



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Segunda Especialidad en Centro Quirúrgico

**Calidad de cuidado del profesional de enfermería y nivel de ansiedad de
los pacientes en el perioperatorio inmediato. Clínica Santa María.**

Arequipa, 2025

Tesis presentada por:

Suarez Gamio, Ariadna Estela

ORCID: 0009-0000-4475-5761

para optar el Título de Segunda Especialidad en Centro Quirúrgico

Asesora:

Dra. Chocano Rosas de Vizcarra, Teresa Jesus

ORCID: 0000-0003-1610-4819

Arequipa - Perú

2026

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CENTRO QUIRURGICO
SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 16 de Febrero del 2026

Dictamen: 006565-C-FENFER-2026

Visto el borrador del expediente 006565, presentado por:

2016970772 - SUAREZ GAMIO ARIADNA ESTELA

Titulado:

**CALIDAD DE CUIDADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS
PACIENTES EN EL PERIOPERATORIO INMEDIATO. CLÍNICA SANTA MARÍA. AREQUIPA, 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

CENTRO QUIRÚRGICO

**29524150 - ZAPANA BEGAZO ROSEMARY
DICTAMINADOR**



**29532783 - SALAZAR AGUILAR ADELINA VICTORIA
DICTAMINADOR**



**29379208 - VILLENA DE TAMAYO VILMA DIOMISI
DICTAMINADOR**



Calidad de cuidado del profesional de enfermería y nivel de ansiedad de los pacientes en el perioperatorio inmediato.
Clínica Santa María. Arequipa, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%	20%	8%	11%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	tesis.ucsm.edu.pe	5%
	Fuente de Internet	
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María	5%
	Trabajo del estudiante	
3	hdl.handle.net	2%
	Fuente de Internet	
4	core.ac.uk	1%
	Fuente de Internet	
5	aprenderly.com	1%
	Fuente de Internet	
6	repositorio.unjbg.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
7	repositorio.unsa.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
8	repositorio.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	



Dedicatoria

*"Esta tesis está dedicada a mi madre, mi refugio y fortaleza constante. A mi padre, que aunque partió al cielo, sigue siendo mi mayor inspiración y el ángel que cuida cada uno de mis pasos. Y a mí hermosa hija **Aithana Alaia**, el regalo más grande de mi vida, por quien lucho cada día para dejarle un mundo lleno de posibilidades. Y a las personas que el destino puso en mi camino justo en el momento indicado, quienes con su apoyo y palabras de aliento hicieron este sueño posible."*

RESUMEN

La presente investigación tuvo como **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre la calidad del cuidado del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes en el perioperatorio atendidos en la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa. **Metodología.** El estudio es descriptivo-relacional; como instrumentos se utilizaron un Cuestionario para medir la Calidad del Cuidado de Enfermería, y la Escala de Ansiedad de Zung, aplicado a 130 pacientes operados. **Resultados:** Los pacientes quirúrgicos fueron pacientes mayores de 51 años a más edad, siendo más mujeres, con un nivel de instrucción de secundaria y universitario, son casados y/o convivientes, el tipo de cirugía que predomina fue la colecistectomía convencional o laparoscópica. **Conclusiones:** La calidad del cuidado del profesional de enfermería en los pacientes en el perioperatorio atendidos en la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa, en más de las tres cuartas partes presenta un nivel adecuado. El nivel de ansiedad en los pacientes en el perioperatorio atendidos en la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa, en más de las tres cuartas partes de los pacientes intervenidos no han presentado ansiedad. Se determinó que la relación entre la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes en preoperatorio inmediato en la Clínica Santa María es directa, débil y estadísticamente no significativa (0,130; $p > 0,05$). Esto demuestra que a medida que aumenta el nivel adecuado de la calidad cuidado de enfermería, se disminuye la presencia de ansiedad en los pacientes

Palabras clave: Cuidado de Enfermería, Ansiedad, Preoperatorio.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between the quality of nursing care and the anxiety level of perioperative patients treated at the Santa María Clinic in Arequipa. Methodology: This descriptive-relational study used a questionnaire to measure the quality of nursing care and the Zung Self-Rating Anxiety Scale, administered to 130 surgical patients. Results: Surgical patients were 51 years of age or older, predominantly female, with a secondary or university education level, and most were married or cohabiting. The most common type of surgery was conventional or laparoscopic cholecystectomy. Conclusions: The quality of nursing care provided to perioperative patients at the Santa María Clinic in Arequipa was adequate in more than three-quarters of the cases. The level of anxiety in perioperative patients treated at the Santa María Clinic in Arequipa was found to be low in more than three-quarters of the patients who underwent surgery. The relationship between the quality of nursing care and the level of anxiety in patients in the immediate preoperative period at the Santa María Clinic was determined to be direct, weak, and not statistically significant (0.130; $p\text{-value} > 0.05$). This demonstrates that as the quality of nursing care increases, the presence of anxiety in patients decreases.

Keywords: Care of Nursing, Anxiety, Preoperative.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. Enunciado del problema.....	3
1.2. Descripción del problema	3
1.3. Justificación	5
2. MARCO TEORICO.....	7
2.1. Calidad del Cuidado de Enfermería.....	7
2.2. Ansiedad.....	17
2.3. Cuidados de enfermería en el pre-operatorio	39
2.4. Plan de cuidados estandarizado.....	46
3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	52
4. OBJETIVOS	54
5. HIPOTESIS.....	54
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	55
1. TECNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACION	56
1.1. Técnica.....	56
1.2. Instrumento.....	56
2. CAMPO DE VERIFICACION	57
2.1. Ubicación Espacial	57
2.2. Ubicación Temporal	57
2.3. Unidades De Estudio	57
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS.....	58
3.1. Procedimiento.....	58
3.2. Recursos.....	59
CAPITULO III. RESULTADOS	60
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	61
Tabla 2. Sexo de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	62
Tabla 3. Nivel de instrucción de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	63
Tabla 4. Ocupación de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	64
Tabla 5. Estado civil de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	65
Tabla 6. Tipo de cirugía de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	66
Tabla 7. Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase preoperatoria en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	67
Tabla 8. Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase transoperatoria en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	68
Tabla 9. Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase postoperatoria en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	69
Tabla 10. Nivel de la calidad del cuidado de Enfermería en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	70
Tabla 11. Nivel de ansiedad en los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	71
Tabla 12. Relación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en el Nivel de Ansiedad de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Edad de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025.....	61
Figura 2.	Sexo de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025.....	62
Figura 3.	Nivel de instrucción de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	63
Figura 4.	Ocupación de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	64
Figura 5.	Estado civil de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	65
Figura 6.	Tipo de cirugía de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	66
Figura 7.	Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase preoperatoria en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	67
Figura 8.	Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase transoperatoria en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	68
Figura 9.	Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase postoperatoria en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	69
Figura 10.	Nivel de la calidad del cuidado de Enfermería en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025.....	70
Figura 11.	Nivel de ansiedad en los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025	71

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 INSTRUMENTOS	83
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	86
ANEXO 3. PRUEBA DE NORMALIDAD	87



INTRODUCCIÓN

Una parte importante a considerar por los pacientes que acuden a la Clínica San María, en busca de una intervención quirúrgica, es la calidad con la que son atendidos, así tenemos que los cuidados de enfermería, son fundamentales, para atender las necesidades de salud de los pacientes procurando proporcionar el más alto grado de satisfacción y expectativas por parte de éste.

Asimismo, si tomamos en cuenta que, según la información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, se estima que cada año más de 4 millones de personas se someten a procedimientos quirúrgicos, de las cuales se considera que entre el 50% y el 75% experimentan algún nivel de ansiedad en el periodo previo a la cirugía; esto lleva a la conclusión de que entre 2,5 y 3,75 millones de pacientes enfrentan ansiedad antes de sus operaciones. Por ello, es crucial que el personal de enfermería desarrolle habilidades, conocimientos y competencias para asegurar una adecuada preparación psicológica, física, espiritual y educativa de los pacientes (1).

Todo procedimiento quirúrgico, con lleva algún tipo de riesgo, dependiendo de si es una cirugía mayor o menor, de la zona a operar, entre otros aspectos, dicho procedimiento ya sea programada o de emergencia, produce en el paciente tensiones emocionales de distinta magnitud, que debe ser manejado por las enfermeras especialistas desde el perioperatorio.

Así tenemos, que, en tiempos de pandemia, la forma de suministrar la atención a los pacientes quirúrgicos, se ha modificado, haciendo que la permanencia de los mismos sea más breve y los costos de la atención sean más elevadas, lo que significa que el paciente no sólo tiene que lidiar con la ansiedad propia del paciente por la intervención quirúrgica, sino también se ve afectado por toda esta situación del Coronavirus, que hace que muchas veces la ansiedad en los pacientes se incremente.

Por estas razones, es que se ha considerado realizar la presente investigación, que nos ayude a determinar cómo se relaciona la calidad del cuidado del profesional de enfermería con el nivel de ansiedad de los pacientes en el perioperatorio atendidos en la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa.



CAPITULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

Calidad de cuidado del profesional de enfermería y nivel de ansiedad de los pacientes en el perioperatorio inmediato. Clínica Santa María. Arequipa, 2025

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Ubicación del problema

- a) Campo : Ciencias de la Salud
- b) Área : Enfermería
- c) Línea : Centro Quirúrgico

1.2.2. Análisis u operacionalización de Variables

El presente estudio tiene dos variables

- **Variable Independiente:**
Calidad del Cuidado de Enfermería
- **Variable Dependiente:**
Nivel de Ansiedad

Características sociodemográficas	Edad	– 18 a 30 años – 31 a 40 años – 41 a 50 años – 51 a 60 años – 61 a más años
	Sexo	– Masculino – Femenino
	Grado de instrucción	– Primaria – Secundaria – Técnico – Universitario
	Ocupación	– Trabajador dependiente – Trabajador independiente
	Estado civil	– Soltero (a) – Casado (a) y/o Conviviente – Divorciado/Separado(a) – Viudo (a)
	Tipo de cirugía	– Apendicectomía – Laparatomía exploratoria – Cesárea

Variables	Indicadores	Subindicadores
Variable Independiente Calidad del Cuidado de Enfermería Perioperatorio	1. Fase Preoperatoria	1.1. Identificación del paciente 1.2. Privacidad del paciente 1.3. Tiempo de información al paciente 1.4. Trato amable al paciente 1.5. Traslado del paciente 1.6. Higiene del paciente 1.7. Verificación de Historia clínica 1.8. Análisis laboratorio completos
	1. Fase Intraoperatoria	2.1. Verificación de equipos 2.2. Medidas de bioseguridad 2.3. Procedimientos realizados antes de la operación quirúrgico. 2.4. Recuento de instrumental 2.5. Traslado del paciente
	3. Fase postoperatoria	3.1. Ubicación zona monitoreo 3.2. Verificación de sondas, drenes y heridas 3.3. Administración de medicamentos 3.4. Traslado a zona de recuperación

Variables	Indicadores	Subindicadores
Variable Dependiente Nivel de ansiedad	1. Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento	1.1. Inseguridad 1.2. Miedo o temor 1.3. Pensamiento negativo 1.4. Incapacidad 1.5. Desconcentración 1.6. Dificultad para la toma de decisiones
	2. Síntomas motores	2.1. Hiperactividad 2.2. Paralización motora 2.3. Movimientos torpes 2.4. Tartamudeo 2.5. Conducta de evitación
	3. Síntomas fisiológicos	3.1. Cardiovasculares 3.2. Respiratorios 3.3. Gastrointestinales 3.4. Genito-urinarios 3.5. Neuromusculares

1.2.3. Interrogantes Básicas

1. ¿Cómo es la calidad del cuidado del profesional de enfermería en los pacientes en el perioperatorio atendidos en la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa?
2. ¿Cuál es el nivel de Ansiedad en los pacientes en el perioperatorio atendidos en la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa?
3. ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad del cuidado del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes en el perioperatorio atendidos en la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa?

1.2.4. Tipo y nivel de Investigación

- **Tipo:** De campo
- **Nivel:** Descriptivo, Correlacional y de corte transversal

1.3. Justificación

La investigación **actual** aborda un tema relevante, ya que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de ansiedad antes de una operación varía entre el 60 y el 80% a nivel global, mientras que en nuestro país se sitúa en un 60%, especialmente en la etapa previa a la cirugía. Es importante destacar que las instalaciones hospitalarias son lugares extraños para los pacientes, quienes experimentan diferentes reacciones emocionales que dependen de su personalidad y de su capacidad para adaptarse. Esto provoca en ellos inquietud, sentimientos de incapacidad, baja autoestima, incertidumbre sobre el futuro y miedo, entre otras respuestas caracterizadas por la ansiedad (2).

Es **pertinente** realizar un estudio sobre este tema, ya que, en Perú, según datos del MINSA de 2015 a 2016, aproximadamente el 60% de los pacientes en proceso operatorio experimentaron ansiedad, relacionada con el estrés y el temor. La ansiedad puede generar efectos adversos en la salud de las personas hasta dos semanas tras la cirugía; existen pacientes que pueden necesitar una mayor cantidad de analgésicos para aliviar el dolor postoperatorio, agravado por la ansiedad (3) (2). Además, una operación, ya sea programada o de emergencia, desencadena en el paciente numerosas emociones que pueden amenazar su bienestar.

El equipo de enfermería asume con responsabilidad y profesionalismo estas situaciones, empleando técnicas que ayudan a los pacientes a relajarse. En esta fase, el lenguaje corporal y el tono y contenido de lo que se dice, así como el ambiente, son elementos clave. Durante la preparación previa a la cirugía, se ofrecen cuidados psicológicos y físicos adecuados al paciente, pues es esencial entender sus angustias y temores y responder de manera acertada, ya que cada persona que se somete a una operación presenta diversas reacciones que el personal de enfermería trata con atención. Por estas razones, este aspecto adquiere una gran **relevancia tanto humana como social**.

Se podrá identificar la **relevancia científica**, en la comparación que se llevará a cabo con los datos obtenidos en los antecedentes investigativos que se consultaron a nivel internacional, nacional y local.

Posee **relevancia académica**, porque el presente estudio nos proporcionará la oportunidad de recopilar mayor información teórica y a la vez obtener resultados que permitan proponer soluciones o recomendaciones para los puntos negativos que se logren identificar en la investigación.

Es **factible**, de ser realizado, por contar con el apoyo institucional de la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa.

La **motivación personal**, además de obtener el título profesional de Segunda Especialidad en Centro Quirúrgico, nos planteamos identificar la relación entre la calidad de los cuidados y el nivel de ansiedad de los pacientes en el período perioperatorio. Para ilustrar la relevancia de contar con un informe veraz y científico acerca del nivel de ansiedad del paciente durante el periodo perioperatorio, esto nos permitirá sugerir a las autoridades dirigidas a enfermeras estrategias que optimizan la calidad del cuidado profesional en relación con el estado emocional del enfermo.

2. MARCO TEORICO

2.1. Calidad del Cuidado de Enfermería

Febré et al. citó a León, que describe la ciencia del cuidado de esta manera: “La utilización de un reflexión profesional en la planificación, organización, motivación y supervisión de la abastecimiento de cuidados seguros, integrales, continuos y oportunos para el cuidado de las personas; estos se fundamentan en una base sólida de conocimiento que posibilita brindar cuidados fundamentados en evidencias científicas y demostrar la habilidad para alterar el rumbo de una enfermedad o mejorar las condiciones sanitarias del público” (4).

La calidad en enfermería se define como el alcance de los resultados esperados en la salud de las personas y la población en general, y algunos aspectos se relacionan con la definición de salud y las influencias del paciente, la familia y el sistema de salud (5).

La enfermería reconoce que la salud de la población y sus desigualdades se interpretan a través de un modelo de sistemas complejos, donde hay elementos interdependientes en diferentes niveles que forman un todo integrado. Esta visión indica que los distintos efectos sobre la salud, como los factores socioeconómicos, culturales, ambientales, sociales, del comportamiento y biológicos, se combinan en la producción de resultados en la salud de la población. Para optimizar estos resultados, el comportamiento de las personas debe ser considerado como un componente fundamental y, por ende, las incomodidades sin una comprensión profunda de esa complejidad, implicarían desestimar un aspecto crucial de la ciencia del cuidado (6).

La calidad consiste en un acumulado de atributos y peculiaridades de un producto o servicio que cumple con las expectativas del usuario, que debe adecuarse a las características propias de un objeto que permiten considerarlo como igual, superior o inferior a otros de su tipo (7). De acuerdo con Henderson, la Calidad de Atención de Enfermería se describe como el logro de un conjunto de características y acciones que permiten la recuperación en cada paciente del nivel de salud que se le debe restituir. La calidad de la atención médica necesita responder de manera adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, utilizando los recursos humanos y materiales disponibles y el nivel actual de desarrollo

científico, con el fin de alcanzar el mayor grado de satisfacción posible, tanto para el usuario como para los profesionales, a un costo más razonable (8).

La atención sanitaria se puede considerar desde dos perspectivas; la primera es la técnica, que se refiere al uso del saber médico y otras disciplinas para tratar las cuestiones de salud de los pacientes; la segunda es la interpersonal, que se desarrolla entre el trabajador de la salud y el paciente durante el proceso de atención. Los aspectos que determinan la calidad del cuidado enfermero están relacionados con una relación sólida entre el profesional y el paciente, lo que permite una interacción efectiva durante todo el proceso de atención, así como la utilización de información para la toma de decisiones, alta capacidad técnica y una buena organización del servicio (9).

La Organización Mundial de la Salud define la calidad del servicio como: “un alto grado de profesionalismo: uso eficaz de recursos, riesgo mínimo para el paciente, elevado nivel de satisfacción del paciente, resultado final en salud y máxima satisfacción del paciente”. La calidad implica ser eficaz, tener competencias y mostrar respeto hacia el paciente y su familia; la calidad consiste en “realizar lo correcto” de manera adecuada y sin retrasos; abarca mantener limpieza, puntualidad, buscar mejoras continuas, estar atento a la innovación, usar un lenguaje adecuado y generar confianza en los pacientes hacia el servicio ofrecido (10).

Donabedian conceptualiza la Calidad de la Atención como aquella que maximiza el bienestar del paciente, teniendo en cuenta el balance entre las ventajas y desventajas asociadas a cada fase del proceso de atención. Este autor indica que los servicios de salud deben ser evaluados en tres dimensiones: Estructura, Proceso y Resultado. En otras palabras, la calidad debe ser entendida en tres dimensiones interrelacionadas y dependientes: la técnica, que se refleja en la aplicación de conocimientos y habilidades para abordar la problemática del paciente, resaltando el papel de los profesionales de la salud, incluyendo al personal de enfermería. En este sentido, se toman en cuenta los conocimientos, habilidades y actitudes que el profesional posee para ofrecer su atención; la segunda dimensión es la interpersonal, que se expresa en la relación entre el proveedor del servicio y el paciente, acorde a las expectativas del sujeto de cuidado, así como a normas sociales y profesionales; la última dimensión se refiere al entorno en el que se da la atención, donde aspectos como accesibilidad, confort, y acceso son esenciales para asegurar un servicio de calidad (11).

La responsabilidad por la calidad en los servicios de salud se reparte entre diferentes equipos dentro de un hospital. Sin embargo, el rol de la enfermera es especialmente importante, ya que es la persona que brinda cuidado directo y mantiene una conexión con el paciente durante un tiempo más extenso. Por lo tanto, es vital ofrecer un servicio de atención interpersonal de gran calidad para lograr la satisfacción del usuario, dado que estos son receptivos a cómo son atendidos y suelen basar su evaluación de la calidad general del servicio en este aspecto, incluyendo los aspectos técnicos. La atención adecuada implica ofrecer ayuda al paciente en el momento que la necesita y según su tratamiento. El trato cordial consiste en establecer una conexión empática con el paciente y en la comunicación (12).

