

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**COMUNICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE  
ANSIEDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO  
QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO, 2017.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**AUTORES:**

**KATERINE SHIRLEY ESPINAL RAMIREZ**

**CUPERTINO NIHUA RAMIREZ**

**LIZBETH LARA CASTAÑEDA**

**Callao – 2018**

**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- MG MERY JUANA ABASTOS ABARCA                      PRESIDENTA
- DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN      SECRETARIA
- MG. NANCY CIRILA ELLIOT RODRÍGUEZ      VOCAL

**ASESORA:** DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO

Nº de Libro: 02

Nº de Acta de Sustentación: 003

Fecha de Aprobación de la Tesis : 18/05/2018

Resolución Decanato N° 1093-2018-D/FCS de fecha 15 de mayo del 2018 de designación de Jurado Examinador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

### **DEDICATORIA:**

A nuestra asesora por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, por su apoyo ofrecido en este trabajo, por habernos transmitido los conocimientos obtenidos y habernos llevado paso a paso en el aprendizaje.

## ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE	1
ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE GRÁFICOS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
<b>I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>8</b>
1.1. Identificación del problema	8
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.4. Justificación	14
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>17</b>
2.1. Antecedentes del estudio	17
2.2. Marco conceptual	25
2.3. Definición de términos básicos	70
<b>III. VARIABLES E HIPÓTESIS</b>	<b>71</b>
3.1. Definición de las variables	71
3.2. Operacionalización de variables	72
3.3. Hipótesis general e hipótesis específicas	76
<b>IV. METODOLOGÍA</b>	<b>77</b>
4.1. Tipo de investigación	77
4.2. Diseño de investigación	77



4.3.	Población y muestra	78
4.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	80
4.5.	Procedimiento de recolección de datos	81
4.6.	Procedimiento estadístico y análisis de datos	82
<b>V.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>83</b>
<b>VI.</b>	<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>88</b>
6.1.	Contrastación de Hipótesis con los resultados	88
6.2.	Contrastación de resultados con otros estudios similares	101
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>111</b>
<b>VIII.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>112</b>
<b>IX.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>113</b>
<b>ANEXOS</b>		<b>115</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matriz de consistencia</li> <li>• Instrumentos</li> <li>• Consentimiento informado</li> <li>• Memorándum de aprobación de ejecución de instrumentos</li> <li>• Juicio de expertos de instrumentos</li> <li>• Prueba de fiabilidad del instrumento por Alfa de Cronbach</li> <li>• Prueba de validez por juicio de expertos prueba binomial</li> <li>• Evidencias fotográfico</li> </ul>	

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
TABLA N° 5.1	84
Nivel de Comunicación según sus dimensiones del profesional de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017	
TABLA N° 5.2	86
Nivel de Comunicación Enfermera - paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017	
TABLA N° 5.3	87
Nivel de Ansiedad de los pacientes del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017.	
TABLA N° 6.1	89
Relación del Nivel de comunicación enfermera – paciente y Nivel de ansiedad del paciente del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017.	
TABLA N° 6.2	89
Correlación entre Nivel de comunicación enfermera - paciente y Nivel de ansiedad.	
TABLA N° 6 3	92
Relación del Nivel de comunicación verbal y Nivel de ansiedad del paciente en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017	

TABLA N° 6.4	93
Nivel de comunicación no verbal y Nivel de ansiedad en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017	
TABLA N° 6.5	96
Correlación entre Nivel de comunicación no verbal y Nivel de ansiedad.	
TABLA N° 6.6	96
Relación del Nivel de apoyo emocional y Nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017	
TABLA N° 6.7	99
Correlación entre El apoyo emocional y Nivel de ansiedad	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRAFICO N° 5.1	
Nivel de Comunicación según sus dimensiones del profesional de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017	85
GRÁFICO N° 5.2	86
Nivel de Comunicación Enfermera - familiar en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017.	
GRÁFICO N° 5.3	87
Nivel de Ansiedad de los pacientes del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017	
GRÁFICO N° 6.1	89
Relación del Nivel de comunicación enfermera – paciente y Nivel de ansiedad del paciente del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017	
GRÁFICO N° 6.2	93
Nivel de comunicación verbal y Nivel de ansiedad en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017.	
GRÁFICO N° 6.3	97
Nivel de comunicación no verbal y Nivel de ansiedad en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017.	
GRÁFICO N° 6.4	100
Relación del Nivel de apoyo emocional y Nivel de ansiedad en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017.	

## RESUMEN

El objetivo fue determinar la relación entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Clínico Docente Daniel Alcides Carrión, Huancayo. 2017. Tipo de investigación: aplicada, analítica, transversal, prospectiva. Diseño: Correlacional. Población conformada por 1696 pacientes, Muestra 137 pacientes. Técnica fue la encuesta. Instrumento el cuestionario. Resultados: La comunicación verbal es regular en el 48.9% y desfavorable en 40.1%, para la comunicación no verbal es desfavorable en 45.3% y regular en 43.8%, existe un bajo porcentaje de 10.9% de comunicación no verbal favorable. El apoyo emocional fue desfavorable para el 52.6%, regular en el 36.5% y favorable en el 10.9%. en general el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia son: ansiedad alta en el 40.6% de los pacientes, existe un nivel de ansiedad media en 29.7% y baja en 29%. Existe relación significativa entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado, del 41.6% de los pacientes que califican de desfavorable a la comunicación, el 37.2% presentan ansiedad alta. ( $p < 0.01$ ),  $\chi^2 = 103.369$ .

### PALABRAS CLAVE:

Ansiedad hospitalaria, comunicación enfermero – paciente, comunicación verbal, comunicación no verbal, apoyo emocional.

## **ABSTRACT**

The objective was to determine the relationship between the communication of the nursing professional and the level of anxiety of the hospitalized patient in the emergency service of the Daniel Alcides Carrion Regional Clinical Teaching Hospital, Huancayo. 2017. Type of research: applied, analytical, transversal, prospective. Design: Correlational. Population consisting of 1696 patients. Sample 137 patients. Technique was the survey. Instrument the questionnaire. Results: Verbal communication is regular in 48.9% and unfavorable in 40.1%, for nonverbal communication it is unfavorable in 45.3% and regular in 43.8%, there is a low percentage of 10.9% favorable nonverbal communication. The emotional support was unfavorable for 52.6%, regular in 36.5% and favorable in 10.9%. In general, the level of anxiety of patients hospitalized in the emergency department are: high anxiety in 40.6% of patients, there is a level of average anxiety in 29.7% and low in 29%. There is a significant relationship between the communication of the nursing professional and the level of anxiety of the hospitalized patient, of 41.6% of the patients who qualify as unfavorable to communication, 37.2% present high anxiety. ( $p < 0.01$ ),  $\chi^2 = 103.369$ .

### **KEYWORDS:**

Hospital anxiety, nurse - patient communication, verbal communication, nonverbal communication, emotional support.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Identificación del problema

A nivel mundial es un problema el ingreso en un servicio hospitalario, lleva al paciente a experimentar shock, incredulidad y ansiedad. Esto se debe a la incertidumbre sobre el pronóstico de su estado de salud, así como la separación física de su familiar en situación de enfermedad. <sup>(1)</sup>

A nivel internacional, las unidades hospitalarias en todo el mundo son escenarios de frecuente sufrimiento, ya que por el estado del paciente esta suele ser prolongada. Existen muchos artículos europeos y americanos que enfatizan respecto a la falta de comunicación y contacto que tiene el personal de enfermería con el paciente hospitalizado, por las múltiples funciones y responsabilidades que poseen, como consecuencia olvidándose de comunicarse e interactuar con él, por lo que se originan quejas, insatisfacción, frustraciones, ansiedad, temor estrés. <sup>(2)</sup>

Así mismo, la ansiedad puede producir problemas de salud, produciéndose diversos síntomas psíquicos y Físicos. La Hospitalización del paciente, puede repercutir de manera importante sobre su salud, por eso el personal de enfermería debe tener en cuenta el cuidado de los mismos como parte integral de sus funciones dentro de la emergencia.

En España, Exceberria, J. <sup>(3)</sup> menciona que el ingreso en una hospitalización supone, tanto para el paciente como para la familia, una experiencia estresante a varios niveles: a nivel cultural (aceptar normas, valores y símbolos de la propia unidad), a nivel estructural (espacios pequeños, no equipados para la familia, muchas veces faltos de intimidad), a nivel social (las interacciones sociales del hospital), a nivel psicológico (factores estresantes como por ejemplo situaciones de dependencia) y a nivel físico (olores desagradables, sonidos diferentes a los habituales, monitores).

El ambiente hostil de los hospitales, el aparataje que rodea al paciente (monitores, cables, bombas, sueros, respiradores, tubos, gráficas y números imposibles de describir), la separación o el aislamiento físico de su familiar, la incertidumbre por su evolución, la aceptación del proceso, la soledad y la falta de información o la restricción de horarios hacen que surjan sentimientos de miedo, incertidumbre o ansiedad tanto en el paciente como en el familiar.

El ingreso en el hospital supone un momento de agonía, la desesperación, la angustia, el enfado por el ingreso en este tipo de unidades que evidencian la gravedad del estado de salud. Por otro lado, el paciente vive situaciones que provocan un gran desasosiego que puede repercutir tanto en la salud psicológica como en su recuperación ya que todos ellos se enfrentan a decisiones difíciles (el propio ingreso en la unidad, decisiones en torno a la continuidad



o no del tratamiento, etc.), muchas veces en contacto con situaciones próximas a la muerte. Y es que el ingreso al hospital se suele percibir por la población general como "la última oportunidad". A nivel latinoamericano, en Colombia, Cerrón, Y. (2008), <sup>(4)</sup> en su tesis sobre Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la Unidad de Cuidado intensivo, menciona que los sentimientos y actitudes de angustia, desesperación, frustración, miedo, impotencia, agresividad y depresión que emiten los pacientes, son en la mayoría de las veces causados por la inconformidad que les produce la información que se les ha otorgado sobre el tratamiento. Por lo cual se debe velar por que la información que se le brinda sea clara, precisa y entendida en su totalidad. Nuestro mensaje transmitido debe poder ser interpretado tal y como queremos que sea interpretado.

A nivel nacional, Pérez, F. <sup>(5)</sup> en el artículo sobre comunicación; afirma que la enfermera juega un papel relevante en la atención al paciente y a los familiares, por su continua permanencia con los pacientes, además considera que es fundamental en la relación terapéutica paciente enfermera familia. La comunicación enfermeras (os) paciente - familia se convierten en un aspecto frustrante y estresante dentro de los hospitales.

Merino, A. menciona que, entre los muchos estresores en la vida del niño, la hospitalización es un estresor poco común, pero de

poderoso impacto en el niño. Este evento se puede caracterizar como un estresor de baja frecuencia, pero de gran intensidad al menos para el niño, y moviliza recursos de afrontamiento que pueden ser insuficientes para reaccionar adaptativamente, y recuperarse exitosamente. Reportó que el niño comúnmente puede considerar la hospitalización como una situación amenazante, atemorizante, que genera problemas de adaptación a los cambios a los que será sometido. Desde la vivencia del propio niño, es difícil poder separar en ocasiones ansiedad derivado de la enfermedad y del que se genera por la propia hospitalización, asimismo como las provenientes de las reacciones de sus familiares y personas con las que se familiariza durante la hospitalización. Esta situación lleva, por lo tanto, a incorporar al personal sanitario dentro del ambiente interpersonal del niño. Generalmente, el personal sanitario se concentra en curar y brindar cuidados a través de fármacos, y realizar procesos de variada impasividad, y que pueden contener eventos traumáticos y dolorosos para el niño.<sup>(6)</sup>

Numerosos estudios entre ellos de la autora Trianes, F. Mencionan que la hospitalización provoca estrés en el paciente y que puede manifestarse por cambios físicos y conductuales (trastornos del sueño, irritabilidad, temor, cambio de conducta, taquicardia, palpitaciones, sudoración). Es importante que la enfermera considere que el impacto y la adaptación al ambiente hospitalario

para cada niño es diferente, debido a diversas circunstancias y cambios que afronta el niño como: desconocimiento sobre las rutinas hospitalarias, prolongación de la estancia hospitalaria, ruptura de las actividades cotidianas y, una de las más importantes, el tiempo de alejamiento de los padres. <sup>(7)</sup>

Busko, M. ; muestra que seis meses después de que un familiar cercano haya sido ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es poco probable que los parientes estén con ansiedad o depresión, pero sufren con frecuencia procesos de duelo y estrés de excesiva duración. <sup>(8)</sup>

En el servicio de emergencia, existe un aproximado de 60 atenciones por día, esta recarga laboral no permite una dedicación de mayor tiempo con cada ingreso, por lo que el tiempo para la comunicación es muchas veces limitado, además teniendo en cuenta el estado de salud de crisis aguda en la que vienen los pacientes, el trato suele ser muy rápido y a veces, descortés por el excesivo estrés que atraviesan los profesionales de este servicio crítico.

Este trato genera disconformidad de los pacientes y sus familiares, pero más que eso genera ansiedad en los pacientes, provocando serias respuestas fisiológicas que retardan su recuperación, por ello es que se plantea el siguiente problema de investigación:

## **1.2 Formulación de problemas**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la relación entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Clínico Docente Daniel Alcides Carrión, Huancayo 2017?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- a) ¿Cuáles son las características de la comunicación de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia?
- b) ¿Cuál es el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia?

## **1.3 Objetivos de la investigación (general y específicos)**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Clínico Docente Daniel Alcides Carrión, Huancayo. 2017.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- a) Describir las características de la comunicación de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia.
- b) identificar el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Justificación legal:**

Este estudio está respaldado por la dirección general de salud de las personas del ministerio de salud de nuestro país, quienes a través de la ley n° 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud y el derecho a la salud en la ley peruana de la Constitución Política del Perú, artículo 7 menciona: “todos tienen derecho a la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”, la ley general de salud (ley 26842), en sus 21 artículos resaltan, entre otros, nuestro derecho a recibir atención de emergencia cuando la necesitemos y mientras subsista el estado de grave riesgo para nuestra vida o salud; al consentimiento previo a tratamiento médico o quirúrgico; a la información necesaria para la promoción de una vida saludable;...(cont)” en tal sentido, el presente proyecto está sólidamente basado en las leyes que rigen el sector salud de nuestro país, por lo que consideramos de vital importancia su realización. <sup>(9)</sup>

### **1.4.2 Justificación teórica:**

A partir de los resultados del presente estudio podremos reafirmar las teorías existentes respecto a los factores relacionados con la ansiedad por hospitalización, así mismo nos

permitirá actualizar la información respecto a los indicadores de la comunicación del profesional de enfermería y la ansiedad del paciente hospitalizado, estos datos organizados y sistematizados nos permitirán explicar con mayor precisión respecto a esta problemática.

#### **1.4.3 Justificación tecnológica:**

La identificación del nivel de comunicación y la ansiedad del paciente, permitirá establecer estrategias de evaluación sistematizada con el uso de la tecnología informática, generando información que pueda ser monitoreada desde el servicio. Esto permitirá un mejor control del trato de los profesionales de enfermería con los pacientes.

#### **1.4.4 Justificación económica:**

La identificación de los resultados de la comunicación de los profesionales de enfermería beneficiará a la prevención de la ansiedad por hospitalización, permitiendo una recuperación en el tiempo mínimo, en consecuencia, el ahorro económico de sus familias será notorio.

#### **1.4.5 Justificación social:**

Este estudio beneficiará principalmente a los pacientes que ingresan al servicio de emergencia, ya que se establecerán estrategias de control y mejora en la comunicación de los

profesionales que lo asisten, garantizando la permanencia de una salud adecuada que les permita el normal desarrollo de sus vidas y el acceso a una calidad de vida con educación y salud.

