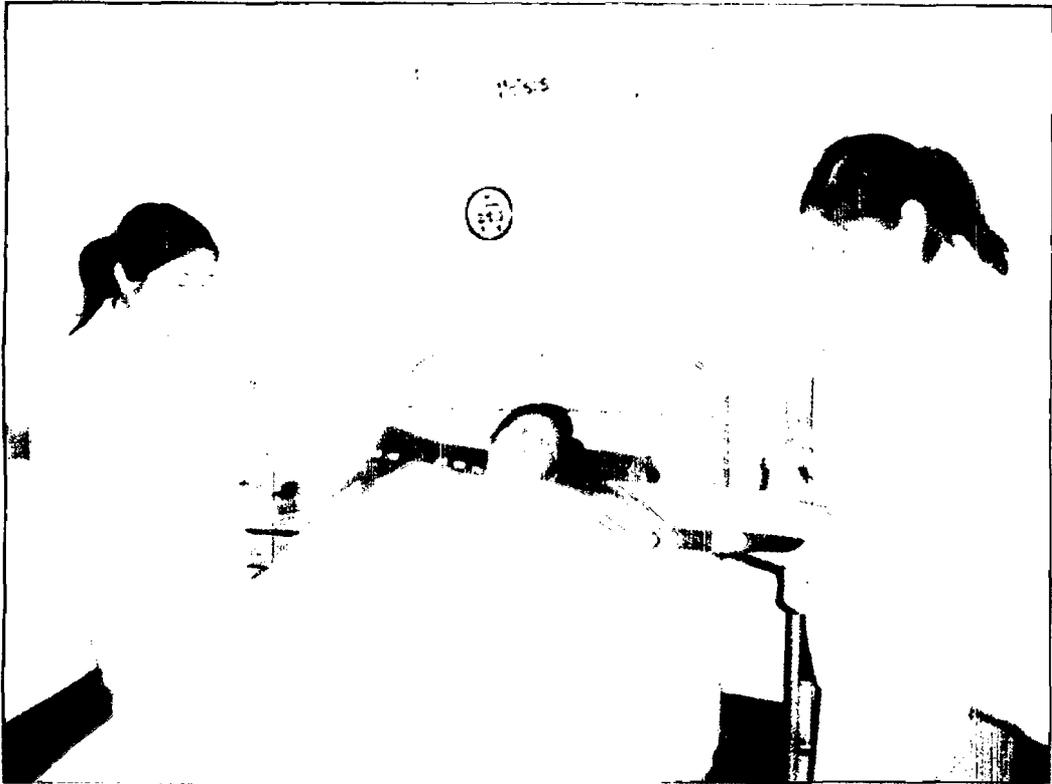
El instrumento presenta una CONFIABILIDAD ELEVADA, por presentar un alfa de Cronbach igual a 0,822; es decir tiene una confiabilidad del 82,2%.

**ANEXO N° 06**  
**IMÁGENES DE RECOLECCIÓN DE DATOS**



Aplicación de instrumento de recolección de datos (prueba piloto)





Aplicación de instrumento de recolección de datos (Ejecución)



## ANEXO N° 07

### ARTÍCULO CIENTÍFICO

#### “EFECTO DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE ANSIEDAD DE PACIENTES PREOPERATORIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA - 2014”

Condori, I., Escobar, A. S.

Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica, Perú.

#### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el efecto de la comunicación terapéutica del profesional de Enfermería en el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, 2014.

**Metodología:** la investigación es de tipo aplicada, transversal; el nivel que se alcanzó fue el explicativo; el método de investigación utilizado fue el analítico sintético, el diseño correspondió al Diseño pre experimental con pre prueba / pos prueba con un solo grupo; la población estuvo constituida por 20 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, que fueron sometidos a una intervención quirúrgica durante el mes de septiembre del 2014.; la técnica de recolección de datos fue la psicométrica con su instrumento Escala de ansiedad.