2.1.1. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Jean Watson, una teórica contemporánea de la enfermería, comenzó su carrera en la Escuela de Enfermería Lewis Gale y completó su formación de pregrado en 1961. Prosiguió con su educación y adquirió un Bachelor of Science en Enfermería en 1964, en el campus de Boulder; una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966, en el Campus de Ciencias de la Salud; y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973, a través de la Graduate School del mismo campus.

La teoría de Watson se basa en las contribuciones de figuras como Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow (Existential advocacy & philosophical foundations of nursing, 1980) y Yalom (Ten curative factors, 1975). Walker sostiene que la atención de la teoría en los aspectos interpersonales y transpersonales de empatía, afecto y coherencia proviene del enfoque de Carl Rogers (1961) (On Becoming a person an A way of Being, 1980). Según Watson, el estudio de las humanidades amplía el pensamiento y potencia el crecimiento personal; por ende, ella es precursora en integrar ciencias, humanidades y artes (13).

Watson ha examinado el cuidado de enfermería desde perspectivas filosóficas (fenomenológica y existencial) y espirituales, considerando que el cuidado es un ideal ético y moral de la enfermería, o sea, una relación terapéutica fundamental entre seres humanos. Define al cuidado como relacional, intersubjetivo y transpersonal (14). Según la cita de Walker, lo

anterior posibilitó que Watson formulase sus premisas teóricas junto a las fundamentales de la ciencia de enfermería:

Premisa 1. "El cuidado (y la enfermería) han estado presentes en todas las culturas. La cultura profesional ha propagado la actitud de asistencia como un método exclusivo para enfrentar el ambiente. El acceso de los enfermeros y enfermeras a una formación avanzada y la posibilidad de examinar, desde un nivel más alto, los problemas y asuntos de su profesión han posibilitado que la enfermería integre su enfoque humanístico con los elementos científicos pertinentes (14).

Premisa 2. "Expresar claramente los sentimientos y la ayuda es el mejor método para vivir la conexión y garantizar que se logre algún grado de entendimiento entre el enfermero o enfermera y el paciente". La profundidad de la conexión transpersonal alcanzada entre el enfermero y el paciente determina el nivel de entendimiento, en el cual ambos conservan su calidad como personas y su rol (14).

Premisa 3. "El nivel de autenticidad y honestidad en la expresión de la enfermera está vinculado con la magnitud y efectividad del cuidado". La enfermera que aspira a ser auténtica debe fusionar la sinceridad y la honestidad en el marco del acto de cuidar (14).

Las premisas fundamentales presentadas representan los elementos interpersonales, transpersonales y espirituales de su trabajo. Estas muestran cómo se integran sus creencias y valores acerca de la vida humana, sirviendo como base para el avance posterior de su teoría:

- La mente y las emociones de un individuo son los ojos de su alma.
- La mente y el alma no están restringidas al universo físico, a diferencia del cuerpo de un individuo, que sí lo está en términos temporales y espaciales.
- Siempre que una persona sea vista como un todo, se puede acceder a su cuerpo, mente y alma.
- El alma (geist) o lo más profundo de cada ser, el espíritu, reside en él y para él.
- Los seres humanos requieren del apoyo y el cariño de los demás.
- Para encontrar soluciones, es fundamental descubrir significados.
- La experiencia completa en un momento específico forma un campo fenomenológico (13).

A. Conceptos de metaparadigma de Enfermería en la teoría del cuidado humano de Jean Watson

Individuo. A partir de la perspectiva de Watson, conceptualiza al individuo como "un individuo en el mundo", una entidad compuesta de cuerpo, mente y espíritu. Esta unidad es quien vive y percibe conceptualmente la gestalt, es el centro de la existencia humana y el foco del cuidado en enfermería (15).

Entorno natural. Es la realidad objetiva y externa, junto con el marco de referencia subjetivo de la persona. El área fenomenológica, también llamada realidad subjetiva, abarca la percepción del yo, las creencias, las expectativas y la historicidad (lo que ha sido y lo que será) (15).

Salud. Según Watson, la salud está relacionada a la "integración y equilibrio que se da cuerpo, mente y alma (espíritu)". "Está vinculada con el nivel de conexión entre el yo percibido y el yo vivido" (15).

Asistencia de enfermería. La enfermería se enfoca en relaciones transpersonales de cuidado. "Para Watson, la enfermería es un arte cuando la enfermera es capaz de experimentar y entender las emociones del otro, de detectarlas y vivirlas, y también de expresarlas, tal como el otro individuo las siente" (15).

Watson considera la enfermería como una disciplina que es tanto ciencia humana como arte, dedicada a investigar la experiencia de salud y enfermedad a través de un vínculo profesional, personal, científico, estético y ético. Los objetivos de la enfermería están relacionados con el desarrollo espiritual de los individuos, que proviene de la interacción, de encontrar el sentido a las vivencias personales, del reconocimiento del poder interno, de trascender y de sanar por sí mismo (14).

B. Conceptos de la Teoría del cuidado humano de Jean Watson

Los principios de la teoría de Jean Watson: La interacción entre la enfermera y el paciente, el campo fenomenológico, la relación transpersonal de cuidado y el momento de cuidado están surgiendo, aunque estos conceptos aún requieren una definición más precisa. Esto puede deberse a que los conceptos son abstractos, lo que dificulta la evaluación de este modelo.

a. Interacción enfermera paciente

El ideal ético de la enfermería es salvaguardar, promover y mantener la dignidad de las personas. El cuidado humano abarca valores, voluntad, un compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y sus respectivas consecuencias. Al ser visto el cuidado como algo intersubjetivo, se relaciona con procesos de salud y enfermedad, la interacción entre la persona y su entorno, el saber acerca de los procesos de atención enfermera, el autoconocimiento, la comprensión del propio poder y las limitaciones en la relación de cuidado. Ella define el cuidado como un proceso entre dos individuos, con un aspecto transpersonal (paciente y enfermera) (16).

b. Campo fenomenológico

El cuidado comienza cuando la enfermera se adentra en el ámbito fenomenológico del paciente (su marco de referencia, la realidad subjetiva construida completamente por su experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de igual forma que este manifiesta sus emociones subjetivas.

c. Relación de cuidado transpersonal

El cuidado transpersonal establece un vínculo espiritual entre dos personas que supera "la identidad, el tiempo, el espacio y la historia particular de cada uno" (16). Esta superación permite que tanto el paciente como la enfermera exploren el ámbito fenomenológico de cada uno.

Según Watson, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- La obligación ética de la enfermera de proteger y promover tanto la dignidad humana como el ser más elevado.
- La enfermera comparte el saber sobre el cuidado para honrar y preservar el espíritu incorporado, evitando así tratar al individuo como un objeto moral.

Esta conexión demuestra cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando interés por el significado más subjetivo y profundo que el individuo tiene sobre su salud. Este enfoque subraya la singularidad tanto de la persona como de la enfermera, así como la interdependencia entre ellos, que es fundamental en su interacción. La preocupación del

cuidador y del cuidado se entrelazan en una búsqueda mutua de significado e integridad, y tal vez para la trascendencia espiritual del sufrimiento (14).

El término "transpersonal" se refiere a ir más allá del yo y del momento actual, permitiendo conexiones espirituales más profundas que facilitan el bienestar y la curación del paciente. En última instancia, el propósito de una relación de cuidado transpersonal es preservar, mejorar y proteger la dignidad del individuo, así como su humanidad, integridad y equilibrio interno.

La teoría de Watson refleja un respeto por los misterios y maravillas de la vida, una aceptación de la dimensión espiritual de la existencia y una convicción esencial en el poder intrínseco que tienen los procesos de cuidado humano para generar transformación y desarrollo. Watson resalta el acto de asistencia de los individuos para lograr un mayor autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración, sin importar su estado de salud externo (14).

Momento de cuidado

De acuerdo con Watson, una oportunidad de cuidado se produce cuando la enfermera y otra persona coexisten en un mismo espacio y tiempo, lo que da lugar a una situación propicia para el cuidado humano. Cada individuo, con sus respectivos campos fenomenológicos únicos, tiene la oportunidad de participar en una transacción entre humanos. Según Watson, el campo fenomenal es el marco de la persona o la suma total de las experiencias humanas. Incluye emociones, sensaciones físicas, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, reflexiones sobre el entorno y el sentido/significado de las percepciones propias. Watson sostiene que es esencial que esta última esté consciente de su propio conocimiento y de su genuina presencia en el momento del cuidado con el paciente (14).

En última instancia, la oportunidad de cuidar posibilita el autodescubrimiento. Estos valores e influencias se manifiestan claramente en sus supuestos.

Estos valores e influencias destacan la dimensión espiritual de la vida, una habilidad para el desarrollo y la transformación, un respeto y valoración hacia el individuo y la existencia humana, la libertad para decidir y lo crucial que es una relación intersubjetiva e interpersonal

entre enfermera y paciente. Estos valores e influencias han constituido los fundamentos de los diez factores del Cuidado de Watson, que las enfermeras emplean en las intervenciones descritas en los procedimientos de cuidado humano.

En su obra inicial, *Nursing: The philosophy and science of Caring* (16), Watson detalla los principios esenciales de la ciencia del cuidado enfermero:

- La atención solo puede ser demostrada y realizada de forma eficiente a través de la comunicación entre personas.
- El cuidado consiste en elementos asistenciales que satisfacen necesidades humanas específicas.
- La atención efectiva promueve el bienestar y el avance, tanto en el ámbito individual como en el familiar.
- Las reacciones del cuidado aceptan a las personas, no solo por quienes son hoy, sino también por lo que pueden llegar a ser en el futuro.
- Un entorno de cuidado facilita el desarrollo de competencias y permite a la persona elegir la opción más adecuada para sí en un momento determinado.
- La atención produce más salud que la curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico con las conductas humanas para favorecer la salud y apoyar a los enfermos. De este modo, la ciencia del cuidado complementa la ciencia de la curación.
- La enfermería se enfoca principalmente en la atención.

C. Supuestos de Watson relacionados con los valores del Cuidado Humano

1. El cariño y el cuidado son las fuerzas cósmicas más universales y misteriosas, abarcando tanto la energía psíquica como la universal.
2. Normalmente subestimados, el amor y el apoyo son las bases fundamentales de nuestra humanidad. La satisfacción de nuestras necesidades se logra mediante estas asistencias.
3. Dado que la enfermería es una profesión dedicada al cuidado, su habilidad para mantener la ideología y el ideal de la atención en su ejercicio influirá en el desarrollo de la sociedad y definirá lo que esta profesión aporta a la comunidad.
4. Primero, debemos amarnos y atendernos a nosotros mismos, tratándonos con dignidad y cuidado antes de brindar atención a otros de la misma manera. Cuidarnos es un requisito previo para cuidar de los demás.

5. A lo largo de la historia, la enfermería ha mantenido una postura de atención y cuidado humano hacia las personas en relación con su salud y enfermedad.
6. La atención es el único enfoque en el ejercicio profesional de enfermería; es la esencia de esta profesión.
7. Con el paso del tiempo, el cuidado humano, ya sea a nivel individual o colectivo, ha perdido protagonismo en el sistema de salud.
8. Los fundamentos de la atención enfermera han adquirido relevancia gracias a los avances técnicos y a los obstáculos institucionales.
9. La preservación y el fomento del cuidado humano son cuestiones esenciales para la enfermería, tanto en el presente como de cara al futuro.
10. Las relaciones interpersonales pueden ser una vía efectiva para mostrar y practicar el cuidado humano. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen un sentido colectivo de humanidad, identificándose uno mismo con los otros.
11. La dedicación a los principios humanos, tanto en conceptos, acciones o estudios, es lo que caracteriza las contribuciones sociales, éticas y científicas que la enfermería realiza hacia la humanidad y la comunidad.

D. Elementos del Cuidado de Watson

1. Establecimiento de un sistema de principios centrados en lo humano y la generosidad. Esta dimensión se puede caracterizar como la gratificación que resulta de ofrecer y enriquecer el sentido del ser.
2. Promover optimismo y confianza. Este elemento favorece el desarrollo de una atención de enfermería holística y eleva la salud del paciente, además de mostrar cómo la enfermera ayuda a crear interacciones efectivas con el paciente y apoya su bienestar al guiarlo hacia hábitos saludables.
3. Desarrollo de una mayor sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. Reconocer los sentimientos lleva al crecimiento personal a través de la autoaceptación tanto del paciente como de la enfermera. Cuando ellas identifican su empatía y sus emociones, se vuelven más sinceras, auténticas y comprensivas con los demás.
4. Creación de un lazo fundamentado en la confianza y la asistencia. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de emociones, tanto alegres como dolorosas. Esto implica

empatía, cariño no posesivo, comunicación abierta y coherencia. Ser auténtico, honesto y genuino implica mantener la coherencia.

5. Promover y acoger la manifestación de emociones, tanto alegres como tristes. La enfermera debe estar preparada para manejar sentimientos positivos y negativos, comprendiendo que el entendimiento intelectual y el emocional de una situación son diferentes.
6. Implementación sistemática de un enfoque a la resolución de problemas para la toma de decisiones. La aplicación del proceso de enfermería implica un método científico para enfrentar los desafíos en la atención enfermera, eliminando la idea convencional de las enfermeras como auxiliares de los médicos. El procedimiento de enfermería es similar al de una investigación por su carácter sistemático y organizado.
7. Estimular la educación y el aprendizaje colaborativo. Este principio es vital en la enfermería, ya que diferencia entre asistencia y sanación. Permite que el paciente esté consciente y tome responsabilidad por su bienestar. La enfermera apoya este proceso a través de metodologías educativas diseñadas para permitir que el paciente alcance el autocuidado, reconozca sus necesidades personales y desarrolle sus habilidades para crecer.
8. Proporcionar un entorno de apoyo, resguardo y/o corrección a niveles mental, físico, social y espiritual. La enfermera debe reconocer cómo los elementos internos y externos influyen en la salud y enfermedad de las personas. Los aspectos de bienestar mental y espiritual, así como los enfoques socioculturales, son importantes para la dimensión interna del ser humano. Las variables externas también incluyen la privacidad, la seguridad, el confort y un entorno limpio y agradable, así como factores epidemiológicos.
9. Apoyo en la satisfacción de las exigencias humanas. La enfermera reconoce las demandas a nivel físico, mental, social y en las interacciones tanto de ella como del paciente. Antes de abordar las necesidades más elevadas, los pacientes deben atender primero las carencias básicas. Entre las necesidades básicas se incluyen la alimentación, la eliminación y la respiración; por otro lado, las necesidades de bienestar mental esenciales abarcan el tomar decisiones y la sexualidad. La auto realización y las conexiones con otros son necesidades sociales de un nivel superior. La auto realización es una necesidad que se presenta en la relación con uno mismo y con los demás, en un nivel más alto.
10. Apertura hacia las fuerzas fenomenológicas. La fenomenología se refiere a los elementos del entorno inmediato que ayudan a interpretar los fenómenos que se analizan. La psicología existencial se centra en la vida humana, utilizando el análisis fenomenológico como método. Watson afirmó que esta parte es difícil de entender. Se incluye para proporcionar una

experiencia que incentive nuestra reflexión y nos ayude a conocernos mejor a nosotros mismos y a los demás.

Según los autores de "Percepción de Cuidado Humanizado de enfermería, en la Clínica del Country", utilizar la práctica clínica como un medio de investigación y un contexto adecuado para aplicar una teoría de enfermería representó un reto que requería disciplina, estudio, perseverancia y una firme creencia de que, si se desea, se puede lograr.

2.2. Ansiedad

La ansiedad puede describirse como la reacción emocional de una persona ante el riesgo de un peligro, sea este real o ficticio. Esto desencadena reacciones tanto psicológicas como fisiológicas en su cuerpo. Es una advertencia tácita de que algo no está bien en nosotros, lo cual nos indica que debemos hacer algún cambio en nuestro mecanismo de adaptación.

Se trata de una reacción emocional a la percepción de un peligro, ya sea real o imaginario, que conlleva efectos en el comportamiento, la fisiología y la psicología. La ansiedad es un fenómeno tan común que la mayoría de nosotros hemos experimentado por lo menos uno de sus síntomas o signos físicos. Existen diversos niveles de ansiedad: en su forma leve, puede ser beneficiosa porque la persona está más alerta y tiene una mayor capacidad para pensar con claridad, lo que le motiva a actuar para aliviarse; sin embargo, la ansiedad no resuelta o en un nivel más alto puede resultar perjudicial (17).

La ansiedad se debe considerar como una emoción fundamental del cuerpo que funciona como respuesta adaptativa frente a circunstancias de tensión, riesgo o amenaza. Se presenta como una actividad principal del sistema nervioso simpático que posibilita que el individuo enfrente circunstancias de peligro. No obstante, si la reacción es desmedida y no tiene eficacia adaptativa, es fundamental considerar la existencia de una patología. La ansiedad patológica aparece en diversos trastornos psiquiátricos (tóxicos, psicóticos, afectivos) y médicos. Para diagnosticarla adecuadamente, es esencial realizar una buena diferenciación diagnóstica que se fundamente en la historia clínica, el examen físico y las pruebas complementarias. Cuando la ansiedad se convierte en el elemento central de una situación, podemos referirnos a trastornos o síndromes ansiosos particulares: trastorno de angustia o ataques de pánico y trastorno de ansiedad generalizada (18).

Además de ser, ante todo, un atributo tanto de seres humanos como de animales, la ansiedad tiene la función de aumentar la activación fisiológica para ayudarnos a estar atentos a posibles peligros externos y para actuar de manera que los evitemos. Este mecanismo ha sido vital para la supervivencia de nuestra especie. Desde esta perspectiva, la ansiedad es un fenómeno positivo y saludable que nos ayuda en nuestra vida cotidiana, siempre que se presente como respuesta a ciertos peligros o retos específicos en nuestra vida diaria (19).

Sin embargo, en las sociedades modernas y desarrolladas, esta característica innata del ser humano ha tomado un giro patológico. Como resultado, muchas personas la sienten como una emoción negativa y desagradable. Por ello, se dice que alguien con un alto nivel de ansiedad sufre de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), un trastorno mental que cuenta con el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud.

La ansiedad patológica se siente como una mezcla difusa de angustia o miedo, acompañado por un impulso de escapar, aunque la persona afectada no puede identificar con claridad la amenaza o el origen de estos sentimientos. Esta ansiedad patológica surge de los diferentes tipos de conflictos que la persona enfrenta en su día a día, y, sobre todo, de la forma en que procesa y reflexiona sobre sus dificultades.

La ansiedad es una emoción natural en los seres humanos con un propósito adaptativo; en otras palabras, tiene una función: nos prepara para combatir o escapar ante situaciones de peligro. No obstante, debido a la complejidad del ser humano, tiene la capacidad de sentir ansiedad ante un mayor número de circunstancias que estos. Lo que inicialmente eran mecanismos adaptativos pueden convertirse en un impedimento significativo para realizar las actividades cotidianas.

La ansiedad es una sensación de incomodidad que surge como reacción al temor de ser lastimado o perder algo importante. Hay escritores que hacen una distinción entre las emociones de ansiedad y miedo. Haciendo esta distinción, el miedo es una emoción que aparece ante un peligro específico y real, mientras que la ansiedad proviene de una causa poco clara e indefinida o desproporcionada con respecto al peligro.

