



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA**

PERCEPCIÓN DE LA INTERACCIÓN ENFERMERA-  
PACIENTE Y LOS CUIDADOS DE APOYO ORIENTADOS A  
LA REGULACIÓN DE LA ANSIEDAD EXPERIMENTADA POR  
EL PACIENTE HOSPITALIZADO.

**TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

**MAESTRA EN ENFERMERÍA**

(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

PRESENTA:

LEO. ALICIA LEÓN LEÓN

TUTOR:

DRA. MARÍA CRISTINA MÜGGENBURG  
RODRÍGUEZ-VIGIL.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Ciudad de México, abril 2019.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

## MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

LIC. IVONNE RAMÍREZ WENCE  
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN  
ESCOLAR, UNAM.  
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **27 de febrero del 2019**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **Alicia León León** número de cuenta **409017111**, con la tesis titulada:

**"PERCEPCIÓN DE LA INTERACCIÓN ENFERMERA-PACIENTE Y LOS CUIDADOS DE APOYO ORIENTADOS A LA REGULACIÓN DE LA ANSIEDAD EXPERIMENTADA POR EL PACIENTE HOSPITALIZADO"**

bajo la dirección del Dra. María Cristina Muggenburg Rodríguez Vigil

Presidente : Doctor Juan Pineda Olvera  
Vocal : Doctora María Cristina Muggenburg Rodríguez Vigil  
Secretario : Doctora María Susana González Velázquez  
Suplente : Doctora Sandra Hernández Corral  
Suplente : Doctora Irma Piña Jiménez

Sin otro particular, quedo de usted.

**A T E N T A M E N T E**  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
Cdad. Universitaria Cd, Mx. a 22 de marzo del 2019.

**DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ**  
**COORDINADORA DEL PROGRAMA**



C.c.p. Expediente del interesado

JEG-F6

**COORDINACIÓN DEL POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

## *Dedicatoria*

*A mi hija, quien me ha permitido conocer el amor más puro e  
incondicional que existe.*

*A mi padre, madre y hermano que han estado siempre presentes en los  
momentos más felices y difíciles de mí vida.*

## Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), por cobijarme durante mi formación académica y enseñarme que los límites profesionales y personales no existen.

A la Dra. Cristina Müggenburg Rodríguez-Vigil, por creer en mí, desde el momento en que me presente con ella, además de sus invaluable tutorías, su paciencia y escucha activa, por su apoyo en la presentación de los avances de la tesis en espacios internacionales, de igual forma enseñarme que la comunicación en la relación tutora-alumna, fomenta el aprendizaje significativo, además de disfrutar las asesorías.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por su apoyo al otórgame una beca durante mi estancia en el Programa de maestría, permitiéndome finalizar la Tesis.

Al Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” y al personal de enfermería por permitirme reforzar los conocimientos y adquirir nuevos.

A la Mtra. Sandra Sonalí Olvera Arreola y al Mtro. Julio César Cadena Estrada, por las facilidades otorgadas para la recolección de los datos de la investigación.

A cada uno de los pacientes que participaron en el estudio y que dedicaron tiempo en responder los instrumentos, además les agradezco la confianza depositada, son ellos quienes motivaron la realización de la presente tesis.

A mi familia por el apoyo ilimitado, que siempre me brindaron para poder cumplir esta meta, sin ellos no hubiera sido posible.

A mi hija por ser la fuente de mi inspiración y esfuerzo.

A Jesús, por motivarme a crecer profesionalmente.

A mis amigos del Programa de Maestría en Enfermería de la generación 17, por compartir experiencias que enriquecieron esta etapa de mi vida.

## Índice

Resumen .....	1
Abstract .....	2
1. Introducción .....	3
1.1 Planteamiento del problema .....	5
1.2 Objetivos .....	7
2. Marco teórico .....	8
2.1 La percepción.....	8
2.2 Interacción enfermera-paciente .....	9
2.3 La comunicación .....	11
2.3.1 La comunicación verbal .....	12
2.3.2 La comunicación no verbal .....	13
2.3.3 Comunicación terapéutica.....	13
2.3.3.1 Empatía .....	14
2.3.3.2 Respeto .....	15
2.3.3.3 Genuinidad .....	15
2.3.3.4 Escucha activa.....	16
2.4 La ansiedad en el paciente hospitalizado.....	16
2.4.1 Estímulos ambientales y respuesta de ansiedad.....	17
2.4.2 Ideas irracionales .....	18
2.4.3 Hiperventilación.....	18
2.4.4 Tensión muscular .....	18
2.5 Regulación emocional .....	18
2.5.1 Control de estímulos ambientales .....	19
2.5.2 Rechazo de ideas irracionales .....	19
2.5.3 Respiración controlada .....	19
2.5.4 Relajación muscular .....	19
2.6 Marco referencial.....	20
3. Material y métodos.....	27
3.1 Tipo de estudio y diseño.....	27
3.2 Población y muestra.....	27
3.3 Criterios de selección .....	27
3.3.1 Criterios de inclusión .....	27
3.3.2 Criterios de exclusión.....	27
3.4 Variables de estudio.....	28

3.5 Instrumentos de medición.....	32
3.6 Recolección de datos .....	36
3.7 Análisis de datos .....	36
3.8 Aspectos Éticos.....	37
4. Resultados.....	38
4.1 Resultados sobre el Comportamiento de las enfermeras relacionado con su forma de comunicación observado por los pacientes.....	39
4.2 Resultados sobre el nivel de ansiedad en el paciente hospitalizado.....	42
4.3 Resultados sobre los Cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad experimentada por el paciente hospitalizado (CORAPH).....	43
4.4 Resultados de la asociación del nivel de la relación enfermera-paciente con la aplicación de los cuidados orientados a la regulación de la ansiedad en pacientes adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares.....	45
5. Discusión .....	46
6. Conclusiones .....	56
7. Limitaciones del estudio y Recomendaciones.....	57
8. Referencias.....	58
9. Anexos.....	70
9.1 Consentimiento informado para el paciente .....	70
9.2 Inventario de comportamientos de las enfermeras relacionados con su forma de Comunicación Observado por los Pacientes (CECOP).....	71
9.3 Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).....	73
9.4 Cuidados de apoyo Orientados a la Regulación de la Ansiedad Experimentada por el Paciente Hospitalizado (CORAPH).....	74

## Resumen

**Palabras clave.** Comunicación, relación enfermera-paciente, ansiedad.

**Introducción.** El personal de enfermería establece contacto permanente con el paciente y su familia. La comunicación permite conocer sus necesidades, durante la hospitalización. El paciente experimenta ansiedad, la regulación de la ansiedad va a permitir adaptación y recuperación.

**Objetivo.** Analizar la asociación entre la percepción del nivel de la interacción enfermera-paciente y la aplicación de cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad experimentada en pacientes adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares.

**Método.** Observacional, descriptivo-correlacional, de corte transversal realizado en una institución de tercer nivel ubicada al sur de la Ciudad de México. La muestra fue no probabilística, convencional, conformada por 150 pacientes adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares. Se emplearon los instrumentos CECOP, CORAPH y HADS. Se implementan pruebas de estadística descriptiva y asociación.

**Resultados.** Existe una asociación significativa débil entre la percepción del nivel de la interacción enfermera-paciente y la aplicación de los cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad en pacientes adultos hospitalizados ( $r_s=0.321$   $p=0.000$ ). También se encontró asociación significativa débil en la dimensión respeto y la dimensión de rechazo de ideas irracionales de la aplicación de los cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad en pacientes hospitalizados ( $r_s=0.315$ ,  $p=0.000$ ).

**Conclusiones.** Emplear los instrumentos permitió identificar la asociación de la percepción del paciente en su interacción con la enfermera y los cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad experimentada por el paciente hospitalizado lo que sugiera seguir estudiando este fenómeno para sustentar la necesidad de reforzar la capacitación del personal de enfermería en cuidados que regulen la ansiedad de los pacientes.



## Abstract

**Keywords.** Communication, nurse-patient relationship, anxiety.

**Introduction.** The nursing staff establishes permanent contact with the patient and his family. The communication allows knowing their needs, during the hospitalization. The patient experiences anxiety, the regulation of anxiety will allow adaptation and recovery.

**Objective.** To analyze the association between the perception of the level of the nurse-patient interaction and the application of support care aimed at regulating the anxiety experienced in adult patients hospitalized for cardiovascular problems.

**Method.** Observational, descriptive-correlational, cross-sectional carried out in a third level institution located south of Mexico City. The sample was non-probabilistic, conventional, consisting of 150 adult patients hospitalized for cardiovascular problems. The CECOP, CORAPH and HADS instruments were used. Descriptive statistics and association tests are implemented.

**Results.** There is a significant weak association between the perception of the level of the nurse-patient interaction and the application of support care aimed at the regulation of anxiety in hospitalized adult patients ( $r_s = 0.321$   $p = 0.000$ ). We also found a weak significant association in the respect dimension and the rejection dimension of irrational ideas of the application of support care aimed at regulating anxiety in hospitalized patients ( $r_s = 0.315$ ,  $p = 0.000$ ).

**Conclusions.** Using the instruments, it was possible to identify the association of the patient's perception in their interaction with the nurse and the support care aimed at regulating the anxiety experienced by the hospitalized patient, which suggests continuing to study this phenomenon to support the need to reinforce the training of the nursing staff in care that regulates the anxiety of the patients.

## 1. Introducción

Enfermería es el profesional del cuidado que establece un contacto permanente con el paciente, coloca la interacción enfermera-paciente, en una relación de acompañamiento e identificación de las necesidades físicas y emocionales del paciente hospitalizado.

El ingreso de un paciente adulto en una institución de salud, puede ocasionar temor y ansiedad, derivado del diagnóstico de la enfermedad cardiovascular, estancia hospitalaria prolongada y la repercusión en su vida laboral y familiar.

Debido a esta situación, se planteó la realización de la investigación con el fin de identificar el nivel de la *interacción enfermera-paciente*, de esta forma facilitar cuidados individualizados tanto asistenciales como emocionales.

También identificar los *cuidados de apoyo orientados en la regulación de la ansiedad experimentada por el paciente*, con ello contribuir a la tranquilidad y adaptación en el proceso de hospitalización y su estado de salud.

El objetivo general fue analizar la asociación entre la percepción del nivel de la interacción enfermera-paciente y la aplicación de cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad experimentada en pacientes adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares.

Estudio con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo-correlacional, transversal realizado en una institución de tercer nivel ubicada al sur de la Ciudad de México.

El muestreo fue no probabilístico, convencional. Las variables estudiadas: la interacción enfermera-paciente; la ansiedad y los cuidados orientados a la regulación de la ansiedad experimentada por el paciente hospitalizado.

Para la recolección de la información fueron utilizados los instrumentos: Inventario de comportamientos de las enfermeras relacionados con su forma de comunicación observado por los pacientes (CECOP); la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) y el instrumento Cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad experimentada por el paciente hospitalizado (CORAPH).

El método utilizado fue a través de entrevista estructurada. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las variables para correlacionar, se manejó la prueba de Spearman.

Se encontró una relación estadísticamente significativa, débil entre la percepción del nivel de la interacción enfermera-paciente y la aplicación de los cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad en pacientes adultos hospitalizados ( $r_s=0.321$   $p=0.000$ ).

El estudio identificó que dos terceras partes de los pacientes percibieron un nivel de *interacción enfermera-paciente* alta, sin embargo poco menos de una quinta parte la valoró como baja, estos resultados indican un área de oportunidad para mejorar la interacción en la institución de salud mediante el desarrollo de habilidades en su forma de comunicación de las enfermeras.

En cuanto a la percepción de los *cuidados orientados a la regulación de la ansiedad experimentada por el paciente hospitalizado*, el resultado de la dimensión de las ideas irracionales indica un área de oportunidad con el desarrollo de habilidades en la comunicación de las enfermeras y en capacitación específica con técnicas de imaginación, ya que aun cuando algunas ideas que incrementan ansiedad en el paciente no son totalmente irracionales pero si adquieren dimensiones desproporcionadas con la realidad; en el resultado de las dimensiones de hiperventilación y tensión muscular contamos con un área de mejora con la incorporación de desarrollo de habilidades en las técnicas de respiración y en algunos casos si el estado de salud del paciente lo permite la relajación muscular.

## 1.1 Planteamiento del problema

En las instituciones hospitalarias, la interacción que ocurre en la relación enfermera-paciente es esencia del cuidado<sup>1, 2</sup>. Este trasciende más allá de lo físico y psicológico, considerando el entorno y la interacción de la persona y el profesional de la salud. En esta relación interpersonal existe comunicación, confianza, respeto y empatía del uno con el otro.

La percepción del paciente sobre el cuidado influye en su satisfacción, por ello es imprescindible conocerla para mejorar su calidad. La percepción es una representación personal de la realidad que involucra sentidos, sentimientos y experiencias<sup>1</sup>.

Cuando un paciente adulto ingresa a un hospital, el personal de enfermería establece un contacto permanente con él y su familia<sup>1</sup>. El adulto al ser diagnosticado con enfermedad cardiovascular, llega a experimentar temor y ansiedad, derivado del ingreso hospitalario y la enfermedad, traduciéndolos en una tensión emocional y física, que requiere el cuidado de enfermería<sup>3, 4</sup>.

El individuo desea conocer los horarios de visita, su propia enfermedad, el tratamiento medicamentoso que deberá de seguir, los procedimientos de laboratorio y gabinete, la programación, los estudios invasivos y los riesgos que conllevan la realización de los mismos, los costos sobre la cirugía, el período de recuperación, los cuidados que tendrá que realizar en su casa posterior a su alta, así como la información entendible en su contexto cultural y nivel educativo. Situaciones que pueden generar ansiedad, además de la gravedad del padecimiento. La estancia hospitalaria prolongada también tendrá repercusiones en su vida laboral y familiar.

Algunos autores, destacan que hay predominio del cuidado técnico frente al cuidado humano y algunas de las barreras que dificultan la construcción de relaciones terapéuticas enfermera-paciente son: el cuidado centrado en

el equipo técnico, las características personales de la enfermera y el paciente <sup>5,6</sup>.