**Resultados:** Los resultados indican que del 100% de pacientes, el 75%(15) de pacientes que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad severa y después de la comunicación terapéutica el 70% (14 pacientes presentaron) ansiedad leve. El 85% de pacientes que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de estado severa y después de la comunicación terapéutica los 70% pacientes presentaron ansiedad no clínica de estado leve. Los 60% pacientes que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de rasgo moderada y después de la comunicación terapéutica el 75% pacientes presentaron ansiedad no clínica de rasgo leve.

**Conclusiones:** Se concluye que la comunicación terapéutica de Enfermería fue efectiva y disminuyó el nivel de ansiedad en pacientes preoperatorios del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica – 2014.

Palabras clave: ansiedad, ansiedad estado, ansiedad rasgo, comunicación terapéutica.

#### "EFFECT OF THERAPEUTIC NURSING COMMUNICATION ANXIETY LEVEL OF PREOPERATIVE SURGERY PATIENT SERVICE, DIVISION OF HOSPITAL HUANCVELICA - 2014"

Condori, I. Escobar, A. S.

Faculty of Nursing, National University of Huancavelica Huancavelica, Peru.

#### ABSTRACT

**Objective:** To determine the effect of therapeutic communication professional nursing in the anxiety level of preoperative patients from the Hospital Surgery Department of Huancavelica, 2014.

**Methodology:** The research type is applied, transverse; the level that was achieved was the explanatory; the research method used was the synthetic analytical, experimental design corresponded to pre design with pretest / posttest with one group; population consisted of 20 patients hospitalized in the surgery department of Huancavelica Department Hospital, who underwent surgery during the month of September 2014 .; the data collection technique was its psychometric instrument Anxiety Scale.

**Results:** The results indicate that 100% of patients, 75% (15) of patients who were scheduled for surgical intervention before therapeutic communication had severe anxiety and post-therapeutic communication 70% (14 patients presented) mild anxiety . 85% of patients who were scheduled for surgical intervention before therapeutic communication showed no clinical signs of severe anxiety state and after therapeutic communication 70% patients had no clinical mild anxiety state. 60% patients who were scheduled for surgical intervention before therapeutic communication showed no clinical moderate anxiety trait and after therapeutic communication 75% patients had mild anxiety nonclinical trait.

**Conclusions:** We conclude that nursing therapeutic communication was effective and decreased the level of preoperative anxiety in surgical patients from the Department of Huancavelica Hospital - 2014.

**Keywords:** anxiety, state anxiety, trait anxiety, therapeutic communication.

## INTRODUCCIÓN

Cada día son más numerosos los estudios que muestran que el estado psicológico pre quirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación postquirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia. Probablemente el momento de toda la hospitalización en el que el paciente experimenta más ansiedad es justo antes de la cirugía; esto es, mientras se encuentra esperando para ser intervenido.

La comunicación terapéutica se puede definir como la comunicación específica para una relación en la que una persona desempeña el papel de ayudar a otra. Pero es mucho más que eso. La comunicación terapéutica constituye un nuevo enfoque en los cuidados enfermeros en el cual el centro de trabajo es el paciente, su narrativa (lo que dice y cómo lo dice), su experiencia de la enfermedad, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él, cómo el profesional escucha, atiende y dialoga con él sobre esa experiencia. La comunicación terapéutica es más que comunicarse con el paciente dentro del rol profesional de enfermería: es la base de la enfermería. Para cualquier cuidado o intervención, lo principal es establecer y mantener una relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento.

La comunicación terapéutica es una manera de que el profesional de enfermería vea su rol con el paciente como un marco para "saber estar" en la relación de ayuda.