La ansiedad se define como una respuesta emocional o una serie de reacciones que se manifiestan en cuatro aspectos del ser humano: el cognitivo (o mental), el conductual, el motor y el psicofisiológico.

Los desencadenantes tanto internos como externos, que incluyen pensamientos, ideas o imágenes que la persona percibe como amenazantes, así como los acontecimientos que le ocurren, pueden generar reacciones de ansiedad. Esta emoción, que surge ante la percepción de un riesgo o amenaza, se presenta en todas las fases de la vida y, en ocasiones, actúa como un mecanismo de defensa frente a posibles peligros. Por ejemplo, si sentimos ansiedad ante un animal potencialmente peligroso, es probable que evitemos acercarnos a él y busquemos un lugar seguro.

Los cambios físicos que se presentan durante la respuesta emocional o el estado de ansiedad, tales como el aumento del ritmo cardíaco y la presión arterial, la tensión muscular, el incremento de la frecuencia respiratoria y la disminución de las funciones sexuales y digestivas, entre otros, tienen como finalidad preparar al cuerpo para reaccionar ante lo que interpretamos como una amenaza. Un ruido inesperado o el sonido de pasos en una calle solitaria pueden provocar de inmediato una respuesta de ansiedad que nos prepara para actuar. Es normal experimentar niveles de ansiedad que son saludables y adecuados.

La ansiedad patológica, en cambio, se manifiesta ante estímulos o situaciones menores y no peligrosas, pero con una duración o intensidad excesivas.

Esto da lugar a respuestas ansiosas inapropiadas en el individuo.

- a. En su forma de pensar, se caracteriza principalmente por sentimientos de inseguridad, temor, preocupación, aprensión, pensamientos negativos de incapacidad o inferioridad, anticipación de riesgos, sensación de desorganización y falta de control sobre el entorno, así como dificultad para concentrarse y decidir.
- b. En cuanto a las manifestaciones corporales o fisiológicas. Por ejemplo, palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar, enrojecimiento de la piel, náuseas, vómitos, diarrea, malestar estomacal, tensión muscular y temblores, entre otros síntomas.
- c. En su comportamiento, que normalmente incluye acciones inapropiadas (como movimientos torpes o repetitivos, acciones sin un propósito claro, tartamudeo, evasión de

situaciones, parálisis emocional, etc.).

La ansiedad se convierte en un problema cuando:

1. Su frecuencia, duración e intensidad son elevadas.
2. No se corresponde con la gravedad real de las situaciones.
3. El nivel de sufrimiento experimentado es elevado.
4. Interfiere significativamente en la vida diaria.

El estrés se considera una ansiedad que se ha vuelto crónica, manteniendo al organismo en un estado constante de alerta, lo que afecta de manera negativa al sistema inmunológico. Existen comportamientos poco adecuados para enfrentar la situación, como la alimentación excesiva, el tabaquismo, la automedicación, el consumo de alcohol, que proporcionan alivio temporal, pero contribuyen a perpetuar el problema a largo plazo.

A veces, distinguir entre ansiedad crónica y depresión puede resultar complicado, ya que ambos estados pueden presentar sentimientos de incapacidad, desintegración de la estructura psicosocial, conflictos en las interacciones sociales y una disminución de la autoestima.

2.2.1. Teorías de la Ansiedad

A. Genética

Isaac Marks en el año 1986 ofreció una exposición detallada sobre la genética de los trastornos de ansiedad y miedo. Desde los organismos unicelulares hasta los mamíferos, los seres vivos han sido desarrollados mediante selección con alteraciones genéticas relacionadas con comportamientos defensivos, lo que se traduce en variaciones en el cerebro y otras funciones biológicas. Estudios en gemelos indican que hay una influencia genética en la ansiedad, tanto como síntoma como condición, desde la niñez respecto al miedo humano, así como en fenómenos obsesivo-compulsivos y fóbicos.

Los trastornos de ansiedad son más comunes en familiares de individuos que los padecen en comparación con controles normales, destacándose especialmente en mujeres y en parientes directos. Además, la depresión secundaria y el alcoholismo pueden estar más presentes.

Se ha descubierto que la familia influye en el trastorno de pánico, la agorafobia y las dificultades obsesivo-compulsivas. En personas que sufren depresión, el trastorno de pánico incrementa la probabilidad de que sus familiares sufran de fobias, trastornos de pánico, depresión mayor y alcoholismo. La fobia a la sangre presenta la historia familiar más notable de todos los trastornos de ansiedad. Aunque se puede tratar eficazmente mediante la exposición, su origen podría ser una susceptibilidad genética específica. Algunos efectos heredados podrían modificarse mediante factores ambientales.

B. Psicodinámica

Freud, al principio, propuso que la ansiedad tenía raíces fisiológicas, pero eventualmente llegó a la conclusión de que actúa como una señal para el ego sobre la aparición de conflictos o impulsos inconscientes. Esta idea llevó a la fundación del psicoanálisis, el cual se usa para investigar y tratar problemas emocionales. En términos de teoría psicoanalítica, la ansiedad es vista como una emoción del ego, que interactúa entre las demandas e impulsos de nuestro ello infantil, los controles punitivos y la severidad del superyó, y la realidad externa a nosotros. La ansiedad también se puede interpretar como la señal principal de un conflicto psicológico subyacente.

C. Aprendida

Los terapeutas de conducta sostienen que la ansiedad es una respuesta aprendida ante situaciones o estímulos nocivos específicos. Cuando una persona se siente ansiosa debido a una circunstancia o estímulo, aprende a reducir esta ansiedad evitando las situaciones que la provocan. El trastorno de ansiedad generalizada puede surgir de un refuerzo incierto, sea positivo o negativo: el individuo ignora cuándo sus acciones de evasión disminuirán la ansiedad o si lo lograrán.

Es posible que, si los estímulos generalmente son positivos o neutros, pero se presentan con uno negativo o aversivo, también se desarrolle la ansiedad.

D. Bioquímica

Al comparar con sujetos sanos, los individuos que padecen trastornos de ansiedad presentan diferencias notables en su funcionamiento físico (por ejemplo, una frecuencia

cardíaca más alta, niveles de lactato en sangre mayores y un déficit de oxígeno mayor durante la actividad física moderada). Los enfermos de angustia son más reactivos a ciertas sustancias (como cafeína, lactato, isoproterenol, adrenalina, yohimbina y piperoxan). Muchas de estas sustancias fomentan la actividad del locus coeruleus, la parte del cerebro medio que aporta aproximadamente el 70% de las neuronas que liberan noradrenalina en el sistema nervioso central.

Las personas que reciben estas sustancias experimentan un incremento en la ansiedad, y los primates muestran conductas de miedo similares a las que presentan cuando son colocados en situaciones de confrontación. La estimulación eléctrica del locus coeruleus en primates provoca una respuesta de miedo parecida, mientras que su eliminación disminuye las conductas de miedo. Los fármacos que afectan el funcionamiento del locus coeruleus también disminuyen las reacciones de miedo en los primates y la ansiedad en personas con trastornos de ansiedad, al igual que en los sujetos sanos.

Si bien los agonistas α_2 y los bloqueadores de los receptores P adrenérgicos han demostrado tener ciertas propiedades ansiolíticas, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los antidepresivos que inhiben la monoaminoxidasa y las benzodiazepinas, que influyen en la disminución de la actividad del locus coeruleus (noradrenalina), son los que resultan más efectivos desde un enfoque clínico (19).

Se supone que las benzodiazepinas actúan de una segunda manera al potenciar el ácido γ -amino-butírico (GABA), un neurotransmisor inhibitorio muy disperso. El hallazgo de receptores de benzodiazepinas en el sistema nervioso central ha llevado a la búsqueda de benzodiazepinas que se produzcan de forma natural, y ya se han encontrado. La disfunción en la neurotransmisión de serotonina probablemente explique parte de la fisiopatología del trastorno obsesivo-compulsivo, y los potentes inhibidores de recaptación de serotonina se consideran el tratamiento más eficaz conocido para este trastorno.

2.2.2. Manifestaciones Clínicas de la Ansiedad

Un miedo constante y agudo en una o más circunstancias, donde la persona se percibe expuesto a la posibilidad de ser evaluado por otros y no quiere hacer el ridículo o comportarse de manera que lo avergüence, es la característica clave. La exposición a circunstancias sociales

genera una ansiedad inmediata y muy intensa. Los pacientes admiten que su temor es irracional y desmedido, y con frecuencia evitan actuar o enfrentar la situación social; sin embargo, en ocasiones deben enfrentarlas y experimentan terror.

A. Síntomas

Esta afección presenta con frecuencia síntomas como insomnio, rigidez y debilidad en los músculos, taquicardias, sudoración, sensación de no poder respirar, sensación de perder la conciencia, inquietud motora, problemas para comunicarse, etc.

Es importante señalar que la ansiedad se asemeja a las enfermedades no mentales, como la hipoglucemia y las arritmias cardíacas. Se aconseja a los pacientes que se sometan a un examen médico completo para su descarte.

La ansiedad también tiene el potencial de transformarse en un trastorno de pánico, donde el individuo piensa que va a sufrir desmayos, muerte o cualquier otro problema fisiológico. Es habitual que la gente ansiosa vaya con regularidad a la sala de urgencias y, por lo general, se siente mejor después de que la atienden.

- **Síntomas físicos:** Enrojecimiento, temblor en algunas partes del cuerpo, sudoración principalmente en las manos, episodios de pánico, presión muscular, dificultad para respirar, xerostomía, palpitaciones cardíacas, ausencia de concentración, dolor o presión en el pecho, necesidad imperiosa de miccionar, dolor de cabeza, problemas estomacales, sensación de frío, cansancio, insomnio y mareos.
- **Síntomas cognitivos (pensamientos):**
 - Confusión al hablar, sensación de objeto extraño en la garganta, opresión, etc.
 - Miedo a ser evaluado desfavorable: el individuo siente que los demás lo están juzgando o criticando.
 - Ideas pesimistas, como “voy a quedar mal”, “me voy a quedar con la mente en blanco” o “a nadie le importa lo que yo opine”.
 - No sentirse en el plano físico, estar como flotando.
 - Sensación de que todos te están observando.
 - Asumir que para los otros eres un individuo loco e irracional.
 - Temor a experimentar nuevos comienzos con las personas.
 - Convicción de no saber comportarse de manera competente o apropiada.

- Aislamiento (evitar completamente un acontecimiento social)
- Temor extremo o ansiedad intensa al estar en presencia de personas desconocidas.
- Evidenciar rasgos de ansiedad.

2.2.3. Etiología de la Ansiedad

La ansiedad puede ser provocada por múltiples elementos, incluyendo experiencias personales y características psicológicas. En particular, el aumento del estrés y las formas ineficaces de lidiar con situaciones complicadas pueden hacer que la ansiedad aumente. La causa de los trastornos de ansiedad también se conecta con la genética y el trasfondo familiar. Estudios sugieren que hay vínculos entre la ansiedad y ciertas áreas del cerebro, y que una alteración en algunos neurotransmisores que regulan la ansiedad, como la serotonina, la noradrenalina y el ácido gamma aminobutírico (GABA), puede influir en los síntomas de esta condición.

El área más afectada en personas con ansiedad es el prosencéfalo. Asimismo, se piensa que el sistema límbico, que participa en la generación de emociones y en la retención de recuerdos, desempeña un papel fundamental en el manejo de toda la información relacionada con la ansiedad. El rafe dorsal y el locus ceruleus interactúan con el circuito septohipocámpico, que a su vez se vincula con otras partes del sistema límbico que generan ansiedad (20).

La amígdala y el hipocampo son esenciales porque están interconectados y se proyectan hacia los núcleos de la corteza cerebral y áreas subcorticales. En algunos casos de trastorno por estrés postraumático (TEPT), el hipocampo, curiosamente, presenta un tamaño menor. Esto podría deberse a la degeneración de las dendritas en esa región cerebral, lo que parece resultar del aumento de los niveles de glucocorticoides debido al estrés.

El manejo emocional puede estar relacionado con otras áreas cerebrales, como el hipotálamo, y podría ser parte de la causa de los trastornos de ansiedad. Generalmente, las personas que sufren de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) muestran una mayor actividad en los núcleos basales, especialmente en el cuerpo estriado y otras áreas del lóbulo frontal del prosencéfalo (19).

2.2.4. Fisiología de la Ansiedad

A. Hipótesis de la serotonina

Los sistemas que utilizan serotonina desempeñan un papel en el manejo de la ansiedad y, posiblemente, también en el desarrollo de trastornos ansiosos. A pesar de que se han llevado a cabo muchas indagaciones sobre la función de la serotonina en el cerebro, especialmente respecto a su papel y su impacto en la sinapsis, su relevancia aún no ha sido completamente esclarecida, particularmente en lo que se relaciona con enfermedades. Sin embargo, el descubrimiento de que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que facilitan la transmisión mediada por serotonina, son efectivos en el tratamiento de trastornos del ánimo y de ansiedad, sugiere que una alteración en la serotonina es importante en la causa de estas condiciones.

Hay diversas teorías que relacionan el efecto de los fármacos antidepresivos y ansiolíticos con el papel de la serotonina y sus receptores. Cuando se manipula farmacológicamente la cantidad de serotonina en el cerebro, se observa que la ansiedad tiende a aumentar; por el contrario, una disminución en esta sustancia se asocia a una reducción de la ansiedad. Esto sugiere que la depresión resulta de descensos anómalos en los niveles de serotonina, mientras que la ansiedad está relacionada con incrementos inusuales. Sin embargo, esta es una visión demasiado simplista del fenómeno y recientemente se ha propuesto que los receptores de serotonina se adaptan a los incrementos de concentración, provocando una regulación por reducción de los inhibidores, lo que resulta en un exceso de impulsos neuronales.

Según algunas investigaciones, la administración controlada de fármacos agonistas de la serotonina en humanos, ya sean directos (como la m-clorofenilpiperacina) o indirectos (como la fenfluramina), puede inducir ansiedad en personas que sufren de estos trastornos. Es notable que los antidepresivos que actúan sobre la serotonina lograban efectos beneficiosos en ciertas condiciones de ansiedad.

B. Hipótesis Gabaérgica:

Sostiene que los trastornos en el sistema del neurotransmisor ácido gamma-aminobutírico (GABA), el neurotransmisor inhibitor más importante del cerebro, favorecen

múltiples enfermedades psiquiátricas y neurológicas. Esta hipótesis sostiene que los trastornos en la transmisión de GABA están relacionados con trastornos como el temblor esencial, la depresión y el Alzheimer.

2.2.5. Epidemiología de la ansiedad.

La OMS sostiene que el síndrome clínico comienza en la adolescencia, afirmación que no muchos autores consideran verdadero. Para ellos, el trastorno empieza en la infancia y se vuelve más intenso durante la adolescencia, un periodo de crecimiento en el que el individuo experimenta más estímulos y contactos sociales. Estos pueden provocar trastornos de ansiedad social, los cuales tienen una tendencia a volverse crónicos e incluyen períodos breves de remisión.

Los estudios epidemiológicos indican que las mujeres tienen una frecuencia más alta, mientras que las investigaciones clínicas señalan que los hombres tienen una incidencia superior. Esto se debe, según parece, a que los hombres están expuestos a tensiones sociales más tempranas y frecuentes que las mujeres (21).

2.2.6. Prevalencia de la Ansiedad

Se calcula que un 4,4 % de la población mundial padece actualmente un trastorno de ansiedad (22). En 2021, 359 millones de personas en el mundo tenían un trastorno de ansiedad, lo que los convierte en los más comunes de todos los trastornos mentales. La prevalencia mundial de la ansiedad, según investigaciones epidemiológicas, se encuentra entre el 3% y el 13%. Estos números pueden cambiar en función de los límites establecidos para medir el malestar clínico o la afectación de la actividad total del individuo y las distintas circunstancias sociales que se estudien. En uno de estos estudios, el 20% de los casos mostraba un temor extremo a hablar o actuar en público; sin embargo, solamente cerca del 2% parecía sufrir afectación general, lo que permitió evidenciar que un trastorno de ansiedad.

En parte de la población mundial, más de la mitad de las personas que presentan ansiedad tienen miedo de exponer sus ideas en público. En cambio, menos de la mitad de ellos admiten tener temor a comunicarse con desconocidos o interactuar con gente nueva. Otros miedos asociados a las actuaciones en público, como escribir, comer o beber frente a otros, o

estar en una sala de espera, parecen ser menos comunes. En los centros asistenciales experimentan miedo ante más de un tipo de circunstancia social, donde pocas veces el trastorno de ansiedad es la razón por la que alguien ingresa a un hospital.

En la población de pacientes con trastorno de ansiedad ambulatorio, entre el 10 y el 20% tiene también algún tipo de trastorno de ansiedad social; no obstante, estas cifras fluctúan considerablemente entre diferentes investigaciones.

2.2.7. Trastorno de la Ansiedad

Las respuestas de ansiedad pueden ser definidas como reacciones inmediatas y defensivas ante una amenaza. Para la especie humana, estas respuestas son adaptativas cuando se trata de circunstancias que ponen en riesgo la seguridad del individuo. Durante miles de años, el ser humano ha tenido que afrontar innumerables peligros; las dos respuestas más efectivas para proteger la integridad del individuo cuando estos se producían eran: LA FUGA O EL COMBATE.

A lo largo de la historia, los procesos psicofisiológicos en los seres humanos, que se activan ante situaciones de lucha o huida (respuestas vinculadas a la ansiedad), han tenido una función significativa. Sin embargo, el ser humano ya no está en peligro de ser cazado por depredadores, aunque otros estresores lo atormentan a lo largo de su vida, lo que provoca que perciba una amenaza ante cada circunstancia que debería ser inofensiva.

En los casos de trastornos de ansiedad, la reacción de temor actúa como un sistema de alarma defectuoso que se activa ante peligros que no son reales. En efecto, el ser humano moderno se enfrenta al intrigante reto de cómo gestionar los elementos perjudiciales que surgen de las reacciones de temor (las cuales pueden manifestarse psicopatológicamente en forma de trastornos fóbicos y de ansiedad) mientras se conservan sus beneficios de protección.

2.2.8. Respuesta humana a la ansiedad en los tres sistemas

A. Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento

- Inquietud
- Falta de seguridad.
- Temor o miedo.

- Aprensión.
- Pensamientos pesimistas (inferioridad)
- Incapacidad
- Predicción de una amenaza o un peligro.
- Problemas para concentrarse
- Problemas para decidir

B. Síntomas motores u observables

- Excesiva actividad.
- Parálisis de algunas zonas motoras.
- Pensamientos desordenados y torpes.
- Dificultades para expresarse verbalmente, como el tartamudeo.
- Comportamientos evasivos.

C. Síntomas fisiológicos o corporales.

- Síntomas relacionados con el sistema cardiovascular: Aceleración del pulso, palpitaciones, presión arterial elevada, episodios de calor.
- Síntomas relacionados con el aparato respiratorio: Falta de aire, una acelerada respiración, un dolor opresivo en el pecho y sensación de sofocamiento.
- Síntomas relacionados con el sistema digestivo: Dificultades digestivas, aerofagia, vómitos, náuseas y diarrea.
- Síntomas relacionados con el sistema genitourinario: Eyaculación precoz, impotencia, frigidez, enuresis y micciones frecuentes.
- Síntomas neuromusculares: Dolor de cabeza por tensión, fatiga demasiado alta, hormigueo, temblor y tensión muscular.
- Síntomas neurovegetativos: Sudoración, sequedad bucal, vértigo (23)

2.2.9. Diferenciación de los trastornos por Ansiedad.

Los signos de ansiedad y las estrategias de evasión son las características principales de este grupo de trastornos. La ansiedad suele ser el indicador más prevalente en la ansiedad generalizada y en el trastorno de pánico, mientras que la conducta de evitar ciertas situaciones se presenta casi siempre en el trastorno de pánico con agorafobia. En las fobias, la ansiedad se manifiesta cuando una persona se enfrenta al objeto o situación que le provoca miedo. En el

caso del trastorno obsesivo-compulsivo, la ansiedad se hace notoria cuando alguien intenta resistir sus compulsiones u obsesiones. La tendencia a evitar situaciones a menudo se observa en los trastornos fóbicos y también, frecuentemente, en los trastornos obsesivo-compulsivos.