#### **1.4.6 Justificación práctica:**

La identificación de las características de la comunicación permitirá establecer una mejor comunicación con los pacientes, además de que la ansiedad podrá ser prevenida mediante la aplicación de acciones educativas que ayuden en el control de las mismas, que se diseñarán a fin de disminuir esta problemática.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes del estudio**

##### **Antecedentes Internacionales**

**Triana., M.**, en Colombia en el año 2016 se realizó el estudio en la tesis titulada "Efecto del vínculo empático enfermera-paciente sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la unidad de cuidado intensivo", tuvo como objetivo determinar el efecto de la empatía de la enfermera, después de recibir un entrenamiento en vínculo empático, sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la UCI. Objetivos: Comparar el nivel de ansiedad del paciente antes y después del encuentro enfermera-paciente (cuando la enfermera no ha recibido entrenamiento en vínculo empático, grupo A). Comparar el nivel de ansiedad del paciente antes y después del encuentro enfermera paciente (cuando la enfermera ha recibido entrenamiento en vínculo empático, grupo B). Comparar el cambio ocurrido en el nivel de ansiedad del paciente entre los grupos de encuentros A y B. Comparar el nivel de empatía de la enfermera antes y después de recibir una intervención tipo entrenamiento en "vínculo empático". Determinar la asociación que existe entre el nivel de empatía de la enfermera y el nivel de ansiedad del paciente. Metodología: Estudio cuasi experimental, en donde la unidad de análisis correspondió a los encuentros enfermera-



paciente (diada de estudio). Cada encuentro fue observado una única vez con cada paciente. Se estableció un grupo de encuentro antes de que la enfermera recibiera la intervención tipo entrenamiento en "vínculo empático", y otro después del entrenamiento. Durante cada encuentro se midió el nivel de ansiedad del paciente (por escala FAS y signos vitales). Se observó la intensidad del vínculo empático (lista de chequeo de comportamientos empáticos expresados por la enfermera durante el encuentro), y nuevamente se midió el nivel de ansiedad del paciente. Las enfermeras recibieron un entrenamiento sustentado en la teoría de Peplau y los principios de la relación de ayuda, antes y después del cual se midió el nivel de empatía de la enfermera (autorreportado) mediante la utilización de la escala de empatía de Reynolds, a la que se le realizó validez facial y de contenido. Resultados: Participaron un total de 11 enfermeras y se midieron 311 encuentros enfermera-paciente, 154 antes y 157 después del entrenamiento de la enfermera. Los niveles de ansiedad de los pacientes en el grupo de encuentro con enfermeras no entrenadas y entrenadas, en la unidad de cuidado intermedio, fueron relativamente bajos (2), mientras los pacientes en la UCI reportaron niveles de ansiedad de bajos a moderados (2 - 3). El cambio en el nivel de ansiedad del paciente entre los dos grupos (antes y después del entrenamiento), fue estadísticamente

significativo ( $p < 0,000$ ) lo que muestra una disminución del nivel de ansiedad del paciente casi del doble para los pacientes en la unidad de cuidado intermedio y del 33 % para los pacientes en la UCI, después del entrenamiento de la enfermera. Las enfermeras aumentaron los comportamientos empáticos, expresados durante el encuentro e identificados mediante la intensidad del vínculo empático y su nivel de empatía (autor reportada) en 20 puntos, después de recibir el entrenamiento.<sup>(10)</sup>

**Busko, M** (2010) en su estudio titulado "Estrés del paciente y duelos de los familiares ingresados en unidades críticas". Con el objetivo de identificar el estrés del paciente en relación al duelo de sus familiares hospitalizados en un área crítica del cuidado de un Hospital, el tipo de estudio fue transversal, correlacional y cualitativo, aplicado a una población de 486 pacientes y sus respectivos familiares, la muestra fue de 248 pacientes, se aplicó una encuesta para cada variable, los resultados más importantes concluye que seis meses después de que un paciente haya sido ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es poco probable que los parientes estén con ansiedad o depresión, pero sufren con frecuencia procesos de duelo y estrés de excesiva duración.<sup>(4)</sup>

**Cerrón, Y.** (2012). En Colombia, en su tesis denominada "Aspectos presentes en la comunicación con la enfermera, pacientes, la familia y la institución hospitalaria" tuvo como objetivo identificar los aspectos presentes entre la comunicación pacientes, familiares y personal de enfermería, el estudio fue de tipo aplicativo, seccional y de corte único, la muestra conformada por 382 pacientes, los datos fueron recolectados con el cuestionario. Los resultados indican que Los sentimientos y actitudes de angustia, desesperación, frustración, miedo, impotencia, agresividad depresión que emiten los pacientes y sus familiares, son la mayoría de las veces causadas por la inconformidad que les produce la información que se les ha otorgado sobre sus pacientes. Por lo que se debe velar por que la información que se brinda al familiar sea clara, precisa y entendida en su totalidad. <sup>(11)</sup>

**Díaz, A.** (2011) España en su estudio titulado "Ampliando horizontes una experiencia sobre las vivencias de los familiares de paciente críticos". Con el objetivo de analizar las experiencias de los familiares de pacientes hospitalizados en áreas críticas. El estudio fue de tipo cualitativo, basado en entrevista a profundidad a una muestra de 108 pacientes Los familiares de pacientes críticos identifican como necesario el apoyo social del profesional de enfermería en el manejo adecuado de su situación estresante y

expresan como herramienta fundamental una adecuada relación interpersonal con el equipo cuidador. Estas relaciones interpersonales fueron percibidas y descritas como ineficaces por la sobrecarga laboral ambas partes. <sup>(12)</sup>

**Calbo, M.** en su tesis "La influencia de la ansiedad en las estrategias de afrontamiento utilizadas durante el pre-operatorio" Departamento de Enfermería Médico-Quirúrgica EEUSP" 2011. Este estudio tiene como objetivos: identificar el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio, la identificación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes en este periodo y verificar la relación entre el estado de ansiedad y estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes en el período preoperatorio. La muestra constó de 40 pacientes quirúrgicos. Para recopilar los datos, hemos utilizado dos cuestionarios de auto-informe: inventario de ansiedad del cuestionario de Spielberger y estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman. La muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres con una edad media de 46 años, con un bajo nivel educativo, con experiencia quirúrgica anterior y sin incidencias anteriores. Las estrategias de afrontamiento más utilizados fueron los de apoyo social y solución de problemas. En relación a la ansiedad y las estrategias de afrontamiento, se obtuvo una

correlación negativa entre el estado de ansiedad y de apoyo social y solución de problemas. <sup>(13)</sup>

**Grau, P. y Cols.** En su estudio "Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Figueres. 2011". Objetivo: Estudiar la evolución de los síntomas de ansiedad (As) y depresión (Dp) a los dos meses del alta hospitalaria y los factores asociados con su persistencia. Método: Estudio longitudinal observacional. Los pacientes con As o Dp, detectada mediante el cuestionario Hospital Ansiedad y Depresión (HAD) en el cuarto día de estancia hospitalaria, fueron seguidos durante dos meses sin recibir psicofármacos. Se valoraron factores sociodemográficos, historia psiquiátrica, estado funcional, comorbilidad y el HAD del estado que tenía tres semanas antes del ingreso. Resultados: Se siguieron 38 pacientes con As (22 varones), edad media 62,2 años, y 35 pacientes con Dp (22 varones), edad media 68,1 años. Persistieron con síntomas de As a los dos meses 23 pacientes (60,5%; IC95%: 43,4 - 76) y con Dp 18 (51,4%; IC95%: 34 - 68,6). La As previa al ingreso y un menor nivel de estudios se asociaron con persistencia de As, y la edad de 70 o más años, sexo femenino, estudios primarios, Barthel durante el ingreso menor a 100 y depresión en las tres semanas previas se

asociaron con persistencia de Dp. Conclusiones: Persiste la sintomatología en más de la mitad de los pacientes. La valoración del HAD previo al ingreso puede ayudar a decidir la prescripción de tratamiento <sup>(14)</sup>.

### **Antecedentes Nacionales**

**Quijano., S.**, en Lima en el año 2013 se realizó el estudio titulado “Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional dos de mayo 2013”, tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía del HNDM – 2013. Material y método: El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes en el preoperatorio. La técnica fue la encuesta y el instrumento la Escala de Valoración de la Ansiedad de Spielberger (IDARE). Resultados: Del 100% (30), 70% (21) refiere que el nivel de ansiedad es medio, seguido de 17% (05) alto y 13% (04) es bajo; en la dimensión síntomas negativos 80% (24) es medio, 13% (04) bajo y 7% (02) alto, y en la dimensión síntomas positivos 50% (15) el medio, 27% (08) bajo y 23% (07) bajo. Conclusiones: El nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía del HNDM, el mayor porcentaje manifiesta que es medio; según los síntomas negativos referido a que se sienten algo alterados, preocupados por posibles desgracias futuras, están poco

nerviosos, tristes, aturdidos y sobre excitados, y según los síntomas positivos referido a que se sienten algo seguros y confortados. <sup>(15)</sup>

**Condori., I.** en el 2014 en Huancavelica se realizó la tesis titulada "Efecto de la comunicación terapéutica de enfermería en el nivel de ansiedad de pacientes pre operatorios del servicio de cirugía, hospital departamental de Huancavelica 2014 tuvo como objetivo 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 1 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 precisan 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. <sup>(16)</sup>

## **2.2 Marco teórico**

### **2.2.1 ANSIEDAD**

#### **2.2.1.1 Definición**

La ansiedad es una emoción. Ha sido una de las emociones más ampliamente estudiadas. Es una emoción paradigmática, está muy bien delimitada. Y es representativa del resto de las emociones. Hay una relación entre la ansiedad y diferentes trastornos psicósomáticos (hipertensión). También es importante su amplia prevalencia, hay un número muy elevado de personas que presenta algún tipo de trastornos de ansiedad. <sup>(17)</sup>

Los diferentes autores están tendiendo definir ansiedad porque hay un triple sistema de respuestas para definir la ansiedad (fisiológica, motor y cognitivo). Los autores quieren incluir en su



definición de ansiedad lo que provoca la ansiedad, se intenta crear definiciones que unan todo esto.

Según esto hay una serie de elementos que deberíamos tener en cuenta para la definición de ansiedad:

- Situación potencialmente ansiógena.
- Experiencia subjetiva del individuo (cognitivo).
- Cambios fisiológicos.
- Cambios en el comportamiento expresivo.

El triple sistema de respuesta no tiene por qué ir a la vez

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Habría que diferenciar entre miedo (el sujeto conoce el objeto externo y delimitado que le amenaza y se prepara para responder) y ansiedad (el sujeto desconoce el objeto, siendo la amenaza interna y existiendo una dificultad en la elaboración de la respuesta). La ansiedad es anormal cuando es desproporcionada y demasiado prolongada para el estímulo desencadenante. <sup>(17)</sup>

Panorama estadístico de la ansiedad en México y América latina Asociación Psiquiátrica Americana (1995).<sup>(17)</sup>

- Datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2001 situaban en aproximadamente 450 millones el número de personas aquejadas de algún tipo de trastorno mental en todo el mundo.
- Los Trastornos de Ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad. - Uno de cada ocho Norteamericanos entre los 18-54 años padece algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas.<sup>(17)</sup>

#### **2.2.1.2 Síntomas de la ansiedad.**

##### **a. Síntomas cognitivos del estado de ansiedad.**

Se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores.

- Preocupación
- Miedo o temor

- Inseguridad: persona con alta ansiedad, tiene pensamientos negativos
- Aprensión: respuestas de miedo, pero en términos físicos
- Pensamientos negativos: inferioridad, incapacidad
- Anticipación de peligro o amenaza
- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para tomar decisiones
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada por dificultad para pensar con claridad

**b. Síntomas fisiológicos del estado de ansiedad**

Son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano:

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor...
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: vómitos, náuseas, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.

- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo y lipotimia. <sup>(18)</sup>

**c. Síntomas observables o motores del estado de ansiedad.**

Se refieren a comportamientos observables consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica:

- Hiperactividad
- Paralización motora
- Movimientos repetitivos
- Movimientos torpes y desorganizados
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal
- Conductas de evitación. Teoría de los dos factores de Mower.

En un principio la ansiedad es una emoción adaptativa, nos ayuda a adaptarnos al medio.

Si los síntomas de ansiedad se mantienen en el tiempo, pasarían a ser trastornos y ya no haría una conducta adaptativa. Y si el estímulo no es amenazante también sería un trastorno (fobias).

(18)

### **2.2.1.3 Evolución del concepto de ansiedad.**

Reynolds señala que el concepto de ansiedad tiene su aparición en el periodo helenístico griego. En 1844 aparece el concepto de angustia de Kierkegaard.

Freud: concepción intrapsíquica. El término utilizado es el de angustia. En una primera formulación de la ansiedad entiende esta como reflejo de la energía sexual reprimida. En una segunda formulación la entiende como unas respuestas internas que sirve de señal que alerta al individuo de la inminencia de algún peligro. Diferencia 3 tipos de ansiedad:

- Ansiedad real: relaciones del ego con el mundo exterior.
- Ansiedad neurótica: cuando el ego intenta satisfacer sus instintos, pero las exigencias son tales que se siente amenazado.
- Ansiedad moral: cuando el ego intenta satisfacer las

exigencias del superego, pero no le es posible, experimenta ansiedad en forma de vergüenza. <sup>(19)</sup>

Las teorías de Freud han tenido un gran impacto. Seguidas por los neofreudianos. Atribuyen un mayor papel al ambiente en la génesis de la ansiedad. Comparte con Freud la explicación causal de la personalidad, el principio de la homeostasis, la diferencia entre consciente e inconsciente, los conflictos internos y la influencia paterna en el desarrollo de la personalidad. Sin embargo, difieren de él en su papel preponderante que asigna a la libido, al inconsciente y a los mecanismos de defensa. <sup>(20)</sup>

Watson y el conductismo clásico parten de una concepción ambientalista utilizando preferentemente los términos de miedo y temor en lugar de ansiedad. Este miedo sería una respuesta conductual y fisiológica a una estimulación o situación externa al sujeto. La ansiedad va a ser generalmente definida como un subtipo de miedo, entendido este como un impulso (drive) aprendido, como una disrupción en la homeostasis del organismo producida por una estimulación dolorosa. Este enfoque se apoya en las

teorías de aprendizaje. Los componentes fisiológicos y conductuales se estudian unitariamente y se postula una relación causal entre ellos. <sup>(21)</sup>

El estudio de la ansiedad pasa del diván al ámbito experimental, enriqueciéndose con las aportaciones de las teorías fisiológicas motivacionales y los nuevos hallazgos en el campo del aprendizaje. <sup>(21)</sup>

- Hull: Considera la ansiedad como un drive motivacional responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación.
- Mowrer: La ansiedad es una conducta aprendida por medio del condicionamiento clásico y el condicionamiento instrumental. La presencia de dos componentes es necesaria en la conducta de evitación. Se conoce esta teoría como la bifactorial o de los dos procesos.
- Dollard y Miller: La ansiedad es considerada como un poderoso drive secundario, aprendido y asociado con diversos fenómenos.
- Spence y Spence: Una respuesta condicionada sencilla es aprendida con mayor facilidad por aquellos sujetos que tienen un nivel de ansiedad

alto, mientras que aquellos con un nivel de ansiedad menor, encuentran mayor dificultad en aprender la tarea. En tareas de mayor complejidad esta relación se invierte.

Este enfoque ha contribuido a un gran avance en el estudio de la ansiedad al considerarla como un estado o respuesta emocional transitoria, evaluable en función de sus antecedentes (E) y consecuentes (R), así como de su frecuencia y duración. Ha ayudado a operativizar la variable ansiedad relacionarla con otras variables, pero también es cierto que no ha prestado atención a los elementos cognitivos que intervienen en su adquisición, mantenimiento y extinción.<sup>(21)</sup>

Con la introducción de variables cognitivas por parte de lo que se llama enfoque cognitivo-conductual, se modifica el concepto de ansiedad. En esta línea Paul define la ansiedad como sentimientos subjetivos de aprensión o tensión acompañados por, o asociados con, activación fisiológica, que se producen como respuesta a un estímulo interno o externo. Se destaca Lazarus con sus trabajos sobre estrés y estrategias de afrontamiento.<sup>(21)</sup>



Lang: Teoría tridimensional de la ansiedad. Ha traído consigo el que se comience a estudiar la ansiedad como un fenómeno complejo, centrándose en sus tres componentes (cognitivo, fisiológico, y motor) ligados a situaciones específicas y definidas. <sup>(22)</sup>

Una perspectiva diferente al estudio de la ansiedad es la derivada de la investigación sobre los rasgos de la personalidad.

- Las teorías de rasgos van a concebir el rasgo de ansiedad como una disposición interna, o tendencia a reaccionar de forma ansiosa con una cierta independencia de la situación en que se encuentra el sujeto. Cattell y Schelez. También Spielberger.
- Para los teóricos situacionistas como Mischel, la aparición de respuestas de ansiedad dependería principalmente de las condiciones de situación más que de las características personales del sujeto.
- Las teorías interactivas explican la ansiedad en función de las condiciones de la situación, las características personales y principalmente de la interacción situación por personal. Endler y Magnusson, y Bowers. Critican tanto el modelo de rasgos como el situacionista, señalando que las

conductas ansiosas se explican más por la interacción de rasgo y situación que por ambos considerados de forma aislada.