Algunos estudios han abordado el tema, desde la comunicación enfermera-paciente<sup>7-17</sup>, las relaciones enfermera-paciente<sup>4,6,18,19</sup>, comunicación con los familiares <sup>20-22</sup> y las habilidades en la comunicación en enfermería<sup>13,23,24</sup>. En México, la interacción enfermera-paciente se ha medido a través de la satisfacción de los pacientes<sup>12, 25-29</sup>.

Existen estudios que han indagado el nivel de ansiedad en la población estudiada, así como estrategias implementadas por enfermeras como la intervención educativa y tanatológica <sup>30-37</sup>. Hallando un área de exploración en la aplicación de los cuidados de enfermería orientados a la regulación de la ansiedad experimentada en adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares, que compete al profesional de enfermería.

Apreciar la percepción de la interacción enfermera-paciente permite identificar actitudes susceptibles de mejora, genera confianza en la persona que ingresa al hospital, disminuye el nivel de ansiedad que presenta.

De lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

#### Pregunta de investigación

¿La percepción sobre el nivel de la interacción enfermera-paciente se asocia con la aplicación de cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad experimentada en pacientes adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares?

## **1.2 Objetivos**

### Objetivo general

Analizar la asociación entre la percepción del nivel de la interacción enfermera-paciente y la aplicación de cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad experimentada en pacientes adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares.

### Objetivos específicos

1. Diseñar y validar el contenido del instrumento que mide la percepción de los cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad.
2. Identificar el nivel de la interacción enfermera-paciente percibido por pacientes adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares.
3. Medir el nivel de ansiedad experimentada por los pacientes adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares.
4. Identificar los cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad generada por el miedo experimentado en pacientes adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares.
5. Asociar el nivel de la interacción enfermera-paciente con la aplicación de cuidados orientados a la regulación de la ansiedad en pacientes adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares.

## **2. Marco teórico**

### **2.1. La percepción**

El individuo reconoce el mundo que le rodea a través de la percepción, que es un proceso cognoscitivo que engloba la interpretación de impresiones sensoriales, sentimientos y emociones generando un sentido como el ambiente hospitalario<sup>2,38</sup>.

De acuerdo con Cibanal, la percepción es el acto mediante el cual el espíritu humano toma conciencia, a través de sus sentidos, de los objetos exteriores o de sus cualidades; es un acto dinámico, situado por la historia personal y cultura, esquemas propios de percepción, condicionados por los roles sociales<sup>39</sup>.

La percepción que conforma el paciente sobre el comportamiento de la enfermera que le proporciona el cuidado, constituye un estímulo emocional que le genera respuestas, que pueden ser de mejoría de acuerdo con lo que perciba como cuidado de calidad, y pudiendo otorgarle una calificación a la prestación de este cuidado<sup>2, 40</sup>.

Medir la calidad desde la percepción del paciente, permite obtener respuestas sobre las características y actitudes relacionadas con el cuidado recibido, lo cual es útil para las instituciones de salud, y así mismo, posibilite el establecimiento de estrategias encaminadas hacia la satisfacción de las necesidades de los usuarios y los servicios de enfermería, para brindar un cuidado oportuno, personalizado, humanizado, continuo y eficiente a la persona<sup>4,41,42</sup>.

Ariza, señala que la calidad del cuidado puede mejorar a través de la percepción de los pacientes, por ello la enfermera no solo debe tener en cuenta los aspectos que considera importantes, también lo que el paciente considera más significativo<sup>38,43</sup>.

## **2.2 Interacción enfermera-paciente**

La relación entre la enfermera y el paciente, se sitúa en una relación humana, en la que la enfermera interactúa, y la enfermera, como profesional, reconoce las necesidades de la persona y la intervención terapéutica que requiere. La persona tiene la capacidad de reconocer su situación y de transformar su ansiedad en energía positiva que le permita responder a sus necesidades<sup>44</sup>. La interacción es comunicación, el paciente continuamente comunica información de forma intencional o no intencional<sup>45</sup>.

La escuela de la interacción sustenta que el cuidado es recíproco entre la enfermera y el paciente, en su forma verbal, gestual, actitudinal, emociones y sentimientos que constituye un encuentro con el otro y un eje fundamental del cuidado<sup>3,44</sup>.

Las teóricas de enfermería que pertenecen a esta escuela son: Hildegard Peplau, Joyce Travelbe, Imogene King entre otras<sup>44</sup>.

H. Peplau<sup>46</sup>, reconoce la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal, que puede experimentarse, observarse, interpretarse y regularse, la enfermera pasa más tiempo con el paciente, además de que lo observa también habla con él y lo conoce, de esta forma puede ayudarlo a identificar las dificultades percibidas, también enfatiza la importancia de la capacidad de las enfermeras para comprender su propio comportamiento. En las intervenciones de las enfermeras, es indispensable identificar el nivel de ansiedad en los pacientes, para planear y establecer los cuidados dependiendo del grado de ansiedad del paciente.

Los servicios de enfermería se proporcionan con el interés de generar un efecto beneficioso en el estado de salud del paciente. Las interacciones enfermera-paciente comprenden las siguientes fases: orientación, identificación, exploración y resolución<sup>46,47</sup>.



Joyce Travelbee<sup>46</sup>, desarrolla su teoría de la relación entre seres humanos en su libro *Interpersonal Aspects of Nursing*, señala que el objetivo de los profesionales de enfermería es establecer una relación persona a persona, en donde ambas son consideradas como seres únicos, en un contexto social y cultural, a partir de la escucha activa nacen los nexos para comprender al otro en su dimensión real, al mismo tiempo requiere la conexión emocional, también ayuda a afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento<sup>48</sup>. La enfermera es un ser humano con conocimientos especializados y capacidad de aplicarlos en un proceso interpersonal con el propósito de ayudar a otros seres humanos. La teoría de Travelbee establece que en la relación enfermera paciente, se dan cuatro fases: el encuentro original, la emergencia de identidades, la empatía y la simpatía y la fase del rapport, esta última como una interrelación cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos y comunicados de un ser humano a otro<sup>1</sup>.

Imogene King<sup>47</sup>, contribuye con el marco de sistemas de interacción y la teoría intermedia de la consecución de los objetivos, define la salud como experiencias vitales dinámicas de un ser humano, lo que implica un ajuste continuo a los elementos de estrés, en el entorno interior y exterior mediante un uso óptimo de los recursos de uno mismo para lograr la capacidad máxima para el día a día. King<sup>47</sup> también define a la enfermería como un proceso de acción, reacción, interacción y transacción interpersonal, en el que la enfermera y el paciente comparten información sobre sus percepciones, ambas percepciones influyen en el proceso interpersonal. La conducta de la enfermera es observable, su meta es ayudar a la persona a mantener su salud para que pueda desempeñar su rol. Los sistemas interpersonales entre el paciente y la enfermera, requieren una comprensión de la comunicación, interacción, estrés y transacción<sup>47</sup>.

## 2.3 La comunicación

La comunicación es uno de los comportamientos humanos más importantes, en el proceso de vida permite establecer, mantener y mejorar los contactos humanos<sup>49</sup>.

En el ámbito de los cuidados enfermeros, cuando los aspectos técnicos son óptimos, el usuario va focalizando y dando más importancia a los interpersonales<sup>38</sup>.

*“La buena comunicación, la información, la empatía, la forma en que se imparten los cuidados y la capacidad técnica de los profesionales son fuertes predictores de la evaluación del cuidado recibido”<sup>50</sup>. La comunicación debe ser empática, adecuada a cada edad, cultura, valores y recursos de cada persona<sup>51</sup>.*

Cibanal<sup>39</sup>, alude que la comunicación es un proceso continuo y dinámico entre dos personas, formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción. En la comunicación el significado de las palabras está en las personas, no en las palabras, y como las personas adquieren experiencias distintas, en su forma de captar, interpretar y proyectar lo que han captado del otro es muy particular y a veces distinto<sup>39</sup>.

Algunos de los factores que influyen en la comunicación son:

La percepción, en ella es indispensable sentir, interpretar y comprender el mundo en el que se vive.

Los valores y las creencias pueden influir en la manera de comunicar.

Los aspectos sociales, cada cultura suministra a sus miembros su propia explicación sobre las estructuras y el significado que les da a las cosas.

La familia, es la que mantiene las interacciones y esta son la causa de la queja o bienestar de la misma.

Los profesionales de enfermería mantienen contactos con los pacientes y la familia, a partir de lo que comunican y observan, generando

comprensión y valoración de la percepción del paciente<sup>39</sup>, lo cual es clave para ofrecer una atención integral y humanizada<sup>38</sup>. La atención de enfermería es armonizada por la comunicación interpersonal, que se da entre dos personas: la enfermera y el paciente. Las relaciones interpersonales son favorecidas con el desarrollo de habilidades de la comunicación, fundamentales para el logro de una relación terapéutica, que facilita la comprensión empática, el respeto y la autenticidad, creando un clima de confianza que permite hablar de los problemas y así encontrar la forma de afrontarlos para solucionarlos.

La comunicación interpersonal entre la enfermera y el paciente tiene dos formas de expresión: la comunicación verbal y la comunicación no verbal<sup>52</sup> incluye el lenguaje hablado y escrito, una mezcla de expresiones, gestos y símbolos, contextualizados según el grupo étnico y nacionalidad<sup>45</sup>.

La comunicación no es dar información, es una manera de relacionarse, en la cual el profesional de enfermería está presente con el compromiso de ayudar y acompañar al paciente en su realidad. Los aspectos emocionales, psicológicos, culturales, sociales y familiares del paciente son de primordial importancia para su salud<sup>53</sup>.

Es por ello, que *“la interacción o comunicación enfermera-paciente ocupa un lugar prioritario en el ejercicio de la práctica profesional de las enfermeras como eje articulador de los cuidados, asistenciales, tecnológicos, dirigidos a la oferta del cuidado de enfermería de calidad”*<sup>52</sup>.

### **2. 3. 1 La comunicación verbal**

El lenguaje es la expresión de ideas, compartido por la sociedad. El habla es una conducta compleja en la que intervienen componentes orales, respiratorios, auditivos y del sistema nervioso del organismo. La enfermera escucha las palabras y los sonidos, el tono de voz, su calidad, y su amplificación, estas influyen en el mensaje del paciente y ella<sup>54</sup>. Hay conductas verbales, tales como: saludar al inicio de la conversación, llamar al paciente por su nombre, preguntar por sus sentimientos y aspectos

psicosociales, fomentan en el paciente un sentido de comprensión y entendimiento<sup>55</sup>.

### **2. 3. 2 La comunicación no verbal**

Knnap (citado por Tazón), define la comunicación no verbal como aquella clase de eventos comunicativos que trascienden a la palabra hablada o escrita<sup>55</sup>.

La comunicación no verbal es particularmente importante en las situaciones de la salud, por la tecnificación y la sofisticación de los instrumentos al servicio de personal de salud, esta nos da señales sutiles que complementan la interacción verbal; con mensajes y sentimientos que no están sujetos al análisis directo de quienes interactúan<sup>23,39</sup>.

Algunos de los elementos de la comunicación no verbal: como una mirada intensa a los ojos del otro comunica sentimientos intensos, atención y escucha; elementos acústicos como la voz, el tono está expresando la confianza en sí mismo; fluidez verbal, si hablamos muy deprisa o lentamente tendremos dificultad para que el interlocutor pueda seguirnos o pierda el interés; el tono muestra la calidez de la voz; la expresión facial y gestos, la sonrisa es la principal característica de las personas que son percibidas como cálidas y agradables<sup>39</sup>.

### **2. 3. 3 Comunicación terapéutica**

Según Cibanal<sup>39</sup>, la comunicación terapéutica es un intercambio humano y personal, donde uno de los participantes captará las necesidades del otro, con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a una situación actual. Esta relación terapéutica es un proceso de comunicación aplicable con el paciente, construida con técnicas de comunicación verbal y no verbal<sup>54</sup>.

Las fases de la relación de ayuda que propone Cibanal son:

1. Configuración del encuentro personal: acogida y orientación.
2. Exposición, clarificación, identificación y definición del problema.

3. Confrontación y reestructuración del problema.
4. Iniciación del plan de acción: decidir objetivos y planificar las actividades.
5. El fin de la relación o la separación.

Cormier<sup>56</sup> propone tres condiciones básicas para el establecimiento de una relación terapéutica efectiva: la empatía, la genuinidad y el respeto.

### **2. 3. 3. 1 Empatía**

Con la empatía mostramos al paciente que hemos entendido lo que siente y que somos sensibles en cada momento al contenido emocional de lo que nos está comunicando, crea un ambiente seguro y ayuda a que el paciente confíe en el profesional de enfermería<sup>53</sup>.

Para Cormier<sup>56</sup> la empatía se refiere a la “capacidad de comprender a las personas desde su propio marco de referencia”, la empatía se transmite mediante conductas no verbales como el contacto directo de los ojos, una posición corporal directa, ofreciendo la cara al cliente y mostrándose con los brazos abiertos al paciente. La actitud empática es la disposición de la persona para captar el marco de referencia interior del otro, los sentimientos y significados. La dimensión conductual de la actitud empática es la escucha activa y la respuesta empática. La respuesta empática es la habilidad de comunicar verbal y no verbalmente lo comprendido mediante diferentes modos de responder<sup>57</sup>.

Hogg y Vaughan<sup>45</sup> reconocen como empatía la capacidad de sentir las experiencias de otra persona, identificarse y experimentar las emociones, los pensamientos y las actitudes de otras personas, es una respuesta emocional al sufrimiento del otro, una reacción al ser testigo de un evento perturbador.

Carl Rogers<sup>55</sup> (citado por Tazón y García) señala que la comprensión empática es la captación de los sentimientos experimentados por el paciente y los significados que estos tienen para él, y una vez captados comunicárselos. Los pacientes que son atendidos por profesionales de

enfermería formados en mostrar empatía, presentan menos ansiedad y se comportan con menos hostilidad que los atendidos por profesionales que no han sido formados en este campo<sup>53</sup>. La empatía se nota en la actitud de la enfermera al mantener la mirada del paciente, adoptar una postura relajada y abierta al escuchar, mostrar sincronía no verbal y afectiva, tomar el mínimo de notas mientras habla, ser cuidadosa y educada en todo lo que se relacione con la exploración física y utilizar el contacto físico ocasionalmente si el paciente se muestra desamparado<sup>39</sup>.