La reexperimentación de un evento traumático es el síntoma más representativo del trastorno de estrés postraumático, a diferencia de la ansiedad o la evitación. Sin embargo, en este trastorno es habitual que surjan signos de ansiedad y comportamientos de evasión. Además, la activación siempre se encuentra en niveles elevados. El malestar causado por la separación de las figuras parentales se considera una reacción fóbica y se clasifica como un trastorno de ansiedad por separación.

Los trastornos de ansiedad son los más frecuentes entre la población general, según estudios recientes. El trastorno de pánico es el más común entre aquellos que buscan tratamiento, mientras que la fobia simple podría ser la condición de ansiedad más repetida en este grupo. Los problemas de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos y las fobias parecen ser más prevalentes entre los parientes de primer grado de quienes sufren estas condiciones que en la población en general (24)

La inquietud y la ansiedad están vinculadas con algunos de estos síntomas:

- Desasosiego
- Agotamiento fácil
- Complicaciones para pensar y despejar la mente
- Irritabilidad
- Temblor, tensión en los músculos, dolor de cabeza y falta de capacidad para despejarse
- Alteraciones del sueño: dificultad para dormir o permanecer dormido, o sensación de no haber descansado al despertar.
- Sequedad de la boca, mareos, hiperventilación (incremento en la cantidad de respiraciones por minuto), trastornos gastrointestinales, palpitaciones o taquicardia y sudoración.

La inquietud, la ansiedad o los síntomas físicos causan un notable malestar o deterioro en las relaciones con la familia, amigos, compañeros de trabajo u otras áreas vitales para el individuo.

2.2.10. Clasificación de la Ansiedad

La ansiedad se ha categorizado de diferentes formas, según criterios muy diversos. Dado que la escala de autovaloración de la ansiedad del Dr. W Zung se emplea en este estudio para cuantificar los niveles de ansiedad, se adopta la categorización ofrecida, que es:

a) Ansiedad leve: En este nivel de ansiedad, el individuo está alerta, escucha, observa y controla la situación; sus habilidades para observar y percibir están más activas, ya que se invierte más energía en la situación generadora de ansiedad. La ansiedad es pasajera, y se manifiesta a través de la inquietud, el miedo, la irritabilidad y la incomodidad.

b) Ansiedad moderada: La capacidad perceptual de la persona se ha visto algo restringida; tiene una visión, un oído y un control menor de la situación que en el caso previo, presenta dificultades para percibir lo que ocurre a su alrededor, aunque puede hacerlo si alguien le enfoca la atención hacia cualquier lugar. En este nivel, se pueden ver manifestaciones físicas y psicológicas de baja intensidad, como el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, temblores, sequedad en la boca y palpitaciones.

En síntesis, la ansiedad leve y moderada puede tener un valor de ajuste muy claro, ya que impacta al individuo orientado a una adaptación distinta de la que podría haber llevado a cabo de otro modo. Estos niveles le dan suficiente energía para aprender, crecer, desarrollarse y finalizar tareas (25).

c) Ansiedad intensa: El ámbito perceptual ha disminuido significativamente; el individuo no puede observar lo que sucede a su alrededor, aunque otro sujeto dirija su atención al asunto. La concentración está enfocada en uno o varios detalles dispersos, es posible que lo observado se distorsione y la persona tiene dificultades para vincular lógicamente un conjunto de ideas. En esta etapa, se manifiestan miedos anormales, fobias, insomnio, inquietud motora, sudoración excesiva y sensación de desvanecimiento (20).

2.2.11. Diagnóstico.

La ansiedad es un trastorno que se suele diagnosticar con poca frecuencia, y las personas que lo padecen suelen acudir a consultorios médicos cuando sufren de una enfermedad comórbida.

A. Criterios del DSM-IV diagnóstico de la Ansiedad

- Un miedo intenso y duradero a una o más situaciones sociales o comportamientos públicos en los que el individuo se encuentra expuesto a personas ajenas a su círculo familiar o a la evaluación potencial de otros. El sujeto tiene miedo de comportarse de una manera (o de mostrar síntomas de ansiedad) que sea vergonzosa o humillante.
- La exposición a situaciones sociales temidas generalmente genera una reacción inmediata de ansiedad, que puede manifestarse como un ataque de angustia situacional o estar más o menos relacionada con una circunstancia.
- La persona reconoce que este miedo es irracional o desmedido.
- Los momentos sociales o las actuaciones públicas que se temen son eludidos o bien se viven con gran malestar o ansiedad.
- La inquietud anticipada, la tendencia a huir de situaciones y la tensión que aparece en interacciones sociales o presentaciones públicas que generan miedo pueden afectar gravemente la vida cotidiana del individuo, sus interacciones laborales o académicas, o su esfera social, o provocar una incomodidad que requiere atención clínica.
- En individuos que son menores de 18 años, la duración del cuadro clínico debe extenderse por lo menos a seis meses.
- Tanto el temor como la conducta de evitar no son efectos directos de una condición médica o de una sustancia, y tampoco se comprenden mejor a través de la presencia de otros trastornos mentales (como el trastorno dismórfico corporal, la angustia con o sin agorafobia, la ansiedad por separación o un trastorno del desarrollo o esquizoide de la personalidad).
- Cuando existe una condición médica o un trastorno mental distinto, el miedo mencionado en el criterio A no está relacionado con esos procesos (por ejemplo, si resulta de los temblores debido a la enfermedad de Parkinson, de la tartamudez o de comportamientos alimentarios anormales en la bulimia o en la anorexia).
- Especificar SI: Generalizada: si los temores abarcan la mayoría de las situaciones sociales (incluyendo el diagnóstico adicional del trastorno de la personalidad por evitación).

B. Criterios Diagnósticos CIE-10 (F40.1)

La CIE-10 también considera a la ansiedad como una entidad nosológica definida con las siguientes características: Comienza en la adolescencia.

- a. Miedo a que otras personas lo juzguen dentro de un grupo relativamente pequeño.
- b. Evitar situaciones sociales que causan temor. El comportamiento de evitación es generalmente intenso y, en las situaciones más extremas, puede acabar con el aislamiento social casi por completo.
- c. La presencia de dos categorías: las que son limitadas (por ejemplo, comer en público) y las que son amplias (que abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del entorno familiar).
- d. Ausencia de autoestima y miedo a ser juzgado.
- e. La capacidad de comunicarse puede verse afectada por el enrojecimiento facial, temblores en las manos, sensación de náuseas o una necesidad urgente de ir al baño, y en ocasiones, la persona puede creer que el foco del problema son algunos de estos síntomas secundarios relacionados con su ansiedad. Estos síntomas pueden desencadenar un ataque de pánico.

A continuación, se presentan las directrices que la CIE-10 estipula para poder realizar el diagnóstico:

- Los síntomas pueden ser de tipo conductual, vegetativo o psicológico y son manifestaciones primarias de ansiedad, no resultado de otros síntomas distintos.
- Esta ansiedad es específica y tiende a aparecer en determinadas situaciones sociales concretas.
- Se observa una clara tendencia a evitar estas situaciones fóbicas.

2.2.12. Diagnóstico Diferencial

Al diagnosticar un trastorno de ansiedad, es crucial que los síntomas no sean causados por los efectos fisiológicos de la ingesta excesiva de sustancias psicoactivas o por el uso de medicamentos adrenérgicos; que no estén relacionados con enfermedades como el hipertiroidismo o el Parkinson; ni que sean el resultado de otros trastornos mentales, como el ataque de pánico, el trastorno dismórfico corporal, el trastorno límite de la personalidad o el esquizoide.

El DSM-IV establece que el miedo a situaciones sociales no es provocado por ataques de pánico, como es el caso en el trastorno de pánico. A menudo, cuando los ataques de pánico ocurren en entornos sociales, se dificulta el diagnóstico diferencial.

Sin embargo, para el diagnóstico puede ser beneficioso considerar que el trastorno de ansiedad se presenta frente a diversos factores estresantes sociales y los ataques de pánico en situaciones específicas, así como la edad en que se inicia, la distribución por género, la búsqueda de ayuda, los comportamientos de evitación, la calidad y los patrones del sueño, la sensibilidad hacia la cafeína y el lactato sódico, así como la respuesta a tratamientos farmacológicos (21).

2.2.13. Tratamiento

Para cada paciente, al evaluar su estado clínico, las condiciones asociadas y la vulnerabilidad a los efectos adversos de los medicamentos psiquiátricos, se obtienen los mejores resultados terapéuticos al integrar enfoques de terapias conductuales o cognitivas junto con el uso de tratamientos farmacológicos.

A. Tratamiento psicológico:

La terapia cognitivo-conductual es el enfoque más efectivo y reconocido en estos casos, según la mayoría de los profesionales en psicología. Como su denominación sugiere, este tipo de terapia abarca un componente cognitivo que enseña al paciente a transformar sus pensamientos ilógicos en otros que sean más coherentes con la realidad. Asimismo, se busca exponer al paciente a las situaciones que teme, pero modificando su forma de pensar. Esta terapia se centra principalmente en técnicas de relajación para mitigar los síntomas físicos y en el aprendizaje, así como en la práctica de habilidades sociales que potencien su capacidad para enfrentar interacciones sociales.

La efectividad de las terapias cognitivo-comportamentales para el tratamiento de trastornos de ansiedad ha sido corroborada por diversas investigaciones. Se sugiere combinar técnicas de reestructuración cognitiva (como mejorar la autoestima, disminuir los temores infundados o las valoraciones negativas) con métodos de exposición (enfrentando la situación fóbica).

Se han empleado métodos de exposición gradual, tanto en vivo como imaginativa, además de técnicas para relajarse y entrenar estrategias sociales, entre otros. Estas terapias suelen ser grupales (26).

- **Estrategias de capacidades de afrontamiento**

Se trata de desarrollar capacidades para enfrentar activamente la amplia gama de situaciones estresantes. Desarrollan patrones de comportamiento que son adaptativos y otros que no lo son. Funciona como un educador que examina los procesos cognitivos disfuncionales para cambiarlos.

- **Métodos de solución de problemas**

Formarse en una metodología de carácter sistémico (que incluya análisis, metas, alternativas y valoración de resultados para tratar problemas).

El propósito de la resolución de problemas es preparar a los individuos para que puedan emplear métodos sistemáticos y destrezas en situaciones conflictivas, con el fin primordial de tratar los conflictos sobre fundamentos lógicos y encontrar respuestas eficaces y válidas.

Como hay problemas que resolver todos los días, encontrar una metodología que ayude a buscar la solución más adecuada puede ser un entrenamiento muy beneficioso para la persona. Esto aumentará sus habilidades sociales y su entendimiento de situaciones conflictivas, lo cual mejorará las posibilidades de autocontrol en dichos contextos. La solución de conflictos, gracias a una perspectiva gradual que fomenta la eficacia de los resultados y el bienestar personal, mejora la capacidad social y la gestión de problemas personales y sociales.

B. Tratamiento farmacológico:

En particular, en los años recientes se ha comenzado a abordar con medicamentos, especialmente con la conocida píldora de la timidez; aunque es necesario mencionar que los fármacos no pueden modificar el modo de pensar, sino que tienen como función disminuir la ansiedad, los síntomas físicos y las condiciones depresivas, lo cual facilita encarar el problema. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son algunos de los fármacos más empleados y con mayor eficacia. Estos no generan adicción ni casi efectos secundarios. Entre ellos, el que contiene paroxetina, como el Seroxat, es uno de los más comunes. Asimismo, para

aliviar los síntomas físicos, frecuentemente se emplean otros medicamentos, como los betabloqueantes o los ansiolíticos.

a. Betabloqueadores

En particular, en los años más recientes se ha empezado a tratar con medicamentos, sobre todo con la famosa píldora de la timidez; sin embargo, vale la pena señalar que los fármacos no pueden cambiar el modo de pensar, sino que tienen como tarea reducir la ansiedad, los síntomas físicos y las condiciones depresivas. Esto hace más fácil enfrentar el problema. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son medicamentos que se utilizan con frecuencia y que tienen una eficacia muy alta. Estos no producen adicción ni efectos adversos significativos. Uno de los más frecuentes es el que incluye paroxetina, como el Seroxat. Del mismo modo, para mitigar los síntomas físicos, se utilizan a menudo otros fármacos, como los ansiolíticos o los betabloqueantes.

Los betabloqueadores han demostrado su efectividad para el tratamiento de la ansiedad, por ejemplo, en situaciones como hablar en público. La dosis utilizada es de 50 a 100 mg diarios de atenolol (Diluxen, Blokium, Tenormin) o 40 a 80 mg de propanolol. Estos se suministran por la mañana o al menos una hora antes del evento generador de la crisis de fobia social.

b. Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO)

Leibowitz realizó los estudios iniciales de la fenelzina (Nardil) en el tratamiento de la fobia social en 1986, cuando logró que mejoraran los síntomas en todos los 11 pacientes a quienes se les suministró. Se entendió que este resultado se debía a las propiedades ansiolíticas y no a las características depresivas de la fenelzina. Liebowitz y Versiani han informado hallazgos parecidos con la tranilcipromicina.

Los IMAO han demostrado ser más eficaces que el placebo y los betabloqueadores, como el atenolol, especialmente en situaciones de ansiedad generalizada. Además, son útiles para disminuir la hipersensibilidad interpersonal. Los IMAO reversibles, como la moclobemida, han revelado resultados positivos y permiten su aplicación con mayor seguridad en pacientes con ansiedad, además de evitar las restricciones dietéticas que implica el tratamiento con los IMAO tradicionales. La fenelzina es menos tolerada que la moclobemida (Aurorix), que debe administrarse en dosis completas (300-600 mg al día), igual que durante episodios de depresión.

c. Benzodiacepinas

Son eficaces para tratar los trastornos de ansiedad, pero su efecto es limitado en cuanto a la mitigación de los síntomas del trastorno de ansiedad social. El clonazepam (Rivotril) y el alprazolam (Xanax) han demostrado ser útiles para el tratamiento del trastorno de ansiedad social; no obstante, cuando se interrumpe la administración del medicamento, vuelve a aparecer la angustia y las conductas de evitación. La cantidad diaria administrada de alprazolam oscila entre 1.5 y 6.0 mg, mientras que la del clonazepam varía entre 1.5 y 3.0 mg al día.

d. Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)

Son útiles para tratar trastornos de ansiedad y depresión. La fluoxetina (Prozac) ha demostrado ser efectiva, sobre todo en aquellos pacientes cuyos síntomas fóbicos empezaron durante la adultez y cuya duración del trastorno no es muy larga. Estudios preliminares muestran la sertralina (Zoloft), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), ha demostrado ser altamente eficaz y segura en el tratamiento de trastornos de ansiedad, incluyendo el pánico y la fobia social, con tasas de respuesta significativas del 78% al 81% cuando se combina con terapia cognitivo-conductual

e. Otros Psicofármacos

- Buspirona (Buspar) ha mostrado una respuesta positiva, aunque menos eficaz que la que se logra con los IMAO.
- Goldstein ha obtenido resultados favorables al usar clonidina (Catapres) para atender a los pacientes que no han reaccionado de manera apropiada ni a los betabloqueadores ni a los IMAO.
- Para lograr mejores resultados, lo más adecuado es asistir a un psiquiatra para que establezca un tratamiento médico y también a un psicólogo.
- Además de las terapias previamente aludidas, existe otra modalidad que podríamos llamar socioterapia y que resulta muy útil para resolver la dificultad cuando la falta de relaciones sociales es uno de los principales impedimentos. Esta terapia consistiría en realizar actividades sociales, como salir con amigos o apuntarse a alguna clase de actividad.

2.2.14. Prevención de la Ansiedad

Para aprender a controlar nuestra ansiedad y prevenir que se vuelva patológica, algunas de las acciones que podemos tomar son:

- Respiración controlada y relajación.
- Relajarse implica abandonar actitudes que causan estrés, aprender a ver las cosas de forma relativa y practicar el autocontrol.
- Una forma de realizarlo sería la siguiente: Busca un sitio tranquilo, donde no te interrumpan y dedica media hora para ti. Puedes sentarte en una postura cómoda o recostarte; si lo prefieres, puedes escuchar música tranquila y suave. Luego, cierra los ojos y empieza a notar tu respiración, cómo el aire entra y sale. Intenta primero bajarlo hasta el estómago y luego llenar el pecho. Mira y, cuando estés a tu propio ritmo, empieza a contar las respiraciones del uno al diez repetidamente con el objetivo de reducir el conteo. Después, siente tu cuerpo y para en cada parte: percibe los pies, las piernas, el calor, el peso y la piel en contacto con la ropa. Deja que tus impresiones te orienten. Luego, enfócate en tus caderas, la zona genital y los glúteos; permite que tu respiración se vuelva más profunda hasta alcanzar el área baja del torso. Presta atención a la parte baja de la espalda; deja que los hombros caigan y siente tus brazos: relájalos, dejándolos caer por su peso. Vuelve a tomar conciencia de tu respiración; siente el cuello, la cabeza y examina cada una de sus partes. Déjate llevar por tu respiración.

Permite que el pensamiento esté al servicio de la sensación; si aparece alguno, simplemente deja que pase y vuelve a sentir tantas veces como sea necesario.

El método para aprender a relajarse es la práctica. Si te resulta difícil sentir una parte, utiliza el procedimiento de tensar y destensar los músculos, y percibe la diferencia entre la tensión y la relajación.

Enfrentamiento de situaciones evitadas: Para ser capaces de enfrentar todos los estímulos o situaciones que nos producen miedo, debemos aprender a hacerlo. Sin embargo, primero es imprescindible fijar objetivos o metas progresivas hacia lo que tememos.

Reorganización a nivel cognitivo: Debemos cuestionar nuestras ideas, ya que gran parte de estos miedos son el producto de nuestra perspectiva subjetiva sobre la realidad. Es necesario que nos concentremos en un punto de vista más optimista y real.

Indicaciones para uno mismo: Una vez que hemos identificado los pensamientos que nos provocan ansiedad, podemos transformarlos en otros más funcionales. Método de distracción a nivel cognitivo. Es cuestión de desviar nuestra atención hacia otro asunto cuando surja un pensamiento que nos genere inquietud o malestar. Es posible que recibamos ayuda al concentrarnos en algo que nos rodea, como un paisaje, otras personas y demás (27).

A. Medidas para Aliviar la Ansiedad

1. Es más sencillo mitigar un miedo conocido que una ansiedad cuyo origen se ignora.

Si se puede determinar con certeza el origen de la ansiedad del paciente, se tendrá una mayor capacidad para actuar y eliminarla. Por lo tanto, un primer paso crucial para ayudar al paciente a superar la ansiedad es recopilar información sobre él, estableciendo las posibles fuentes de ansiedad e identificando, si es posible, su origen específico. Es importante tener tacto al hacer esto y no insistir si el paciente no quiere hablar (20).