Teorías humanistas: Tienen una mayor característica filosófica que científico. La característica común a todas ellas es considerar la ansiedad como resultado de una percepción de un peligro por parte del organismo. Goldstein, Rogers, Sullivan, Basowitz, Korchin y Grinker, y Epstein. <sup>(23)</sup>

#### **2.2.1.4 Enfoques teóricos sobre la etiología de la ansiedad.**

Existen distintos cuadros clínicos en los que la ansiedad es el síntoma fundamental. Entre ellos estaría el trastorno por crisis de angustia, en el que la ansiedad se presenta de forma episódica como palpitaciones, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir; el trastorno de ansiedad generalizada, existiendo un estado permanente de angustia; el trastorno fóbico, con miedos específicos o inespecíficos; el trastorno obsesivo-compulsivo, con ideas "intrusitas" y desagradables que pueden acompañarse de actos rituales que disminuyen la angustia de la obsesión

(lavarse muchas veces por miedo a contagiarse, comprobar las puertas o los enchufes, dudas continuas); las reacciones de estrés agudo o postraumático; y los trastornos de adaptación a situaciones vitales adversas. A continuación, se mencionarán algunos enfoques sobre la ansiedad:

(24)

**A) Teoría del sistema nervioso:** La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.

**B) Teoría Psicodinámica.** El creador es Freud. Dijo que la angustia es más un proceso biológico

(fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual [libido] para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.

**C) Teorías Conductistas.** El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la

angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.

**D) Teorías Cognitivas.** Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante, existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad. <sup>(24)</sup>

### **2.2.1.5 Niveles de la ansiedad**

Los niveles según Hans Selye, pasando por una serie de etapas, nuestro organismo trabaja para recuperar la estabilidad que la fuente de estrés nos ha quitado. Según el modelo del Síndrome de Adaptación General, la respuesta adaptativa que tenemos los seres humanos ante el estrés se desarrolla en tres fases distintas:

#### **1- Nivel de alarma**

Nuestra primera reacción ante el estrés consiste en reconocer la existencia del peligro y en prepararse para lidiar con la amenaza, reacción conocida como "la respuesta de lucha o huida". El cuerpo "decide" rápidamente si es más viable huir o luchar con el estímulo que supone la amenaza, una reacción grabada en nuestro organismo desde los comienzos de la especie.

Se produce una activación en el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), una parte del sistema endocrino que controla las reacciones al estrés y regula varias funciones del organismo como la digestión y el sistema inmune. El sistema nervioso

central y las glándulas suprarrenales también sufren una activación.

Durante esta fase, las principales hormonas del estrés, el cortisol, la adrenalina y la noradrenalina, son liberadas para proporcionar energía de forma inmediata. Esta energía puede tener efectos dañinos a largo plazo si, de forma repetida, no es utilizada llevando a cabo la actividad física que requiere luchar o huir.

Un exceso de adrenalina resulta, a largo plazo, en un aumento de la presión arterial que puede dañar los vasos sanguíneos del corazón y el cerebro; un factor de riesgo que predispone a los ataques al corazón y los accidentes cerebrovasculares.

Asimismo, la producción excesiva de la hormona cortisol, que se libera en esta fase, puede causar daño a las células y a los tejidos musculares. Algunos trastornos relacionados con el estrés derivado de esta producción excesiva de cortisol incluyen condiciones cardiovasculares, úlceras gástricas y niveles altos de azúcar en la sangre.

En esta fase, todo está funcionando tal y como debería: detectas un estímulo estresante, tu organismo te alarma con una sacudida repentina de cambios hormonales y estás equipado de forma inmediata con la energía necesaria para gestionar la amenaza. <sup>(25)</sup>

## **2- Nivel de resistencia**

El organismo cambia a la segunda fase cuando se supone que la fuente de estrés ha sido resuelta. Los procesos de homeostasis comienzan a restaurar el equilibrio, dando lugar a un período de recuperación y reparación.

Las hormonas del estrés suelen volver a sus niveles iniciales, pero las defensas se quedan reducidas y los suministros de energía adaptativa que utilizamos para lidiar con el estrés disminuyen. Si la situación estresante persiste, el cuerpo se adapta con un esfuerzo continuo de resistencia y permanece en un estado de activación.

Los problemas comienzan a manifestarse cuando te encuentras repitiendo este proceso con



demasiada frecuencia, sin obtener una recuperación completa. En última instancia, este proceso evoluciona hacia la fase final. <sup>(25)</sup>

### **3- Nivel de agotamiento**

En esta última fase, el estrés ha estado presente durante cierto tiempo. La habilidad de tu organismo para resistir se ha perdido porque los suministros de energía para la adaptación se han agotado. Conocida como sobrecarga, burnout, fatiga adrenal o disfunción, ésta es la fase en la que los niveles de estrés suben y permanecen altos.

El proceso de adaptación ha terminado y, como cabe esperar, esta etapa del Síndrome de Adaptación General es la más peligrosa para tu salud. El estrés crónico puede causar daños a las células nerviosas en los tejidos y los órganos del cuerpo.

La sección del hipotálamo en el cerebro es particularmente vulnerable a estos procesos. Es muy probable que, bajo condiciones de estrés crónico, el pensamiento y la memoria se vean

deterioradas, desarrollando una tendencia a los síntomas depresivos y ansiosos.

También puede haber influencias negativas sobre el sistema nervioso autónomo, que contribuye a producir una presión arterial mayor, enfermedades del corazón, artritis reumatoide y otras enfermedades relacionadas con el estrés.

(25)

## **2.2.2 Comunicación**

### **2.2.2.1 Definición de comunicación**

Es el acto de comunicar, como un proceso mediante el cual se transfiere una idea o mensaje desde una fuente, que se denomina emisor; a un receptor, con la intención de modificar su comportamiento, generándose a la vez un proceso de retroalimentación o feedback que posibilite influencias recíprocas. El feedback supone información que devuelve el receptor al emisor sobre su propia comunicación, tanto en lo que se refiere a su contenido como a su interpretación del mismo o sus consecuencias en el comportamiento de los interlocutores. <sup>(26)</sup>

Este cambio de mensaje se realizará si se utiliza códigos similares por ambas partes, y se hará mediante la utilización de un canal, que en el caso de la comunicación interpersonal es el oral-auditivo que actúa de soporte en la transmisión de la información. Para que la información sea eficaz y recordada, debe ser dada repetidamente y a través del mayor número de fuentes posibles. <sup>(27)</sup>

El emisor: Es el sujeto que comunica primero y toma la iniciativa de la comunicación, las características propias de esta persona van a condicionar la forma de comunicación, sus peculiaridades culturales, el sistema social en que se encuentra, su nivel de instrucción y sus actitudes en general influirán de manera decisiva en la manera de comunicarse. Si el emisor, pretende ejercer alguna influencia en el receptor deberá poseer dos cualidades complementarias: resultarle atractivo (la apariencia física es influyente, un aspecto afable, un tono de voz amable, capta mejor la atención del interlocutor) y ser digno de crédito (cualidad de ser creíble como persona y como profesional ante los demás, si una persona pierde credibilidad en el plano profesional

inspira desconfianza y no se valora sus mensajes).

(27)

El receptor: Es el que recibe el mensaje, para lo cual es posible que posea capacidad de escucha y atención, al igual que ocurría con el emisor la recepción del mensaje también depende de las características psicosociales del individuo receptor, que depende de su personalidad su ámbito sociocultural, su nivel de instrucción y sus habilidades de comunicación. Sin embargo, esto de emisor y receptor se intercambian durante el proceso.

El código: Es el conjunto de claves, imágenes, lenguaje, normas, etc. Es necesario hablar el mismo idioma que ellos ponerse en su lugar, explicarles con términos sencillos de acuerdo a su edad, su nivel de conocimientos, grupo social. Otro elemento importante es de la comunicación son: los contextos (depende en gran parte la interpretación que el receptor haga del mensaje, por lo general la enfermera adopta el papel activo y el familiar la pasiva o dependiente), los ruidos (son todas las alteraciones de orden físico), los filtros (hacen

referencia a las barreras mentales, que surgen de los valores, experiencias conocimientos, expectativas, prejuicios, etc.).<sup>(27)</sup>

### **2.2.2.2 Proceso de comunicación**

Es una intervención activa, de forma dinámica, de todos elementos descritos anteriormente, creando una serie organizada en los que todos intervienen en mayor o menor grado, en uno o varios momentos de la secuencia. ¿Para que este proceso sea exitoso, es fundamental que el emisor tenga una serie de objetivos preguntándose qué es lo que quiero decir?, luego codificar ideas, sentimientos o pensamiento que quiero transmitir, adaptándolos al código que haya previsto utilizar. En este momento hay que tener en cuenta el hecho de que los filtros por parte del emisor se han activado a la hora de codificar el mensaje o incluso antes, cuando se han planteado los objetivos de la comunicación.<sup>(28)</sup>

El tercer momento es la transmisión, para lo cual se usa el canal concreto, que consideramos adecuado para que, utilizando un código común con el

receptor, se facilite que la comunicación sea correcta, es decir una vez que el emisor tiene claro que es o que quiere decir, lo codifica y lo transmite, utilizando para ello la voz o la escritura.

Una vez que el mensaje es transmitido por el emisor van a entrar en escena los ruidos y los filtros (barreras mentales del emisor y el receptor; prejuicios; ideas preconcebidas), dificultando ambos que el mensaje llegue al receptor en las mejores condiciones de calidad para su recepción adecuada, recepción que se constituye en el cuarto punto del proceso. En este punto hay que considerar el estrés al que está sometido el familiar del paciente interfiere en muchas ocasiones en su capacidad de escucha, atención y asimilación.<sup>(28)</sup>

Tras la recepción, lo siguiente sería de decodificación en la cual el receptor, a través de un proceso interno, y sobre la base de sus experiencias y conocimientos, interpreta el mensaje. En este momento interfieren los filtros por parte del receptor; así como posibles problemas con relación al conocimiento y uso adecuado del código por parte del mismo. Independientemente de que nuestros

órganos de los sentidos funcionen correctamente a la hora de captar el mensaje, el saber escuchar es el gran paso para realizar una correcta interpretación. (Decodificación) de este mensaje. Luego se pone en marcha lo que denominamos “intención”, se refiere a la pregunta que se hace el receptor de que me ha querido decir. Se produce a partir de la utilización de todos los elementos y componentes que intervienen en el proceso. La intención se ajusta a la interpretación que hace el receptor sobre los objetivos del emisor, y si el proceso de la comunicación se ha desarrollado adecuadamente la intención coincidiría con los objetivos. Sin embargo, algunas veces no coinciden objetivos e intención y es que, uno de los problemas es la interpretación del mensaje, que es subjetivo. <sup>(28)</sup>

Para mejorar el entendimiento familia y profesional se puede utilizar la técnica conocida como “Círculo Interactivo de Comunicación” que es pedirle al familiar que repita lo que se le ha dicho para saber lo que ha entendido, esto para evaluar al familiar, mejorar la comunicación y remarcar el mensaje. <sup>(28)</sup>

El elemento feedback, se viene desarrollando desde antes que el emisor y receptor se encuentren y se dispongan a comunicar y supone la atención a los signos que van percibiendo el uno del otro, que servirá información con el fin de evaluar la calidad de información recibida y percibida, para devolver el feedback de que estamos escuchando y entendiendo se puede realizar con movimientos de cabeza de afirmación. <sup>(28)</sup>

El lenguaje ayuda a clarificar el mensaje por eso resulta importante . siempre utilizarlas palabras correctas, para lograr una mejor comunicación. Esto requiere un amplio vocabulario que se pueda usar responsable y apropiadamente de acuerdo con cada situación. Por lo tanto, hay que evitar los modismos y las Jergas. Para atraer la atención del familiar paciente hay que considerar el nivel intelectual, su padecimiento, conflictos emocionales etc. Se necesita cautivar a la persona pues mientras más interesada este más fácil podrá convencerla y persuadirla. <sup>(28)</sup>

Muchas veces es más importante como lo decimos de lo que decimos. Saber mirar es la habilidad más



importante en el impacto personal. Los ojos son la única parte del sistema nervioso central que tiene contacto directo con otra persona. En el comportamiento visual hay que evitar desviar la mirada ya que el familiar del paciente puede sentir que no está bien atendido o puede sentir algún tipo de temor. La posición física puede ser un reflejo de la posición mental y esto puede afectar la efectividad frente a las personas que te observan o te escuchan. Un lenguaje corporal inapropiado puede ser interpretado como falta de interés hacia el otro y por lo tanto distanciamiento.

Las expresiones de la cara son las que hacen que parezcamos más abiertos o más cerrados, distantes o más cercanos ante las personas con las que nos comunicamos. A través de la sonrisa se puede transmitir confianza, seguridad, energía, emoción y entusiasmo ante el familiar del paciente. Estudios demuestran que la sonrisa natural en las personas causa que sean mejor aceptadas.

El Respeto, Interés positivo y Aceptación del individuo tal como es, Trato a la persona como un

Individuo con capacidad emocional (hasta existir evidencia de un Trato distinto).

Toda comunicación presenta dos aspectos: el contenido y la relación, de tal manera que el segundo engloba el primero y por consiguiente se convierte en comunicación.

Todo intercambio de comunicación es simétrico o complementario, según que esté fundamentado en la igualdad o la diferencia.

La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los dos interlocutores.

"La enfermedad una forma de comunicar" también es muy interesante observado desde el punto de vista de la enfermería. En él se hace una introducción a la somatización que definen como "lenguajes simbólicos con los que nosotros queremos decir a nosotros mismos, o a nuestro entorno, que tenemos conflictos, ya sean personales, familiares, psico-sociales, o espirituales; que nuestros sentimientos reales no pueden ser expresados ya que estos son censurados o

prohibidos por miedos, moralidades por el que dirán etc. <sup>(28)</sup>

### **2.2.2.3 La comunicación en enfermería**

La mayoría de los profesionales de enfermería dedican gran parte de su tiempo a comunicarse con sus pacientes y familiares, a hablarles, escucharlos y responderles. Lo que podemos decir que los cuidados de enfermería se desarrollan a través del dialogo y la escucha. Por lo tanto, si el profesional de enfermería sabe comunicarse adecuadamente y entablar una relación acertada dentro del contexto sanitario tiene asegurado su éxito profesional. <sup>(29)</sup>

No obstante, uno de los problemas fundamentales de los actuales sistemas sanitarios es precisamente la enorme insatisfacción que existe en los enfermos en las relaciones personales y en los procesos de comunicación con los profesionales sanitarios. Las quejas más frecuentes que presentan los pacientes y familiares son que no se prestan la atención adecuada a sus problemas y el escaso tiempo del que disponen para su explicación son, además señalan que no reciben respuestas satisfactorias a sus inquietudes y que no participan en las

decisiones de su tratamiento. Algunos estudios han puesto de manifiesto que los pacientes comprenden menos del 50% de lo que el profesional sanitario le dice.

La comunicación para la salud busca la modificación del comportamiento humano y de los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protege a los individuos del daño.<sup>(29)</sup>

#### **2.2.2.4 Tipos de comunicación**

Los mensajes se pueden transmitir de forma verbal y no verbal. Estas formas están estrechamente relacionadas durante la interacción interpersonal que mantenemos a diario. Mientras los individuos hablan se expresan también mediante movimientos, tonos de voz, expresión de mirada, etc.<sup>(30)</sup>

##### **A. Comunicación Verbal**

Consiste en la comunicación expresada por medio de palabras habladas o escritas. El lenguaje se define como el conjunto de palabras, su

pronunciación y el sistema para combinarlas para que sean entendidas por el receptor. Es un código que transmite un significado específico.

El lenguaje es solo eficaz cuando el emisor y el receptor comprenden claramente el mensaje, es decir "están en la misma sintonía".

Además de escuchar las palabras y los sonidos, las personas reconocen que otros factores, como el tono de voz, su calidad y sus amplificaciones influyen en el mensaje y son componentes esenciales de la valoración de esa comunicación transmitida. Cuando una persona se comunica verbalmente, también transmite, junto con las palabras que usa, la personalidad de ella misma, sus valores y emociones, incluyéndolas en la comunicación verbal. <sup>(30)</sup>

- **Entender el lenguaje empleado:**

Una palabra puede tener muchos significados y es de fundamental importancia identificar el significado apropiado en el contexto en el cual se está empleando. En la enfermería y la medicina se utilizan muchos términos técnicos; si el enfermero

emplea estos términos con frecuencia, el paciente puede sentirse confundido y ser incapaz de seguir las instrucciones. Para ello se deberá de expresar términos que el paciente comprenda, para que la comunicación sea eficaz. <sup>(30)</sup>

- **Interpretación del mensaje:**

En el proceso de comunicación actúan tres componentes esenciales: comunicador, mensaje, y receptor. La comunicación no ocurre a menos que un mensaje sea recibido y se actúe de acuerdo a él. Es necesario disponer de tiempo para que el receptor asimile los pensamientos o sentimientos del transmisor. <sup>(30)</sup>

- **Momento:**

El mejor momento para la comunicación con una persona o con un grupo, hay que determinarlo de antemano, un tiempo conveniente para discutir el problema; esto aumenta la calidad de la discusión.