### **2. 3. 5 Respeto**

Por último, el respeto es fundamental en la comunicación terapéutica, ya que sin él, la relación terapéutica no se podría establecer, es tratar al paciente con todos sus derechos como ser humano y como sujeto de su propia vida y no como objeto del sistema de salud <sup>54</sup>.

Rogers<sup>55</sup>, señala el respeto a modo de valorar al paciente como merecedor de dignidad (citado por Cormier&Cormier), se expresa en el compromiso, la comprensión, la actitud no valorativa, la protección y la cercanía por parte del terapeuta.

El respeto implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente, así como su derecho de tomar las decisiones que él considere más convenientes. El profesional de enfermería que respeta a su paciente lo escucha atentamente<sup>39</sup>. Algunas de las actitudes que comunican respeto por parte del profesional de enfermería son la voluntad de estar a disposición del paciente, ver al paciente como una persona única, autónoma, respetar su intimidad, presentarse por su nombre, llamar al paciente por su nombre, explicar los procedimientos de forma clara y no molestarse cuando se queja de algo<sup>25</sup>.

### **2. 3. 3. 3 Genuinidad**

*“La genuinidad implica ser uno mismo sin llegar a ser actor. La genuinidad contribuye a establecer la relación terapéutica efectiva reduciendo la*

*distancia emocional entre el terapeuta y el paciente, ayudando a identificarse con el terapeuta*<sup>56</sup>.

#### **2. 3. 3. 4 Escucha activa**

Escuchar es un proceso psicológico que parte de la audición, implica atención, interés, motivación. La escucha activa es una actitud, en la que la enfermera trata de ayudar al paciente a exponer su situación y detecta lo que lo que el paciente no ha dicho<sup>55</sup>. La actitud empática de la enfermera incluye la escucha activa<sup>56</sup>.

Cuando el profesional de enfermería se aboca a escuchar, estimula la confianza, ayuda a otra persona a entender mejor su situación, favorece la cooperación, estimula el habla, ayuda a tomar mejores decisiones, reduce la tensión y da seguridad<sup>55</sup>.

Existen aspectos ambientales y personales que favorecen la escucha de forma activa, como la preparación del entorno: espacio cálido, limpio, ventilado, distancia adecuada entre el profesional y el paciente, estar alejado lo más posible del ruido. La escucha activa debe de ir acompañada por la calidez, autenticidad, la empatía y la tolerancia.

#### **2. 4 La ansiedad en el paciente hospitalizado**

La hospitalización del individuo enfermo en un establecimiento especializado en el cuidado y tratamiento de los pacientes, puede producir: aislamiento, pérdida de la identidad personal, reducción, limitación y control de la movilidad, reglamentación de las actividades, dependencia e información incomprensible, todas estas situaciones se podrán acentuar cuando la enfermera se enfoca principalmente en los aspectos técnicos<sup>55</sup>.

Las emociones son parte del ser humano, son reacciones a pensamientos. Cuando una persona experimenta una emoción, lo más sano es dejarla sentir, reconocerla y según el contexto expresarla<sup>53</sup>.

El adulto diagnosticado con enfermedad cardiovascular sufre alteraciones emocionales, una de ellas es la ansiedad-estado acompañada de miedo

ante la muerte<sup>3,53</sup>. La ansiedad es una emoción multidimensional relacionada con el miedo, estrés y angustia<sup>59</sup>.

Existen dos tipos de ansiedad: rasgo y estado. La ansiedad-rasgo denota una tendencia temperamental a responder todo el tiempo de la misma forma, sean circunstancias estresantes o no.

Por otra parte, la ansiedad-estado es una emoción temporal que depende más bien de un acontecimiento concreto y que se puede identificar. La ansiedad es una emoción de intranquilidad, incertidumbre e impotencia, que implica el procesamiento de información amenazante<sup>54,59</sup>. Se expresa a partir de sistemas de respuesta: cognitivos, desagradable y de tensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos escasamente adaptativos y el conductual, la intensidad de la ansiedad varía en grados: ausencia de ansiedad, ansiedad leve, ansiedad moderada y ansiedad severa<sup>59,60,61</sup>.

Para aproximarnos al fenómeno de estudio, nos apoyamos en, la teoría de la activación-cognición, esta expone que la emoción es el resultado de la interacción entre la activación fisiológica y el proceso cognitivo de atribución de ese estado con base en claves ambientales<sup>59,61,62</sup>.

#### **2.4.1 Estímulos ambientales y respuesta de ansiedad**

Los estímulos ambientales son factores externos, que inducen la respuesta de la ansiedad, como el ruido, luz intensa, temperatura extrema (calor-frío), contacto con otras personas con ansiedad, pensamientos, ideas, imágenes percibidas por las personas como peligrosas y amenazantes<sup>60</sup>. La hospitalización puede producir alteraciones psicológicas en la persona, como ansiedad, angustia y estrés. Las causas percibidas por los pacientes son: la separación y pérdida del contacto familiar, el aislamiento, el horario restringido de las visitas y las condiciones de la persona hospitalizada<sup>3</sup>.



#### **2. 4. 2 Ideas irracionales**

Es una representación mental de ideas, pensamientos, imágenes que son percibidas por el individuo como peligrosas y amenazantes, el razonamiento de la persona está basado en ideas o percepciones erróneas que dificultan la adaptación al mundo real<sup>60</sup>. El adulto se enfrenta a situaciones que generan ansiedad a medida que se incorpora al mundo laboral, familiar y comunitario. Otras experiencias que propician estados de ansiedad son: la pérdida de ingresos de él mismo o del cónyuge, el enfrentamiento con incendios, inundaciones, terremotos<sup>55</sup>. El paciente que experimenta ansiedad llega a desarrollar un modo de pensamiento irracional y pensamiento mágico<sup>54</sup>.

#### **2. 4. 3 Hiperventilación**

Es el incremento excesivo del ritmo respiratorio, la persona hace respiraciones rápidas y cortas asociada a la respuesta de la ansiedad<sup>59</sup>.

#### **2. 4. 4 Tensión muscular**

Es el grado de contracción del músculo, incluso en reposo, que se opone al estiramiento del músculo por la gravedad, que la persona siente en algunas de las partes de su cuerpo, como cuello, cabeza, espalda, hombros, manos, brazos, piernas<sup>62,63</sup>.

### **2.5. Regulación emocional**

Autores como Gross y Thompson (citado por Reyes)<sup>61</sup>, definen la regulación emocional como un proceso, en el que un individuo interviene en la emoción de otra persona, quien profundiza cómo la otra persona experimenta y expresa su emoción.

También Eisenberg, Hofer y Vaughan (citado por Reyes)<sup>61</sup>, señalan que la regulación tiene un componente motivacional que ofrece el logro de metas y adaptación biológica y psicológica.

El profesional de enfermería puede realizar cuidados encaminados en disminuir la ansiedad experimentada por el paciente hospitalizado, a partir

del control de estímulos ambientales, rechazo de ideas irracionales, respiración controlada y relajación muscular.

### **2. 5.1 Control de estímulos ambientales**

Es una técnica que consiste en diseñar un entorno, libre de factores estimuladores de una conducta inadaptada, que amplifica la intensidad y frecuencia de la respuesta de ansiedad, con la disminución de estímulos como el ruido, luz intensa, temperatura extrema (calor-frío), contacto con otras personas con ansiedad<sup>59,60</sup>.

### **2. 5. 2 Rechazo de ideas irracionales**

Es un procedimiento que procura detener una cadena de ideas irreales o dolorosas y prevenir su aparición futura, consiste en volver consciente a la persona. El paciente describe que ideas cruzan por su mente, recurso que tiene como fin la reestructuración de cualquier tipo de pensamiento y también cuestiona su lógica o racionalidad <sup>60, 64</sup>.

### **2. 5. 3 Respiración controlada**

La respiración abdominal es un ejercicio de relajación que contrarresta la hiperventilación con una respiración más profunda y rítmica, de esta forma se reduce los niveles de activación y la persona se encuentra más tranquila, reducen la irritabilidad, tensión muscular y ansiedad <sup>61,63,65</sup>.

### **2.5.4 Relajación muscular**

Es un procedimiento que consiste en enseñar al paciente que tense determinados grupos musculares, primero debe concentrar su atención en las sensaciones de tensión, unos segundos después, la persona se relaja mientras tensa y suelta los grupos musculares y finalmente, se fija en las sensaciones que le produce la relajación <sup>60, 62,64</sup>.

## 2. 6 Marco referencial

Se realizó una revisión sistematizada de la literatura, a partir de los descriptores en Ciencias de la salud, los descriptores empleados fueron: relaciones interpersonales, comunicación en salud, relaciones enfermera-paciente, ansiedad, cuidados críticos, hospitalización. Los términos del MeSH utilizados fueron interpersonal relations, health communication, nurse-patient relations, critical care. Las bases de datos utilizadas fueron Medline, Lilacs, BVS, Scielo. Los filtros: texto completo, 10 años, adulto, idiomas inglés, portugués, español de los cuales las estrategias de búsqueda arrojaron 24 artículos que son afines al objetivo de la investigación.

A partir del análisis de la revisión de la literatura, se obtuvieron los siguientes estudios:

Algunos estudios se han centrado en aspectos de la comunicación enfermera-paciente con énfasis en las necesidades sociales y emocionales de los pacientes, se observa que las enfermeras pasan por alto señales que no se han detectado, situación que puede impedir la atención que necesita la persona<sup>8,9</sup>. Saldaña<sup>9</sup>, identificó aspectos que facilitaron o interfirieron en el proceso de comunicación durante el desempeño de las enfermeras: el 91.6% de los profesiones de enfermería considera importante la comunicación con el paciente y su familia, el 75.9% intenta proporcionar durante su intervenciones cuidado físico y comunicarse, el 50% refiere sentir temor para comunicarse y en menor porcentaje integra las emociones en el cuidado físico del paciente<sup>9</sup>.

En noruega, Huagan<sup>6</sup>, investigó la asociación entre la interacción-enfermera paciente y el significado en la vida en una población de ancianos cognitivamente sanos, para medir la interacción enfermera-paciente se utilizó la Escala de Interacción enfermera-paciente y la prueba de Propósito en la vida. El resultado indicó una relación estadísticamente

significativa, por lo que es un recurso importante en la salud mental, física y bienestar en la población.

En Estados Unidos, Howie-Esquivel<sup>10</sup>, identificó que más de la mitad de los pacientes con insuficiencia cardiaca que participaron en el estudio desearon contar con información sobre el control de la enfermedad, y menos de la mitad comunicación sobre su pronóstico.

En España, Santana<sup>20</sup>, exploró la percepción del personal de enfermería sobre la calidad del proceso de comunicación con los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, con el instrumento Nurse Activities for Communicating with families, casi la mitad de las enfermeras habla en algunas ocasiones con el familiar sobre la enfermedad o tratamiento, una cuarta parte pregunta sobre la información que ha recibido del médico y otra cuarta parte no habla nunca con los familiares sobre los sentimientos.

En Brasil, Mendoca<sup>21</sup>, realizó una investigación cualitativa, en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital, a través de entrevistas semiestructuradas con las familias participantes. Los resultados indicaron que los familiares no reciben información de los profesionales de enfermería sobre salud de su paciente, además existen dudas sobre el manejo del equipo, también no facilitan tiempo para interactuar durante las visitas, existe la necesidad de la formación de las enfermeras en la comunicación.

En España, Murillo y colaboradores<sup>22</sup>, informaron sobre la percepción del personal de enfermería con los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, medido con el instrumento Nurse Activities for Communicating with Families, mostró que las enfermeras comunican más aspectos técnicos que los relacionados con los sentimientos de la familia, existe la necesidad de fortalecer el proceso de comunicación y recurrir al entrenamiento en habilidades de comunicación de las enfermeras.

García-Rueda y colaboradores<sup>19</sup>, indagaron sobre las principales características de la relación enfermera-paciente con enfermedad avanzada y terminal, son: la comunicación, confianza, comprensión, además de empatía y compasión. Los requisitos necesarios para establecer la relación enfermera-paciente en enfermedad avanzada y terminal: el conocimiento, la percepción, la voluntad de hacer el bien y la autenticidad. Los beneficios para el paciente son: mantener la dignidad, la autonomía y la salud psicológica, esto contribuye a una buena muerte y alivia el sufrimiento, la enfermera también se beneficia con el aumento de la autoestima en su trabajo, proporciona al paciente cuidados de mayor calidad.

En México, existen pocos estudios que han abordado el tema, para la proximidad al fenómeno de estudio, se han apoyado en metodología cualitativa<sup>65</sup> y cuantitativa<sup>12,27</sup>.

Cotidianamente en los hospitales se interactúa con pacientes de diferente cultura, las enfermeras deben conocer la cosmovisión de cada cultura para poder brindar atención y educación para la salud en pacientes hospitalizados<sup>65</sup>.

Pat- Petch y Soto-Morales<sup>12</sup> utilizaron un instrumento de medición de trato digno, con resultados críticos en la presentación de la enfermera con el paciente, la explicación sobre los cuidados que se le van a realizar, la enseñanza al paciente con los cuidados en relación a su enfermedad. Muestran la necesidad de identificar los puntos críticos orientados a mejorar la satisfacción del usuario en la dimensión interpersonal.

Puebla y colaboradores<sup>27</sup>, realizaron un estudio transversal, para conocer la percepción de los usuarios de los servicios de medicina preventiva y consulta externa de una unidad de medicina familiar, encontraron que poco más de la mitad de los encuestados manifestó recibir atención regular por el personal de enfermería, la mitad consideró no ser tratado dignamente, poco menos de la mitad no se les trata con respeto y visualiza

a enfermería poco profesional, existe la necesidad de implementar modelos enfocados a la atención integral hacia el paciente y el respeto a sus derechos desde las escuelas de enfermería, para avanzar en la profesionalización de la enfermera.