2. Normalmente, los pacientes experimentan menos ansiedad si saben lo que les sucederá.

Proporcionarles la información requerida es relevante para disminuir y prevenir la ansiedad. Si un paciente está informado de antemano sobre lo que se le va a hacer, mostrará menos inquietud. Asimismo, el paciente que ha sido informado de que un procedimiento le va a doler un poco estará en una mejor posición para aguantar el dolor que pueda causarle.

3. La ansiedad se reduce cuando los pacientes perciben que todavía tienen un cierto control sobre la situación.

Si se considera la colaboración del paciente y se le permite involucrarse en su propio cuidado siempre que sea factible, se contribuirá a que tenga esa sensación. Dejar que el paciente opine al planear sus actividades es una manera de ayudarlo a tener la impresión de que sigue teniendo control sobre lo que ocurre (18).

4. La soledad intensifica la ansiedad.

Es importante aprender a escuchar a los pacientes, quienes necesitan una persona con la que puedan hablar y compartir sus emociones. Los sentimientos son susceptibles de ser transmitidos sin palabras, y a veces estas no son necesarias. La presencia de una persona que es simpática ayuda al paciente; algunos se sienten más cómodos compartiendo sus temores con alguien que no tenga formación médica. Para ayudar al paciente con sus miedos, se puede

acudir a personas como la asistente social y el sacerdote (17).

5. Un estado de despersonalización contribuye a la angustia.

La confianza en el cuidado que recibe disminuye cuando el paciente siente que ha perdido su identidad, que es simplemente un número en el servicio o un "caso" interesante. Es relevante ayudarlo a mantener el sentimiento de que es una persona con derechos propios. Llamarlo por su nombre en vez de por el número de su cama, mostrando interés.

2.3. Cuidados de enfermería en el pre-operatorio

El personal de enfermería cumple una función relevante en el período perioperatorio. La atención de enfermería durante este tiempo tiene un impacto en la experiencia general del paciente durante el periodo perioperatorio. Una adecuada evaluación, manejo del riesgo y capacitación posibilitan una evolución de la operación y una recuperación más sencilla (28).

a. Valoración

Evaluación física:

- Peso, talla y constantes vitales
- Mantenerse atento ante indicios de: una alteración en la nutrición o deshidratación; signos de infección o daños en la piel.

Antecedentes de anestesia y cirugía

- Registrar operaciones quirúrgicas anteriores:

Fecha

- Naturaleza de la intervención y justificación de esta
- Emergencia de complicaciones

Medicamentos

- Especificar los medicamentos aplicados antes de la intervención
- Indicar los fármacos que se han dejado de administrar recientemente, así como aquellos que se han suministrado en los últimos seis meses.
- Indicar las sensibilidades y alergias farmacológicas

Enfermedades previas

- General (obesidad, anorexia nerviosa)
- Pulmonar (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, falta de respiración)

- Cardíaca (infarto del miocardio, hipertensión)
- Problemas gastrointestinales (inflamación del esófago, varices en el esófago, problemas hepáticos)
- Renal (nefrolitiasis, insuficiencia renal)
- Endocrina (diabetes, hipotiroidismo/hipertiroidismo, hiperlipidemia)
- Musculoesquelética (cifosis, artritis cervical)
- Hematológica (anemia, policitemia)
- Enfermedades que causan hemorragias
- Neurológicas (epilepsia, miastenia gravis)

Evaluación psicosocial y mental

- Opiniones generales acerca de la cirugía

Procesos de pensamiento y sensoriales

- Concentración y atención
- Grado de ansiedad y temores particulares
- Autoconcepto y autoestima
- Asistencia de personas cercanas
- Mecanismos de afrontamiento y principios psicológicos (28)

b. Planificación y Ejecución

El tiempo que se necesita para la preparación preoperatoria varía considerablemente de una persona a otra debido a las políticas institucionales y a las circunstancias individuales. Los análisis médicos y los exámenes de laboratorio llevados a cabo en el mes anterior a la intervención son normalmente válidos, siempre que no se hayan producido tantas alteraciones que cambien el estado del paciente.

Alimentación

- Intervención mediante:

En el día de la operación, pueden comer un desayuno ligero o tomar líquidos transparentes si se aplica anestesia local o no se utiliza anestesia.

Si se les administra anestesia general o regional, deben abstenerse de ingerir alimentos o líquidos (nada por vía oral) durante las 6 a 8 horas previas a la operación.

- Si la cirugía afecta la cavidad abdominal, en particular si involucra al intestino, el estómago o el recto, el médico puede aconsejar poner una sonda nasogástrica para drenar el contenido

del estómago o sugerir una preparación intestinal, que implica vaciar las entrañas y reducir la cantidad de bacterias.

Eliminación

- Hacerle saber al paciente que se vacíe la vejiga justo antes de ser trasladado a quirófano o de recibir el medicamento preoperatorio. Así se evita la distensión vesical o la incontinencia durante la intervención quirúrgica y la anestesia.

Higiene

- El objetivo es eliminar los gérmenes y la suciedad de la piel, así como evitar que vuelvan a crecer, además de provocar la mínima irritación del tejido.
- El afeitado del área quirúrgica tiene que limitarse al área más pequeña posible y hacerse justo antes de la intervención, normalmente en el quirófano.

Prótesis y objetos valiosos

- Registrar prótesis auditivas, oculares, dentales (parciales y completas), aparatos de ortodoncia y joyas...

Medicamentos

- Modificar o suspender la dosis previa a la intervención para anticoagulantes (inhibidores de la monoaminoxidasa, aspirina) e hipoglucemiantes

En ciertos casos preoperatorios, el anestesista o el cirujano puede recomendar que la medicación oral se tome con menos de 30 mililitros de agua. Estos fármacos se administran con el objetivo de reducir la ansiedad y fomentar una inducción anestésica segura y sencilla.

- No se debe suministrar medicación antes de la operación hasta que el paciente no firme el consentimiento.

Preparación psicológica

- Es imprescindible brindar información y tranquilizar al paciente sobre lo que ocurrirá, así como debatir las tácticas de afrontamiento que puede usar para manejar el estrés y la incomodidad. La planificación debe basarse en la postura del paciente respecto a la cirugía, su interés por recibir información y el impacto que espera de ella, según él lo percibe.
- Proporcionar información y formación sobre las opciones no farmacológicas para controlar el dolor tras la operación (29).

Instrucción preoperatoria

- Datos generales
 - Restricciones de la ingestión oral
 - Alistar el intestino o la piel
 - Exámenes prequirúrgicos
 - Medicamentos
 - Sector de mantenimiento previo a la operación
 - Salón de espera para los miembros de la familia
 - Calendario general para acontecimientos perioperatorios
- Pacientes que no requieren hospitalización
 - Dónde y cuándo deben presentarse para el procedimiento.
 - Qué tipo de ropa deben usar
 - Quién tiene que estar con el paciente
- Cuidado luego de la operación
 - Tos y respiración profunda
 - Métodos de fijación
 - Cambios en la postura y en el desplazamiento
 - Control del dolor: diseñar un plan junto con el paciente para su evaluación y tratamiento.
 - Actividades y limitaciones
 - Drenajes o vendajes después de la cirugía
 - Instrucciones para el alta

c. Evaluación

La evaluación está relacionada con las metas específicas de enfermería establecidas para el preoperatorio de cada paciente, e involucra la recopilación de datos, la preparación para la cirugía y la anestesia, así como la reducción de la ansiedad y la educación previa a la operación. El paciente es el mejor juez de si se han cumplido los objetivos (29).

2.3.1. Proceso de enfermería en la Fase Transoperatoria

Valoración inicial

- A. Utilizar la información del paciente y de su expediente para determinar las variables que pueden cambiar la atención y que puedan ser utilizadas como directrices para elaborar un plan de asistencia personalizado.
1. Determinar quién es el paciente
 2. Conforme a las regulaciones del departamento de cirugía o clínica, se deben verificar los datos requeridos con el sujeto.
 3. Examinar el historial del paciente en busca de:
 - a) Hoja de autorización quirúrgica debidamente completada.
 - b) Registros íntegros de la anamnesis y del examen físico.
 - c) Hallazgos de los estudios diagnósticos.
 - d) Análisis y evaluación de enfermería
 - e) Lista de recordatorios en el preoperatorio
 4. Evaluación integral e instantánea de enfermería antes de la operación.
 - a) Condición fisiológica (por ejemplo, posición en el continuo de salud-enfermedad, grado de conciencia y otros indicadores)
 - b) Estado psicosocial (por ejemplo: problemas de comunicación verbal, expresiones de preocupación, intensidad del sufrimiento, mecanismos adaptativos, etcétera)
 - c) Estado físico (lugar donde se realiza la operación, condición de la piel y efectividad del afeitado o depilación: movilidad de las articulaciones, entre otros).

Planificación

- A. Comprender variables comunes e incluirlas en el plan de atención.
1. Técnica quirúrgica, anestesia planificada, sexo, estatura, edad, cirujano y anestesiólogo, así como miembros del personal.
 2. Tener el equipo requerido y específico para el cirujano y el procedimiento.
 3. Requerimiento de medicamentos poco frecuentes, sangre, herramientas y otros insumos.
 4. Preparación del cuarto: el entorno físico debe tener todos los componentes necesarios, incluyendo instrumentos, material para sutura y juegos de apósitos.
- B. Determinar las características del quirófano que podrían tener un impacto en el paciente
1. Físicos.
 - a. Humedad y temperatura del ambiente

- b. Amenazas de electricidad
 - c. Posibles contaminantes (sangre, polvo y marcas de secreción en muebles o suelo; cabello expuesto, vestimenta inadecuada del personal, joyas o calzado "sucio" usado por el personal).
 - d. Movimiento innecesario de personal.
2. Psicosociales
- a. Sonido ruidoso
 - b. No ser reconocido como individuo
 - c. Sentimiento de soledad y desamparo en la sala de espera.
 - d. Conversaciones innecesarias (habladurías)

Intervención

- A. Atender al enfermero de acuerdo con las prioridades de sus necesidades.
- 1. Accionar y preparar el aspirador para su uso.
 - 2. Contar con equipos de vigilancia (monitorización) para la penetración corporal.
 - 3. Ayudar a poner un catéter (endovenoso, de presión venosa central, arterial o de Swan-Ganz).
 - 4. Empezar a implementar acciones apropiadas para la comodidad física.
 - 5. Ubicar al paciente de manera apropiada para la anestesia y los métodos quirúrgicos, manteniendo una correcta alineación del cuerpo.
 - 6. Cumplir con las normas establecidas de la técnica quirúrgica.
 - a. Desempeñar las labores de instrumentista y enfermera circulante con competencia.
 - b. Anticiparse a las necesidades del paciente al prever el equipo y material necesario antes de que se solicite.
 - c. Cumplir con el rol de enfermera primera asistente cuando sea requerido.
 - 7. Seguir los procedimientos establecidos, como, por ejemplo:
 - a. Atención y uso de productos hemáticos y sangre.
 - b. Manipulación y cuidado de muestras, tejidos y material para el cultivo
 - c. Preparación de la piel con antisépticos
 - d. Vestirse sola; sostener la bata para que el cirujano pueda ponérsela.
 - e. Colocación de guantes, abierta y cerrada.
 - f. Recopilación de torundas, instrumentos, agujas y equipo especializado.
 - g. Procedimiento para casos de septicemia.
 - h. Atención de la sonda vesical.

- i. Atención a los apósitos y al drenaje.
 8. Informar al cirujano, anestesista o enfermera responsable sobre circunstancias negativas o actuar para manejar o remediar la situación.
 9. Utilizar el material de manera prudente (costo/eficacia).
 10. Asistir a los cirujanos y anestesistas para que puedan ejecutar sus planes de trabajo.
- B. Cumplir el papel de "defensora" del paciente
1. Prevenir que el cuerpo del paciente esté expuesto innecesariamente.
 2. Mantener la confidencialidad.
 3. Proveerle tranquilidad y confort físico.
- C. Comunicar al paciente acerca de su experiencia durante la operación.
1. Hacerle una descripción de cualquier estimulación sensorial que va a sentir.
 2. Emplear métodos simples de comunicación básica para calmar la ansiedad del paciente, tales como:
 - a. Tacto físico
 - b. Mirada
 - c. Garantizarle que permanecerá a su lado en todo momento mientras esté en el quirófano.
 - d. Tranquilizarían a la gente con palabras realistas.
- D. Organizar las actividades de otros individuos relevantes que participen en el cuidado del enfermo.
1. Unidad de atención intensiva o recuperación, laboratorios y estudios radiográficos, psiquiátrico.
 2. Técnicos (de laboratorio y otros).
 3. Químico farmacéutico.
 4. Personal no profesional y el asistente de quirófano.
- E. Usar cualquier equipo quirúrgico, resolver problemas relacionados con este y asignar servicios de especialidades (incluidos las autoclaves).
- F. Participar en rondas acerca del cuidado del paciente.
- G. Documentar todas las observaciones y acciones pertinentes en las hojas designadas del historial clínico

- H. Indicar al personal de enfermería y de la sala de recuperación, ya sea verbalmente o por escrito, los detalles del estado del paciente cuando salga del quirófano (según sea necesario).

Evaluación de los resultados

- A. Evaluar el estado del paciente al salir del quirófano, por ejemplo:
1. Condición del sistema respiratorio: conocer si presenta facilidad para respirar (de manera espontánea o asistida).
 2. Condición de la piel: color apropiado, sin quemaduras, equimosis ni abrasiones.
 3. Función de tubos situados en el cuerpo: sondas nasogástricas (que funcionen con normalidad y no tengan obstrucciones ni acodaduras, entre otros cuidados), catéteres endovenosos y drenes.
 4. Sitio de acolchonamiento con descarga a tierra: en buenas condiciones.
 5. Apósito apropiado para drenaje, asegurado con firmeza, pero no demasiado apretado, entre otras cosas.
- B. Tomar parte en el reconocimiento de prácticas asistenciales que sean peligrosas e intervenir adecuadamente.
- C. Involucrarse en la evaluación de la seguridad ambiental: como por ejemplo el equipo, la limpieza y otros factores.
- D. Indicar y confirmar por escrito cualquier problema o comportamiento negativo.
- E. Manifestar entendimiento de las técnicas prácticas de enfermería y los fundamentos de asepsia.
- F. Asumir las obligaciones legales que conlleva la asistencia perioperatoria

2.4. Plan de cuidados generalizado

Proceso: Paciente Quirúrgico

Este plan de cuidados tiene como objetivo anticipar los tratamientos necesarios para aquellos pacientes que se van a someter a una cirugía y está destinado tanto a los pacientes como a sus familiares, lo cual propicia la educación en salud y el estímulo del cumplimiento con el tratamiento.

Debido a que este plan de atención trata los problemas que afectan normalmente a la mayoría de los pacientes, debe ser visto como una propuesta general. Las enfermeras deben

adaptarlo a cada paciente, tipo de intervención y régimen, debido a la gran variedad de pacientes que se operan.

La valoración de la enfermera se centrará en obtener información clínica relevante acerca del paciente, incluyendo aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales y ambientales. Para facilitar el análisis de la situación y permitir la planificación de la intervención quirúrgica y la determinación del método, esta información será recopilada de manera ordenada.

Se seleccionan las dificultades de salud que enfrenta el paciente y/o su familia, ya sean actuales o futuras, además de detectar de manera temprana los síntomas y signos para evitar complicaciones a nivel psicosocial y/o clínico.

Los pacientes que han sido intervenidos en este procedimiento han sido operados de:

- Sistema nervioso.
- Órgano de la vista, órgano del oído, órgano de la nariz, boca y faringe.
- El aparato respiratorio.
- Sistema que permite la circulación.
- El aparato digestivo.
- Páncreas y sistema hepatobiliar.
- Sistema de los músculos, los huesos y el tejido conectivo.
- Tejido subcutáneo y piel.
- Tracto urinario y sistema renal.
- El aparato reproductor masculino.
- Aparato reproductor de la mujer.
- Neoplasia y trastornos mieloproliferativos.

Duración promedio esperada:

Fronteras del procedimiento de cuidados:

PRIMORDIAL: Admisión en una unidad de cirugía hospitalaria

CONCLUSIÓN: Salida del hospital.

Normas para la implementación del plan.

Este plan de cuidados estandarizados se aplicará a todos los pacientes que sean ingresados en una unidad de hospitalización para ser intervenidos quirúrgicamente o para recibir un procedimiento.

Objetivos generales del plan:

- Proporcionar un cuidado integral al paciente
- Registrar todas las acciones vinculadas a la enfermería
- Instruir e involucrar al paciente y a su familia en lo relacionado con el progreso de su enfermedad y los cuidados elementales.
- Ayudar a desarrollar una Guía de Cuidados al alta para el paciente y su familia, con la finalidad de alcanzar el mayor grado de autonomía posible en las actividades diarias.
- Prevenir las complicaciones que puedan surgir del procedimiento quirúrgico.

Evaluación estandarizada al ingreso conforme al modelo de D. Orem

La respiración:

Sin alterar

Modificada: patrón respiratorio ineficaz

- o Sistema de compensación parcial
- o Sistema completamente compensatorio

Alimentación:

🚩 Dependiente: dificultad de deglución, limitación para alimentarse

- o Sistema parcialmente compensatorio
- o Sistema totalmente compensatorio

Eliminación

🚩 Dependiente: incontinencia, dificultad para ir al baño, estreñimiento y falta de cuidado personal

- o Sistema de compensación parcial
- o Sistema completamente compensatorio

Receso

🚩 Modificado: ansiedad, alteración del patrón de sueño habitual del paciente

- o Sistema de compensación parcial
- o Sistema completamente compensatorio

Higiene personal

🚩 Dependiente: insuficiencia de cuidado personal en lo que respecta a la higiene y la vestimenta

- o Sistema de compensación parcial
- o Sistema completamente compensatorio

Movilidad

🚩 Dependiente: restricciones en la movilidad, fallas sensoriales

- o Sistema de compensación parcial
- o Sistema completamente compensatorio

Protección

Alterado: confusión, desorientación, obnubilación, reducción de la sensibilidad, pérdida de movilidad, riesgo de traumatismo...

- o Sistema de compensación parcial
- o Sistema completamente compensatorio

Estado de consciencia: confuso, obnubilado...

Precisa elementos de seguridad, ya que el riesgo de caídas es alto. Evaluación del dolor mediante la escala visual analógica

0	5	10
(Ausencia de dolor)	(Dolor moderado)	(Máximo dolor)

Estado funcional

La puntuación será 2, 3 o 4.

3= Solo es posible cuidarse parcialmente. Más de la mitad de las horas que está despierto permanece en cama.

4= absolutamente incapaz e inválido para cuidarse. Postrado en la cama.

Condición de la piel y las mucosas.

- Modificado: herida quirúrgica
- o Sistema parcialmente compensatorio
 - o Sistema de compensación total

Riesgo UPP

Evaluación del peligro de sufrir úlcera por presión mediante la escala de Braden.

Riesgo moderado (de 13 a 14 puntos)

Riesgo elevado (inferior a 12 puntos)

Capacidad de los sentidos

Sin alterar

Cambiada: déficit en la vista, el tacto...