Consideración del tono y la inflexión de la voz:

La voz de una persona puede ser agradable o desagradable. La entonación de la voz del orador

puede modificar en forma extraordinaria e increíble el significado de un mensaje.

La comunicación verbal es más eficaz cuando se expresa a una velocidad o ritmo adecuado. La velocidad con la que se pronuncia un mensaje, junto con la presencia y/o ausencia de longitud de las pausas, pueden determinar el grado de satisfacción del oyente con respecto a la comunicación. <sup>(30)</sup>

**- Saber escuchar:**

Es una destreza por medio del cual una persona de forma consciente y voluntaria pone su atención en otra de modo que pueda oír lo que se le está diciendo. Escuchar no es un proceso pasivo, requiere de máxima concentración y esfuerzo. Para ser eficaces en el proceso de la comunicación, no solo hay que hablar bien, sino que escuchar atentamente cuando una persona habla. Cuando escuchamos, descubrimos puntos de vista de la otra persona. Escuchar, al igual que hablar, es importante para el proceso de comunicación.

Muy frecuentemente a causa de la educación, de la experiencia en el trabajo y de las situaciones cotidianas, la persona puede desarrollar malos

hábitos para escuchar. Estos hábitos implican un método incompleto o deficiente, para manejarnos nosotros mismos. Es importante que tratemos de refrenar el efecto de los esos malos hábitos e intentar mejorarlos. (28)

**Saber detectar lo que no se dice:**

En el curso de una conversación, el que habla no siempre revela la verdadera naturaleza de su diálogo. Puede emplear una variedad de frases y de palabras que pueden implicar su significado y deja la tarea de aclarar ese significado al receptor. El interlocutor atento deberá entonces hacer preguntas que ayuden al que habla a ser más directo en sus ideas o sentimientos, para realmente detecta lo que “no se está diciendo que es importante”.

Las personas transmiten una diversidad de mensajes y en esta variedad puede quedar enmascarado el verdadero. Hay factores que prohíben (o impiden) a la persona ser directa, estos son:

- Falta de confianza en sí mismo.
- Temor de ser rechazado por lo que se dice.



- Deseo de ser siempre aceptado por el otro.
- El contenido del diálogo, el cual es perturbador para el que habla.
- Temor de violar los criterios morales del otro.
- Ausencia de deseo de que se descubra la verdad.
- Incapacidad para aceptar los cambios que puedan requerirse, como consecuencia del diálogo entablado.
- Darse cuenta de que el tema en este momento no resistirá una confrontación directa.

La gente con problemas de salud a menudo desea información y aún titubean para preguntar directamente por ésta, quedándose muchas veces con dudas al respecto. (29)

### **B. Comunicación No Verbal.**

Es habitual hablar de comunicación en términos de expresión verbal y no verbal. La comunicación no verbal es el intercambio de un mensaje sin la utilización de palabras. Dicha comunicación puede resultar extraordinariamente importante, en especial en situaciones de crisis, cuando las palabras pueden

fallar por completo, o no ser suficientes para transmitir lo que se siente. Los gestos comunican ciertos estados emocionales que las palabras pueden tender a ocultar. La comunicación mediante el tacto es con frecuencia, más significativa que las palabras. Los códigos de comunicación no verbal se han clasificado en lenguaje de signos y en lo que se conoce como "lenguaje de objetos", comprendiendo toda la exposición intencional y no intencional de objetos materiales, tales como instrumentos, máquinas, objetos de arte, etc.

Los canales de comunicación gustatorio y olfatorio son de especial importancia para los enfermos y para los que intentan ayudarles, ya que los diversos sabores y olores característicos de los centros sanitarios portan innumerables mensajes que se perciben de forma diferente. <sup>(30)</sup>

La comunicación no verbal es el lenguaje corporal:

- **La apariencia:**

El aspecto de un individuo es una de las primeras cosas que se observa durante un encuentro interpersonal. Las características físicas, la forma de

vestir y arreglarse proporcionan pistas respecto al estado de salud, cultura, nivel económico y social, entre otros. <sup>(30)</sup>

- **Contacto físico:**

Existen contactos simbólicos, tales como dar palmadas en la espalda y las diversas formas de estrecharse la mano. Fuera de la familia, el contacto corporal se halla principalmente restringido a las manos. Hay grandes diferencias interculturales en el contacto corporal. Muchos mensajes como el afecto, el apoyo emocional, los ánimos, la ternura y la atención personal se transmiten mediante el contacto físico. <sup>(30)</sup>

- **Proximidad física:**

Tiene importancia principalmente en relación con la intimidad y la dominación. El grado normal de proximidad varía según las diferentes culturas. El significado de la proximidad física varía según los entornos físicos; la proximidad hasta el punto de llegar al contacto corporal en un ascensor no tiene ningún significado afiliativo y es de hacer notar que en este caso se evitan la conversación y el contacto

ocular. Un individuo tiende a mantener y defender su derecho exclusivo al espacio. En las interacciones sociales los individuos mantienen conscientemente las distancias entre ellos. El espacio personal es individual y móvil; se mueve junto con el individuo. La amenaza de intrusión en el espacio personal provoca una respuesta defensiva que impide una comunicación eficaz. <sup>(30)</sup>

**- Postura corporal:**

La manera en que los individuos se sientan permanece de pie y se mueven es una forma visible de expresión. La postura y la forma de comunicar reflejan emociones, el concepto de uno mismo y el grado de salud. Una postura erguida y una forma de andar rápida y decidida comunican una sensación de bienestar y seguridad. Una postura "vencida" y un caminar lento y vacilante pueden indicar depresión o algún tipo de malestar. <sup>(30)</sup>

**- Gestos:**

Son movimientos de manos, de la cara, de los pies y otras partes del cuerpo. Algunos tienen como objetivo comunicar mensajes definidos, en cambio otros son signos sociales involuntarios que pueden o

no, ser interpretados correctamente por los demás. Cuando una persona se excita emocionalmente realiza movimientos corporales difusos, aparentemente sin sentido.

-

### **Funciones de la comunicación no verbal:**

La comunicación no verbal tiene varias funciones:

- Complementa, y en algunas oportunidades, sustituye a las comunicaciones verbales.
- Puede confirmar o repetir lo que se ha dicho verbalmente y con la misma intensidad y aun mayor.
- Puede también negar o contradecir lo dicho verbalmente.
- Puede también reforzar el contenido verbal, agregándole intensidad.
- Puede iniciar temas nuevos no explicitados todavía por el lenguaje verbal.
- Puede utilizarse para mandar claves de control o regulación, no explicitadas verbalmente.
- Comunica actitudes, emociones y estados de ánimo.

- Los elementos simples de la comunicación no verbal (sonrisa, mirada, contacto físico de cortesía, etc.), son comportamientos pueden ser fácilmente simulados.
- La mayor parte de las comunicaciones no verbales desencadenan actitudes recíprocas en el interlocutor si no se es consciente de ellas.

### **C. Apoyo emocional.**

El apoyo emocional es la capacidad de hacerle sentir al usuario, es hacerlo sentir querido, escuchado, útil y poder proporcionarle cierto "bienestar".

Existen técnicas o habilidades que los profesionales de enfermería deben tener para tratar a las personas. Existen diferentes tipos de apoyo emocional; se compone de la empatía, el cuidado, la confianza es la más importante, y el que más necesita un paciente.

Las emociones más específicas dan lugar a ademanes particulares: cerrar el puño (agresión),

tocarse la cara (ansiedad), rascarse (auto-reproche), restregarse la frente (fatigado), entre otros. <sup>(30)</sup>

Una persona al hablar mueve los brazos, el cuerpo y la cabeza continuamente, estos movimientos están estrechamente coordinados con su lenguaje y forman parte de la comunicación en su totalidad. Actúan como "refuerzos", es decir, recompensan y estimulan lo que ha sucedido con anterioridad y pueden emplearse para hablar de nuevo. Las inclinaciones de cabeza también juegan un papel importante en la sincronización de la conversación. Los gestos se combinan en expresiones y otras señales no verbales para formar mensajes específicos. <sup>(30)</sup>

Las emociones pueden reconocerse hasta cierto punto a partir solamente de una expresión facial. La expresión facial actúa mejor como una forma de proporcionar Feedback (retroacción o retroalimentación) sobre lo que está diciendo el otro. El movimiento de las cejas proporciona una interpretación continua. Frecuentemente los individuos no perciben de los mensajes que transmiten sus expresiones. La confusión creada por

mensajes y expresiones contradictorios puede atenuarse proporcionando una retroalimentación clara. Cuando las expresiones del rostro no manifiesten mensajes claros se debe intentar utilizar la retroalimentación verbal para asegurarse de las intenciones del orador. <sup>(30)</sup>

El contacto visual generalmente indica el deseo de comunicarse. Al mantener el contacto visual durante una conversación, los interlocutores comunican mutuo respeto y muestran el deseo de escuchar. Mantener el contacto visual permite observar estrechamente al otro.

La ausencia de contacto visual muchas veces es indicativa de ansiedad, una actitud defensiva, malestar y falta de confianza al comunicarse. En algunas culturas el contacto visual se considera un atrevimiento, una amenaza o un perjuicio de cualquier tipo, lo que siempre se debe tener en cuenta al entablar una comunicación. El contacto visual es una parte importante de las expresiones del rostro. Los movimientos de los ojos comunican no solo sentimientos, sino también emociones. <sup>(31)</sup>



## **Teoría de enfermería de interrelación enfermero – paciente:**

El modelo teórico interpersonal que destaca la relación entre el paciente y el personal de enfermería tuvo sus inicios en la escuela de la interacción la cual apareció a finales de los años 50 y principios de los 60. Meleis (1991), sostiene que en esta época hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas. <sup>(32)</sup>

Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela son: Hildegarde Peplau, Josephine Paterson, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiediribuch e Imugene King (25). Las cuales se inspiraron en las teorías de la interrelación la cual considera el cuidado como un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda y comprometerse en el contacto. <sup>(33)</sup>

Peplau (1952), pionera de la escuela de interacción, publicó su libro titulado "las relaciones interpersonales en enfermería" en el describe la enfermería, como un proceso interpersonal terapéutico la cual se trata de una relación humana entre una persona enferma que tiene necesidades y una enfermera formada en forma

adecuada con el fin de reconocer sus necesidades de ayuda.

Asimismo, Orlando Ida define el cuidado como: una interacción entre la enfermera y la persona que tiene una necesidad de ayuda en el cual se establece un proceso de interrelación mutua con el fin de mejorar su salud. <sup>(33)</sup>

Calixta Roy sostiene que los cuidados de enfermería se centran sobre todo en el paciente que está llamada a responder a los estímulos que se presentan a causa de su posición sobre el continuum salud-enfermedad donde, el papel de la enfermería es promover la adaptación requerida para la interrelación. <sup>(34)</sup>

Gertrud B. Ujhely sostiene que la enfermera debe ser perfectamente consciente de que es humana, y que la relación enfermera paciente se centra sobre todo en la ayuda que se da al paciente para que pueda superar la enfermedad.

La enfermería humanística considera la enfermería en sí misma como una forma particular de diálogo humano es así que Josephine Paterson (1973) empleó el término "diálogo" para denotar un concepto más amplio que el de la típica definición se refiere a un diálogo vivo

el cual implica comunicación, pero entendido en un sentido mucho más general. Su empleo está restringido a la noción de enviar y recibir mensajes verbales y no verbales. <sup>(35)</sup>

Aquí más bien se le conceptúa como: términos de llamados y respuesta: La enfermería implica un tipo especial de encuentro entre seres humanos que tiene lugar en respuesta a una necesidad percibida como relativa a la cualidad de salud y enfermedad propia de la condición humana.

Por lo tanto, la enfermería no implica un encuentro meramente fortuito sino más bien un encuentro en el que hay un llamado y una respuesta con fines determinados. Es desde este punto de vista que se considera la enfermería humanística como un tipo de dialogo vivo.

Travelbee (1971) según su modelo de relación persona a persona la relación al inicio es una experiencia o serie de experiencias, que se da entre la enfermera y el receptor de sus cuidados con el fin de satisfacer las necesidades de enfermería que presenta el paciente, la relación se establece cuando la enfermera y el receptor de sus cuidados consiguen un acercamiento que se da

cuando: "La enfermera es capaz de conseguir el acercamiento porque posee los conocimientos necesarios y las actitudes personales para ayudar a las personas enfermas y porque es capaz de predecir, apreciar y responder a la individualidad de cada ser humano enfermo".<sup>(36)</sup>

Para Martha Roger, el objetivo de su teoría es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. La enfermera debe dirigir, redirigir los patrones de interacción existentes entre el paciente y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud.<sup>(37)</sup>

Según Phaneuf, (1993) sostiene que una de las competencias del profesional de enfermería es el de establecer una relación enfermera-paciente y ello se logra a través de la comunicación terapéutica, ya que permite establecer lazos significativos entre enfermera y paciente. En ella se manifiesta la aceptación, el respeto común y la comprensión empática que ayuda al paciente cuando se enfrenta a una dificultad especial.<sup>(38)</sup>

### **2.3 Definiciones de términos básico**

- **Comunicación:** Proceso mediante el cual se transfiere una idea o mensaje desde una fuente, que se denomina emisor; a un receptor, con la intención de modificar su comportamiento.
- **Comunicación verbal:** Es la comunicación expresada por medio de palabras habladas o escritas.
- **Comunicación no verbal:** La comunicación no verbal es el intercambio de un mensaje sin la utilización de palabras. Los gestos comunican ciertos estados emocionales que las palabras pueden tender a ocultar.
- **Ansiedad:** - Es una emoción situación potencialmente ansieógena, experiencia subjetiva del individuo que se acompaña de cambios fisiológicos y cambios en el comportamiento expresivo de los pacientes frente a la intervención quirúrgica al que va a ser sometido el paciente. Para su mejor comprensión será medido en; ansiedad leve, ansiedad moderada y ansiedad grave.

## **CAPITULO III**

### **VARIABLES E HIPÓTESIS**

#### **3.1 Definición de las variables**

**Variable 1:** Comunicación del profesional de enfermería.

##### **Dimensiones:**

Dimensión comunicación verbal.

Dimensión comunicación no verbal.

Apoyo emocional

**Variable 2:** Nivel de ansiedad del paciente hospitalizado.

### 3.2 Operacionalización de variables

#### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	DIMENSIONES	ITEMS	Tipo de variable/Escala de medida	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
COMUNICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comunicación verbal.</li> <li>➤ Comunicación verbal. no</li> <li>➤ Apoyo emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Características de la comunicación verbal (claridad, uso de terminología, mensaje)</li> <li>- Nivel de información sobre el problema de salud.</li> <li>- Nivel de comunicación con familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ del 01 al 07.</li> <li>➤ del 08 al 15.</li> <li>➤ del 16 al 24.</li> </ul>	Variable cualitativa ordinal/escala ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comunicación Favorable: de 77 a 96 puntos.</li> <li>➤ Comunicación Regular. 53 a 76.</li> <li>➤ Comunicación Desfavorable: de 24 a 52 puntos.</li> </ul>
NIVEL DE ANSIEDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización de familiares.</li> <li>• Ausencia de familiares.</li> <li>• Incapacidad temporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad ante la incertidumbre sobre el estado de salud</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Me siento "a punto de explotar"</li> <li>2. Me da mucho miedo morir.</li> <li>3. Estoy</li> </ol>	Variable cualitativa ordinal/escala ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de Alarma: de 0 a 6 puntos.</li> <li>• Nivel de Resistencia: de 7-12 puntos. Empieza a tener un problema.</li> <li>• Nivel de Agotamiento: Más</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de ansiedad frente a un ambiente nuevo, rodeado de desconocidos.</li> <li>- Sentimientos de incompetencia al no poder realizar sus actividades cotidianas.</li> </ul>	<p>inquieto (a) ante la posibilidad de que permanezca mucho tiempo en el tratamiento.</p> <p>4. Separarme de mi familia me provoca tensión.</p> <p>5. Siento que el ambiente hospitalario es tenso.</p> <p>6. Me da miedo que se vayan a presentar complicaciones cuando mi familia no este.</p> <p>7. El tratamiento de mi enfermedad me causa intranquilidad.</p> <p>8. La atención del personal de salud no provoca confianza y seguridad</p> <p>9. Me causa tristeza el depender de una máquina</p>		de 12 Alerta roja.
--	--	---	---	--	--------------------



			<p>para seguir con vida.</p> <p>10. Siento que el personal de salud no me ayuda a sobrellevar la angustia y temor que siento.</p> <p>11. Siento que no cumplo con eficiencia mis obligaciones aún con la preocupación de mi enfermedad.</p> <p>12. Siento que ha disminuido mi interés por las actividades de mi vida diaria.</p> <p>13. Duermo con dificultades.</p> <p>14. Sufro constantemente de dolores de cabeza sensación de ardor en el estómago.</p> <p>15. No puedo dominar mis tensiones y reacciono bruscamente.</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>16. Siento que me enojo fácilmente.</p> <p>17. Mis relaciones familiares están tensas.</p> <p>18. Me siento sobrecargado de problemas.</p>		
--	--	--	---	--	--

### **3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas**

#### **3.3.1 Hipótesis general**

Existe relación significativa entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Clínico Docente Daniel Alcides Carrión, Huancayo. 2017.