En México, Müggenburg<sup>13</sup> realizó un estudio comparativo con una intervención educativa para las enfermeras, sobre habilidades en comunicación, se observó diferencia entre la pre y la post autoevaluación de los comportamientos: “uso palabras de ánimo para motivarlos” y “los apapachó para animarlos”, el instrumento empleado en este estudio se ha utilizado en otros estudios similares<sup>14,25,28</sup>. Luna<sup>14</sup>, comparó el nivel de interacción enfermera-paciente en el servicio de hospitalización y la terapia intensiva, encontró en la conducta de la *compresión empática*, en ambos servicios los pacientes calificaron alto el ítem: ¿la enfermera le pregunta cómo se siente? y los ítems más bajos: “las enfermeras se dan su tiempo para hablar conmigo” y “bromean conmigo para darme confianza”, Müggenburg<sup>25</sup>, encontró en la dimensión *respeto* el ítem mejor calificado fue “las enfermeras respetan su forma de pensar, por otro lado, en la dimensión *compresión empática*, los pacientes calificaron bajo el ítem, “me siento apachado por ellas”. Mena-Gomez<sup>28</sup> halló en la dimensión *respeto* que los pacientes calificaron como alto el ítem “las enfermeras respetan su forma de pensar” y los ítems más bajos fueron: “las enfermeras se dan su tiempo para hablar conmigo” y “bromean conmigo para darme confianza”, en la *compresión empática* el ítem con menor puntuación fue: “me siento apachado por ellas”.

En enfermería, la relación de ayuda la hallamos en las actitudes, habilidades y relaciones que se desarrollan en los cuidados a pacientes y familiares, al enfatizar la escucha activa<sup>23</sup>. Subiela y colaboradores<sup>66</sup>, evaluaron la satisfacción de los pacientes durante el proceso de hospitalización, los elementos mejor valorados son contacto ocular, actitud agradable, por otro lado, los aspectos de mejora son: el tiempo que se

dedica al paciente en las visitas, el lenguaje empleado por el personal de enfermería, dudas sin resolver, no se demuestra suficiente empatía.

En Colombia Saldaña y colaboradores<sup>9</sup>, reporta que las habilidades sociales están relacionadas con la comunicación, esta se ve limitada por el tiempo en el contacto con los pacientes, la resistencia de la enfermera en la participación de la comunicación debido a la falta de conciencia, miedo y uso de lenguaje técnico no asertivo. Huga<sup>6</sup> y Santamaría<sup>8</sup>, coinciden en que las enfermeras tienen que desarrollar habilidades para lograr una comunicación efectiva y mejorar las relaciones interpersonales con su paciente.

En México, Cadena-Estrada<sup>32</sup>, analizó el nivel de ansiedad presente en pacientes adultos con cardiopatía congénita en una institución de alta especialidad, utilizó el instrumento State y Train Anxiety inventory, y encontró una asociación directa entre ansiedad y escolaridad, la ansiedad está presente con mayor nivel en las mujeres. Rentería<sup>68</sup>, encontró en la misma institución, que los pacientes que se enfrentan con la falta de recursos económicos y dificultad para conseguir los medicamentos, también presentan ansiedad.

Strahan<sup>69</sup>, halló que la recuperación hospitalaria causa ansiedad en los pacientes por procedimientos invasivos que les son aplicados. Hweidi<sup>70</sup>, encontró que los pacientes consideraron como principales factores estresantes tener tubos en la nariz o la boca, sentir dolor, no poder dormir, escuchar los timbres y las alarmas de la maquinaria, tener sed y no tener control de sí mismo, los factores estresantes psicológicos fueron identificados por los pacientes.

Cañón-Montañez y colaboradores<sup>71</sup>, reportan que el paciente en estado crítico está sometido a estresores y factores de riesgo propios del ambiente de la UCI, diferentes de los derivados de la enfermedad y que pueden incidir en la prontitud de su recuperación: el ruido, la temperatura del medio, la iluminación ambiental y la ausencia del sueño son factores

que afectan la recuperación del paciente en la UCI. El ruido puede ser un potencial estresor para la perturbación del sueño de los pacientes.

En Brasil, Gomes y colaboradores<sup>72</sup>, encontraron que el ruido ocasiona ansiedad en los pacientes, cabe mencionar que en dicho servicio se llevaba a cabo la remodelación de esté.

Debra<sup>73</sup>, identificó con enfermeras en el área de cuidados críticos seleccionadas al azar entre los miembros de la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos, que recibieron por correo una encuesta diseñada para determinar cuáles consideraban los atributos importantes de ansiedad en sus pacientes y qué intervenciones usaban comúnmente para controlar la ansiedad. Las 593 enfermeras que respondieron identificaron 70 indicadores de ansiedad individual y 61 estrategias de manejo de ansiedad que se clasificaron en cuatro y tres categorías principales, respectivamente. Las cuatro categorías principales de evaluación de ansiedad fueron: la primera, física / fisiológica; la segunda, de comportamiento; la tercera, psicológico/cognitivo; la cuarta, sociales. Las tres estrategias principales para el manejo de la ansiedad fueron: la primera las técnicas de cuidado; la segunda, mejorar el conocimiento y la comunicación; y la tercera, el soporte.

En Australia, Chaboyer<sup>35</sup>, realizó una intervención en la cual la enfermera de enlace proporcionó apoyo emocional, educación y asesoramiento a los pacientes y sus familias antes y después del alta. La ansiedad se midió justo antes de la transferencia del paciente de la UCI al área de hospitalización, con el Inventario de Ansiedad Estatal-Rasgo (STAI), no hubo diferencias estadísticas entre las puntuaciones de ansiedad antes de la transferencia para pacientes y familiares en los grupos control e intervención, pero, encontraron puntuaciones medias levemente más bajas para el grupo de intervención, especialmente para los pacientes.

En Jordania, Hadad y colaboradores<sup>3</sup>, en un estudio cuasi-experimental pre-test, post-test, con 99 participantes del grupo se proporcionó una



intervención educativa basada en un video sobre la intervención percutánea, dirigida por una enfermera, dos horas y 4 a 6 horas después de una intervención percutánea. El inventario estatal de ansiedad (STAI) se utilizó para medir los niveles de ansiedad. Después de proporcionar la intervención dos horas antes del procedimiento, los resultados mostraron una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones medias de la ansiedad (33.08 versus 60.88) entre los grupos intervención y comparación ( $p < 0.001$ ). De 4 a 6 horas después del procedimiento, la puntuación media de ansiedad para el grupo de intervención ( $M = 24,1$ ) fue estadísticamente significativa más baja que la del grupo de comparación ( $M = 44.17$ ;  $P < 0.001$ ). La intervención educativa dirigida por la enfermera previa al procedimiento tuvo un efecto significativo en la reducción de los niveles de ansiedad entre los pacientes que se sometieron a una intervención coronaria percutánea.

En México, Peláez y colaboradores<sup>74</sup>, señaló en una intervención psicológica cognitivo-conductual en la capacidad funcional de los pacientes con insuficiencia cardiaca, medida a través de la prueba de caminata de seis minutos, las evaluaciones se realizaron antes y después del programa de intervención, que incluyó psico-educación, respiración diafragmática, técnicas de relajación muscular progresiva. Los resultados mostraron que el grupo experimental disminuyó el nivel de cansancio físico ( $p=0,02$ ) y el nivel de esfuerzo reportados (ns) cuando incrementó la distancia recorrida ( $p=0,00$ ), el grupo control no mostró cambios significativos. Se concluye que la intervención propuesta tiene un efecto positivo sobre la condición de salud de los pacientes, en tanto se adapta a las necesidades específicas de la población; debido a ello se propone la integración de equipos interdisciplinarios que incluyan programas de intervención psicológica para mejorar la salud cardiovascular y la calidad de vida de los pacientes.

## **3. Material y métodos**

### **3.1 Tipo de estudio y diseño**

Estudio con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo-correlacional, de corte transversal realizado en una institución de tercer nivel ubicada al sur de la Ciudad de México.

### **3.2 Población y muestra**

El universo de estudio quedó conformado por pacientes adultos hospitalizados con enfermedad cardiovascular de 18 a 81 años. Que se localizaron en los servicios de hospitalización del séptimo piso (cuentan con seguro popular) o noveno piso (cuentan con seguros privados) de una institución de tercer nivel, ubicada al sur de la Ciudad de México.

**Unidad de muestreo:** pacientes de escasos recursos que cuentan con seguro popular y algunos cuentan con seguros privados por parte de familiares. La muestra quedó conformada por 150 pacientes, que se obtuvo de forma no probabilística por conveniencia, por un periodo comprendido de marzo a julio de 2018.

### **3.3 Criterios de selección**

#### **3.3.1 Criterios de inclusión**

Pacientes adultos hospitalizados con problemas cardiovasculares de 18 a 81 años, conscientes, orientados en tiempo y espacio, con un periodo igual o mayor a 48 horas que aceptaron participar en el estudio.

Se determinaron 48 horas como mínimo considerando que el paciente en este periodo ya ha identificado las rutinas del servicio, el personal que lo cuida, los espacios físicos y se le ha dado un diagnóstico presuncional y algunas indicaciones terapéuticas.

#### **3.3.2 Criterios de exclusión**

Se excluyeron los adultos que no desearon participar en el estudio.

### **3.4 Variables de estudio**

Las variables estudiadas fueron: la *interacción enfermera-paciente* (el comportamiento de las enfermeras relacionado con su forma de comunicación observado por los pacientes) en sus dos dimensiones *empatía* y *respeto*; la segunda variable *cuidados orientados a la regulación de la ansiedad experimentada por el paciente hospitalizado*, también es bidimensional: aspectos cognitivos y fisiológicos activados ante la respuesta de ansiedad en el paciente y el comportamiento de la enfermera en la regulación de la ansiedad del paciente y por último la variable de *ansiedad*.

#### **Interacción enfermera-paciente**

Definición conceptual: La comunicación o *interacción entre la enfermera y el paciente* tiene un efecto terapéutico. La *empatía* y el *respeto* son condiciones facilitadoras de la relación terapéutica<sup>75</sup>.

Definición operacional: medida con el instrumento CECOP con 21 ítems (1-21), con escala de respuesta tipo Likert con opciones casi nunca o nunca, pocas veces, algunas veces, muchas veces, siempre o casi siempre, que va de cero a cuatro puntos y 3 ítems de escala análoga visual que calificaron la comprensión empática, respeto y la satisfacción que va de 1 a 10 puntos<sup>75</sup>. (Ver anexo 2)

#### **Compresión empática**

Definición conceptual: capacidad de comprender correctamente lo que experimenta la otra persona, no sólo entender las palabras, sino los sentimientos y las emociones que hay detrás de éstas, valorar con precisión sus preocupaciones y problemas, obteniendo así su confianza<sup>25</sup>.

Definición operacional: instrumento CECOP con 10 ítems (1, 5, 6, 9, 12, 14-15, 18, 20,21), con escala de respuesta tipo Likert con opciones: casi nunca o nunca, pocas veces, algunas veces, algunas veces, muchas veces, siempre o casi siempre, que va de cero a cuatro puntos y con un ítem de escala análoga visual que va de 1-10 puntos. (Ver anexo 2)

## **Respeto**

Definición conceptual: aceptación positiva, disposición de tiempo y energía para valorar al paciente como persona única con las cualidades y los recursos que pueden estar bloqueados por la enfermedad, por la educación o que no han sido estimulados para ser ejercidos<sup>25</sup>.

Definición operacional: instrumento CECOP con 11 ítems (2-4,7-8, 10-11, 13,16-17,19), con escala de respuesta tipo Likert con opciones: casi nunca o nunca, pocas veces, algunas veces, muchas veces, siempre o casi siempre, que va de cero a cuatro puntos y con un ítem de escala análoga visual que va de 1-10 puntos. (Ver anexo 2)

## **Ansiedad**

Definición conceptual: síntomas cognitivos y conductuales y no así los síntomas somáticos de la ansiedad, como tensión muscular e hiperventilación<sup>68</sup>.

Definición operacional: instrumento HADS con 14 reactivos integrada por dos sub-escalas que son depresión y ansiedad de siete reactivos cada una; para fines del estudio la ansiedad es evaluada por los reactivos impares (1,3,5,7,9,11,13) con escala de respuesta tipo Likert con opciones: nunca, de vez en cuando, gran parte del día, casi todo el día con una puntuación que va de uno a cuatro<sup>67</sup>.(Ver anexo 3).

## **Cuidados orientados a la regulación de la ansiedad**

Definición conceptual: Son los aspectos cognitivos y fisiológicos activados como respuesta de la ansiedad en el paciente, que la enfermera identifica y por lo tanto, muestra el comportamiento necesario para lograr la regulación de la ansiedad en el paciente hospitalizado<sup>59-62</sup>.

Definición operacional: instrumento CORAPH con 41 reactivos constituida por una escala bidimensional, una de ellas la conforman los aspectos cognitivos y fisiológicos activados como respuesta de ansiedad en el paciente (1-3,7,8-18,27-38) y la segunda el comportamiento de la enfermera en la regulación de la ansiedad del paciente (4-6,19-26,39-41)

con escala de respuesta tipo Likert que va de nunca, casi nunca, algunas veces y frecuentemente, con una puntuación de cero a tres), (Ver anexo 4).

### **Estímulos ambientales**

Definición conceptual: Los *estímulos ambientales* son factores externos, que inducen la respuesta de la ansiedad, como el ruido, luz intensa, temperatura extrema (calor-frío), contacto con otras personas con ansiedad, pensamientos, ideas, imágenes percibidas por la persona como peligrosas y amenazantes<sup>60</sup>.

Definición operacional: instrumento CORAPH (1-3), con escala de respuesta tipo Likert con opciones: nunca, casi nunca, algunas veces y frecuentemente con una puntuación de cero a tres. (Ver anexo 4)

### **Control de estímulos ambientales**

Definición conceptual: Es una técnica que consiste en diseñar un entorno, libre de factores apuntadores hacia una conducta inadaptada, que amplifica la intensidad y frecuencia de una respuesta como el ruido, luz intensa, temperatura extrema (calor-frío), contacto con otras personas con ansiedad<sup>59-60</sup>.