- o Sistema parcialmente compensatorio
- o Sistema de compensación total

Elementos sociales y psicológicos

Modificada: ansiedad

- o Sistema parcialmente compensatorio
- o Sistema de compensación total

Desarrollo del Plan de Cuidados Estandarizado para el Paciente Quirúrgico

Intervenciones propias de la hospitalización	Actividades
Cuidados de enfermería al ingreso (7310)	1. Introducirse a sí mismo y a la familia en el cuidado. 2. Informar al paciente y a su familia sobre las normas y la operación de la unidad. 3. Evaluar a la enfermería al momento de la admisión. 4. Establecer el plan de atención al paciente, los diagnósticos, las acciones y los resultados. 5. Establecer un procedimiento para reconocer y salvaguardar a los pacientes vulnerables del HGUA (evaluación de riesgos).
Protección de los derechos del paciente (7460)	1. Proporcionar al paciente la carta sobre sus derechos y deberes. 2. Durante las labores de higiene, limpieza y eliminación, proteger la privacidad del paciente. 3. Mantener la información médica del paciente en confidencialidad.
Intermediación cultural (7330)	1. Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que hay entre el enfermero y el paciente en lo que respecta a los problemas de salud o al plan de tratamiento. 2. Colaborar con el paciente para identificar las costumbres culturales que pueden afectar su salud de manera negativa, para que este pueda hacer elecciones informadas. 3. Fomentar el diálogo entre culturas (por ejemplo, empleando traductores o materiales y medios escritos en dos idiomas...). 4. Corregir adecuadamente las intervenciones convencionales (la instrucción dada al paciente)

Intervenciones relacionadas con la hospitalización

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
PREQUIRÚRGICOS:		
Ansiedad (00146)	Autocontrol de la ansiedad (1402) Bienestar (2002)	Disminución de la ansiedad (5820): - Detallar todos los procesos, incluyendo las sensaciones que pueden experimentarse a lo largo de ellos. - Establecer un entorno que promueva la confianza. - Si están indicados, administrar medicamentos que disminuyan la ansiedad. - Motivar la expresión de percepciones, temores y emociones. - Detectar las variaciones en el grado de ansiedad. - Mantenerse al lado del paciente para fomentar la seguridad y disminuir el temor.
Intervención quirúrgica	Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)	Preparación quirúrgica (2930): - Completar el listado de controles preoperatorios. - Comprobar que la firma del consentimiento informado esté presente. - Verificar la disponibilidad de transfusiones sanguíneas, la realización de un ECG y análisis de laboratorio, así como si el paciente ha ayunado. - Sacar alhajas y prótesis. - Llevar a cabo la administración y el registro de medicamentos previos a la operación. Enseñanza prequirúrgica (5610): - Entender el nivel de conocimiento del paciente en relación con la cirugía y sus experiencias anteriores. - Esbozar rutinas preoperatorias (dieta, anestesia, etc.). - Comunicarle a la persona amada el lugar donde debe esperar para recibir los resultados de la cirugía. - Enseñar al paciente sobre la técnica de sujeción de incisión, respiración profunda y tos. - Resaltar la relevancia de cuidar los pulmones y deambular con anticipación.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

La ansiedad en los pacientes programados para cirugía, se presenta por la misma realización de una operación quirúrgica, tal como lo hace notar Piñón-García, encontrando que el tratamiento quirúrgico produjo niveles de ansiedad moderados, alcanzando su máxima intensidad el día de la operación, lo que justifica el uso de técnicas para el control de la ansiedad (30).

En Ecuador, el estudio de Gaona, evidenció un alto porcentaje de los pacientes pre quirúrgicos entrevistados en el área de cirugía, presentaron ansiedad en diferentes niveles siendo el nivel moderado el más significativo. La ansiedad prequirúrgica desencadenó manifestaciones psíquicas en los pacientes investigados, específicamente la tensión y el miedo, alcanzando niveles moderados; por su parte, el insomnio y dificultad para concentrarse alcanzaron un nivel leve con porcentajes significativos. La ansiedad en los pacientes pre operatorios generó en el grupo investigado manifestaciones somáticas, un alto porcentaje alcanzaron niveles leves de tensión muscular, alteraciones cardiovasculares, respiratorios, y genitourinarios (17).

La ansiedad en el paciente prequirúrgico es un problema que afecta a todos, según Quintero, que realizó un estudio en Colombia, donde encontró que existe una asociación entre el grado de ansiedad y el sexo, o el tiempo de hospitalización previo a la realización del procedimiento quirúrgico, mientras que la presencia de antecedentes quirúrgicos genera un menor grado de ansiedad en quienes van a ser intervenidos. La intervención psicológica prequirúrgica y posquirúrgica podría permitir identificar factores que generan ansiedad, mejorar la adaptación antes y después del procedimiento, y generar espacios óptimos para complementar información y aclarar dudas sobre el procedimiento (18).

La investigación de Hernández en México estableció que la prevalencia de ansiedad fue alta, aunque puede reducirse con más información y medicación preanestésica. Para reducir la ansiedad y aumentar la satisfacción (31), es necesario brindar más información acerca de las intervenciones quirúrgicas que los pacientes menos conocen.

La intervención del personal de enfermería en el periodo preoperatorio en pacientes con cirugías abdominales, en el servicio de cirugía de un centro médico público guayaquileño (Ecuador), debe ser parcial. Sin embargo, normalmente no tienen conocimiento o no cuentan con información acerca de los procedimientos que se desarrollan en esta institución, lo cual

incrementa la probabilidad de algunas complicaciones del paciente (32).

Se pudo establecer una correlación entre la calidad de atención del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad del paciente, con un resultado moderado de 0.661 según la correlación de Spearman. Esto ocurrió en el servicio de hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe, ubicado en Lima, durante el periodo preoperatorio. La correlación de Spearman, que fue de 0.680, demostró que existe una conexión entre el nivel de ansiedad del paciente y la dimensión del cuidado humanizado, lo que indica un resultado moderado (33).

En un estudio sobre la ansiedad preoperatoria en pacientes del servicio de cirugía del hospital de Huaycán de la ciudad de Lima, se encontró que la mayoría de los pacientes en el preoperatorio del servicio de cirugía del Hospital de Huaycán, tienen un nivel de ansiedad medio (20).

El nivel de ansiedad y proceso de afrontamiento en el periodo preoperatorio de los pacientes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, donde encontró que existe relación entre el nivel de ansiedad y el proceso de afrontamiento en el periodo preoperatorio, evidenciando de esta manera que existe una influencia moderada y directamente proporcional entre las dos variables, tal como podemos observar en el presente estudio (25).

En la ciudad de Lima en el servicio de cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, Delgadillo, encontró que el nivel de ansiedad del paciente en el pre quirúrgico fue de nivel marcado e intenso de ansiedad lo cual debe ser tomado en cuenta para mejorar la calidad del cuidado de enfermería (27).

En el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, ubicado en Arequipa, se observó que la ansiedad prequirúrgica y otros factores relacionados eran más frecuentes en pacientes de entre 46 y 55 años de edad. Las personas afectadas eran mujeres y estaban en los departamentos de traumatología, ginecología y cirugía; a su vez, mostraban ansiedad prequirúrgica. El nivel de información requerido era alto, medio o bajo. La ansiedad previa a la cirugía es común entre los pacientes programados para ser operados; el ser mujer, tener responsabilidades familiares, haber sido sometido a cirugías anteriormente y requerir información son factores vinculados con esta ansiedad (34).

Se considera que el cuidado enfermero disminuye la ansiedad de la persona sometida a cirugía, un estudio realizado por Ninacvincha en el hospital Goyeneche de la ciudad de

Arequipa, se encontró que los niveles de ansiedad antes y después de ser sometidos al cuidado enfermero en el grupo experimental mostraron diferencias altamente significativas tanto en la etapa pre quirúrgica y post quirúrgica, es decir que con la intervención del cuidado enfermero el 75% de pacientes del grupo experimental que presentó ansiedad moderada a intensa cambiaron a una ansiedad normal o leve que juntos representan el 95% (35).

4. OBJETIVOS

- Identificar la calidad del cuidado del profesional de enfermería en los pacientes en el perioperatorio atendidos en la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa.
- Precisar el nivel de ansiedad en los pacientes en el perioperatorio atendidos en la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa.
- Determinar la relación que existe entre la calidad del cuidado del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes en el perioperatorio atendidos en la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa.

5. HIPOTESIS

Dado que, la ansiedad en el paciente quirúrgico es un estado emocional común que surge por la aprensión, el miedo a lo desconocido y el estrés ante la operación y el entorno hospitalario, el cual se manifiesta con síntomas físicos y psicológicos, afecta el proceso de la cirugía y la recuperación.

Es probable que la calidad del cuidado del profesional de enfermería se relacione significativamente con el nivel de ansiedad que presentan los pacientes en el perioperatorio inmediato atendidos en la Clínica Santa María.



CAPITULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACION

1.1. Técnica

Como técnica se usó la Encuesta.

1.2. Instrumento

Los instrumentos de recolección de datos fueron:

- **Para la variable independiente: Calidad del Cuidado de Enfermería.**

El instrumento utilizado fue la Ficha de Observación documental, que Campos-Rubio y sus colegas validaron en su estudio: "Calidad de la atención de enfermería en cuanto a la seguridad integral del paciente quirúrgico en el Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray en Trujillo, 2014 (36).

Validez y confiabilidad: Confiabilidad de Alfa de Crombach fue de 0.875.

Calificación

- | | | |
|------|-----------|-----------------------------|
| - Si | : 1 punto | Nivel adecuado de Calidad |
| - No | : 0 punto | Nivel deficiente de Calidad |

- **Variable dependiente: “Nivel de ansiedad”:**

Se midió con la Escala de Ansiedad de Zung, instrumento que comprende un Cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signo. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad, como expresión de trastornos emocionales.

Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. Un ítem es anotado como positivo y presente cuando el comportamiento es observado, cuando es descrito por el paciente como que le ha ocurrido o cuando él mismo admite que el síntoma es todavía un problema. Por el contrario, es presentado como negativo o ausente cuando no ha ocurrido o no es un problema, el paciente no da información sobre el mismo o cuando la respuesta es ambigua tras una investigación adecuada.

Validez y fiabilidad:

La validación de sus valores psicométricos, presenta una correlación entre la puntuación de cada ítem y el total oscila entre 0.34 y 0.65.

Los coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung. Entre ASI y SAS es de 0.66 y entre ASI y Taylor Manifest Anxiety Scale de 0,33.

Calificación del Nivel de Ansiedad (Zung):

- | | |
|------------------------------|-------------|
| - No ha ansiedad presente | menor de 45 |
| - Ansiedad mínima o moderada | 45 – 59 |
| - Ansiedad marcada o severa | 60 – 74 |
| - Ansiedad en grado máximo | 75 a más |

2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1. Ubicación Espacial

El trabajo de investigación se realizó en la Clínica Santa María, con dirección Av. Mariscal Castilla 723. Mariano Melgar de la ciudad de Arequipa, que brinda una atención personalizada y de calidad, en diferentes especialidades, además de ofrecer los servicios de Hospitalización, Sala de Operaciones, Farmacia y Evaluaciones Psicosomáticas para Brevete.

2.2. Ubicación Temporal

Se desarrolló la investigación en los meses de noviembre y diciembre del 2024.

2.3. Unidades De Estudio

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por 200 pacientes atendidos en un mes en el Servicio de Cirugía de la Clínica Santa María.

2.3.1. Muestra:

Para determinar la muestra se consideró dos aspectos:

A. Fórmula para calcular el tamaño de la muestra:

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

Donde:

- N = Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (5%).

$$n = \frac{200 * 3.8 * 0.05 * 0.95}{0.0009 (199) + 3.8 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = 130$$

Para la determinación de la muestra se hizo uso de los criterios de inclusión y exclusión.

B. Criterios de Selección:

- **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes de ambos géneros
- Paciente programado para intervención quirúrgica.
- Pacientes que voluntariamente desean participar del Estudio
- Pacientes programados para la intervención quirúrgica dentro del tiempo de estudio

- **Criterios de Exclusión:**

- Paciente que no acepte participar de la investigación

La muestra de estudio estuvo conformada por 130 pacientes.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

3.1. Procedimiento

- El proyecto de investigación fue presentado a la Facultad de Enfermería. Se envió una solicitud a la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica Santa María con el objetivo de la aprobación del proyecto.
- Se realizó el trámite para la aprobación del proyecto. Una vez aprobado por los jurados dictaminadores, se procedió a solicitar el nombramiento de la asesora de tesis, para el desarrollo y ejecución del mismo.
- Se envió una solicitud a la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica Santa María para solicitar Carta de presentación dirigida al Director de la Clínica Santa María, para obtener el permiso correspondiente para la aplicación de los instrumentos.
- Se coordinó con la Jefa del departamento de enfermería de la Clínica Santa María para acceder a la muestra en estudio y se formalizará el consentimiento informado de los pacientes adultos con cirugía programada.
- Se recolectó la información aplicando los instrumentos.

- Se presentó el borrador de tesis, a la asesora de tesis, para su revisión y la emisión de observaciones, completado este proceso, la Asesora aprobó la tesis.
- Se solicitó a la autoridad competente, el nombramiento del tercer jurado dictaminador, para la revisión final del ejemplar presentado.
- Se continuará con el trámite para la sustentación de la investigación.

3.2. Recursos

- **Humanos:**
 - La investigadora: Ariadna Estela Suarez Gamio
 - Asesora: Dra. Teresa Chocano Rosas de Vizcarra,
- **Materiales:**
 - Laptop, Registro de pacientes y Cuaderno de apuntes
- **Institucionales:**
 - Infraestructura de la Clínica Santa María
 - Universidad Católica de Santa María
- **Financieros:**
 - Autofinanciado por la investigadora

3.3. Criterios para manejo de resultados

3.3.1. Plan de procesamiento

- Tipo de procesamiento:** En el presente trabajo de investigación se optó por un procesamiento mixto (procesamiento electrónico y procesamiento manual)
- Operaciones de la Sistematización:** Se realizó un plan de tabulación y un plan de codificación.

3.3.2. Plan de Análisis Estadístico: Con el fin de obtener con mayor precisión, velocidad, consumo de recursos y tiempo, los datos fueron procesados y analizados en el programa SPSS22, para su análisis y procesamiento. El análisis estadístico fue descriptivo mediante el cálculo de las proporciones (porcentajes) e inferencial con la determinación del Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman.



CAPITULO III:
RESULTADOS

1. RESULTADOS

**Tabla 1. Edad de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María.
Arequipa, 2025**

Edad	Fr.	%
18 a 30 años	8	6.2
31 a 40 años	15	11.5
41 a 50 años	32	24.6
51 a 60 años	41	31.5
61 a más años	34	26.2
Total	130	100.0

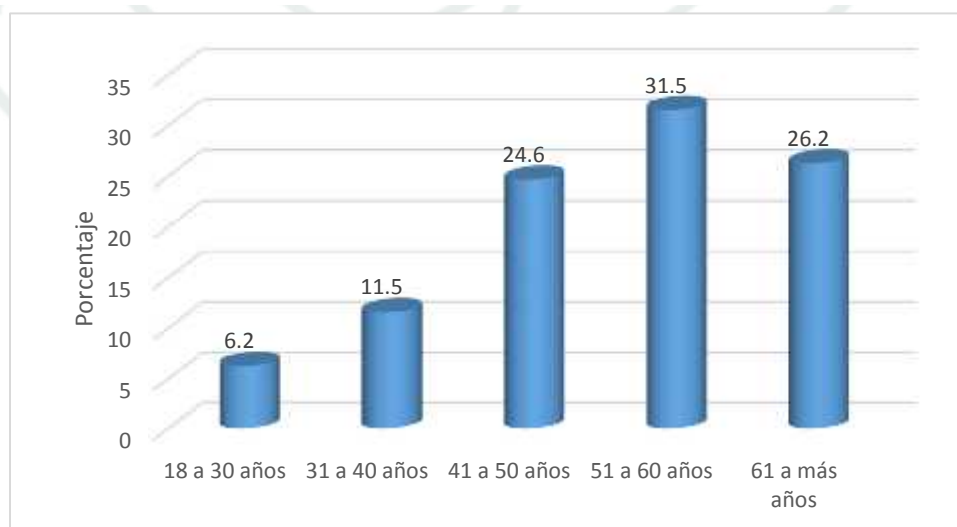
Nota. Elaboración propia

En la tabla 1, podemos observar que los pacientes que acuden a la Clínica Santa María, para ser intervenidos quirúrgicamente, el 31.5% tienen de 51 a 60 años, un 26.2% tienen de 61 a más años, el 24.6% tienen de 41 a 50 años, el 11.5% de 31 a 40 años y el 6.2% tienen de 18 a 30 años.

Se pudo deducir, que la población mayor de 41 años hacia adelante, son los que en más de las tres cuartas partes (82.3% acumulado) han acudido a la clínica para ser operados quirúrgicamente.

Los resultados muestran que la mayor parte de los pacientes intervenidos quirúrgicamente fueron adultos de mediana edad y adultos mayores. Esto sugiere que la demanda de procedimientos quirúrgicos en la clínica se concentra en personas con mayor probabilidad de presentar enfermedades crónicas o degenerativas que requieren tratamiento quirúrgico.

Figura 1. Edad de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María



Nota. Elaboración propia

**Tabla 2. Sexo de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María.
Arequipa, 2025**

Sexo	Fr.	%
Masculino	61	46.9
Femenino	69	53.1
Total	130	100.0

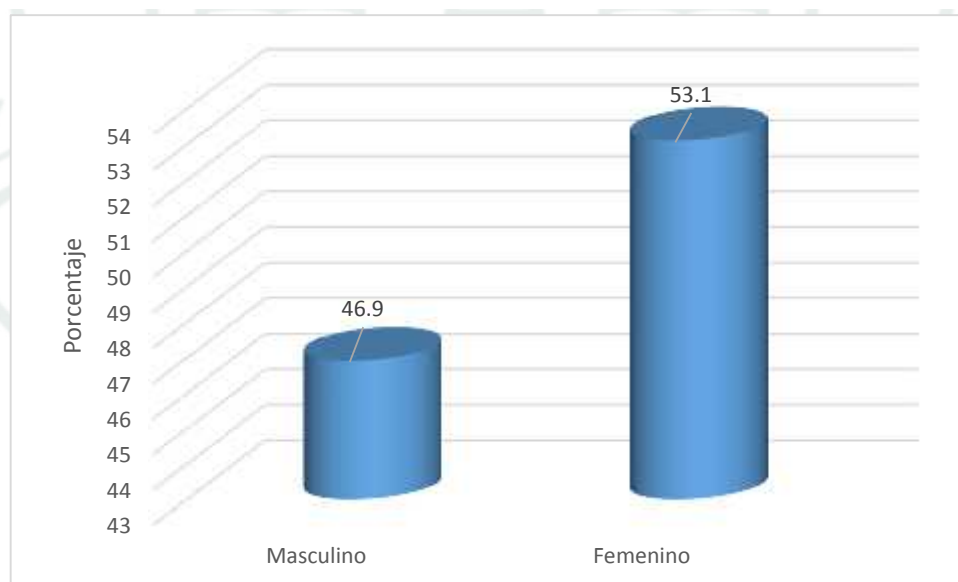
Nota. Elaboración propia

En la tabla 2, podemos observar que los pacientes que acuden a la Clínica Santa María, para ser intervenidos quirúrgicamente, con un 53.1% son del sexo femenino y el 46.9% del sexo masculino.

Lo que nos permite inferir, que la población de sexo femenino en más de la mitad son los que han acudido a la clínica para ser operados quirúrgicamente.

Se observa un ligero predominio del sexo femenino, aunque la distribución por sexo es relativamente equilibrada. Esto indica que la atención quirúrgica brindada por la clínica beneficia de manera similar a hombres y mujeres, sin diferencias marcadas entre ambos grupos.