#### **3.3.2 Hipótesis específicas**

##### **Objetivos específicos**

- a) Describir las características de la comunicación de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia.
- b) Identificar el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia.

## CAPITULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1 Tipo de investigación

Según el análisis de los resultados, corresponde a una investigación descriptiva, ya que se identificaron las características de los factores evaluados.

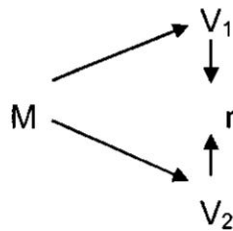
Según el periodo de ocurrencia de los hechos, se define esta investigación prospectiva, ya que se estudiaron hechos del presente.

Según el número de veces en que se miden las variables de estudio, es de tipo transversal, ya que se aplicaron los instrumentos de recolección de datos en un solo momento.

Según el alcance que tiene el investigador con respecto a la manipulación de las variables de estudio, es de tipo observacional, ya que solo se limitó a observar y medir las características de interés en el estudio.

#### 4.2 Diseño de investigación

Se aplicó el Diseño Correlacional ya que tuvo como propósito medir la relación entre la variable independiente y de la variable dependiente.



Dónde:

M: Medición de las características de los datos.

V<sub>1</sub>: Observación 1 de la variable independiente.

V<sub>2</sub>: Observación 1 de la variable dependiente

r : Es el símbolo de la Correlación entre los datos de las dos variables en estudio.

### 4.3 Población y muestra

La población estuvo conformada por los pacientes que recibieron atención en el Servicio de Emergencia, se desarrolló en el tercer del año 2017, siendo el tamaño aproximado de la población de 1696 pacientes atendidos en emergencia.

#### Tamaño de la muestra:

Para el **Tamaño de la muestra**, se hizo uso de la fórmula para proporciones con poblaciones finitas, debido a que se conoce el tamaño de la población:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2(p)(q)(N)}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2(p)(q)}$$

Dónde:

n= Tamaño de muestra.

Z = Valor estandarizado al 95%.

= 1.96

$p = \text{Probabilidad de éxito} = 0.5$

$q = \text{Probabilidad de fracaso} = 0.5$

$e = \text{Margen de error} = 0.08$

$N = \text{Población Total aproximada de pacientes/mes} = 1696$

Reemplazando valores:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(1696)}{(0.08)^2(1695) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$n = 137.4$  pacientes, por tratarse de individuos, la muestra es 137 pacientes.

**El tipo de muestreo** fue probabilístico, ya que toda la población tuvo la misma probabilidad de ser seleccionados aleatoriamente en la muestra.

**La técnica muestral** para este tipo de muestreo, teniendo en cuenta que se trató de una población finita, fue un muestreo aleatorio simple.

#### 4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para la realización del presente proyecto se aplicó la técnica de Encuesta para ambas variables.

##### **Instrumentos.**

- **Test de ansiedad.**

En este instrumento se recogió información para evaluar el grado de ansiedad en los pacientes. Para la validación de los instrumentos se aplicó previamente la prueba piloto a 20 pacientes que no conforman la muestra y luego se procesó con el SPSS V23 IBM, aplicando la prueba de Alpha de Cronbach se evaluó la validez pertinente a los instrumentos de medición.

- **Test de evaluación del nivel de comunicación.**

La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento la escala de lickert modificado, que fue utilizado en el trabajo de investigación del programa de Cybertesis Perú". Fue modificado y adaptado a los datos que queremos obtener, Para evaluar la comunicación enfermera y familia, se aplicó un instrumento que consta de 24 preguntas las cuales tienen afirmación positiva donde se utilizó una escala de Likert de cuatro puntos en donde:

Enunciados	Valor
Nunca	1
Algunas veces	2

Casi siempre	3
Siempre	4

- Comunicación Favorable: de 77 a 96 puntos.
- Comunicación Regular. 53 a 76
- Comunicación Desfavorable: de 24 a 52 puntos.

Estos valores se realizaron de acuerdo a la escala vigesimal del 0 a 20, considerando nota aprobatoria de 11 a 20, donde están incluidos la comunicación favorable y regular.

#### **4.5 Procedimientos de recolección de datos:**

Para el desarrollo de la tesis estudiada se llevó a cabo el siguiente esquema:

- a) Formulación y aprobación de proyecto de Tesis
- b) Validación y confiabilidad de los instrumentos.
- c) Autorización de la Gerencia general del hospital.
- d) Coordinación y equipo de trabajo aplicar instrumento en cada profesional de enfermería
- e) Firma de consentimientos de los pacientes de emergencia.
- f) Aplicación de los instrumentos.
- g) Procesamiento de los datos.
- h) Elaboración de cuadros y gráficos estadísticos en función a los datos procesados.



#### **4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos:**

##### **Técnicas descriptivas:**

Los datos se organizaron en una matriz tripartita de datos utilizando el programa estadístico SPSS versión 20 en IBM, de allí se obtuvieron tablas, gráficos, medidas de dispersión y tendencia central.

##### **Estadística inferencial:**

Las asociaciones entre la variable independiente (comunicación de enfermería) y la variable dependiente (nivel de ansiedad) son evaluadas mediante las correlaciones de Xi cuadrado de Pearson.

##### **Procedimientos a seguir para probar las hipótesis.**

Para el análisis inferencial se siguió con los siguientes pasos:

- Plantear la hipótesis alterna y la hipótesis nula.
- Brindar el margen de error tipo I.
- Elegir el tipo de análisis a ejecutarse según el tipo de variables a correlacionar y o comparar.
- Calcular los valores tabulares y valores calculados según la distribución elegida.
- Determinar el área de aceptación o rechazo de la hipótesis nula o estadística.
- Comparar si el valor calculado de análisis afecta a la zona de la hipótesis nula o de la hipótesis alterna.

## **CAPITULO V**

### **RESULTADOS**

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a los datos de 137 pacientes del el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, según la edad de los pacientes evaluados el más joven tiene 19 años y el más adulto es de 85 años, el promedio de edad es de 46 años  $\pm$  3.6 desviaciones estándar, el tiempo promedio de hospitalización para observación es de 2 días, El 46% de los pacientes son mujeres y el 54% varones, Las tablas se presentan en orden de los objetivos específicos, terminando con la prueba de hipótesis que responde al objetivo general.

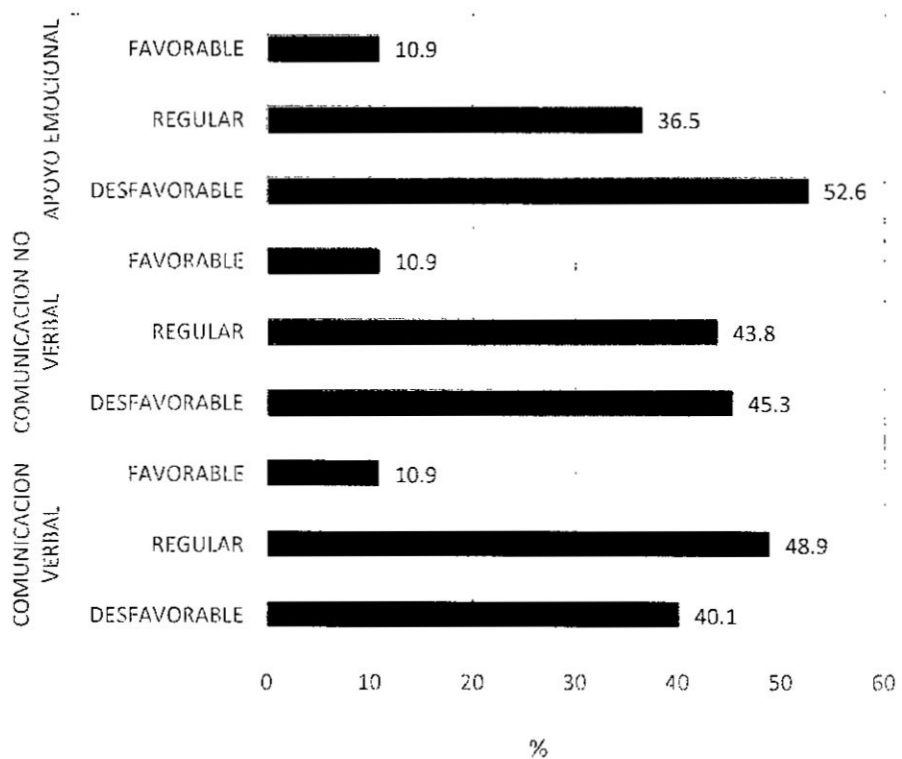
**TABLA N° 5.1**  
**Nivel de Comunicación según sus dimensiones del profesional de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017**

<b>TABLA CONSOLIDADA DE NIVEL DE COMUNICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA</b>		
<b>COMUNICACIÓN VERBAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
DESFAVORABLE	55	40.1
REGULAR	67	48.9
FAVORABLE	15	10.9
Total	137	100.0
<b>COMUNICACIÓN NO VERBAL</b>		
DESFAVORABLE	62	45.3
REGULAR	60	43.8
FAVORABLE	15	10.9
Total	138	100.0
<b>APOYO EMOCIONAL</b>		
DESFAVORABLE	72	52.6
REGULAR	50	36.5
FAVORABLE	15	10.9
Total	138	100.0

El nivel de comunicación de los profesionales de enfermería ha sido evaluada en tres dimensiones, la primera de ellas es la comunicación verbal, esta se presenta regular en el 48.9% y desfavorable en el 40.1%. para la comunicación no verbal, se presentó en la mayoría como desfavorable en 45.3%, seguida de la comunicación regular en el 43.8%, existe un bajo porcentaje de 10.9% de comunicación no verbal favorable. El apoyo emocional fue desfavorable en el 52.6%, regular en el 36.5% y favorable en el 10.9%.

### GRAFICO N° 5.1

**Nivel de Comunicación según sus dimensiones del profesional de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017**

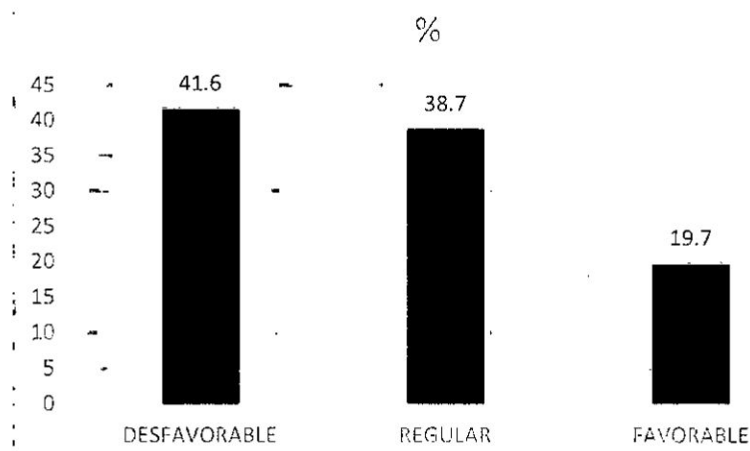


**TABLA N° 5.2**  
**Nivel de Comunicación Enfermera - paciente en el servicio de**  
**emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel**  
**Alcides Carrión de Huancayo, 2018**

<b>NIVEL DE COMUNICACIÓN ENFERMERA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
DESFAVORABLE	57	41.6
REGULAR	53	38.7
FAVORABLE	27	19.7
Total	137	100

En general, la comunicación ha sido catalogada como desfavorable en el 41.6%, es regular en el 38,%, solo es favorable en el 19.7%.

**GRAFICO N° 5.2**  
**Nivel de Comunicación Enfermera - Paciente en el servicio de**  
**emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel**  
**Alcides Carrión de Huancayo, 2017**

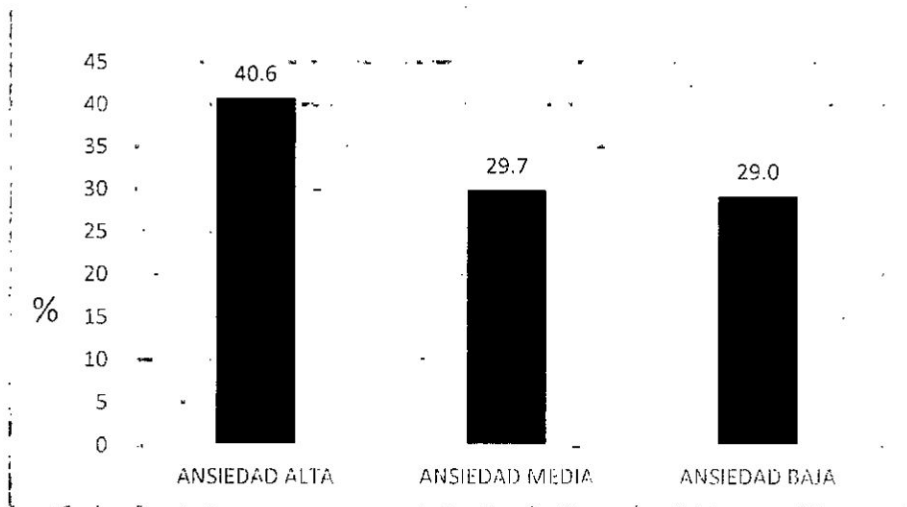


**TABLA N° 5.3**  
**Nivel de Ansiedad de los pacientes del servicio de emergencia del**  
**Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión**  
**de Huancayo, 2017**

NIVEL DE ANSIEDAD	N°	%
ANSIEDAD ALTA	56	40.6
ANSIEDAD MEDIA	41	29.7
ANSIEDAD BAJA	40	29.0
Total	137	100.0

El nivel de ansiedad es alto en el 40.6% de los pacientes, existe un nivel de ansiedad media en el 29.7% y es baja en el 29%.

**GRAFICO N° 5.3**  
**Nivel de Ansiedad de los pacientes del servicio de emergencia del**  
**Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión**  
**de Huancayo, 2017**



## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 6.1. Contrastación de la hipótesis con los resultados

##### I. Formulación de Hipótesis General

a)  $H_a$  : Existe relación significativa entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Clínico Docente Daniel Alcides Carrión, Huancayo. 2017.

b)  $H_0$ : No existe relación significativa entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Clínico Docente Daniel Alcides Carrión, Huancayo. 2017

##### c) Nivel de Significancia

El estudio se trabajó con un nivel de significancia o probabilidad de error del 0.01%

##### d) Establecimiento de la prueba estadística

Prueba de hipótesis para evaluar la asociación entre dos variables de naturaleza cualitativa y con número de categorías similares, fue la tabla de contingencias con la prueba de comparación de proporciones  $\chi^2$ .

**TABLA N° 6.1**

**Relación del Nivel de comunicación enfermera – paciente y Nivel de ansiedad del paciente del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017**

NIVEL DE COMUNICACIÓN ENFERMERA FAMILIAR. *NIVEL DE ANSIEDAD			NIVEL DE ANSIEDAD			Total
NIVEL DE COMUNICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	DESFAVORABLE	N	ANSIEDAD ALTA	ANSIEDAD MEDIA	ANSIEDAD BAJA	
			°	51	4	2
		%	37,2%	2,9%	1,5%	41,6%
REGULAR	FAVORABLE	N	5	28	20	53
		°	3,6%	20,4%	14,6%	38,7%
		N	0	9	18	27
		%	0,0%	6,6%	13,1%	19,7%
Total		N	56	41	40	137
		%	40,9%	29,9%	29,2%	100,0%

**TABLA N° 6.2**

**Correlación entre Nivel de comunicación enfermera - paciente y Nivel de ansiedad**

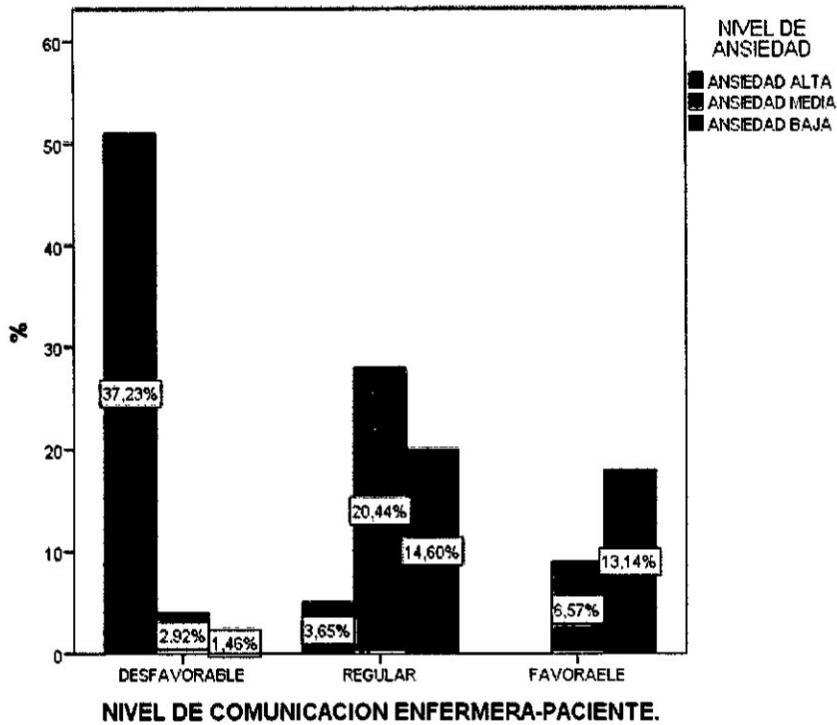
Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	103,369 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	118,918	4	,000
Asociación lineal por lineal	75,230	1	,000
N de casos válidos	137		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,88.