Definición operacional: instrumento CORAPH (4-6), con escala de respuesta tipo Likert con opciones nunca, casi nunca, algunas veces y frecuentemente con una puntuación de cero a tres. (Ver anexo 4)

### **Ideas irracionales**

Definición conceptual: Es una representación mental de ideas, pensamientos, imágenes que son percibidas por el individuo como peligrosas y amenazantes, el razonamiento de la persona está basado en ideas o percepciones erróneas que dificultan la adaptación al mundo real<sup>60</sup>.

Definición operacional: instrumento CORAPH (7-18), con escala de respuesta tipo Likert con opciones de nunca, casi nunca, algunas veces y frecuentemente con puntuación que va de cero a tres. (Ver anexo 4)

### **Rechazo de ideas irracionales**

Definición conceptual: Es un procedimiento por el cual se procura detener una cadena de ideas irreales o dolorosas y prevenir su aparición futura, consiste en volver consciente a la persona, contar lo que le acontece por la mente ayuda a reestructurar cualquier tipo de pensamiento y a cuestionar mejor su lógica o racionalidad<sup>60,64</sup>.

Definición operacional: instrumento CORAPH (19, 20-26), con escala de respuesta tipo Likert con opciones: nunca, casi nunca, algunas veces y frecuentemente con puntuación que va de cero a tres. (Ver anexo 4)

### **Hiperventilación**

Definición conceptual: Es el incremento excesivo del ritmo respiratorio, la persona hace respiraciones rápidas y cortas asociada a la respuesta de la ansiedad<sup>59</sup>.

Definición operacional: instrumento CORAPH (27-30), con escala de respuesta tipo Likert con opciones: nunca, casi nunca, algunas veces y frecuentemente con puntuación que va de cero a tres. (Ver anexo 4)

### **Respiración controlada**

Definición conceptual: La respiración abdominal es un ejercicio de relajación que contrarresta la hiperventilación con una respiración más profunda y rítmica, de esta forma se reduce los niveles de activación y la persona se encuentra más tranquila, reducen la irritabilidad, tensión muscular y ansiedad<sup>60, 62,64</sup>.

Definición operacional: instrumento CORAPH (31), con escala de respuesta tipo Likert con opciones: nunca, casi nunca, algunas veces y frecuentemente, con puntuación que va de cero a tres. (Ver anexo 4)

### **Tensión muscular**

Definición conceptual: Es el grado de contracción del músculo, incluso en reposo, que se opone al estiramiento del músculo por la gravedad que la persona siente en algunas de las partes de su cuerpo, como cuello, cabeza, espalda, hombros, manos, brazos, piernas<sup>62-63</sup>.

Definición operacional: instrumento CORAPH (32-38), con escala de respuesta tipo Likert con opciones: nunca, casi nunca, algunas veces y frecuentemente con puntuación que va de cero a tres. (Ver anexo 4).

### **Relajación muscular**

Definición conceptual: Es un procedimiento que consisten en indicar al sujeto que tense determinados grupos musculares, primero debe concentrar su atención en esas sensaciones de tensión, unos segundos después, la persona se relaja mientras tensa y suelta los grupos musculares y finalmente, se fija en las sensaciones que le produce la relajación<sup>59,62,64</sup>.

Definición operacional: Definición operacional: instrumento CORAPH (39-41), con escala de respuesta tipo Likert con opciones: nunca, casi nunca, algunas veces y frecuentemente con puntuación que va de cero a tres (Ver anexo 4)

## **3.5 Instrumentos de medición**

### **Inventario de comportamientos de las enfermeras relacionados con su forma de comunicación observado por los pacientes (CECOP).**

El instrumento CECOP mide la comunicación interpersonal centrándose en dos aspectos de la relación terapéutica: la *empatía* y el *respeto*, porque el vínculo que establece la enfermera y el paciente produce un resultado terapéutico más que sus elementos periféricos relacionados con los procedimientos, tareas y técnicas que practican las enfermeras<sup>47</sup> y con previa validación de contenido y de constructo en población mexicana<sup>26</sup>, constituido en un inicio de 23 reactivos, fue sometido a juicio de seis

expertos con el fin de establecer la validez de contenido por reactivo (CVR) y la validez de contenido general (CVI) de acuerdo con Lawshe y Tristán<sup>76</sup>. El coeficiente de CVI, resultó en 0.83 y con el coeficiente de CVR por reactivo, osciló entre 0.50 y 1.00. Después de la validación de contenido por expertos, se procedió a la prueba del instrumento para establecer su validez de constructo. Se conservaron 10 reactivos, considerando siempre su estructura y aspecto conceptual. El instrumento incluye tres preguntas más que indagan la apreciación del paciente con respecto a la comprensión y el respeto por parte de las enfermeras, evaluada con una escala análoga-visual que va de 1 a 10 <sup>26</sup>.

*Después de tres años, los participantes del estudio relacionado con el diseño, validación y aplicación del instrumento (Comportamiento de las enfermeras en cuanto a su forma de Comunicación Observada por el paciente (CECOP 23), decidieron continuar con el desarrollo de este interminable tema, específicamente en cuanto al diagnóstico de comportamientos de la enfermera visualizados por los pacientes, dado que está retroalimentará para el delineamiento de estrategias de mejora de la calidad en cuanto al trato humanizado<sup>75</sup>.*

El instrumento fue sometido nuevamente a validez de contenido por expertos apoyándose de la técnica Delphi con tres rondas, con un VCG 0.96 y un CVR que osciló entre 0.86 y 1.00. Dicha escala quedó constituida por 21 enunciados: 10 relacionados con la comprensión empática y 11 con respeto, la escala de respuesta utilizada es tipo Likert de cinco valores que van de 0 a 4 (nunca o casi nunca, pocas veces, algunas veces, muchas veces y, siempre o casi siempre)<sup>75</sup> (Ver Anexo 2). Los puntos de corte para el nivel de la percepción sobre la *interacción enfermera-paciente*: nivel bajo (42-58), nivel alto bajo (59-67) y nivel alto medio (68-75) y alto alto (74-84).



### **Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS).**

Por otra parte, se aplicó la Escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)<sup>67</sup>. Fue creada por Zigmund y Snaith en 1983, para la evaluación de los síntomas cognitivos y conductuales y no así los síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión como insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o apetito. Ha sido aplicada en pacientes que acuden con regularidad a ambientes hospitalarios, no psiquiátricos en población enferma. La escala consta de 14 reactivos (siete reactivos pares que miden depresión y siete reactivos nones que miden ansiedad) con respuestas estructuradas tipo Likert, cuyas calificaciones oscilan entre valores de 0 a 3. Aplicada en población mexicana, la validación de la escala ha sido en sujetos farmacodependientes, quemados, ancianos, pacientes con insuficiencia renal crónica y en mujeres de alto riesgo. Solo se tomaron los reactivos que miden ansiedad (Ver anexo 3). Los puntos de corte para la sub escala de ansiedad: sin ansiedad (0-5), ansiedad leve (6-8), ansiedad moderada, (9-11) y ansiedad grave (12 en adelante) <sup>68</sup>

### **Cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad experimentada por el paciente hospitalizado (CORAPH).** (Ver anexo 4)

El instrumento se fundamenta en la teoría de la activación-cognición, que muestra a la ansiedad como resultado de la interacción entre la activación fisiológica y el proceso cognitivo de atribución de ese estado en base a claves ambientales <sup>60-63</sup>, valora por un lado estímulos, aspectos cognitivos, fisiológicos en el paciente hospitalizado y por otro los cuidados orientados a la regulación de la ansiedad, diseñado por la autora de la presente tesis. El instrumento obtenido, fue sometido a juicio de seis expertos en el área de enfermería cardiovascular, psicología y tanatología, quienes proporcionaron sugerencias a partir de los resultados, se analizó el CVI el cual resultó en 0.89 y el CVR que osciló de 0.50 a 1.00, conforme al criterio sugerido por Tristán<sup>76</sup>, según el cual los reactivos con coeficientes inferiores 0.58 se eliminan, se excluyó el reactivo “se ha sentido intranquilo

por el contacto con personas que se muestran preocupadas”, el reactivo arrojó un valor de 0.41.

A la par se realizó una prueba piloto en una institución de tercer nivel de la ciudad de México. En un primer momento, se observó la rutina del servicio, de tal forma que no se interfiriera con las actividades del mismo, la programación de pacientes que a estudios hemodinámicos o cirugía.

La población fue constituida por pacientes adultos de 18 a 65 años, conscientes, orientados en tiempo y espacio, hospitalizados con un periodo igual y mayor a 48 horas.

Se entrevistó a 3 pacientes adultos de sexo masculino y 3 pacientes adultos de sexo femenino, de acuerdo al propósito de la prueba piloto, verificar la claridad del instrumento, a los pacientes se les solicitó su ayuda y participación, para contestar el cuestionario y se les explicó el objetivo de la aplicación del instrumento.

Se creó un clima de confianza, se verificó la claridad de los reactivos, los pacientes mencionaron que el instrumento es comprensible en semántica, al plantearles la pregunta. “se han sentido intranquilo”, los pacientes dijeron que de esta forma, les quedan claras las preguntas, consideraron corto el instrumento, lo más importante manifestaron que es comprensible; al preguntarles la pregunta 5. Hay alguna otra situación que le provoque intranquilidad, mencionaron como respuestas: el ver a otra persona intranquila en su habitación, saber si me podría pasar algo en la cirugía, la recuperación después de la cirugía, la incertidumbre de lo que va a pasar durante y después de la cirugía, no poder regresar a su trabajo después de la cirugía, los medicamentos, también expresaron que las opciones de las respuestas los hacían sentir satisfechos con las mismas.

El tiempo promedio para la entrevista fue de 35 a 40 minutos. A partir de los comentarios de los panelistas y las respuestas de los pacientes, la versión final del instrumento quedó constituido por 41 reactivos, con una escala de respuesta tipo Likert, que va de 0 a 3, donde 0 representa la

puntuación más baja y 3 la puntuación más alta, cuyas categorías son: nunca, casi nunca, algunas veces y frecuentemente. Los puntos de corte para la sub escala de cuidados orientados a la regulación de ansiedad: cuidado bajo (0-24), cuidado medio (25-32) y cuidado alto (33-42).

### **3.6 Recolección de datos**

Para la recolección de los datos se utilizó el Inventario de comportamientos de las enfermeras relacionados con su forma de comunicación observado por los pacientes (CECOP); el instrumento Cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad experimentada por el paciente hospitalizado (CORAPH) y por último la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD).

Con el dictamen aprobatorio del proyecto de investigación, por la institución de salud. Se suministró a cada paciente la lectura del consentimiento informado, así como las instrucciones concretas en cuanto al llenado de los instrumentos auto administrados por el paciente. En algunos casos, cuando él, lo requería se procedió a la lectura de cada uno de los ítems y él indicaba la respuesta, al ser tres instrumentos siempre existió la posibilidad de que el paciente continuará en otro momento contestando los instrumentos. El horario para la recolección fue de 10 a 15 horas, preservando siempre las actividades del servicio y los horarios de visitas de los familiares a los pacientes.

### **3.7 Análisis de datos**

Se elaboró una base de datos con el apoyo del paquete estadístico SSPS versión 21, se utilizó estadística descriptiva con el uso de medidas de tendencia central y de dispersión en el caso de las variables cuantitativas y frecuencias para las cualitativas, también estadística inferencial. Se emplearon pruebas no paramétricas por no cumplir con los criterios de las paramétricas.

### **3.8 Aspectos Éticos**

Para salvaguardar la integridad de los participantes se consideró la declaración de Helsinki, Informe Belmont y Norma Oficial Mexicana (NOM) 012<sup>78</sup>. Dado que es un procedimiento de riesgo mínimo, el consentimiento informado fue leído antes de dar inicio a la entrevista quedando en ellos la posibilidad de aceptar o renunciar en la participación del estudio.

## 4. Resultados

La muestra se conformó por 150 pacientes, 36% se encontró en el rango de edad de 36 a 52 años, la media de la edad fue de  $52.7 \pm 16.2$  años, la mínima de 18 y la máxima de 81. El género masculino predominó en la población de estudio (62.7%), el estado civil fue: casado (**Tabla 1**).

<b>TABLA 1. Características sociodemográficas n=150</b>		
<b>VARIABLES</b>	Fo	%
<b>Edad por rangos(años)</b>		
18-35	27	18.0
36-52	54	<b>36.0</b>
53-69	45	30.0
70-81	24	16.0
<b>Género</b>		
Femenino	26	38.8
Masculino	41	<b>61.2</b>
<b>Estado civil</b>		
Soltero	40	26.7
Casado	79	<b>52.7</b>
Divorciado	4	4.0
Unión libre	5	8.7
Viudo	6	8.0
<b>Nivel educativo</b>		
Sin estudios	4	3.0
Básica	83	<b>55.0</b>
Media superior	27	18.0
Superior	36	24.0

En cuanto a los principales padecimientos diagnosticados en los pacientes se encontraron las enfermedades isquémicas en un 57%, valvulopatías 41% y el Síndrome de Marfán 2%.

Por otra parte, el 80% de los pacientes correspondió al séptimo piso cardiología adultos B (cuentan con seguro popular), mientras que el otro 20% correspondió al servicio de pensionistas y semipensionistas (cuentan con seguro privado).

Durante el periodo de hospitalización el principal responsable de los gastos económicos en el hogar fue el paciente (39%), la pareja (25%), los hijos (17%), padres (12%) y otros (7%).