El ser humano es un ser biopsicosocial, pero la comunicación que se ha empleado hasta ahora en enfermería ha sido sobre todo funcional, un intercambio de información, lo cual tiene cierta utilidad, pero no es la forma adecuada de trabajar con la totalidad de la persona. El paciente es un ser

complejo en proceso de cambio, como toda persona, al cual se le añaden los retos que presenta la enfermedad. Para vivir con estos retos, el ser humano se enfrenta a la evolución de sus pensamientos y significados, al impacto que la enfermedad tiene sobre él y su familia, a la toma de decisiones y a verse de diferentes maneras, para lo cual la comunicación con una enfermera puede ser muy útil. El conocimiento del nivel de ansiedad del paciente en el periodo preoperatorio es importante y debe ser considerada en la fase de screening. La difusión de información en los medios de comunicación al público en general ha contribuido a relacionar a la anestesia con complicaciones e incluso muerte. Los pacientes suelen expresar temores y angustia con respecto a la anestesia, por lo tanto, la ansiedad es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por un temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico. La ansiedad puede ser una característica propia de la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) o bien ser causada por el acto quirúrgico (ansiedad-estado). La ansiedad generada por la anestesia y la cirugía no tiene necesariamente un impacto negativo en el periodo preoperatorio y, en cierta medida, se trata de una disposición psicológica normal que permite al paciente afrontar mejor la intervención. Los estudios clínicos han puesto en evidencia la dificultad para apreciar, durante la consulta pre anestésico, el grado de ansiedad del paciente, dado que aunque los pacientes pueden manifestar ansiedad durante la anamnesis, los más introvertidos suelen reprimirla. A menudo, el personal de Centro Quirúrgico evalúa de una manera imperfecta la ansiedad del paciente y por consiguiente, es frecuente que exista discordancia entre la valoración de la ansiedad por parte del médico y el grado de ansiedad expresado por el paciente. Además, en el paciente suelen confundirse los temores causados por la cirugía y los relacionados con la anestesia. No existe relación directa entre la gravedad de la afección, la importancia de la intervención y el grado de ansiedad. El impacto de la enfermedad sobre la vida familiar y social del paciente, influye en la ansiedad preoperatoria. Los pacientes con antecedentes de anestesia previas sin complicaciones disminuyen ligeramente la ansiedad.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

- **Según su finalidad:**
  - Aplicada.
- **Según la intervención del investigador:**
  - Experimental.
- **Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio:**
  - Transversal.
- **Según el marco en que tiene lugar:**
  - De campo o sobre el terreno.

### **NIVEL DE INVESTIGACIÓN.** Explicativo

### **MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:**

Analítico, sintético.

### **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:**

Diseño pre experimental con pre prueba / pos prueba con un solo grupo.

Siendo el

### **POBLACIÓN, MUESTRA:**

- **Población:** La población estuvo constituida por 20 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, que fueron sometidos a una intervención quirúrgica durante el mes de setiembre del 2014.
- **Muestra:** 100 % de la población.

#### **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS (4):**

- **TÉCNICA:** Psicométrica.
- **INSTRUMENTO:** Escala de ansiedad.

### **DISCUSIÓN Y RESULTADOS**

Entendiéndose que la comunicación terapéutica es más que comunicarse con el paciente dentro del rol profesional de enfermería: es la base de la enfermería. Para cualquier cuidado o intervención, lo principal es establecer y mantener una relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento. Asimismo el acto anestésico-quirúrgico es considerado como un factor que genera ansiedad en el paciente que será intervenido. Por ello, la atención debe enfocarse a disminuirla, con una adecuada atención hospitalaria y una visita pre anestésica eficiente, que a la vez implique la preparación psicológica y/o farmacológica del enfermo, con el fin de disminuir la morbilidad, reducir costos con estancias cortas y proporcionar calidad total en la atención de los pacientes, dada estas premisas conceptuales los hallazgos del presente estudio indican que:

Del 100% de pacientes, el 75%(15) de pacientes que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad severa y después de la comunicación terapéutica el 70% (14 pacientes presentaron) ansiedad leve, al respecto estos resultados difieren con los que presenta Carapia, Mejía, Nacif y Hernández (6) donde precisa que de 51 pacientes que fueron evaluados el nivel de ansiedad pre quirúrgica en un 49% fue leve, en 27.5% moderada y en 23.5% severa. Asimismo posterior a la intervención psicológica la ansiedad postoperatoria fue leve en todos los pacientes. Esto indica que cada día son más numerosos los estudios que muestran que el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación postquirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia. El paciente experimenta más ansiedad justo antes de la cirugía; esto es, mientras se encuentra esperando para ser intervenido. Este estado de ansiedad en los pacientes quirúrgicos se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales (mutilación), a la posibilidad de morir y principalmente a la anestesia. La reacción ansiosa de un paciente al experimentar una cirugía es uno de los mayores factores que afectan los ajustes perioperatorios. Por otro lado Oscco, Bendezú y Escajadillo(8) parcialmente coincide sus resultados donde indica que el 10% de los pacientes presenta ausencia de ansiedad, el 63% presenta ansiedad leve y el 27%, presenta ansiedad moderada en hospital público de Pisco, Perú en el año 2010. La cirugía favorece la aparición de ansiedad, angustia e impotencia, tanto en el paciente como en el familiar que acuda como acompañante. Estas sensaciones irán en aumento si no existe una buena información por parte del equipo que lo atiende; referente a su estado de salud, y al tratamiento que debe seguir. Por otro lado, los resultados de su estudio de

Garay, Huamán y Mallma (10) difieren parcialmente donde indican que el 70% de los profesionales de enfermería aplican una comunicación terapéutica ineficaz y el 30% aplican una comunicación terapéutica eficaz. Así mismo todos los pacientes post operados mediatos presentan ansiedad; evidenciándose que el 45% presenta ansiedad leve, 50% ansiedad moderada y el 5% ansiedad grave. De igual forma Capcha y Fernández (11) en su estudio indican que el 51% fueron de sexo femenino y el 49% de sexo masculino, 55% pacientes estuvieron comprendidos entre 31 y 60 años, seguido del 29% comprendidos entre 20 y 30 años y el 16% se ubicó entre los 13 y 19 años. La visita preoperatoria realizado por el profesional de enfermería, fue no efectiva en un 67% (33) y efectiva en un 33%(16).La visita pre operatoria efectuada por la enfermera, no tuvo efecto en el 49% de pacientes analfabetos, tuvo efecto en el 18,4% de los pacientes con nivel educativo de secundaria y en el 10,2% de pacientes con nivel educativo superior, a mayor nivel de instrucción mayor efecto. En el periodo pre operatorio el 96% de pacientes presento estrés leve, 4% estrés moderado y ninguno estrés severo; en el periodo post operatorio el 16% de pacientes presento estrés severo, 61% estrés moderado y 22% estrés leve. Los pacientes que presentaron estrés severo, en el 10.2% la visita fue efectiva, y en el 6.1% la visita fue no efectiva; en aquellos que presentaron estrés moderado, en el 42.9% la visita no fue efectiva y en el 18.4% la visita fue efectiva, finalmente tenemos a los pacientes con estrés leve, que en el 18.4% la visita fue no efectiva y en el 4.1% la visita fue efectiva. Se concluye que entre la visita preoperatoria y el estrés post operatoria en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica no existe relación.

Los hallazgos con respecto a las dimensiones de la ansiedad nos precisan que del 100% de pacientes, el 85%(17) de pacientes que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de estado severa y después de la comunicación terapéutica el 70% (14 pacientes presentaron) ansiedad no clínica de estado leve. De igual manera del 100% de pacientes, el 60% (12 pacientes) que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de rasgo moderada y después de la comunicación terapéutica el 75% (15 pacientes presentaron) ansiedad no clínica de rasgo leve.