**GRAFICO N° 6.1**

**Relación del Nivel de comunicación enfermera – paciente y Nivel de ansiedad del paciente del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017**



**e) Valor del  $\chi^2$  calculado**

$$\chi^2 = 103.369$$

P valor: 0.000

**f) Decisión estadística**

De acuerdo a los resultados encontrados, se tiene que el nivel de significancia estadística es  $p < 0.01$ , es decir con un p valor = 0.00 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, asumiendo que existe correlación entre el nivel de comunicación y el nivel de ansiedad de los pacientes.

## **Conclusión**

Se concluye que existe asociación significativa estadísticamente entre el nivel de comunicación y el nivel de ansiedad de los pacientes.

## **DISGREGACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL:**

Para su mejor demostración de la hipótesis ha sido disgregada en 3 hipótesis específicas, en las que se comprobó la asociación para cada una de las dimensiones del nivel de comunicación del profesional de enfermería, que son Comunicación Verbal, Comunicación No Verbal y Apoyo Emocional.

### **Formulación de Hipótesis para Comunicación Verbal**

- a)  $H_a$  : Existe relación significativa entre la comunicación verbal del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Clínico Docente Daniel Alcides Carrión, Huancayo. 2017.
- b)  $H_0$  : No existe relación significativa entre la comunicación verbal del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Clínico Docente Daniel Alcides Carrión, Huancayo. 2017.

### **I. Nivel de Significancia**

El estudio se trabajó con un nivel de significancia o probabilidad de error del 0.01%

## II. Establecimiento de la prueba estadística

Prueba de hipótesis para evaluar la asociación entre dos variables de naturaleza cualitativa y con número de categorías similares, se optó por el análisis de  $\chi^2$ .

**TABLA N° 6.3**  
**Relación del Nivel de comunicación verbal y Nivel de ansiedad del paciente en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017**

NIVEL DE COMUNICACIÓN VERBAL Y NIVEL DE ANSIEDAD			NIVEL DE ANSIEDAD			Total
			ANSIEDAD ALTA	ANSIEDAD MEDIA	ANSIEDAD BAJA	
COMUNICACIÓN VERBAL	DESFAVORABLE	N°	51	4	0	55
		%	37,2%	2,9%	0,0%	40,1%
	REGULAR	N°	5	30	32	67
		%	3,6%	21,9%	23,4%	48,9%
	FAVORABLE	N°	0	7	8	15
		%	0,0%	5,1%	5,8%	10,9%
Total		N°	56	41	40	137
		%	40,9%	29,9%	29,2%	100,0%

**TABLA N° 6.4**

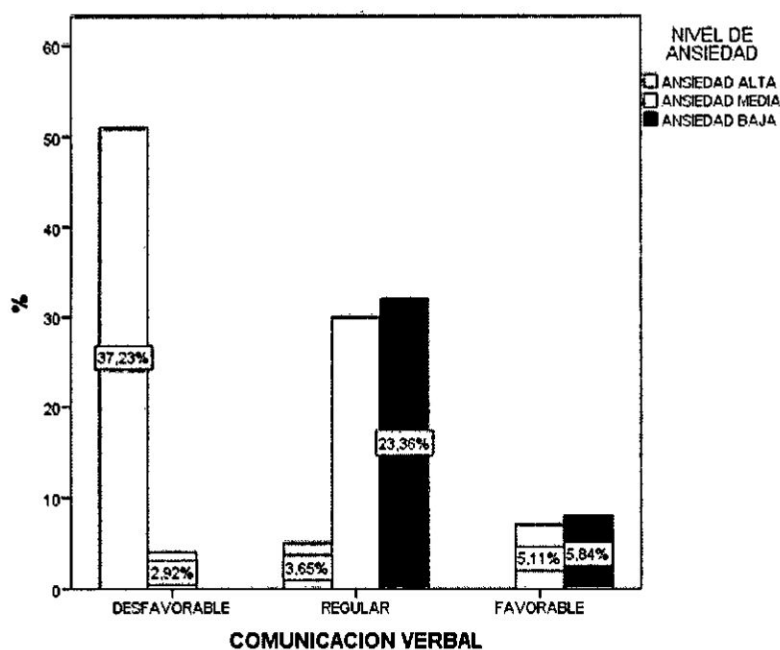
Correlación entre Nivel de comunicación verbal y Nivel de ansiedad

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	103,339a	4	,000
Razón de verosimilitud	126,759	4	,000
Asociación lineal por lineal	73,119	1	,000
N de casos válidos	137		

a. 2 casillas (22,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,38.

**GRAFICO N° 6.2**

**Nivel de comunicación verbal y Nivel de ansiedad en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017**



### **III. Valor del $\chi^2$ calculado**

$$\chi^2 = 103.339$$

$$P \text{ valor} = 0.000$$

### **IV. Decisión estadística**

De acuerdo a los resultados encontrados, se tiene que el nivel de significancia estadística es  $p < 0.01$ , es decir con un p valor = 0.00 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, asumiendo que existe correlación entre el nivel de comunicación verbal y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado.

### **Conclusión**

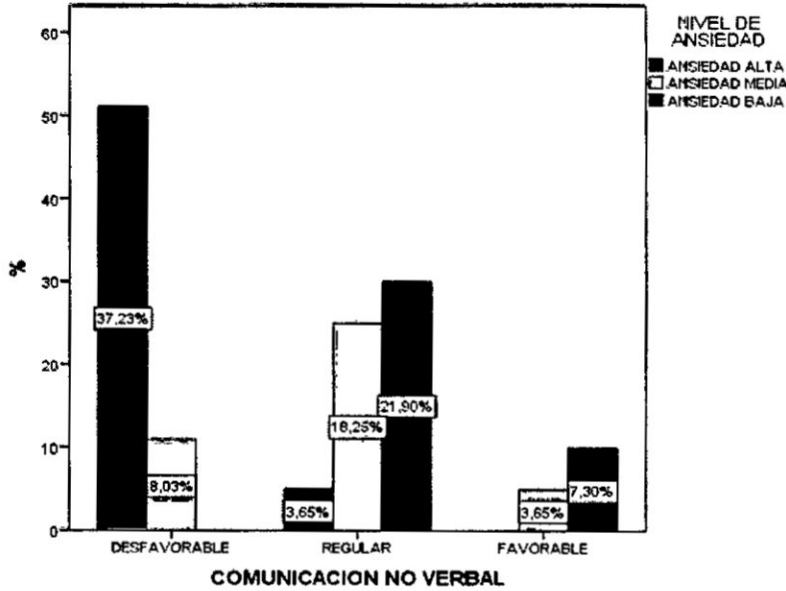
Se concluye que existe asociación significativa estadísticamente entre el nivel de comunicación verbal y el nivel de estrés del paciente, donde se observa que a medida que el nivel de comunicación es desfavorable, es mayor el nivel de ansiedad del paciente.

### **Formulación de Hipótesis para Comunicación No Verbal**

- a)  $H_a$ : Existe relación significativa entre la comunicación no verbal del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del

GRAFICO N° 6.3

Nivel de comunicación no verbal y Nivel de ansiedad en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017



IV. Valor de  $\chi^2$  calculado

$$\chi^2 = 87,757$$

$$P \text{ valor} = 0.000$$

V. Decisión estadística

De acuerdo a los resultados encontrados, se tiene que el nivel de significancia estadística es  $p < 0.01$ , es decir con un p valor = 0.00 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

Conclusión

Se concluye que existe relación significativa estadísticamente entre el nivel desfavorable de comunicación no verbal y el nivel de estrés elevado de los pacientes.

### **I. Formulación de Hipótesis para Apoyo Emocional**

- a)  $H_a$  : Existe relación significativa entre el apoyo emocional del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Clínico Docente Daniel Alcides Carrión, Huancayo. 2017.
- b)  $H_0$  : No existe relación significativa entre el apoyo emocional del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Clínico Docente Daniel Alcides Carrión, Huancayo. 2017.

### **II. Nivel de Significancia**

El estudio se trabajó con un nivel de significancia o probabilidad de error del 0.01%

### **III. Establecimiento de la prueba estadística**

Prueba de hipótesis para evaluar la asociación entre dos variables de naturaleza cualitativa y con número de categorías similares, fue mediante el análisis de  $\chi^2$ .

**TABLA N° 6.7**  
**Relación del Nivel de apoyo emocional y Nivel de ansiedad del**  
**paciente hospitalizado en el Servicio de Emergencia del Hospital**  
**Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de**  
**Huancayo, 2017**

NIVEL NO VERBAL Y NIVEL DE ANSIEDAD		NIVEL DE ANSIEDAD			Total	
		ANSIEDAD ALTA	ANSIEDAD MEDIA	ANSIEDAD BAJA		
APOYO EMOCIONAL	DESFAVORABLE	N°	56	10	6	72
		%	40.9%	7.3%	4.4%	52.6%
	REGULAR	N°	0	26	24	50
		%	0.0%	19.0%	17.5%	36.5%
	FAVORABLE	N°	0	5	10	15
		%	0.0%	3.6%	7.3%	10.9%
Total		N°	56	41	40	137
		%	40.9%	29.9%	29.2%	100.0%

**TABLA N° 6.8**  
**Correlación entre El apoyo emocional y Nivel de ansiedad**

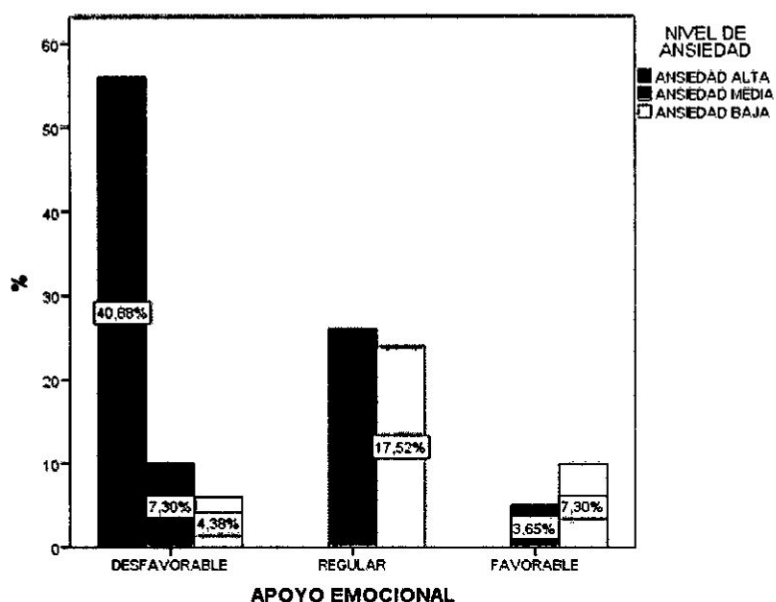
Pruebas de chi-cuadrado	Valor	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	88,944a	,000
Razón de verosimilitud	111,834	,000
Asociación lineal por lineal	64,962	,000
N de casos válidos	137	

a. 2 casillas (22,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,38.



#### GRAFICO N° 6.4

Relación del Nivel de apoyo emocional y Nivel de ansiedad en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2017



#### IV. Valor de $\chi^2$ calculado

$$\chi^2 = 88.944$$

$$P \text{ valor} = 0.000$$

#### V. Decisión estadística

De acuerdo a los resultados encontrados, se tiene que el nivel de significancia estadística es  $p \leq 0.01$ , es decir con un p valor = 0.000 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

## **Conclusión**

Se concluye que existe relación significativa estadísticamente entre la presencia.

### **6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares**

Dentro de la relación enfermera-paciente la comunicación es uno de los factores clave a la hora de prestar los cuidados integrales y de calidad. La comunicación cobra aún más valor en los pacientes hospitalizados ya que es la mejor manera de acercarnos a la persona para conocer cómo se encuentra, que le inquieta o cómo podemos ayudarle. En muchas ocasiones este proceso comunicativo tan importante puede verse relegado a un segundo plano por la falta de tiempo debido a la sobrecarga de trabajo, o por la falta de entrenamiento de los profesionales en estos aspectos.

Este detrimento de la comunicación puede afectar negativamente la calidad de los cuidados y dar como resultado una mala atención a los pacientes que se encuentran delicados.

El estrés hospitalario se presenta desde el momento en que el paciente presenta una dolencia, y este se eleva cuando es necesaria su hospitalización, en un hospital el paciente tiene que seguir un proceso transitorio de adaptabilidad, este proceso tiene que ser llevado mediante el acompañamiento del cuidado del personal de

enfermería a través de la comunicación, entendida esta como las manifestaciones verbales, no verbales y afectivas hacia el paciente.

La presencia del estrés hospitalario es frecuente en la población estudiada, se ha registrado un 40.6% de ansiedad alta y un 29.7% de ansiedad media, esto nos demuestra que la hospitalización es un motivo suficiente para generar ansiedad, esto se produce por que en los hospitales el ambiente es negativo con personas enfermas y muchas veces quejumbrosas por la misma enfermedad, además el personal de salud no suele considerar que el ambiente en el que se encuentran los pacientes suelen ser ajenos a ellos lo cual les genera inseguridad y temor constante.

Entre las características de la ansiedad hospitalaria encontradas del paciente en el Servicio de Emergencia, el 42% refieren que "La atención del personal de salud no provoca confianza y seguridad", sin embargo es necesario entender, según teorías que la confianza es el primer logro que un profesional de enfermería debe tener, a fin de que el paciente logre manifestar todas sus dolencias y su estado de salud biológica o psicológica, por tal motivo el 42% de los pacientes sienten que el ambiente hospitalario es tenso, en el 43% presenta ansiedad cuando les da miedo que se vayan a presentar complicaciones en el momento en que su familia no esté presente. El estrés se presenta casi siempre en las siguientes opciones: Estoy inquieto (a) ante la posibilidad de que permanezca mucho tiempo en el tratamiento,

separarme de mi familia me provoca tensión y el tratamiento de mi enfermedad me causa intranquilidad. Estos estados de ansiedad que el paciente siente ante alguna posible complicación de su estado de salud finalmente influyen de manera determinante en la evolución de su estado biológico, por ello es importante una adecuada comunicación con los profesionales de la salud. Sin embargo, la percepción de los pacientes respecto a la comunicación, esta se caracteriza por ser desfavorable en el 41.6% y regular en el 38.7%, en tanto que es vista como favorable por el 19.7% como se muestra en la Tabla N° 5.2.

Esta comunicación ha sido clasificada según sea comunicación verbal y no verbal, en la comunicación verbal se observa que es regular en el 48.9% y desfavorable en el 40.1%, como se muestra en la Tabla N° 5.1.

Comunicar es uno de los comportamientos humanos más importantes. Es un mecanismo que permite a los individuos establecer, mantener y mejorar sus contactos humanos. Es un proceso multidimensional y complejo. La comunicación es un aspecto esencial en los cuidados de enfermería, considerado como un arte y dejado casi siempre en manos de la intuición e idiosincrasia del profesional de enfermería.

La amplia literatura en el área de la comunicación y relación de ayuda, permiten justificar un abordaje sistemático y fundado para el estudio y aprendizaje de las mejores formas de abordar técnica y humanamente esta crucial faceta del trabajo de enfermería.

El proceso de comunicación entendido como tal y analizado no puede entenderse como la mera transferencia de información de un individuo a otro, sino como un proceso más complejo, continuo y dinámico entre dos personas en el que el emisor debe dejar claro lo que quiere transmitir, pero, además, qué espera del receptor al transmitirle dicha información.