#### **4.1 Resultados sobre el Comportamiento de las enfermeras relacionado con su forma de comunicación observado por los pacientes.**

A continuación se presentan los resultados del CECOP, en sus dos dimensiones: *empatía* y *respeto*. (**Tabla 2**)

**Tabla 2. Comportamientos de las enfermeras relacionados con su forma de comunicación observado por los pacientes (CECOP). (porcentajes)**

<b>Empatía</b>	<b>Siempre/casi...</b>	<b>muchas veces</b>	<b>algunas veces</b>	<b>pocas veces</b>	<b>casi nunca/nunca</b>
1. Sonríen amablemente cuando se presentan conmigo.	83.3**	6.7**	9.3	0.0	0.7
2. Son amables cuando me atienden	90.0**	4.7**	3.3	1.3	0.7
3. Se da su tiempo para hablar conmigo	<b>51.3*</b>	<b>10.0*</b>	29.3	8.0	1.3
4. Me anima con sus palabras	74.0	10.0	13.3	1.3	1.3
5. Bromea conmigo para darme confianza	<b>54.3*</b>	<b>8.7*</b>	23.3	9.3	4.0
6.Me hace sentir tranquilo cuando están conmigo	82.0	8.0	8.0	1.3	0.7
7.Platican conmigo mientras me atienden	73.3	8.0	16.0	2.0	0.7
8.Me escuchan aunque estén muy ocupadas	68.0	10.7	15.3	4.7	1.3
9.Me siento "apapachado" por ellas	<b>57.3*</b>	<b>11.3*</b>	20.7	4.7	6.0
10.Se interesan por conocer como me siento	74.7	10.7	10.7	2.0	2.0
<b>Respeto</b>					
1.Parece que se molesta cuando me quejo	6.7	2.0	4.7	4.0	82.7
2.Parece que se molesta cuando no quiero comer	2.0	0.7	5.3	8.7	83.3
3. Insiste en que me bañe sin escuchar mis motivos	4.7	1.3	4.0	4.0	86.0
4.Parece que se molestan cuando ensucio la cama accidentalmente	2.0	1.0	2.0	4.0	91.0
5.Me llaman por mi nombre cuando están conmigo	90.7	4.7	2.7	1.3	0.7
6.Me explican lo que me van a realizar con palabras que si entiendo	88.0	4.0	4.0	2.0	2.0
7.Se presentan conmigo por su nombre	90.0	5.3	3.3	0.0	1.3
8.Atienden oportunamente a mi llamado	<b>80.0*</b>	<b>10.0*</b>	8.0	1.3	0.7
9.Me explican lo que me van a hacer	<b>84.0*</b>	<b>5.3*</b>	7.3	0.7	2.7
10. Respetan mis creencias religiosas	96.7**	1.3**	0.0	0.0	2.0
11. Respetan mis costumbres	91.3**	4.0**	1.3	0.7	2.7
Total n = 150					

\*ítem menos favorable

\*\*ítem mejor calificado

En lo que concierne a la conducta de la *empatía*, se observó que de los 10 reactivos, los ítems más favorables identificados por los pacientes fueron "siempre o casi siempre las enfermeras son amables cuando me atienden" (94.7%), "siempre o casi siempre sonríen amablemente cuando se presentan conmigo" (90%) y los ítems menos favorables fueron "siempre o casi siempre se dan su tiempo para hablar conmigo" (61.3%), "siempre o casi siempre bromean conmigo para darme confianza" (63.4%), "siempre o casi siempre me siento apapachado por ellas" (68.6%).

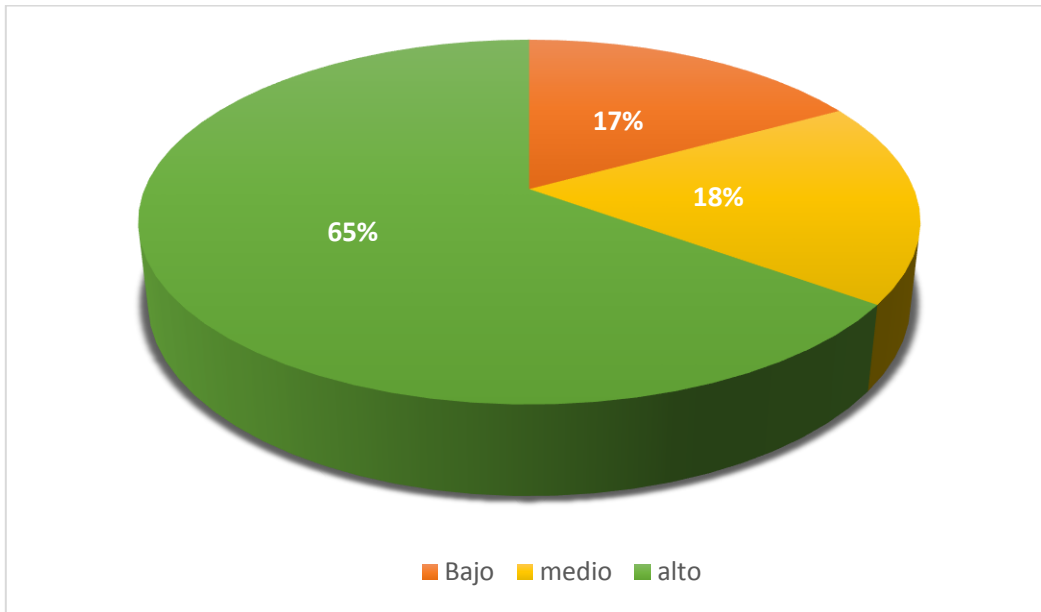
En lo referente a los 11 reactivos relacionados con la dimensión de *respeto*, los ítems mejor calificados fueron: "siempre o casi siempre respetan mis creencias religiosas" (98%), "siempre o casi siempre me llaman por mi nombre cuando están conmigo" (95%) y "siempre o casi siempre respetan mis costumbres" (91.7%). Por otra parte los ítems con menor calificación "siempre o casi siempre atienden oportunamente a mi llamado" (90%), me explican lo que me van a hacer (89.3%).

La percepción de la *interacción enfermera-paciente* a través de una escala análoga con una puntuación del 0 a 10, se muestra en la siguiente tabla:

<b>Tabla 3. Resultados de la interacción enfermera-paciente a través de escala análoga.</b>		
Variables	Media	DS
Comprensión empática	9.49	0.75
Respeto	9.73	0.55
Satisfacción percibida	9.62	0.62

En lo que se refiere a los niveles de la percepción del paciente sobre la interacción enfermera-paciente, 65% obtuvo nivel Alto y 17% nivel Bajo. Es decir, poco menos de una quinta parte de la muestra percibe un nivel bajo en la *interacción enfermera-paciente* (**Gráfica 1**).

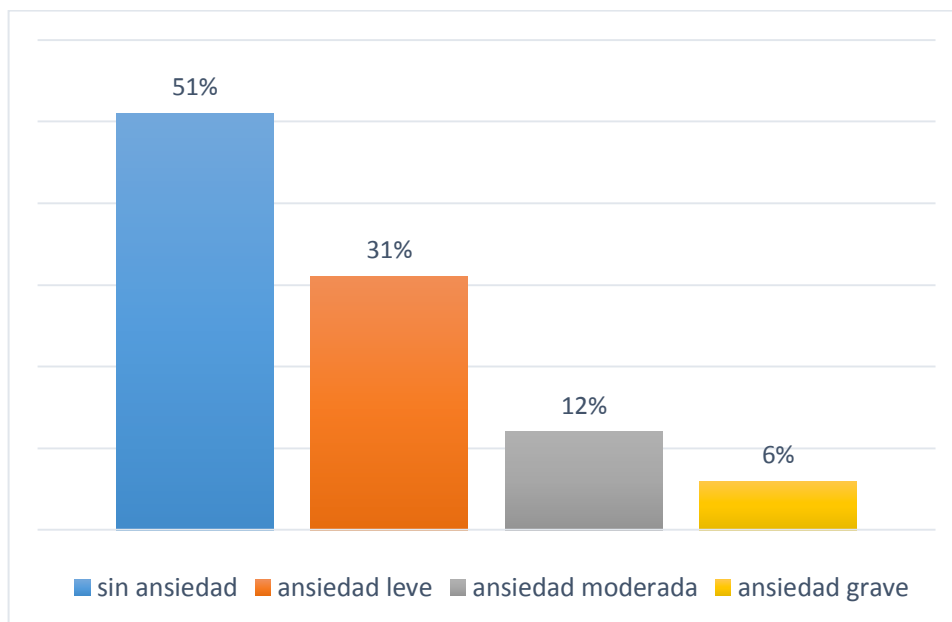




Gráfica 1. Nivel de la interacción enfermera-paciente.

#### 4.2 Resultados sobre el nivel de ansiedad en el paciente hospitalizado.

En cuanto a los niveles de *ansiedad* en los pacientes 51% no presentó ansiedad, 31% ansiedad leve, 12% moderada y 6% grave (Gráfica 2). El género que presentó mayor nivel de ansiedad fueron las mujeres 60%.



Gráfica 2. Nivel de ansiedad de los pacientes.

### **4.3 Resultados sobre los Cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad experimentada por el paciente hospitalizado (CORAPH).**

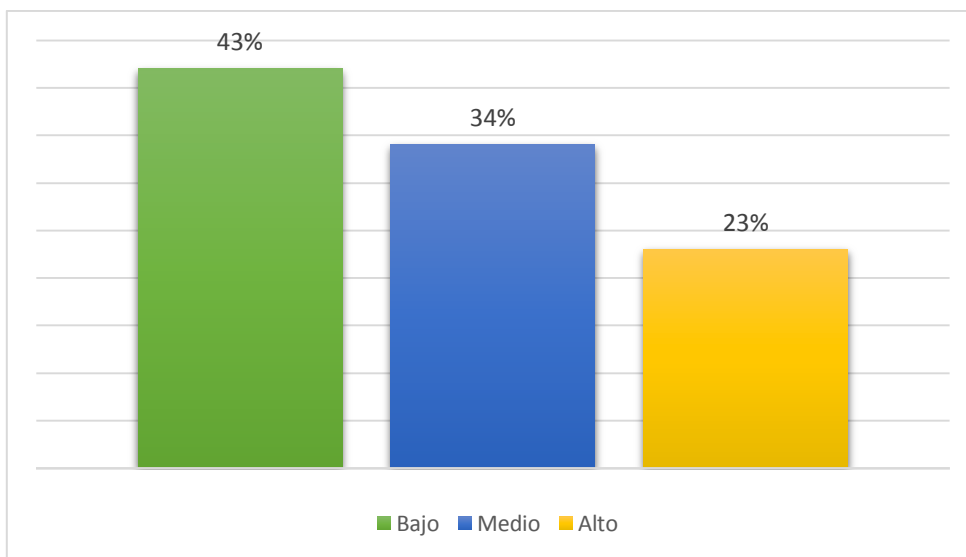
El instrumento CORAPH en sus dos dimensiones mide, por un lado aspectos cognitivos y fisiológicos en el paciente hospitalizado conformado por 24 ítems, y por otro los cuidados orientados a la regulación de la ansiedad con 15 ítems.

En lo que se refiere a la dimensión conformada por aspectos cognitivos y fisiológicos que propician ansiedad en el paciente hospitalizado se observó lo siguiente: *estímulos ambientales*, “casi nunca o nunca se han sentido intranquilos por la presencia de ruido en su habitación” (80.6%), “casi nunca o nunca se han sentido intranquilos por la presencia de luz intensa en su habitación” (77%); *Ideas irracionales* “frecuentemente o algunas veces se han sentido intranquilo por el costo que puede causar el tratamiento” (71%), “frecuentemente y algunas veces se ha sentido intranquilo por tener que estar hospitalizado” (68%), “frecuentemente y algunas veces se ha sentido intranquilo por el tiempo que tendrá de recuperación después de la cirugía” (55%); *Hiperventilación* “casi nunca o nunca ha sentido que su respiración es más rápida cuando le dan alguna noticia relaciona con su alta hospitalaria” (70%), casi nunca o nunca ha sentido que su respiración es más rápido cuando piensa en su condición de salud” (57%); *tensión muscular* “frecuentemente y algunas veces ha sentido tensión en la espalda” (39%), ha sentido tensión en los hombros” (37%).

En la dimensión sobre *cuidados orientados a la regulación de la ansiedad en el paciente hospitalizado*, los resultados por dimensiones son: *control de estímulos ambientales*, el ítem más favorable “frecuentemente y algunas veces la enfermera le ha ayudado a disminuir el ruido en su habitación”(69%); *Rechazo de ideas irracionales* los ítems más altos “frecuentemente y algunas veces la enfermera establece una conversación con usted sobre cómo se siente físicamente” (91%),

“frecuentemente y algunas veces la enfermera le explica los procedimientos que le van a realizar” (87%) los ítems menos ponderados “frecuentemente y algunas veces la enfermera establece una conversación con usted sobre cómo se siente emocionalmente”(77%), “frecuentemente y algunas veces la enfermera le ayuda a identificar la presencia de pensamientos desagradables” (53%), frecuentemente y algunas veces la enfermera le ha ayudado a sustituir un pensamiento que le provoque ansiedad por otro pensamiento que lo tranquilice” (53%); *Respiración abdominal* “frecuentemente y algunas veces ha sentido que la enfermera le ha ayudado a lograr que la respiración sea menos rápida después de recibir alguna noticia” (37%) y la dimensión *relajación muscular* “frecuentemente y algunas veces la enfermera le ha ayudado a relajar algunas partes de su cuerpo”(40%), “frecuentemente y algunas veces” se ha quedado dormido después de relajar algunas partes de su cuerpo” (73%), ha tenido ganas de dormir después de relajar algunas partes de su cuerpo (63%).

Con respecto a los niveles de los cuidados orientados a la regulación de la ansiedad experimentada por el paciente hospitalizado 43% presentó cuidado bajo, y 23% cuidado alto. **(Gráfica 3).**



Gráfica 3. Niveles de cuidados orientados a la regulación de la ansiedad experimentada por el paciente.

#### **4.4 Resultados de la asociación del nivel de la relación enfermera-paciente con la aplicación de los cuidados orientados a la regulación de la ansiedad en pacientes adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares.**

En el grupo estudiado se encontró una relación estadísticamente significativa, débil entre la percepción del nivel de la *interacción enfermera-paciente* y la *aplicación de los cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad en pacientes adultos hospitalizados* ( $r_s=0.321$ ,  $p=0.000$ ). También se encontró relación estadísticamente significativa débil entre la percepción de la dimensión *respeto* del nivel de interacción enfermera-paciente y la dimensión de *rechazo de ideas irracionales* de la aplicación de los cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad en pacientes hospitalizados ( $r_s=0.315$ ,  $p=0.000$ ).

## 5. Discusión

Con base en el objetivo general que propone analizar la asociación entre la percepción del nivel de la interacción enfermera-paciente y la aplicación de cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad experimentada en pacientes adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares se analiza lo siguiente:

### **Percepción de la interacción enfermera-paciente**

En el puntaje del CECOP 21, se observa que la percepción de los pacientes es alta en las tres dimensiones empatía, respeto y satisfacción, lo cual pudiera deberse a experiencias previas en otras instituciones hospitalarias o al efecto de deseabilidad social en población mexicana referida por Müggenburg y otros autores<sup>25, 28, 29</sup>.