**Figura 2. Sexo de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María.
Arequipa, 2025**



Nota. Elaboración propia

Tabla 3. Nivel de instrucción de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025

Nivel de Instrucción	Fr.	%
Primaria	4	3.1
Secundaria	47	36.2
Técnico	35	26.9
Universitario	44	33.8
Total	130	100.0

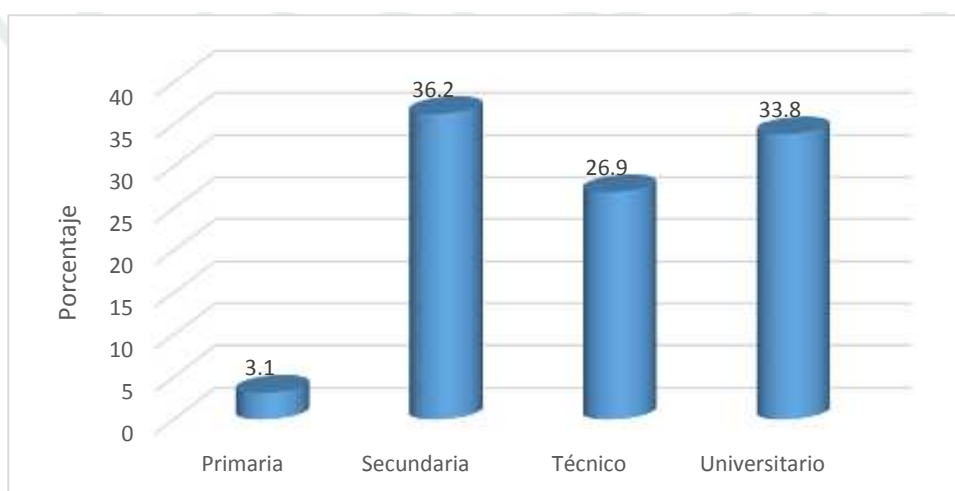
Nota. Elaboración propia

En la tabla 3, podemos observar que los pacientes que acuden a la Clínica Santa María, para ser intervenidos quirúrgicamente, el 36.2% tienen nivel de instrucción secundario, un 33.8% tienen instrucción universitaria, el 26.9% tiene instrucción técnica y sólo el 3.1% tienen instrucción primaria.

Se puede evidenciar, que la población investigada presenta estudios técnicos y universitarios, en un acumulado del 60.7%, haciendo más de la mitad, los que han acudido a la clínica para ser operados quirúrgicamente.

Predominaron los pacientes con estudios secundarios y universitarios, lo que evidencia que la mayoría posee un nivel educativo que podría favorecer la comprensión de las indicaciones médicas y de enfermería durante el proceso quirúrgico, facilitando su participación en el cuidado de su salud.

Figura 3. Nivel de instrucción de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025



Nota. Elaboración propia

**Tabla 4. Ocupación de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María.
Arequipa, 2025**

Ocupación	Fr.	%
Trabajador dependiente	57	43.8
Trabajador independiente	73	56.2
Total	130	100.0

Nota. Elaboración propia

En la tabla 4, podemos observar que los pacientes que acuden a la Clínica Santa María, para ser intervenidos quirúrgicamente, el 56.2% son trabajadores independientes y el 43.8% son trabajadores dependientes.

Lo que nos permite indicar, que la población investigada en más de la mitad, son trabajadores independientes que acudieron a la clínica para ser operados quirúrgicamente.

La mayoría de los pacientes fueron trabajadores independientes. Este hallazgo sugiere que una proporción importante de usuarios mantiene actividades laborales autónomas, aspecto que puede influir en sus expectativas respecto a una recuperación rápida y al retorno oportuno a sus actividades cotidianas.

Figura 4. Ocupación de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025



Nota. Elaboración propia

**Tabla 5. Estado civil de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María.
Arequipa, 2025**

Estado Civil	Fr.	%
Soltero/a	30	23.1
Casado/a - Conviviente	82	63.1
Divorciado/a	10	7.7
Viudo/a	8	6.2
Total	130	100.0

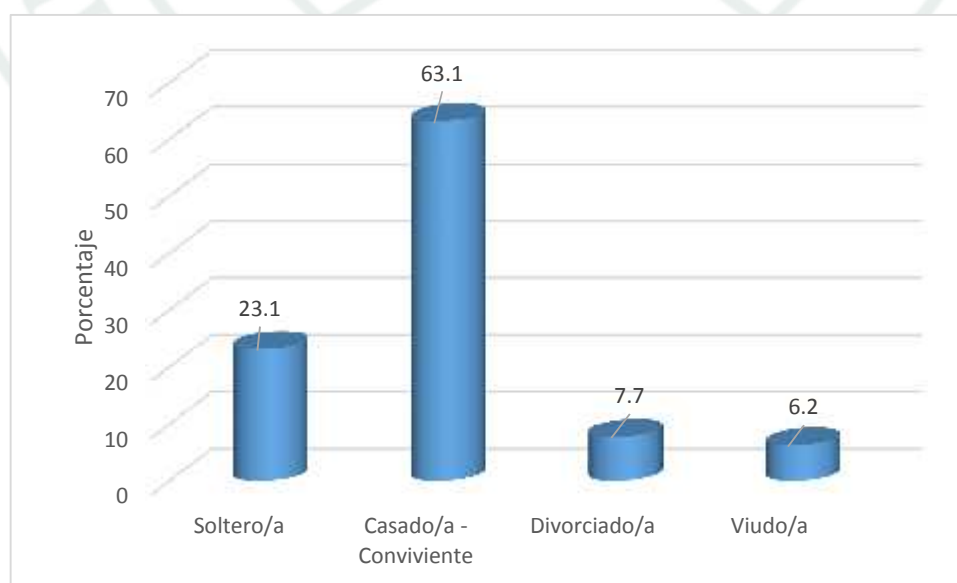
Nota. Elaboración propia

En la tabla 5, podemos observar que los pacientes que acuden a la Clínica Santa María, para ser intervenidos quirúrgicamente, el 63.1% están casados y/o son convivientes, el 23.1% son solteros, el 7.77% son divorciados y el 6.2% son viudos.

Se puede indicar que la población investigada en más de la mitad, son casados y/o convivientes, que acudieron a la clínica para ser operados quirúrgicamente.

El predominio de pacientes casados o convivientes permite inferir que la mayoría cuenta con una red de apoyo familiar, elemento importante durante el proceso quirúrgico, ya que favorece el acompañamiento, la recuperación y la adherencia a las recomendaciones del equipo de salud.

**Figura 5. Estado civil de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María.
Arequipa, 2025**



Nota. Elaboración propia

Tabla 6. Tipo de cirugía de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025

Tipo de cirugía	Fr.	%
Apendicectomía convencional o laparoscópica	20	15.4
Colecistectomía convencional o laparoscópica	47	36.2
Cirugía abdominal	11	8.5
Cirugía ginecológica	29	22.3
Cirugía ortopédica	21	16.2
Otras intervenciones quirúrgicas	2	1.5
Total	130	100.0

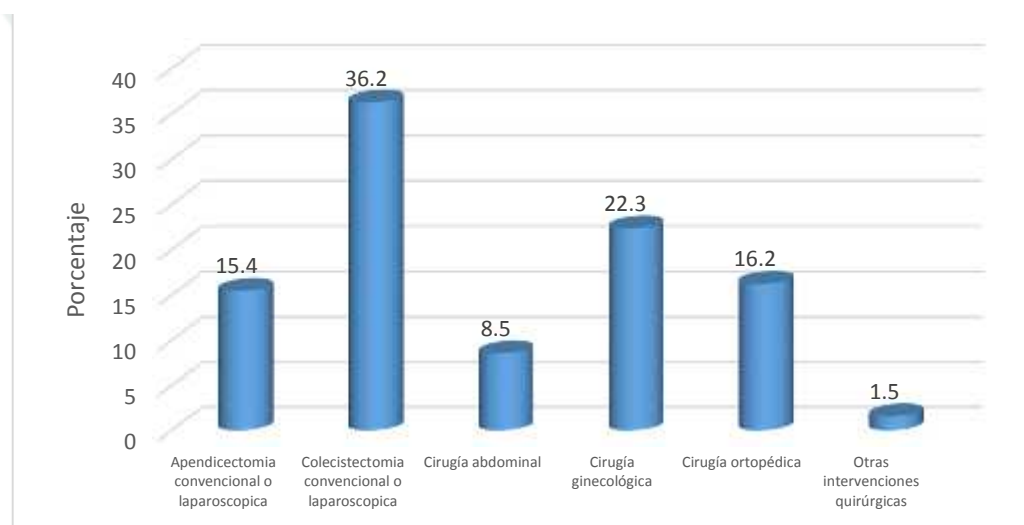
Nota. Elaboración propia

En la tabla 6, podemos observar que los pacientes que acuden a la Clínica Santa María, para ser intervenidos quirúrgicamente, el 36.2% acudieron a realizarse una colecistectomía convencional o laparoscópica, el 22.3% se realizaron una cirugía ginecológica, el 16.2% fueron cirugías ortopédicas, el 15.4% se realizaron apendicectomía convencional o laparoscópica, el 8.5% cirugías abdominales y el 1.5% otras intervenciones quirúrgicas.

Así tenemos que la población investigada en su mayoría acude a realizarse colecistectomía convencional o laparoscópica, en menos de las tres cuartas partes acudieron a la clínica para ser operados quirúrgicamente.

La mayor frecuencia de colecistectomías, seguida de cirugías ginecológicas y ortopédicas, indica que estos procedimientos representan la principal demanda quirúrgica de la institución. Esto refleja el perfil asistencial de la clínica y la necesidad de fortalecer protocolos específicos de cuidado para estas intervenciones.

Figura 6. Tipo de cirugía de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025



Nota. Elaboración propia

Tabla 7. Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase preoperatoria en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025

Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase preoperatoria	Fr.	%
Nivel adecuado calidad	109	83.8
Nivel deficiente de calidad	21	16.2
Total	130	100

Nota. Elaboración propia

La tabla 7 indica que el porcentaje de calidad es del 83.8%, lo cual representa un nivel apropiado, y del 16.2%, lo que muestra un nivel deficiente.

De acuerdo con estos resultados, podemos señalar que más del 75% de las enfermeras estudiadas muestran un nivel apropiado en lo que respecta a la calidad del cuidado proporcionado durante la fase preoperatoria.

La mayoría de los pacientes percibió un adecuado cuidado de enfermería durante la fase preoperatoria. Este resultado sugiere que el personal de enfermería cumple satisfactoriamente con actividades como la preparación física y emocional, la educación al paciente y la orientación previa a la cirugía. Sin embargo, el grupo que percibió una calidad deficiente evidencia oportunidades de mejora en esta etapa.

Figura 7. Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase preoperatoria en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025



Nota. Elaboración propia

Tabla 8. Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase transoperatoria en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025

Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase transoperatoria	Fr.	%
Nivel adecuado calidad	127	97.7
Nivel deficiente de calidad	3	2.3
Total	130	100

Nota. Elaboración propia

En la tabla 8, en atención a los datos obtenidos, los pacientes quirúrgicos investigados presentan un nivel adecuado de calidad (97.7%) y el 2.3% consideran que es deficiente.

Por lo que podemos inferir, que más de las tres cuartas partes de las enfermeras investigadas, presentan un nivel adecuado en la calidad de atención brindada en la fase transoperatoria.

La percepción casi unánime de una adecuada calidad del cuidado durante la fase transoperatoria refleja un alto nivel de cumplimiento de los protocolos de seguridad, vigilancia y asistencia por parte del personal de enfermería dentro del quirófano, fortaleciendo la confianza de los pacientes en la atención recibida.

Figura 8. Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase transoperatoria en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025



Nota. Elaboración propia

Tabla 9. Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase postoperatoria en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025

Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase posoperatoria	Fr.	%
Nivel adecuado calidad	129	99.2
Nivel deficiente de calidad	1	0.8
Total	130	100

Nota. Elaboración propia

Se puede indicar que, en atención a los resultados obtenidos, los pacientes quirúrgicos perciben un nivel adecuado de calidad del cuidado (99.2%) y el 0.8% presentan un nivel deficiente.

Se pudo evidenciar que casi la totalidad de las enfermeras investigadas, presentan un nivel adecuado en cuanto a la calidad del cuidado brindado en la fase postoperatoria.

Los resultados evidencian que prácticamente todos los pacientes valoraron favorablemente el cuidado brindado durante el postoperatorio. Esto demuestra un adecuado seguimiento clínico, vigilancia de la recuperación, control del dolor y atención oportuna a las necesidades del paciente después de la cirugía.

Figura 9. Calidad del Cuidado de Enfermería en la fase postoperatoria en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025



Nota. Elaboración propia

**Tabla 10. Nivel de la calidad del cuidado de Enfermería en la Clínica Santa María.
Arequipa, 2025**

Calidad del Cuidado de Enfermería	Fr.	%
Nivel adecuado calidad	119	91.3
Nivel deficiente de calidad	11	8.7
Total	130	100

Nota. Elaboración propia

En la presente tabla se puede observar que los pacientes quirúrgicos, en un 91.3% presenta un nivel adecuado de calidad del cuidado de enfermería y el 8.7% presentan un nivel deficiente de calidad del cuidado.

Se evidenció que más de las tres cuartas partes de las enfermeras investigadas, presentan un nivel adecuado en cuanto a la calidad del cuidado brindado.

La percepción general de la calidad del cuidado fue ampliamente positiva, lo que permite afirmar que el personal de enfermería brindó una atención integral, segura y humanizada durante las diferentes etapas del proceso quirúrgico. No obstante, la existencia de un pequeño grupo con percepción desfavorable indica la conveniencia de implementar acciones de mejora continua.

**Figura 10. Nivel de la calidad del cuidado de Enfermería en la Clínica Santa María.
Arequipa, 2025**



Nota. Elaboración propia

Tabla 11. Nivel de ansiedad en los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025

Nivel de Ansiedad	Fr.	%
No hay ansiedad presente	110	84.6
Ansiedad mínima o moderada	20	15.4
Total	130	100

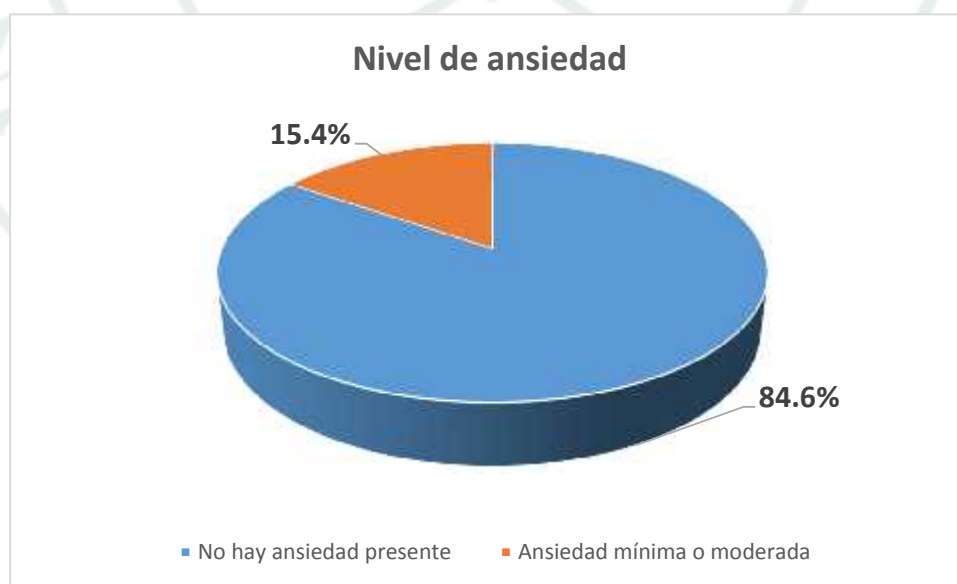
Nota. Elaboración propia

Se puede observar que los pacientes quirúrgicos investigados, en un 84.6% no presentan ansiedad y el 15.4% una ansiedad mínima o moderada

Así podemos indicar que más de las tres cuartas partes de los pacientes intervenidos no han presentado ansiedad.

La mayoría de los pacientes no presentó ansiedad, lo que sugiere que las intervenciones realizadas por el equipo de salud, especialmente la información y el acompañamiento durante el proceso quirúrgico, pudieron contribuir a mantener un adecuado estado emocional. Sin embargo, la presencia de pacientes con ansiedad mínima o moderada evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo estrategias de apoyo psicológico y educación prequirúrgica.

Figura 11. Nivel de ansiedad en los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025



Nota. Elaboración propia

Tabla 12.

Relación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en el Nivel de Ansiedad de los pacientes quirúrgicos atendidos en la Clínica Santa María. Arequipa, 2025

			Correlaciones	
			Calidad del Cuidado de Enfermería	Nivel de Ansiedad
Rho de Spearman	Calidad del Cuidado de Enfermería	Coeficiente de correlación	1,000	,130
		Sig. (bilateral)	.	,142
		N	130	130
	Nivel de Ansiedad	Coeficiente de correlación	,130	1,000
		Sig. (bilateral)	,142	.
		N	130	130

Los resultados muestran que la relación entre la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes en preoperatoria inmediato en la Clínica Santa María es directa, débil y estadísticamente no significativa (0,130; $p > 0,05$). Esto demuestra que a medida que aumenta el nivel adecuado de la calidad cuidado de enfermería, se disminuye la presencia de ansiedad en los pacientes quirúrgicos.

Aunque la correlación observada fue positiva, su magnitud fue muy débil y no alcanzó significancia estadística. Esto permite interpretar que el nivel de ansiedad de los pacientes probablemente estuvo influenciado por otros factores, como las características personales, experiencias quirúrgicas previas, personalidad, percepción del riesgo, apoyo familiar o condiciones clínicas, más que por la calidad del cuidado de enfermería percibida. En consecuencia, en esta población de estudio no se encontró evidencia suficiente para establecer que una mejor calidad del cuidado de enfermería se asocie con menores niveles de ansiedad.

2. DISCUSIÓN

La presente investigación busco determinar la relación que existe entre la calidad del cuidado del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes en el perioperatorio inmediato atendidos en la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa, en cuanto a las enfermeras participantes de la investigación, son en su mayoría adultas jóvenes ya que sus edades oscilan de 25 a 45 años con un porcentaje acumulado del 75.0%, en su totalidad son mujeres, lo que fundamentaría el hecho de que existe predominio en el ejercicio profesional de la carrera de Enfermería, la cual tiene un mayor número de mujeres que realizan esta labor. El tiempo de servicio que vienen laborando es menor a 10 años, lo cual se justificaría en razón a la edad que poseen. Su condición laboral en un 55.5% es de contratadas. En cuanto a la población investigada, son de 41 a más años (82.3% acumulado) los que han acudido a la clínica para ser intervenidos quirúrgicamente, cabe resaltar que 53.1% son del sexo femenino y el 46.9% del sexo masculino; que presenta estudios técnicos y universitarios, en un acumulado del 60.7%; el 56.2% son trabajadores independientes y el 43.8% son trabajadores dependientes; el 63.1% son casados y/o son convivientes y el 36.2% acudieron a realizarse una colecistectomía convencional o laparoscópica, el 22.3% se realizaron una cirugía ginecológica, el 16.2% fueron cirugías ortopédicas, el 15.4% se realizaron apendicectomía convencional o laparoscópica, el 8.5% cirugías abdominales y el 1.5% otras intervenciones quirúrgicas. Como nos indica **Vargas** (37), la Organización Mundial de la Salud reporta que alrededor de 4,000.000 de usuarios alrededor del mundo son sometidos a cirugía programada, electiva o de emergencia cada año, de los cuales 49% a 74% llegan a manifestar algún nivel de ansiedad en la fase preoperatoria, representando el 2,5 a 3,75 millones de pacientes.