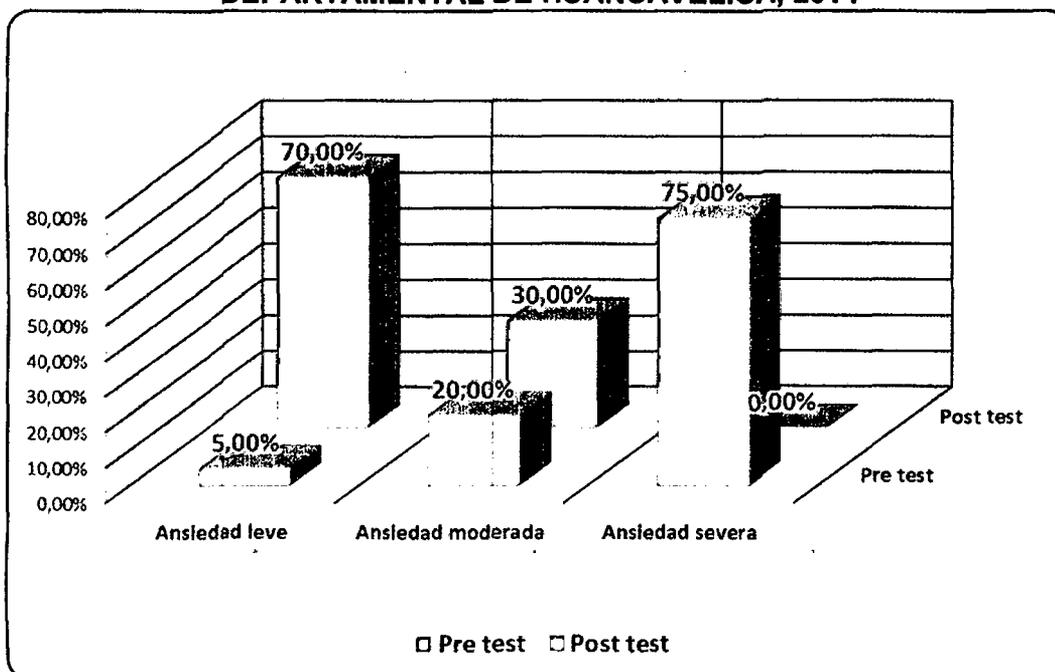
Estas dimensiones de ansiedad (rasgo o estado) tienden a correlacionarse entre sí, es decir, existe una relación con respecto a los niveles de intensidad en que se experimenta la ansiedad. Así, por ejemplo, una persona con respuestas de ansiedad-rasgo de gran intensidad, tenderá a responder con una ansiedad-estado de igual intensidad. Pero una persona con nivel bajo de ansiedad-rasgo puede responder con elevada ansiedad en situaciones amenazantes como en la ansiedad-estado. Las personas con ansiedad-rasgo de alta intensidad son más propensas a desarrollar un trastorno de ansiedad debido a que la ansiedad-rasgo posee componentes genéticos y no se deriva únicamente de acontecimientos con altos niveles de estrés (14).

**TABLA N° 1. EFECTO DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES PREOPERATORIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA, 2014**

ANSIEDAD	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad leve	1	5,0%	14	70,0%
Ansiedad moderada	4	20,0%	6	30,0%
Ansiedad severa	15	75,0%	0	0,0%
Total	20	100,0%	20	100,0%

Fuente: Escala de ansiedad

**FIGURA N° 1. EFECTO DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES PREOPERATORIOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA, 2014**



### PRUEBA DE HIPÓTESIS

#### 1. Planteamiento de hipótesis

##### - Hipótesis nula

El efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería no disminuye el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, 2014.

$$H_0: \mu_1 - \mu_2 = 0$$

##### - Hipótesis alterna

El efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería disminuye el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, 2014.

$$H_i: \mu_1 - \mu_2 \neq 0$$

2. Nivel de significancia

$$5\% = 0,05$$

3. Estadístico de prueba

Prueba t para muestras relacionadas

$$t = \frac{d}{\frac{s_d}{n}}$$

Calcular los grados de libertad (gl)  $gl = n - 1 = 20 - 1 = 19$

Leyenda:

t : Prueba t para muestras relacionadas.

d : Media de las diferencias entre las observaciones relacionadas o pares de observaciones.

s<sub>d</sub> : Desviación estándar de las diferencias entre las observaciones relacionadas o pares de observaciones.

n : Número de pares de observaciones.

4. Regla de decisión

Si:  $-2,023 \leq t \text{ calculada} \leq 2,023$  se **ACEPTA** la hipótesis nula.

Si:  $t \text{ calculada} < -2,023$  o  $t \text{ calculada} > 2,023$  se **RECHAZA** la hipótesis nula.