La dimensión *respeto* alcanzó un nivel más alto a diferencia de la comprensión empática, esto coincide con otros estudios en los que se utilizó el instrumento CECOP <sup>25,28</sup>. Este resultado es importante, debido a que la *interacción enfermera-paciente*, da lugar a la relación terapéutica conformada por las actitudes de *respeto y comprensión empática*<sup>39</sup>. Esta última, permite que la enfermera sea capaz de percibir lo que el paciente experimenta.

En ese sentido, algunas teóricas como Peplau, King, Rogers y Watson han identificado esta relación terapéutica de ayuda como una herramienta que apoya el cuidado, de ahí la importancia de generar proyectos de intervención en enfermería tendientes a mejorar la relación enfermera-paciente<sup>1,44,47</sup>.

Haciendo un análisis por ítems de la dimensión *empatía*, se encontró que los mejor ponderados por los pacientes fueron: “las enfermeras son amables cuando me atienden” y “sonríen amablemente cuando se presentan conmigo”, cabe mencionar, que aunque en la versión del CECOP 23, la redacción de este ítem era “las enfermeras le sonríen”, en la versión del CECOP 21, este reactivo ha sido explorado con dos

modalidades, el resultado coincide con un estudio realizado en México<sup>28</sup>, esto pudiera ser porque el paciente a través de su percepción, valora la calidad de la prestación de los servicios de salud en la atención que recibe de enfermería<sup>40,43</sup>. Los ítems menos ponderados fueron: las enfermeras “se dan su tiempo para hablar conmigo” y “bromean conmigo para darme confianza” coinciden con el de las autoras Luna y Mena-Gómez<sup>14,28</sup>, que aplicaron el CECOP 23, lo anterior podría deberse al índice enfermera-paciente, carga de trabajo y estado de salud del paciente. Lo cual inquieta puesto que la satisfacción de la calidad se ve interferida por la falta de comunicación verbal, esto indica un área de oportunidad en el desarrollo de habilidades en escucha activa, actitud de la enfermera que contribuye a detectar lo que el paciente no ha dicho, por el poco tiempo que está con él, sin embargo, si la enfermera crea un ambiente de confianza que estimule el habla del paciente con la expresión de sentimientos y preocupaciones, podrá disminuir su tensión por la situación en la que se encuentra<sup>55,66</sup>. La escucha activa, permite que el profesional aprenda de la vivencia con el paciente durante su estancia hospitalaria e identifique aquellas intervenciones que favorezcan la comunicación verbal.

Otro ítem con menor puntuación fue: “me siento apachado por ellas”, término propio de la cultura mexicana, coincide con algunos estudios también realizados en México<sup>25,28</sup> este resultado preocupa, puesto que la comunicación no verbal es más profunda y transmite más que el lenguaje verbal, la mirada, el tono de voz, la expresión facial, los gestos, la postura y el tacto son fundamentales para que el pacientes sienta calidez en los cuidados<sup>39, 56</sup>.

Por otro lado, en la dimensión *respeto* los ítems mejor calificados por los pacientes fueron: “las enfermeras respetan mis creencias religiosas” y “las enfermeras respetan mis costumbres”, originalmente en el CECOP 23 se exploraban de manera más general “Las enfermeras respetan su forma de pensar”<sup>25</sup>, coincide con Mena-Gómez<sup>28</sup>, este resultado podría relacionarse con los antecedentes históricos de la institución, fundamentados con la

atención de enfermeras religiosas, por lo tanto el cuidado no sólo proporciona atención física o psicológica sino que trasciende a la necesidad espiritual, cabe remarcar que las creencias religiosas son un recurso que permite una mejor adaptación durante la hospitalización del paciente <sup>55</sup>.

Además, dentro de los hallazgos de estudios con enfoque cualitativo se identificó que la experiencia salud-enfermedad es influenciada por las creencias religiosas y costumbres<sup>5,78</sup> del paciente, ya que al conocer la cultura de éste, las enfermeras pueden brindar atención más individualizada<sup>65</sup>.

En cuanto al ítem “me llaman por mi nombre cuando están conmigo” también con uno de los valores más altos, esto coincide con el resultado de un estudio realizado en México<sup>25</sup> lo que podría estar relacionado con el cumplimiento de las acciones esenciales para la seguridad del paciente establecidas en la institución, de acuerdo a la OPS y OMS.

En el caso del ítem con puntaje más bajo “las enfermeras me explican lo que me van a hacer”, podría estar próximo con el índice enfermera-paciente, de acuerdo a las estadísticas de la OCDE<sup>79</sup>, a pesar de ello, la comunicación verbal en la interacción enfermera-paciente, promueve en el paciente un sentido de comprensión y entendimiento, señalado por Tazón<sup>55</sup>, benéfico en el periodo de recuperación de la salud del paciente durante su hospitalización. Otro ítem con puntaje bajo “atienden oportunamente a mi llamado”, podría estar relacionado con el bajo índice enfermera-paciente que se tiene generalmente en las instituciones de salud de nuestro país, de acuerdo a las estadísticas de la OCDE<sup>79</sup>, sin embargo los pacientes han considerado que el cuidado es satisfactorio cuando existe la combinación humanística, científica y continua que le proporciona seguridad y confianza<sup>38</sup>, en tanto que el paciente depende de enfermería para satisfacer sus propias necesidades.

Los comportamientos revisados abren un área de oportunidad para la mejora de la calidad de los cuidados, con una intervención educativa estructurada dirigida con estrategias cognitivo conductuales, en el entrenamiento de habilidades en su forma de comunicación. El aprendizaje estructurado es un método activo que desarrolla nuevas habilidades que conducen a cambios positivos en las actitudes de la enfermera, con una enseñanza efectiva al practicar cómo hacerlo <sup>23-25</sup>.

Por lo tanto, permite que la enfermera colabore en la adaptación del paciente al entorno hospitalario, así como a la identificación de necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, que favorecerán su recuperación y su alta.

### **Medición de la ansiedad estado**

Con respecto al segundo objetivo, se encontró que el grupo de pacientes que presenta mayor nivel de *ansiedad* es del género femenino, resultado que coincide con estudios realizados en población mexicana con afecciones cardiovasculares <sup>30,32</sup> y otras enfermedades <sup>78,80</sup> en los que se utilizó el instrumento HADS, este sentimiento pudiera deberse al papel que tienen las mujeres con su familia y la necesidad de estar cerca o atenta de sus seres queridos<sup>3</sup>. Este resultado es valioso, debido al hecho que en ellas, la ansiedad-estado activa el sistema cognitivo y fisiológico <sup>61</sup> por lo tanto puede intervenir en complicaciones en el estado de salud de la paciente y prolongar su estancia hospitalaria <sup>80</sup>.

Existe un área de mejora, de ahí la importancia que enfermería puede intervenir en la regulación de la ansiedad en pacientes hospitalizados, aspecto también mencionado por Vázquez <sup>81</sup>.

### **Percepción de la ansiedad de los pacientes**

En relación con el tercer objetivo, se planteó identificar la percepción de la ansiedad de los pacientes y los cuidados de apoyo orientados a la



regulación de la ansiedad generada por el miedo experimentado en pacientes adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares.

Reflexionando sobre la primera gran dimensión estudiada: aspectos cognitivos y fisiológicos activados por la respuesta de la ansiedad en el paciente hospitalizado, subdividida en dimensiones: *estímulos ambientales*, los ítems de esta dimensión, señalados como altos por los pacientes “casi nunca o nunca se han sentido intranquilo por la presencia de ruido en su habitación” y “casi nunca o nunca se han sentido intranquilos por la presencia de luz intensa en su habitación”, podría relacionarse con que los pacientes observan estas situaciones como normales en el entorno hospitalario y la infraestructura de la institución, sin embargo en Brasil<sup>72</sup> encontraron que el ruido ocasiona ansiedad en los pacientes, cabe mencionar que en dicho servicio se llevaba a cabo la remodelación de esté y como Hewitt<sup>70</sup>, señala que el ruido excesivo es un estresor ambiental que puede producir ansiedad en el paciente, también Cañón-Montañez<sup>71</sup> marca que el ruido afectan la recuperación del paciente, además de ser un potencial estresor para la perturbación del sueño de los pacientes .

En el análisis de la dimensión *ideas irracionales*, que aun cuando en sí mismo no son totalmente irracionales sí pueden estar generando una amenaza que esta fuera del control del paciente<sup>64</sup> el ítem puntuado como alto por los pacientes: “frecuentemente o algunas veces se han sentido intranquilo por el costo que puede causar el tratamiento”, en un estudio realizado en la misma institución encontraron que los pacientes, se enfrentan con la falta de recursos económicos y dificultad para conseguir los medicamentos<sup>68</sup>, esto pudiera deberse a los escasos recursos económicos de la mayoría de los pacientes hospitalizados en la institución. En esta dimensión encontramos un área de mejora, en el desarrollo de habilidades de la comunicación de las enfermeras para crear un ambiente de confianza que permita a los pacientes externar sus pensamientos, de esta forma poder referirlos al área correspondiente, ya sea el caso de

trabajo social, tanatología o albergues, con ello disminuir la ansiedad generada.

Uno de los ítems puntuados como bajo por los pacientes son “frecuentemente y algunas veces se ha sentido intranquilo por tener que estar hospitalizado”, podría deberse a la confianza en la salud de la institución por la alta calidad de atención especializada en cuanto a procedimientos invasivos y tratamiento, teniendo la opción de ofrecer un apoyo idóneo. A diferencia de un estudio realizado en Colombia<sup>3</sup> en el que hallaron que la hospitalización causa ansiedad en los pacientes, originada por procedimientos invasivos.

Otro ítem bajo en esta dimensión, fue que el paciente “frecuentemente y algunas veces se ha sentido intranquilo por el tiempo que tendrá de recuperación después de la cirugía”, esta situación también se encontró en un estudio realizado en una institución con características semejantes, se encontró que la recuperación hospitalaria también les produjo ansiedad<sup>69</sup>.

En el análisis de las dimensiones *hiperventilación* y *tensión muscular*, los ítems con mayor puntaje percibidos por los pacientes fueron: “casi nunca o nunca ha sentido que su respiración es más rápida cuando le dan alguna noticia relaciona con su alta hospitalaria”, también “frecuentemente y algunas veces ha sentido tensión en la espalda”, así como “frecuentemente y algunas veces ha sentido tensión en los hombros” podría estar relacionado con que la ansiedad-estado como emoción que impulsa a la activación del sistema nervioso central, según Gross, Muñoz y Levenson (citados por Reyes)<sup>61</sup>.

### **Cuidados orientados a la regulación de la ansiedad en el paciente hospitalizado.**

En la segunda dimensión, los *cuidados orientados a la regulación de la ansiedad en el paciente hospitalizado*, los resultados por dimensiones son: control de *estímulos ambientales*, el ítem más alto “frecuentemente y

algunas veces la enfermera le ha ayudado a disminuir el ruido en su habitación“, podría relacionarse con que las enfermeras identifican que el ruido es un agente que repercute en el estado de salud así como en el descanso del paciente, ellas en algunos casos pueden ejercer alguna acción<sup>82</sup>.

En la dimensión rechazo de *ideas irracionales* los ítems más altos “frecuentemente y algunas veces la enfermera establece una conversación con usted sobre cómo se siente físicamente”, “frecuentemente y algunas veces la enfermera le explica los procedimientos que le van a realizar”, podría deberse a la atención cardiovascular de alta especialidad de la institución; los ítems menos ponderados “frecuentemente y algunas veces la enfermera establece una conversación con usted sobre cómo se siente emocionalmente, “frecuentemente y algunas veces la enfermera le ayuda a identificar la presencia de pensamientos desagradables”, “frecuentemente y algunas veces la enfermera le ha ayudado a sustituir un pensamiento que le provoque ansiedad por otro pensamiento que lo tranquilice”, este resultado podría deberse a la concentración del cuidado de enfermería en el aspecto fisiológico y técnico, se aprecia que existe una oportunidad de mejora de escucha activa y de entrenamiento específico para contar con habilidades en el control de ideas irracionales.

En cuanto al control de *ideas irracionales* varios autores<sup>35,36,37,73</sup> sugieren estrategias de apoyo, como: Chaboyer<sup>35</sup>, realizó una intervención en un hospital australiano, en el cual la enfermera de enlace proporcionó apoyo emocional, educación y asesoramiento a los pacientes y sus familias antes y después del alta. No hubo diferencias estadísticas entre las puntuaciones de ansiedad antes de la transferencia para pacientes y familiares en los grupos control e intervención, pero si encontraron puntuaciones medias levemente más bajas para el grupo de intervención, especialmente para los pacientes. En otro estudio, Vega-Hernández<sup>36</sup>, en una intervención tanatológica de modalidad intensiva, con técnicas de musicoterapia,

terapia de juego, expresión emotiva e imaginación encontró que posterior a la intervención, en los pacientes disminuyeron las emociones desagradables, considerando poco y mucho temor, confusión, cansancio y aburrimiento, y los agradables incrementaron en poco o mucho, como la alegría, seguridad, reflexión y realización; mientras que en los familiares se encontró el mismo fenómeno en las emociones agradables y desagradables, siendo un cambio estadísticamente significativo. Debrak y colaboradores<sup>73</sup>, indican que las enfermeras practican tres estrategias principales para el manejo de la ansiedad la primera, técnicas de cuidado; la segunda mejorar el conocimiento y la comunicación; y el último soporte. Haddad y colaboradores<sup>37</sup>, comunican sobre una intervención educativa dirigida por una enfermera antes del procedimiento la intervención educativa, 24 horas antes del procedimiento de la intervención coronaria percutánea (PCI). La intervención ocurrió en una habitación privada, de cada paciente del grupo, a través de fotos y animaciones ilustrativas para explicar: el procedimiento de PCI, los beneficios y las consecuencias, los miembros del equipo, de anestesia, sitios de acceso arterial, uso de contraste de yodo, duración del procedimiento, posición después del procedimiento, ingesta de líquidos, y cuidados después del procedimiento, duración de 20 minutos. Para facilitar la revisión de los materiales proporcionados después de ver el disco, se entregó a cada paciente un folleto impreso que incluye un resumen sobre los puntos clave mencionados en la sesión educativa, esta tuvo un efecto significativo en la reducción de los niveles de ansiedad entre los pacientes que se sometieron a una intervención coronaria percutánea.