La comunicación verbal se caracteriza por el 27.5% de los pacientes indicaron que: nunca las enfermeras(os) le explican sobre los procedimientos generales que le realizan en su tratamiento, así mismo el 48.6% mencionaron que a veces “Las enfermeras (os) orientan a los pacientes”, el 50.% mencionan que solo algunas veces “Las enfermeras (os) utilizan un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud del paciente”, el 37.7% refieren que “Las enfermeras (os) preguntan sobre los problemas que enfrentan debido a su paciente crítico”. El 26.1% de los pacientes refieren que las enfermeras nunca los saludan, así mismo existen altos porcentajes de incumplimiento de la comunicación del profesional de enfermería

como "Su familiar se siente informado de todos los procedimientos que los profesionales de enfermería realizan durante su hospitalización". (ver tablas en anexos)

La comunicación no verbal también ha sido clasificada como desfavorable en el 45.3%, regular en el 43.8% y favorable en el 10.9%, como se observa en la Tabla N° 5.1, la comunicación no verbal suele ser definitiva para poder transmitir seguridad a los pacientes hospitalizados, el tono de la voz, la mirada, los movimientos corporales indican el interés y entrega del personal hacia su trabajo, mejora las relaciones interpersonales, permite que los pacientes se sientan más tranquilos en su estancia hospitalaria, las principales características de la comunicación no verbal fueron: el 47.1% refieren que algunas veces "Las enfermeras (os) tienen un tono cálido al hablar con los pacientes", el 43.5% refieren que "Las enfermeras (os) explican los procedimientos con paciencia", el 30.4% refieren que "Las enfermeras (os) lo reciben con saludo y con una expresión cordial", solo algunas veces el 42.8% "Las enfermeras (os) prestan atención al paciente cuando estos le preguntan algo". El 56.5% refieren que "Las enfermeras (os) a pesar de estar muy ocupadas se dan tiempo para responder las inquietudes del paciente sin molestarse".

El apoyo emocional, según la percepción de los pacientes, esta ha sido evaluada como de regular apoyo emocional en el 36.5%, el apoyo emocional favorable en el 10.9% y el apoyo emocional desfavorable en el 52.6%, el apoyo emocional se caracteriza por 42% de los pacientes refieren que a veces "Las enfermeras (os) propician la expresión de las emociones de los pacientes", el 72.5% de los pacientes mencionan que nunca y algunas veces "Las enfermeras (os) toman la mano del paciente cuando lo observan triste afligido", el 49.3% refieren que a veces "Las enfermeras (os) observan las angustias de los pacientes y se acercan a tranquilizarlos", el 31.2% algunas veces "Las enfermeras (os) aprovechan las ocasiones para dar ánimos a los pacientes", el 34.1% de los enfermeros nunca "toman la mano del paciente cuando lo observan triste afligido", así mismo mencionan que nunca al inicio del turno las enfermeras (os) mantienen una expresión cordial y respetuosa. Igualmente, que las enfermeras (os) fruncen la frente cuando Ud. o un familiar pregunta repetidas veces sobre el mismo tema, demostrando impaciencia.

El estado emocional de los pacientes, al encontrarse en un lugar nuevo y rodeado por personas desconocidas, suele estar afectado por la tristeza, la depresión, la preocupación por su familia, la preocupación por su estado de salud, por lo que es necesario fortalecer sus emociones a fin de brindarle mayor calma en el proceso

de su enfermedad. Sin embargo, observamos que no todos los profesionales de la salud responden humanamente, muchos de ellos suelen ser indiferentes frente a las emociones que presenta el paciente.

La relación entre el nivel de estrés hospitalario y la comunicación verbal enfermero – paciente, se muestra en la Tabla N° 6.3, se observa que del 40.1% de los pacientes que opinan que la comunicación verbal es mala, el 37.2% presenta un nivel de ansiedad alta ( $p \leq 0.01$ ). Así mismo el 10.9% de los pacientes que refieren que la comunicación verbal es favorable, el 5.8% de los pacientes presentan ansiedad media, esto nos demuestra que el estrés hospitalario del paciente es el factor asociado a la presencia de ansiedad en los pacientes, existen otras causas que conducen a elevar esta ansiedad, entre esas causas se citan la angustia que genera la evolución de su propia enfermedad y el haberse alejado temporalmente de sus hogares.

En la Tabla N° 6.4 se muestra la relación entre el nivel de ansiedad hospitalaria y la comunicación no verbal enfermero – paciente, se observa que el 45.3 de los pacientes que mencionan que la comunicación no verbal es mala, El 37.2% presentan un nivel alto de ansiedad hospitalaria ( $p \leq 0.01$ ), así mismo es posible identificar que



un bajo porcentaje de pacientes que indican que la comunicación no verbal es buena, presentan un nivel bajo de ansiedad hospitalaria llegando a un 7.3% de pacientes.

Se observa la relación entre el nivel de ansiedad hospitalaria y el apoyo emocional enfermero – paciente, se observa que 52.6% pacientes indican que el apoyo emocional de los profesionales de enfermería es desfavorable, de ellos el 40.9% tienen una ansiedad hospitalaria alto, lo cual indica una fuerte asociación entre estas dos variables ( $p \leq 0.01$ ).

En la Tabla N° 6.1, tenemos la comprobación de la hipótesis general, quedando comprobada la asociación entre el nivel de ansiedad hospitalaria y la comunicación enfermero – paciente, aquí tenemos al 41.6% de pacientes que tipifican la comunicación en general como desfavorable, de este grupo el 37.2% tienen un nivel de estrés hospitalario alto ( $p \leq 0.01$ ), de este modo queda comprobada la relación entre comunicación enfermera(o) paciente y el nivel de ansiedad hospitalaria, el 19.7% de pacientes que califican a la comunicación como buena, el 13.1% presenta estrés bajo. Por los resultados encontrados el estrés hospitalario se eleva por una inadecuada comunicación entre el enfermero y el paciente y sus familiares ( $p < 0.01$ ).

Desde enfermería debemos adquirir habilidades para comunicar más y mejor, además de intentar sacar tiempo para estar a pie de la cama con los enfermos para que sientan que enfermería está ahí cuando necesiten contar con sus inquietudes y dudas.

Todo esto se verá reflejado positivamente en la calidad de los cuidados y la visión que los usuarios del sistema de salud tienen de la enfermería.

Nuestros resultados son coincidentes con **Triana, M.**, en Colombia en el año 2016, encontró niveles de ansiedad altos, motivo por el cual incorporé un programa de apoyo en el control de la ansiedad con la participación de la empatía de los profesionales de enfermería. Así mismo para **Busko, M** (2010) en su estudio los resultados más importantes concluyen que un paciente que haya sido hospitalizado sufre de ansiedad que es muy elevada los primeros días de hospitalización.(4)

**Cerrón, Y.** (2012). En su estudio en Colombia, también coincide con nuestros hallazgos ya que la angustia, desesperación, frustración, miedo, impotencia, agresividad, depresión que emiten los pacientes y sus familiares, son causadas por la inconformidad que les produce una mala comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes (11)

Así como en nuestro estudio, **Díaz, A.** encontró relaciones interpersonales de pacientes y profesionales de enfermería, fueron

percibidas y descritas como ineficaces, como fundamento de ello se encontró a la sobrecarga laboral. (12)

El nivel de ansiedad encontrado en este estudio es distinto al hallado por **Quijano, S**, en Lima 70% (21) quien refiere que el nivel de ansiedad es medio, seguido de 17% (05) alto y 13% (04) es bajo; (15) es decir que en este estudio se encontraron mayores niveles de ansiedad. Sin embargo, son muy cercanos a lo hallado por Condori, I. resultados indican que el 75% de pacientes presentaron ansiedad severa.

## CAPITULO VII

### CONCLUSIONES

- a) Existe relación significativa entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia del Hospital en estudio. ( $p < 0.01$ ),  $\chi^2 = 103.369$ .
- b) Las características de la comunicación de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia se caracterizan por ser desfavorable.
- c) El nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia se caracteriza por presentar ansiedad alta en la mayoría de las pacientes.

## **CAPITULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

- a) A la jefatura de enfermería de dicho hospital, se sugiere realizar programas de entrenamiento y aplicación de habilidades sociales dirigidos a los profesionales de enfermería.
  
- b) A los centros de educación superior, que forman profesionales de enfermería, focalizar la formación no sólo a conocimientos fisiológicos o morfológicos sino además humanísticos, sociales, metodológicos, científicos, filosóficos y éticos.
  
- c) A los profesionales de enfermería, poner en práctica la atención humanizada, tratando de entender y sentir de manera empática, las necesidades de los pacientes.
  
- d) Al jefe de servicio, aperturar un sistema de quejas al maltrato del paciente, a fin de corregir oportunamente el maltrato a los pacientes.
  
- e) A la unidad de capacitación del Hospital, realizar capacitaciones sobre la importancia de la comunicación en el control del estrés hospitalario, a fin de que se ponga en práctica durante la relación enfermero – paciente.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvis T. y Col. citado pag.50 RIVERA ÁLVAREZ, Luz Nelly, Triana, Álvaro. Percepción del Comportamientos del cuidado humanizado en enfermería en la clínica del country. 2007.
2. Cerón P. Investigación. Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidados intensivos. Bogotá - Colombia. 2008.
3. Concha Z. Relación entre enfermeras de cuidados intensivos y familiares: indicio para el cambio. España. Isla de Mayorca; 2004.
4. Cuidados enfermeros en la unidad de cuidados intensivos. Editorial Vértice, pág. 04  
[2011books.google.com.pe/.../Cuidados\\_enfermeros\\_en\\_la\\_Unidad\\_de Cuidados.](http://2011books.google.com.pe/.../Cuidados_enfermeros_en_la_Unidad_de_Cuidados)
5. Delgado SM. "Modificación de la práctica de enfermería a través de la reflexión: una investigación participativa. Enferm Intensiva. 2001.
6. Díaz CM. Comunicación enfermera paciente: reflexión sobre la relación de ayuda" documento descargado de <http://aecs.es> Revista española de comunicación en salud. ISSN: 1989.
7. Díaz SA. Investigación: Ampliando horizontes: una experiencia sobre vivencias de los familiares de pacientes críticos". Documento publicado en Nure investigación, n. 10. Noviembre 2004.
8. Elsevierl, S. L. y Sociedad Española de Enfermería Intensiva. Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. Enfermería intensiva.  
<http://www.sciencedirect.com/science/journal/11302399/19/2>.  
Accedido el 20 de octubre.
9. Estrés y Ansiedad. Unidad. capítulo: 3. Pag.52 61. WWW.diariode Sevilla. actualizado 19/12/201.
10. Franco CR. Percepción del familiar del paciente critico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la unidad

- de cuidados intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. Lima - Perú. 2004.
11. Mejía L. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm*, 54. 2006.
  12. Mejías Marianela, Delgado Heriberto. Interacción del personal de Enfermería con los familiares del paciente politraumatizado y su relación con el nivel de estrés de los familiares" Venezuela
  13. Pardavilabelioa M. I. y Vivard C. G., *Enfermería intensiva*. 2012; 23(2):51-66. ORIGINAL: Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 23/05/2012.
  14. Pérez Cárdenas M., Rodríguez Gómez. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Medio de publicación en *Revista de Medicina Intensiva* vol.28-N.05p 237-249. España.
  15. Pérez Fernández Carmen. Comunicación, una necesidad para el paciente familiar una competencia de enfermería. *Revista paginas enferurg.com* vol. I. núm. 03 WWW.Enferurg.com
  16. Pérez Gómez José. *Cuidado Intensivo en el adulto*. Madrid. 4ta edición. Edit Interamericana MC GRAW HILL. 1993.
  17. Santana Cabrera I., Sánchez Palacios M., Hernández Medina T., García Martul M., Eugenio P. Necesidades de los familiares del paciente de cuidados intensivo percepciones de los familiares y del profesional. Publicado *Revista medicina intensiva* 31(6) 273-80. España. 2007.
  18. Van-Der Hofstadt Román, Quiles Yolanda. *Técnicas de Comunicación para Profesionales de Enfermería*. edita Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad. 1ª. Edición, 2006.
  19. [WWW.apa.org/](http://WWW.apa.org/)Centro de Apoyo o APA Help Center, Asociación Americana de Psicología: Tipos de Estrés. 2014.

# ANEXOS



**ANEXO 1: Matriz de consistencia:**

**“ COMUNICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ANSIEDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL CLÍNICO DOCENTE DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO. 2018 ”**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	TECNICA E INSTRUMENTO	VALOR FINAL
<b>Problema General</b> ¿Cuál es la relación entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Clínico Docente Daniel Alcides Carrión, Huancayo 2018?	<b>Objetivo General:</b> Determinar la relación entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Clínico Docente Daniel Alcides Carrión, Huancayo. 2017.	<b>Hipótesis general:</b> Existe relación significativa entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Clínico Docente Daniel Alcides Carrión, Huancayo. 2017..	<b>Variable 1:</b> Comunicación.	Variable 1: Comunicación verbal.  Comunicación no verbal.  Apoyo emocional.	<b>Técnica:</b> Encuesta.          <b>Instrumento:</b> Cuestionario.	Presente  Ausente

			<b>Variable 2:</b>  Nivel de ansiedad.	Variable 2:  - Niveles de ansiedad		
<b>Problemas específicos:</b>  a) ¿Cuáles son las características de la comunicación de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia?  b) ¿Cuál es el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia?	<b>Objetivos específicos</b>  Describir las características de la comunicación de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia.  b) identificar el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia hospitalizados en el servicio de	<b>Hipótesis específicas</b>  - Describir las características de la comunicación de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia.  b) Identificar el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia.	<b>Población:</b>  La población estuvo conformada por los pacientes que recibieron atención en el Servicio de Emergencia, se planifico desarrollarse en el tercer del año 2017, siendo el tamaño aproximado de la población de		<b>Técnica:</b>  Encuesta.	<b>Instrumento:</b>  Cuestionario

	emergencia.		<p>1696 pacientes atendidos en emergencia.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>n = 137.4 pacientes, por tratarse de individuos, la muestra es 137 pacientes.</p> <p>El tipo de muestreo a aplicarse es probabilístico, ya que tendrían la misma probabilidad de ser seleccionados aleatoriamente en la muestra.</p>			
--	-------------	--	---	--	--	--

## ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos

### ESCALA DE LIKERT MODIFICADO: PARA EVALUAR COMUNICACIÓN ENFERMERA - PACIENTE

#### DATOS GENERALES

- **EDAD.**  
18- 35 años.  
36 – 65 años.  
Más de 65 años.

A continuación, presentamos una serie de enunciados que describen los comportamientos de la Enfermera (o), respecto a la comunicación con el paciente:

Las respuestas de lo observado son las siguientes:

NUNCA	1
ALGUNAS VECES	2
CASI SIEMPRE	3
SIEMPRE	4

N°	ÍTEMS	1	2	3	4
COMUNICACIÓN VERBAL					
01	Las enfermeras (os) conversan con Ud.				
02	Las enfermeras (os) orientan a los pacientes.				
03	Las enfermeras (os) explican a los familiares sobre los procedimientos generales que le realiza a su				

	paciente.				
04	Las enfermeras (os) utilizan un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud del paciente.				
05	Las enfermeras (os) preguntan sobre los problemas que enfrentan debido a su paciente crítico.				
06	Las enfermeras (os) pasan frente a los pacientes y los saludan.				
07	Cuando explican algo las enfermeras (os), el paciente se siente informado.				
<b>COMUNICACIÓN NO VERBAL</b>					
08	Las enfermeras (os) tienen un tono cálido al hablar con los pacientes.				
09	Las enfermeras (os) explican los procedimientos con paciencia.				
10	Las enfermeras (os) no frunce la frente cuando un paciente pregunta repetidas veces sobre el mismo tema.				
11	Las enfermeras (os) lo reciben con saludo y con una expresión cordial.				
12	Las enfermeras (os) prestan atención al paciente cuando estos le preguntan algo.				
13	Las enfermeras (os) dialogan serenamente con los pacientes.				
14	Las enfermeras (os) a pesar de estar muy ocupadas se dan tiempo para responder las inquietudes del				

	paciente sin molestarse.				
15	Cuando el paciente pregunta repetidas veces sobre lo que le han explicado las enfermeras (os) responden sin molestarse.				
	APOYO EMOCIONAL				
16	Las enfermeras (os) propician la expresión de las emociones de los pacientes.				
17	Las enfermeras (os) aprovechan las ocasiones para dar ánimos a los pacientes.				
18	Las enfermeras (os) toman la mano del paciente cuando lo observan triste afligido.				
19	Las enfermeras (os) observan las angustias de los pacientes y se acercan a tranquilizarlos.				
20	Las enfermeras (os) muestran preocupación por el estado emocional que presentan los pacientes.				
21	Las enfermeras (os) se muestran atentas y comprensivas con los pacientes.				
22	Las enfermeras (os) Cuando me atienden me siento satisfecho.				
23	Mantienen las enfermeras (os) una relación cercana con Ud.				
24	Las enfermeras (os) Tienen facilidad para acercarse a Ud.				