5. Calculo del estadístico de prueba

$$t = \frac{d}{\frac{s_d}{n}} = \frac{-20}{\frac{6}{20}} = -14,9$$

6. Conclusión

Como el valor calculado (-14,9) es mayor que el valor crítico (-2,023), entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación o hipótesis alterna: **“El efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería disminuye el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, 2014”**.

## **CONCLUSIONES**

- El nivel de ansiedad fue severa en la mayoría de pacientes preoperatorios antes de la comunicación terapéutica en el servicio de cirugía, Hospital Departamental de Huancavelica – 2014.
- El nivel de ansiedad fue leve en la mayoría de pacientes preoperatorios después de la comunicación terapéutica en el servicio de cirugía, Hospital Departamental de Huancavelica – 2014.
- El efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería fue positivo por haber disminuido el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía, Hospital Departamental de Huancavelica - 2014.
- Del 100% de pacientes, el 85% (17 pacientes) que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de estado severa y después de la comunicación terapéutica el 70% (14 pacientes) presentaron ansiedad no clínica de estado leve.
- Del 100% de pacientes, el 60% (12 pacientes) que estuvieron programados para intervención quirúrgica antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de rasgo moderada y después de la comunicación terapéutica el 75% (15 pacientes) presentaron ansiedad no clínica de rasgo leve.

## **AGRADECIMIENTOS**

- A Nuestros Padres, por su apoyo incondicional, permitiendo un entorno favorable para nuestro desempeño.
- A todas aquellas personas que con su apoyo hicieron posible la finalización de la tesis: entre ellos al personal de salud que labora en el servicio de Cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica y a los pacientes involucrados en el estudio.

## **REFERENCIAS**

1. Espinoza C. Entrevista sobre comunicación terapéutica en el servicio de Cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica Huancavelica 2012.
2. Quispe S. Entrevista sobre comunicación terapéutica en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica. Huancavelica 2012.

3. Gabriel I. Entrevista sobre comunicación terapéutica en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica. Huancavelica2012.
4. Capcha M. Entrevista sobre comunicación terapéutica en el servicio de sala de operaciones del Hospital Departamental de Huancavelica. Huancavelica2012.
5. Ochoa S. Entrevista sobre comunicación terapéutica en el servicio de sala de operaciones del Hospital Departamental de Huancavelica. . Huancavelica2012.
6. Carapia A, Mejía G, Nacif L, Hernández N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Anestesiología*. 2009;34:260-3.
7. Naranjo K, Salazar J. comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de amsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los Hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha, marzo – octubre 2012. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2012.
8. Oscco O, Bendezú C, Escajadillo N. Actitud que adoptalaenfermera durante la atencion y nivel de ansiedad del paciente en el pre operatorio en un Hospital Público de Pisco, Perú. 2010. *Panacea*. 2010.
9. Huacho A. Nivel de ansiedad preoperatorio en hipertensos controlados a cirugía electiva Hospital Nacional Dos de Mayo, febrero - mayo 2012 [Tesis de especialidad]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2012.
10. Garay M, Huamán R, Mallma A. Comunicación terapéutica del profesional de enfermería y ansiedad de pacientes post operados mediatos del servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, 2011. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2011.
11. Capcha M, Escobar V. Visita preoperatoria de enfermería y estrés en pacientes intervenidos quirurgicamente en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, 2010 Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizan - Huánuco; 2010.
12. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en enfermería 7ma edición ed. España2010.
13. Valverde C. Comunicación terapéutica en enfermería. 1ra edición ed. Madrid2007.
14. Baeza C. Ansiedad: Ir de mal en peor. Afrontamiento contraproducente. Barcelona - España.2011.
15. Burns N, Grove S. Investigación en Enfermería. España2012 [cited 2014 06 de febrero d el 2014]. Available from: [http://books.google.com.pe/books?id=ocP4Z7QjnDoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=ocP4Z7QjnDoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false).
16. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5ta edición ed. México2010.