En atención al primer objetivo, que consistió en evaluar la calidad del cuidado proporcionado por los enfermeros a los pacientes en el perioperatorio en la Clínica Santa María, ubicada en Arequipa, se puede señalar que el 91.3% muestra un nivel adecuado de atención enfermera, mientras que el 8.7% tiene un nivel insuficiente de atención. Se entiende que el paciente quirúrgico es una persona que ha sido programada para una cirugía, y este proceso se divide en tres etapas: preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria. En la etapa preoperatoria, se encontró que el 83.8% tiene un nivel adecuado de atención, mientras que el 16.2% experimenta una atención deficiente. Durante la fase intraoperatoria, el 97.7% recibió un cuidado adecuado, y un 2.3% recibió un cuidado inadecuado. En la fase postoperatoria, el 99.2% presenta un nivel adecuado de atención, y solo el 0.8% tiene un nivel deficiente. Según

Morales (38), se señala que la calidad del cuidado de enfermería para pacientes quirúrgicos se centrará en la interacción entre el profesional y el paciente, lo cual dependerá de diversos factores como: la comunicación, la habilidad para ganarse su confianza, así como el trato empático hacia el paciente, respetando sus creencias y cultura, mostrando honestidad, tacto y sensibilidad, además de considerar las preferencias y valores de cada individuo.

En atención al segundo objetivo, se buscó precisar el nivel de ansiedad en los pacientes en el perioperatorio inmediato atendidos en la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa, encontrando que un 84.6% no presentan ansiedad y el 15.4% una ansiedad mínima o moderada. Tenemos a **Ferrel-Llashac** (20), que evidenció que la mayoría de los pacientes en el preoperatorio del servicio de cirugía del Hospital de Huaycán, tienen un nivel de ansiedad medio. Así mismo **Gaona et al.** (17), pudo encontrar un porcentaje de los pacientes pre quirúrgicos entrevistados en el área de cirugía, presentaron ansiedad en diferentes niveles siendo el nivel moderado el más significativo. La ansiedad prequirúrgica desencadenó manifestaciones psíquicas en los pacientes investigados, específicamente la tensión y el miedo, alcanzando niveles moderados; por su parte, el insomnio y dificultad para concentrarse alcanzaron un nivel leve con porcentajes significativos. La ansiedad en los pacientes pre operatorios generó en el grupo investigado manifestaciones somáticas, un alto porcentaje alcanzaron niveles leves de tensión muscular, alteraciones cardiovasculares, respiratorios, y genitourinarios. En cambio **Hernández et al.** (31) observaron que la frecuencia de ansiedad era elevada y que esta puede ser reducida a través de información adicional y medicación previa a la anestesia. Es necesario ofrecer más detalles sobre los tratamientos quirúrgicos que los pacientes no conocen bien, con el fin de reducir la ansiedad y aumentar la satisfacción. Al realizar un estudio más enfocado en diversos elementos y la ansiedad antes de las cirugías, a **Ibañez-Barrera** (34) mostró que el 33.06% de los pacientes estaban en la franja de edad de 46 a 55 años; el 48.39% eran hombres y el 51.61% eran mujeres. El 46.77% de los pacientes se encontraban en el campo de cirugía, el 30.65% en traumatología y el 22.58% en ginecología; un 50.81% de ellos experimentaban ansiedad prequirúrgica; el 36.29% expresaron una gran necesidad de información, 33.06% una necesidad media y el 30.65% una necesidad baja. El 50.81% de las personas programadas para cirugía tenían ansiedad prequirúrgica. Los factores vinculados a la ansiedad prequirúrgica incluyen ser mujer, tener responsabilidades familiares, haber pasado por cirugías anteriores y la necesidad de información ($p < 0.05$). Por otro lado, **Delgadillo** (27) mencionó que, de todos los pacientes encuestados, el 45% mostraron un nivel de ansiedad significativo, el 35% un nivel intenso y el 20% un nivel bajo. Hay un gran número

de pacientes con niveles de ansiedad marcados e intensos, lo que debe considerarse para mejorar los estándares en el cuidado de enfermería.

En atención al tercer objetivo, se busca establecer la conexión entre la atención proporcionada por el personal de enfermería y el grado de ansiedad que experimentan los pacientes en el periodo inmediato que sigue a la cirugía, revelando que esta conexión es directa, débil y carece de significancia estadística (0,130; $p > 0,05$). Esto indicaría que a medida que mejora la calidad de la atención de enfermería, disminuye la ansiedad entre los pacientes. Según **Zapata** (33), su investigación identificó una asociación entre la variable atención profesional de enfermería y la variable ansiedad del paciente, con un coeficiente de correlación de Spearman de 0.661, mostrando un resultado moderado.

Morales (38) subraya que la enfermería se considera una disciplina que opera en diversas áreas y contextos, manteniendo siempre su característica fundamental: el cuidado. Una de las especialidades más cruciales en este campo es el trabajo en el quirófano. La enfermera que se desempeña en el área quirúrgica abarca todo el ámbito del período pre y postoperatorio, centrándose en la prevención de enfermedades, con especial atención en la cirugía, asegurando los cuidados adecuados que el paciente requiere. Para una formación rigurosa en esta disciplina, es esencial que se reconozcan las necesidades sociales, psicológicas y fisiológicas del paciente, proporcionando un cuidado personalizado de alta calidad, sustentado en un conocimiento científico que busca restaurar o mantener la salud y el bienestar del individuo antes, durante y después de la operación quirúrgica.

CONCLUSIONES

- Primera** : Los pacientes quirúrgicos atendidos en el perioperatorio inmediato identificaron que existe una adecuada calidad del cuidado del profesional de enfermería en más de las tres cuartas partes, en la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa.
- Segunda** : Se precisó que los pacientes quirúrgicos atendidos en el perioperatorio inmediato no han presentado ansiedad en más de las tres cuartas partes, en la Clínica Santa María de la ciudad de Arequipa.
- Tercera** : Se determinó que la relación entre la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes quirúrgicos atendidos en el perioperatorio inmediato fue directa, débil y estadísticamente no significativa.

RECOMENDACIONES

1. Al Director de la Clínica Santa María, que, en coordinación con Jefa de enfermeras de Centro Quirúrgico, se aplique estrategias de promoción de la salud mental en pacientes, que fomenten la autonomía y el autocuidado, desarrollando habilidades de afrontamiento, ayudándolo a identificar y mitigar riesgos y promover las relaciones de apoyo de su entorno familiar.
2. Al Director de la Clínica Santa María, que en coordinación con el equipo de enfermería fortalezca la calidad del cuidado optimizando la comunicación entre el paciente, información sobre el proceso de la preparación perioperatoria inmediata, para asegurar una recuperación postoperatoria adecuada, para mejorar la atención de pacientes quirúrgicos.
3. A las estudiantes de la Segunda Especialidad de Centro Quirúrgico, se les recomienda estudiar la calidad del cuidado de enfermería en el centro quirúrgico, enfocando en la seguridad y el bienestar del paciente, considerando que el área de quirófano requiere cuidados altamente especializados y una atención de alta calidad que involucre la minimización de riesgos, la mejora de resultados y la optimización de procesos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roa Campos. Calidad del Cuidado del Profesional de Enfermería y Nivel de Ansiedad de los paciente preoperatorio, Servicio de Hospitalización. Centro Medico Especializado San Felipe Lima-Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.
2. Maguiña P, Sullca S, Verde C. Factores que influyen en el nivel de Ansiedad en el Adulto en fase preoperatoria en un Hospital Nacional Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental - Dia Mundial de la Salud Mental Ginebra: OMS; 2021.
4. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad en Enfermería: Su Gestión, Implementación y Medición. Revista Médica Clínica Las Condes. 2020 mayo-junio; 29(3).
5. Ponce C. Enfermería, ciencia y arte del cuidado. Revista Española de Enfermería. 2022; 26(2).
6. Sniehotta F, Araújo-Soares V, Brown J, Kelly M, Michie S, West R. Sistemas complejos y enfoques a nivel individual para la salud de la población: ¿una falsa dicotomía? La salud pública de Lancet. 2019; 9(2).
7. García G. Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia. Hospital III EsSalud. Lima; 2019.
8. Mendez V. Modelo de Adaptación. En: Marriner, A. Raile, M. Modelo y teorías de enfermería. Sexta ed. México: Re-impresión; 2019.
9. Toledo J. La satisfacción del paciente como medida de la evaluación de la Calidad Percibida España: UCLM; 2020.
10. Organización Mundial de la Salud. Calidad de atención del usuario Ginebra: OMS/PAO; 2022.

11. Donabedian A. Garantía y Calidad de la Atención Médica. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Pág. 9 – 13. Citado por: Álvarez L, Barrera M, Madrigal C. Calidad de la Atención en Enfermería. Medellín: Programa Auditoría en Servicios de Salud [Internet]. México; 2019 [cited 2022 Enero 12]. Available from: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/26/2/Calidad_atencion_en_enfermeria.pdf.
12. Tigani D. Las siete dimensiones de la calidad. Amauta International. 2020 Mayo-Junio; 8(2).
13. Sitzman K, Watson J. Ciencia del cuidado, práctica de la conciencia plena implementando la teoría del cuidado humano de Watson España: Universidad María Auxiliadora; 2020.
14. Watson J. Enfermería: la filosofía y ciencia del cuidado México: Editores UACH; 2020.
15. Rodríguez F. Vida y Palabras de Jean Watson: El cuidado humano. [Internet].; 2020 [citado 6 de Febrero 2022]. Disponible en: <https://hablemosdeenfermeria.blogspot.com/2015/09/vida-y-palabras-de-Jean-Watson-el-cuidado-humano.html>.
16. Watson J. Human Caring Science, A Theory of Nursing. Segunda ed. U.S.A.: Aprendizaje Jones & Bartlett; 2021.
17. Gaona D, Contento B. Ansiedad pre operatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. Ecuador; 2020.
18. Quintero A, Yasnó D, Riveros A, Castillo J, Borrás J. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Colombia; 2021.
19. Conesa-Lapena X. Trastorno de Ansiedad. Somatizaciones. Psiquiatria.com blog. 2022 Febrero.
20. Ferrel-Llashed S. Ansiedad Preoperatoria en Pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital de Huaycán. Lima: URP; 2020.

21. Toro-Greiffenstein R, Yepes-Roldán LPAC. Fundamentos de Medicina Psiquiatría. Séptima ed. España: booksmedicos.org; 2021.
22. Global Burden of Disease (GBD). [base de datos en línea]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2024 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, consultado el 13 de agosto de 2025).
23. Mejías F, Serrano M. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental México: El Planeta; 2019.
24. Cosacov E. Introducción a la Psicología. Novena ed. España: Brujas; 2020.
25. Purisaca K. Nivel de Ansiedad y Proceso de Afrontamiento en el Periodo Preoperatorio de los Pacientes del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque. Lambayeque: Universidad Señor de Sipán; 2019.
26. Rojas E. ¿Cómo superar la Ansiedad? La obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones Barcelona-España: El Planeta S.A.; 2020.
27. Delgadillo G. Nivel de ansiedad del paciente en el pre quirúrgico en el servicio de cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena. Lima: UNMSM; 2019.
28. Brunner , Suddarth. Enfermería Medicoquirúrgica. Catorce ed. España: Wolters Kluwer; 2019.
29. Carpio D. Calidad de los Cuidados Perioperatorios del Personal de Enfermería del Centro Quirúrgico de la Clínica de San Juan de Dios Arequipa: UCSM; 2019.
30. Piñón-García K, Aportela-Balmaseda B, Almeida-Esquivel Y, Pozo-Romero J, Correa-Borrell M. Nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía electiva no cardíaca Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Las Torres; 2020.

31. Hernández A, López A, Guzmán J. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. México: Órgano Oficial del Hospital Ángeles Health System; 2019.
32. Lozada I, M V. Actuación de enfermería en el pre-operatorio en pacientes con cirugías abdominales en el servicio cirugía de un Hospital público de Guayaquil. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2019.
33. Zapata-Soto M. Calidad de Cuidado del Profesional de Enfermería y Nivel de Ansiedad de los pacientes en preoperatorio, Servicio de Hospitalización Centro Médico Especializado San Felipe Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2020.
34. Ibañez-Barrera R. Ansiedad Prequirúrgica y Factores relacionados en Pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – Febrero del 2020 Arequipa: UNSA; 2020.
35. Ninacivinch S, Huamán C, Raffo J. Cuidado enfermero en la disminución de la ansiedad de la persona sometida a cirugía. Hospital Goyeneche. Arequipa: UNSA; 2019.
36. Campos-Rubio. Calidad del Cuidados de Enfermería en la Seguridad Integral del Paciente Quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray. Trujillo; 2014.
37. Vargas C. Nivel de ansiedad y proceso de afrontamiento en el periodo preoperatorio de los pacientes del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque – 2017 [citado del 10 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5910/Purisaca%20Quico%20Karina%20Lizbeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
38. Morales V. Tendencias del cuidado de calidad de Enfermería del paciente quirúrgico Lima-Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021.



ANEXOS

ANEXO 1.

INSTRUMENTOS

GUÍA DE ENTREVISTA A LOS PACIENTES

INSTRUCCIÓN: Lea cada pregunta y marque con aspa (x) las respuestas que considera si entendió o no entendió, si lo recordó y no recordó, en cada pregunta conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

I. DATOS GENERALES

1.1. Edad:

- 18 a 30 años ()
- 31 a 40 años ()
- 41 a 50 años ()
- 51 a 60 años ()
- > 61 años ()

1.2. Género:

- Masculino ()
- Femenino ()

1.3. Nivel de instrucción:

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Técnico ()
- Universitario ()

1.4. Ocupación

- Trabajador dependiente () _____
- Trabajador independiente () _____

1.5. Estado civil:

- Soltera/o ()
- Casado/a y/o Conviviente ()
- Divorciado/a ()
- Viudo/a ()

1.6. Tipo de cirugía:

- Apendicetomía ()
- Laparotomía exploratoria ()
- Cesárea ()
- Otros: _____

FICHA DE OBSERVACIÓN

Descripción	Si	No
FASE PREOPERATORIA		
1. Se presenta y pregunta su nombre		
2. Se respeta la privacidad del paciente		
3. Se brinda el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas		
4. Se trata con amabilidad y paciencia		
5. Llega en camilla con barandas		
6. Paciente está en ayunas		
7. Recibió baño antes de la cirugía		
8. Zona operatoria esta rasurada si fuera necesario		
9. Trae bata limpia		
10. Uñas cortas, limpias y sin esmalte		
11. Recibió preparación intestinal si fuera necesario		
12. Trae sábanas y cobertores limpios		
13. Trae alhajas, prótesis		
14. Verifica expediente clínico		
15. Análisis de laboratorio y riesgo quirúrgico		
16. Consentimiento informado firmado		
17. Depósito de sangre		
18. Verifica alergias		
19. Verifica si ha suspendido la toma de anticoagulantes		
20. Verificar en el paciente hipertenso si ha tomado su medicamento		
21. Verifica antecedentes quirúrgicos		
FASE TRANSOPERATORIA		
22. Verifica el funcionamiento de equipos biomédicos		
23. Realiza la desinfección del mobiliario del quirófano		
24. Traslada al paciente de la camilla a la mesa quirúrgica		
25. Protege privacidad con cobertores		
26. Acompaña al paciente antes de la cirugía		
27. Participa en la inducción anestésica y hace firmar consentimiento de anestesia		
28. Mantiene el quirófano limpio y ordenado		
29. Realiza el interrogatorio de hoja de cirugía segura		
30. Posición quirúrgica adecuada		
31. Protección de zonas de presión		
32. Verifica que la placa de retorno esté en buenas condiciones		
33. Verifica la esterilidad de la ropa quirúrgica		
34. Verificar esterilidad de instrumental quirúrgico		
35. Verificar y registrar el recuento de gases antes de la cirugía y durante el cierre de cada cavidad.		
36. Recuento del instrumental antes y al final de la cirugía		
37. Manejo correcto de los elementos punzocortantes		
38. Traslada al paciente en camilla con barandas		
FASE POSTOPERATORIO		
39. Acoge al paciente y lo ubica en la zona de monitoreo de acuerdo al tipo de anestesia.		
40. Verifica sondas, drenajes y herida operatoria		
41. Mantiene abrigado al paciente		
42. Mantiene cobertores limpios y secos		
43. Escucha al paciente y alivia el dolor		
44. Administra medicamentos siguiendo los pasos correctos		
45. Traslada al paciente a su servicio de origen en camilla con barandas		

Fuente: Campos-Rubio y col. "Calidad del Cuidados de Enfermería en la Seguridad Integral del Paciente Quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray. Trujillo 2014.

ESCALA EAA SEGÚN ZUNG ANSIEDAD

A continuación, tome en consideración las afirmaciones propuesta de esta escala y responda a cada una de ellas según su percepción.

	Nunca o casi nunca	A Veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntaje
1. Me siento más intranquilo o nervioso que de costumbre	1	2	3	4	
2. Me siento atemorizado sin motivo	1	2	3	4	
3. Me altero o me angustio fácilmente	1	2	3	4	
4. Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos	1	2	3	4	
5. Creo que todo está bien y no va pasar nada	4	3	2	1	
6. Me tiemblan los brazos y las piernas	1	2	3	4	
7. Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda	1	2	3	4	
8. Me siento débil y me canso fácilmente	1	2	3	4	
9. Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto	4	3	2	1	
10. Siento que el corazón me late a prisa	1	2	3	4	
11. Sufro mareos	1	2	3	4	
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme	1	2	3	4	
13. Puedo respirar fácilmente	4	3	2	1	
14. Se me duermen y me hormiguean los dedos de la mano y de los pies	1	2	3	4	
15. Sufro dolores de estómago o indigestión	1	2	3	4	
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia	1	2	3	4	
17. Generalmente tengo las manos secas y calientes	4	3	2	1	
18. La cara se me pone caliente y roja	1	2	3	4	
19. Me duermo fácilmente y descanso por la noche	4	3	2	1	
20. Tengo pesadillas	1	2	3	4	

Fuente: W. Zung. Ficha Técnica de Escala de Autovaloración de Ansiedad

ANEXO 2.
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....deaños de edad, he sido informada sobre los aspectos que conciernen al trabajo de investigación: **“CALIDAD DE CUIDADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS PACIENTES EN PREOPERATORIO INMEDIATO. CLÍNICA SANTA MARIA. AREQUIPA, 2025”**, se me ha explicado el objetivo de la investigación y entiendo que la información que se proveerá en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima.

Por lo tanto, autorizo de forma voluntaria y doy mi consentimiento a que se me apliquen los instrumentos propios de la investigación.

Fecha:

FIRMA

ANEXO 3.

PRUEBA DE NORMALIDAD

Prueba de normalidad

H_1 : Las variables tienen un comportamiento normal.

H_0 : Las variables no tienen un comportamiento normal.

Nivel de Significancia:

$\alpha = 0.05$ (sig. Bilateral)

Regla de decisión:

$P > 0.05$: Se acepta la H_1

$P < 0.05$: Se acepta la H_0

Estadístico de Prueba: Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Calidad del Cuidado de Enfermería	,534	130	0,000
Nivel de Ansiedad	,511	130	0,000

Fuente: Elaboración Propia.

Por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y con una significancia menor al 5% se acepta la hipótesis nula, ya que las variables no tienen un comportamiento normal por lo tanto se aplicará la prueba no paramétrica Rho de Spearman.