### ANEXO 3: Instrumento de recolección de datos

#### TEST DE ANSIEDAD: PARA EVALUAR EL NIVEL DE ANSIEDAD DEL PACIENTE

Contesta pensando en tus sensaciones durante las últimas dos semanas desde el ingreso a su hospitalización:

Enunciados	Valor
Nada en absoluto	0
De vez en cuando	1
Dos a tres veces por semana	2
A diario	3
De manera continúa	4

N°	PREGUNTAS	PUNTAJE				
		0	1	2	3	4
01E	Me siento "a punto de explotar".					
02E	Me da mucho miedo morir.					
03E	Estoy inquieto (a) ante la posibilidad de que permanezca mucho tiempo en el tratamiento.					
04E	Separarme de mi familia me provoca tensión.					
05E	Siento que el ambiente hospitalario es tenso.					
06E	Me da miedo que se vayan a presentar complicaciones cuando mi familia no esté.					
07E	El tratamiento de mi enfermedad me causa intranquilidad.					
08E	La atención del personal de salud no provoca confianza y seguridad					

09E	Me causa tristeza el depender de una máquina para seguir con vida.					
10E	Siento que el personal de salud no me ayuda a sobrellevar la angustia y temor que siento.					
11E	Siento que no cumplo con eficiencia mis obligaciones aún con la preocupación de mi enfermedad.					
12E	Siento que ha disminuido mi interés por las actividades de mi vida diaria.					
13E	Duermo con dificultades.					
14E	Sufro constantemente de dolores de cabeza sensación de ardor en el estómago.					
15E	No puedo dominar mis tensiones y reacciono bruscamente.					
16E	Siento que me enojo fácilmente.					
17E	Mis relaciones familiares están tensas.					
18E	Me siento sobrecargado de problemas.					

Se le agradece por su participación.

HUANCAYO,.....2017



## ANEXOS 4: Resultados estadísticos inferenciales

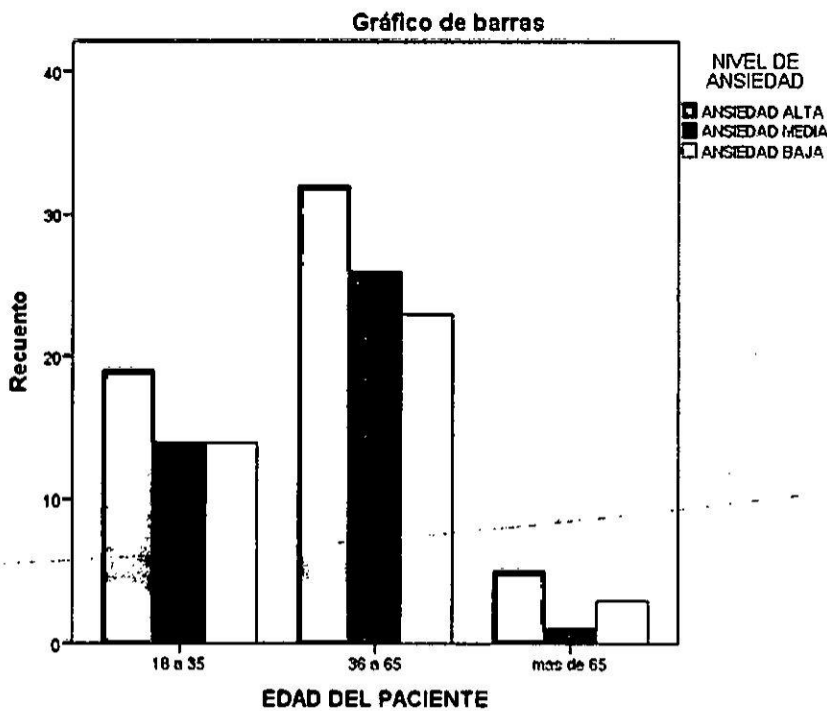
EDAD DEL PACIENTE\*NIVEL DE ANSIEDAD tabulación cruzada

			NIVEL DE ANSIEDAD			Total
			ANSIEDAD ALTA	ANSIEDAD MEDIA	ANSIEDAD BAJA	
EDAD DEL PACIENTE	18 a 35	Recuento	19	14	14	47
		% del total	13,9%	10,2%	10,2%	34,3%
	36 a 65	Recuento	32	26	23	81
		% del total	23,4%	19,0%	16,8%	59,1%
	mas de 65	Recuento	5	1	3	9
		% del total	3,6%	0,7%	2,2%	6,6%
Total		Recuento	56	41	40	137
		% del total	40,9%	29,9%	29,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,783 <sup>a</sup>	4	,776
Razón de verosimilitud	2,070	4	,723
Asociación lineal por lineal	,066	1	,798
N de casos válidos	137		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,63.



## Tabla de frecuencia

		EDAD DEL PACIENTE			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18 a 35	48	34,8	34,8	34,8
	36 a 65	81	58,7	58,7	93,5
	mas de 65	9	6,5	6,5	100,0

### Las enfermeras (os) conversan con Ud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	21	15,2	15,2	15,2
	algunas veces	55	39,9	39,9	55,1
	casi siempre	44	31,9	31,9	87,0
	siempre	18	13,0	13,0	100,0

### Las enfermeras (os) orientan a los pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	23	16,7	16,7	16,7
	algunas veces	67	48,6	48,6	65,2
	casi siempre	35	25,4	25,4	90,6
	siempre	13	9,4	9,4	100,0

### Las enfermeras (os) explican a los familiares sobre los procedimientos generales que le realiza a su paciente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	38	27,5	27,5	27,5
	algunas veces	49	35,5	35,5	63,0
	casi siempre	38	27,5	27,5	90,6
	siempre	13	9,4	9,4	100,0

### Las enfermeras (os) utilizan un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud del paciente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	16	11,6	11,6	11,6
	algunas veces	70	50,7	50,7	62,3
	casi siempre	42	30,4	30,4	92,8
	siempre	10	7,2	7,2	100,0

### Las enfermeras (os) preguntan sobre los problemas que enfrentan debido a su paciente crítico.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	52	37,7	37,7	37,7
	algunas veces	52	37,7	37,7	75,4
	casi siempre	26	18,8	18,8	94,2
	siempre	8	5,8	5,8	100,0

### Las enfermeras (os) pasan frente a los pacientes y los saludan.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	36	26,1	26,1	26,1
	algunas veces	54	39,1	39,1	65,2
	casi siempre	19	13,8	13,8	79,0
	siempre	29	21,0	21,0	100,0

### Cuando explican algo las enfermeras (os), el paciente se siente informado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	23	16,7	16,7	16,7
	algunas veces	49	35,5	35,5	52,2
	casi siempre	40	29,0	29,0	81,2
	siempre	26	18,8	18,8	100,0

**Las enfermeras (os) tienen un tono cálido al hablar con los pacientes.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	14	10,1	10,1	10,1
	algunas veces	65	47,1	47,1	57,2
	casi siempre	37	26,8	26,8	84,1
	siempre	22	15,9	15,9	100,0

**Las enfermeras (os) explican los procedimientos con paciencia.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	28	20,3	20,3	20,3
	algunas veces	60	43,5	43,5	63,8
	casi siempre	36	26,1	26,1	89,9
	siempre	14	10,1	10,1	100,0

**Las enfermeras (os) no frunce la frente cuando un paciente pregunta repetidas veces sobre el mismo tema.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	38	27,5	27,5	27,5
	algunas veces	59	42,8	42,8	70,3
	casi siempre	36	26,1	26,1	96,4
	siempre	5	3,6	3,6	100,0

**Las enfermeras (os) lo reciben con saludo y con una expresión cordial.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	34	24,6	24,6	24,6
	algunas veces	42	30,4	30,4	55,1
	casi siempre	39	28,3	28,3	83,3
	siempre	23	16,7	16,7	100,0

**Las enfermeras (os) prestan atención al paciente cuando estos le preguntan algo.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	13	9,4	9,4	9,4
	algunas veces	59	42,8	42,8	52,2
	casi siempre	45	32,6	32,6	84,8
	siempre	21	15,2	15,2	100,0

**Las enfermeras (os) dialogan serenamente con los pacientes.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	6	4,3	4,3	4,3
	algunas veces	81	58,7	58,7	63,0
	casi siempre	34	24,6	24,6	87,7
	siempre	17	12,3	12,3	100,0

**Las enfermeras (os) a pesar de estar muy ocupadas se dan tiempo para responder las inquietudes del paciente sin molestarse.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	14	10,1	10,1	10,1
	algunas veces	78	56,5	56,5	66,7
	casi siempre	27	19,6	19,6	86,2
	siempre	19	13,8	13,8	100,0

**Cuando el paciente pregunta repetidas veces sobre lo que le han explicado las enfermeras (os) responden sin molestarse.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	22	15,9	15,9	15,9

algunas veces	68	49,3	49,3	65,2
casi siempre	33	23,9	23,9	89,1
siempre	15	10,9	10,9	100,0

**Las enfermeras (os) propician la expresión de las emociones de los pacientes.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	24	17,4	17,4	17,4
	algunas veces	58	42,0	42,0	59,4
	casi siempre	32	23,2	23,2	82,6
	siempre	24	17,4	17,4	100,0

**Las enfermeras (os) aprovechan las ocasiones para dar ánimos a los pacientes.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	27	19,6	19,6	19,6
	algunas veces	43	31,2	31,2	50,7
	casi siempre	45	32,6	32,6	83,3
	siempre	23	16,7	16,7	100,0

**Las enfermeras (os) toman la mano del paciente cuando lo observan triste afligido.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	47	34,1	34,1	34,1
	algunas veces	53	38,4	38,4	72,5
	casi siempre	25	18,1	18,1	90,6
	siempre	13	9,4	9,4	100,0

**Las enfermeras (os) observan las angustias de los pacientes y se acercan a tranquilizarlos.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	40	29,0	29,0	29,0
	algunas veces	58	42,0	42,0	71,0
	casi siempre	17	12,3	12,3	83,3
	siempre	23	16,7	16,7	100,0

**Las enfermeras (os) muestran preocupación por el estado emocional que presentan los pacientes.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	29	21,0	21,0	21,0
	algunas veces	71	51,4	51,4	72,5
	casi siempre	20	14,5	14,5	87,0
	siempre	18	13,0	13,0	100,0

**Las enfermeras (os) se muestran atentas y comprensivas con los pacientes.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	26	18,8	18,8	18,8
	algunas veces	64	46,4	46,4	65,2
	casi siempre	31	22,5	22,5	87,7
	siempre	17	12,3	12,3	100,0

**Las enfermeras (os) Cuando me atienden me siento satisfecho.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	11	8,0	8,0	8,0
	algunas veces	44	31,9	31,9	39,9
	Casi siempre	51	37,0	37,0	76,8
	siempre	32	23,2	23,2	100,0

**Mantienen las enfermeras (os) una relación cercana con Ud.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	35	25,4	25,4	25,4
	algunas veces	69	50,0	50,0	75,4
	casi siempre	19	13,8	13,8	89,1
	siempre	15	10,9	10,9	100,0

**Las enfermeras (os) Tienen facilidad para acercarse a Ud.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	34	24,6	24,6	24.6
	algunas veces	68	49,3	49,3	73.9
	casi siempre	26	18,8	18,8	92.8
	siempre	10	7,2	7,2	100.0

**Me siento "a punto de explotar"**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	de vez en cuando	55	39,9	39,9	39,9
	dos o tres veces por semana	53	38,4	38,4	78.3
	a diario	27	19,6	19,6	97.8
	de manera continúa	3	2,2	2,2	100.0

**Me da mucho miedo morir.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	13	9,4	9,4	9,4
	de vez en cuando	32	23,2	23,2	32.6
	dos o tres veces por semana	34	24,6	24,6	57.2
	a diario	32	23,2	23,2	80.4
	de manera continúa	27	19,6	19,6	100.0

**Estoy inquieto (a) ante la posibilidad de que permanezca mucho tiempo en el tratamiento.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	6	4,3	4,3	4,3
	de vez en cuando	22	15,9	15,9	20,3
	dos o tres veces por semana	47	34,1	34,1	54,3
	a diario	41	29,7	29,7	84,1
	de manera continúa	22	15,9	15,9	100,0

**Separarme de mi familia me provoca tensión.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	17	12,3	12,3	12,3
	de vez en cuando	45	32,6	32,6	44,9
	dos o tres veces por semana	25	18,1	18,1	63,0
	a diario	29	21,0	21,0	84,1
	de manera continúa	22	15,9	15,9	100,0

**Siento que el ambiente hospitalario es tenso.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	56	40,6	40,6	40,6
	de vez en cuando	14	10,1	10,1	50,7
	dos o tres veces por semana	10	7,2	7,2	58,0
	a diario	28	20,3	20,3	78,3
	de manera continúa	30	21,7	21,7	100,0

**Me da miedo que se vayan a presentar complicaciones cuando mi familia no este.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	5	3,6	3,6	3,6
	de vez en cuando	36	26,1	26,1	29,7
	dos a tres veces por semana	54	39,1	39,1	68,8
	a diario	43	31,2	31,2	100,0

**El tratamiento de mi enfermedad me causa intranquilidad.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	10	7,2	7,2	7,2
	de vez en cuando	35	25,4	25,4	32,6
	dos a tres veces por semana	30	21,7	21,7	54,3
	a diario	45	32,6	32,6	87,0
	de manera continúa	18	13,0	13,0	100,0

**La atención del personal de salud no provoca confianza y seguridad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	12	8,7	8,7	8,7
	de vez en cuando	30	21,7	21,7	30,4
	dos a tres veces por semana	34	24,6	24,6	55,1
	a diario	42	30,4	30,4	85,5
	de manera continúa	19	13,8	13,8	99,3

**Me causa tristeza el depender de una máquina para seguir con vida.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	8	5,8	5,8	5,8
	de vez en cuando	22	15,9	15,9	21,7
	dos o tres veces por semana	47	34,1	34,1	55,8
	a diario	46	33,3	33,3	89,1
	de manera continúa	15	10,9	10,9	100,0

**Siento que el personal de salud no me ayuda a sobrellevar la angustia y temor que siento.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	10	7,2	7,2	7,2
	de vez en cuando	21	15,2	15,2	22,5
	dos a tres veces por semana	56	40,6	40,6	63,0
	a diario	40	29,0	29,0	92,0
	de manera continúa	11	8,0	8,0	100,0

**Siento que no cumplo con eficiencia mis obligaciones aún con la preocupación de mi enfermedad.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	12	8,7	8,7	8,7
	de vez en cuando	39	28,3	28,3	37,0
	dos a tres veces por semana	37	26,8	26,8	63,8
	a diario	34	24,6	24,6	88,4
	de manera continúa	16	11,6	11,6	100,0

**Siento que ha disminuido mi interés por las actividades de mi vida diaria.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	57	41,3	41,3	41,3
	de vez en cuando	14	10,1	10,1	51,4
	dos a tres veces por semana	14	10,1	10,1	61,6

a diario	33	23,9	23,9	85,5
de manera continúa	20	14,5	14,5	100,0

**Duermo con dificultades.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	5	3,6	3,6	3,6
	de vez en cuando	36	26,1	26,1	29,7
	dos a tres veces por semana	49	35,5	35,5	65,2
	a diario	30	21,7	21,7	87,0
	de manera continúa	18	13,0	13,0	100,0

**No puedo dominar mis tensiones y reacciono bruscamente.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	18	13,0	13,0	13,0
	de vez en cuando	31	22,5	22,5	35,5
	dos a tres veces por semana	40	29,0	29,0	64,5
	a diario	39	28,3	28,3	92,8
	de manera continúa	10	7,2	7,2	100,0

**Mis relaciones familiares están tensas.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	14	10,1	10,1	10,1
	de vez en cuando	29	21,0	21,0	31,2
	dos a tres veces por semana	34	24,6	24,6	55,8
	a diario	41	29,7	29,7	85,5
	de manera continúa	20	14,5	14,5	100,0

**Mis relaciones familiares están tensas.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nada en absoluto	9	6,5	6,5	6,5
	de vez en cuando	19	13,8	13,8	20,3
	dos a tres veces por semana	49	35,5	35,5	55,8
	a diario	48	34,8	34,8	90,6
	de manera continúa	13	9,4	9,4	100,0