En la dimensión *control de la respiración* el ítem más bajo “frecuentemente y algunas veces ha sentido que la enfermera le ha ayudado a lograr que la respiración sea menos rápida después de recibir alguna noticia”, podría deberse al índice enfermera-paciente<sup>79</sup> y al predominio del cuidado biomédico que al integral centrado en la persona <sup>9,83</sup>. Este resultado sugiere entrenamiento para las enfermeras en ejercicios de respiración es

apreciable, porque podrían implementar estos ejercicios con beneficio en la disminución de la activación del sistema nervioso autónomo<sup>59,60</sup>.

En la dimensión *relajación muscular*, el ítem considerado como bajo “frecuentemente y algunas veces la enfermera le ha ayudado a relajar algunas partes de su cuerpo”, podría deberse a la carga laboral<sup>79</sup> y al desconocimiento de la enfermera sobre técnicas específicas para relajación muscular. Sin embargo, en algunos casos las condiciones fisiológicas derivadas del padecimiento cardiovascular del paciente, no siempre permiten a las enfermeras brindar técnicas de relajación muscular como ejercicios y posiciones porque podrían interferir con las condiciones y tratamiento específico que recibe el paciente cardiovascular; Peláez menciona que existe la posibilidad de brindar con técnicas de relajación muscular progresiva y diafragmática en pacientes con insuficiencia cardiaca y proporcionar un efecto positivo en la condición de la salud de los pacientes<sup>74</sup>.

### **Asociación del nivel de la relación enfermera-paciente con la aplicación de los cuidados orientados a la regulación de la ansiedad en pacientes adultos hospitalizados por problemas cardiovasculares.**

Se encontró que la percepción del nivel de interacción enfermera-paciente y la aplicación de los cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad en pacientes hospitalizados, podría deberse al hecho de que los profesionales de enfermería reconocen que la buena comunicación percibida por los pacientes es un fuerte predictor de la calidad de los cuidados de enfermería<sup>50</sup>. Teóricas de enfermería como Imogene King, Joyce Travelbee describen que los profesionales de enfermería deben de establecer la relación enfermera-paciente y en especial Peplau reconoce que la enfermera no puede considerar sólo el aspecto técnico, sino también el interpersonal, así como incorporar en la relación enfermera-paciente la distinción de los distintos grados de ansiedad, dado que las intervenciones están basadas en la diferenciación del grado <sup>46, 84, .85</sup>.

Algunos estudios hechos por Chaboyer<sup>35</sup>, Haddad<sup>37</sup>, evidencian que a partir de intervenciones educativas y con apoyo emocional hacia los pacientes, logran disminución en el nivel de ansiedad; Vega<sup>36</sup> en su intervención tanatológica con el apoyo de musicoterapia, terapia de juego, expresión emotiva e imaginería expone la disminución de emociones desagradables después de intervención en el grupo y Debrak<sup>73</sup> en el estudio ejecutado marca que las principales técnicas para el manejo de ansiedad referida por las enfermeras son técnicas de cuidado, conocimiento y la comunicación. Por lo tanto, existe un área de oportunidad de mejora al incorporar nuevas técnicas en el manejo de ansiedad y reforzar habilidades en la comunicación en actitudes empáticas y de respeto que dan lugar a la comunicación terapéutica.

## 6. Conclusiones

El CECOP permite identificar cómo percibe el paciente la forma de la comunicación de las enfermeras que lo atienden, susceptible de ser mejorados de acuerdo a la realidad de la población estudiada. Una quinta parte de los pacientes percibieron un nivel de interacción enfermera-paciente bajo, lo que indica la necesidad del desarrollo de habilidades en la forma de comunicación de las enfermeras.

El CORAPH permite identificar datos de ansiedad del paciente hospitalizado, así mismo la forma en que la enfermera aplica los cuidados orientados a la regulación de la ansiedad, para favorecer el estado de salud y adaptación en el proceso de hospitalización del paciente. En cuanto a la percepción de la ansiedad de los pacientes, el resultado de la dimensión de las ideas irracionales indica un área de oportunidad con el desarrollo de habilidades en la comunicación de las enfermeras y en capacitación específica con técnicas de imaginería, ya que aun cuando algunas ideas que incrementan la ansiedad en el paciente no son totalmente irracionales pero si adquieren dimensiones desproporcionadas con la realidad; en el resultado de las dimensiones de hiperventilación y tensión muscular contamos con un área de mejora con la incorporación de desarrollo de habilidades en las técnicas de respiración y en algunos casos si el estado de salud del paciente lo permite la relajación muscular.

El profesional de enfermería tiene un papel relevante en la atención de los pacientes hospitalizados debido al contacto permanente. En el área asistencial se propone la capacitación continua de los profesionales de enfermería, en el desarrollo y fortalecimiento de habilidades de la comunicación y regulación de la ansiedad en el paciente hospitalizado.

En el área de educación, se sugiere la incorporación en los programas de estudio de contenido y experiencias de aprendizajes relacionados con la comunicación interpersonal como eje articulador de todos los cuidados que se imparten en la licenciatura, así como contenidos relacionados con

la teoría de la activación-cognición de la emoción en el paciente hospitalizado, imaginería, técnicas de relajación, control de respiración que contribuyen a la regulación de la ansiedad en el paciente hospitalizado y generar una línea de investigación para explorar la regulación de la ansiedad en el paciente hospitalizado.

## **7. Limitaciones del estudio y Recomendaciones**

-Entre las limitaciones de la investigación se encontró, el número de pacientes, dado que la institución otorgó un permiso por cuatro meses pero la aplicación de tres instrumentos requirió del consumo de mucho tiempo por cada paciente, en algunas casos fue necesario regresar otro día para no cansarlos, también se puede considerar que los pacientes están sujetos a la deseabilidad social, hecho al que se hace mención en la discusión de la tesis.

-Se recomienda profundizar en el tema de regulación de la ansiedad en el paciente hospitalizado desarrollando nuevos estudios, seleccionando muestras representativas, ampliando la validación de contenido y de constructo de los instrumentos con expertos en áreas de enfermería y disciplinas afines.



## 8. Referencias

1. Salazar Á, Carmen M. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Av enferm.* 2008; XXVI(2): 107-15. [Consulta 21 abril 2017]. Disponible: <http://bit.ly/2rGMch9>
2. Gonzáles Y. Percepción del paciente sobre el cuidado recibido por las enfermeras de un hospital de segundo nivel de atención. *Enfoque (Panamá).* 2013; 13(8): 51-9. [Consulta 21 marzo 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2KV60Y9>
3. Santiago E, Vargas E. Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. *Av Enferm.* 2015; 33(3): 381-90. [Consulta 21 marzo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2nKhfJd>
4. Ramírez-Perdomo C, Parra V. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av. Enferm.* 2011; XXIX(1): 97-108.[Consulta 21 marzo 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2tDRSuu>
5. Romero-García M, Cueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M et al. La percepción del paciente crítico sobre cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm intensiva.* 2013; 24(2): 51-62. [consulta 29 agosto 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2PX75Rg>
6. Huagan G. The relationship between nurse-patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients. *J Adv Nurs.* 2014; 70(1):107-20. [consulta 20 mayo 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2ru6a0Z>
7. Uitterhoeve R, Bensing J, Dilven E, Donders R, De Mulder P. Nurse–patient communication in cancer care: does responding to patient’s cues predict patient satisfaction with communication. *Psycho-oncology.* 2009; 18: 1060-8. [Consulta 23 abril 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2ojDUOb>

8. Santamaría N, García L, Sánchez B, Carillo G. Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados. *rev. latinoam.bioet.* 2016; 16(1):140-27. [Consulta 7 abril 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2nNmrbs>
9. Achury DM, Pinilla M, Alvarado H. Aspectos that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patient in critical state. *Invest. educ. enferm.* 2015; 33(1): 102-11. [Consulta 12 mayo 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2qAnrFQ>
10. Howie-Esquivel J, Dracup K. Communication with hospitalizaed heart failur patients. *Eur j cardiovasc nurs.* 2012; 11(2): 216-22. [Consulta 23 abril 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2oUvjSp>
11. Munger A, Rios Y, Ignowski C, Nelson M, Gass S, Festa C. Communicating with the un responsive patient: a studen treview. *Dimens Crit Care Nurs.* 2012; 31(5):275-82. [Consulta 24 abril 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2oUvjSp>
12. Pat-Petch M, Soto-Morales E. Satisfacción del paciente adulto hospitalizado con el trato interpersonal del personal de enfermería. *Rev enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 25 (2):119-23. [Consulta 15 mayo 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2qqJMoo>.
13. Müggenburg C, Olvera S, Riveros A, Hernández-Guillen C, Aldana A. Autoevaluación de enfermeras respecto a la comunicación percibida con pacientes como resultado de un entrenamiento. *Enferm. Univ.* 2014; 12(1): 12-8. [Consulta 12 mayo 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2o4OsQi>.
14. Luna M. Comparación de la percepción de la interacción enfermera-paciente en dos servicios: hospitalización y terapia intensiva [Tesis de Maestría]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2017.
15. Hui L, Hegney D, Ang E. Factors affecting efective communication betwen registered nurses and adult cáncer patients in an inpatient

- setting: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc.* 2011; 9: 151-64. [Consulta 21 abril 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2pgwKH>
16. Luna MN, Müggenburg MC, Sánchez BI. Percepción de la comunicación en la relación enfermera-paciente durante el cuidado hospitalario. *Rev Mex Enf.* 2017; 5: 114-20. [Consulta 4 diciembre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2zTerPe>
17. Soares F, Stahlhoefer T, Vinicius J, Joaquim M. Medidas de comodidad y comunicacion en las acciones de atención de enfermería a pacientes críticos. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(2): 174-9. [Consulta 14 abril 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2qk6UVy>.
18. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm. Univ.* 2015; 12(3):134-43. [Consulta 6 abril 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2oip4WV>
19. García- Rueda N, Errasti-Ibarrondo B, Solabarrieta M. La relación enfermera- paciente con enfermedad avanzada y terminal: revisión bibliográfica y análisis conceptual. *Med Paliat.* 2014. [Consulta 11 abril 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2oqtmuY>
20. Santana L, Yañez B, Martin J, Ramírez F, Roger I, Pérez A. Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Clin.* 2009; 19(6):335-9. [consulta 19 abril 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2q4ycil>.
21. Mendonca L, De Freitas K, Pereira K, Ferreira T. Comunicación entre el personal y familiares de pacientes de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Cult Cuid.* 2014; 18(39): 84-92. [Consulta 21 abril 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2pPi81r>.
22. Murillo M, López C, Torrente S, Morales C, Orejana M, García M. Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enferm intensiva.* 2014; 25(4): 137-45. [Consulta 10 mayo 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2r4a8L4>.

23. Ayuso-Murillo D, Colomer-Sánchez A, Herrera-Peco I. Habilidades de comunicación en enfermeras de UCI y de hospitalización de adultos. *Enferm intensiva*. 2016. [Consulta 10 mayo 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2pyZJF8>
24. Müggenburg C, Riveros-Rosas A, Juárez- García F. Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado. *Enferm. Univ.* 2016; 13(4):201-7. [Consulta 6 abril 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2NX0vZw>
25. Müggenburg C. Habilidades de comunicación en enfermeras y su efecto en el cuidado profesional humanístico [Tesis Doctoral]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015.
26. Müggenburg C, Robles R, Valencia A, Hernández C, Olvera S, Riveros A. Evaluación de la percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana. *Salud Mental*. 2015; 38(4):273-80. [Consulta 20 mayo 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2Lav3Fi>
27. Puebla-Viera DC, Ramírez-Gutiérrez A, Ramos-Pichardo P, Moreno Gómez M. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2009; 17(2): 97-102. [Consulta 4 diciembre 2018]. Disponible: <https://bit.ly/2TfuD8n>
28. Mena-Gómez II. Percepción de los pacientes hospitalizados sobre la empatía y respeto que manifiestan las enfermeras [Tesis de maestría]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015.
29. Austria-Aviña AL. Interacción enfermera-paciente en un hospital de 3er nivel de carácter público, de la Ciudad de México [Tesis de licenciatura]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013.
30. Rocha-Márquez R, Lozano-Rangel O, Romero-Quechoi G. Nivel de conocimientos del paciente sobre el cateterismo cardiaco y

- presencia de ansiedad y depresión. Rev. enferm. Inst. Mex. 2017; 25(4):257-264. [Consulta 3 febrero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2EK9ZXp>
31. Navazo-Subirana L, Joher-Sábat S, Bertran C, Suñer-Soler R. Niveles de ansiedad en enfermos hospitalizados afectados de cardiopatía isquémica. Rev. Rol Enferm. 2017; 40(9): 624-629. [Consulta 3 febrero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2sHP81l>
  32. Cadena-Estrada JL, Olvera S, Ortiz A, Rodríguez M, Quintero M, Cruz G. Análisis del nivel de ansiedad en el paciente adulto con cardiopatía congénita en una institución de alta especialidad. Rev enfer cardiol. 2014; 22(2):46-52. [Consulta 30 agosto 2018]. Disponible: <https://bit.ly/2PTOaWm>
  33. López JL, Nogueira-Martins LA, Goncalves MA, Barros A. Comparación del nivel de ansiedad entre el baño de ducha y el realizado en la cama en pacientes con infarto agudo de miocardio. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2010;18 (2):1-7.[Consulta 02 octubre 2018].Disponible en: <https://bit.ly/2OtTyTh>
  34. Alcázar-Gabás M, Fidalgo-Pamplona M, Laplana-Miguel O. Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de quemados. Cir. plást. Iberolatinoam. 2014; 40(2):159-69. [Consulta 20 octubre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Quw39S>
  35. Chaboyer W, Thalib L, Alarcorn K, Foster M. The effect of an ICU liaison nurse on patients and family's anxiety prior to transfer to the ward: An intervention study. Intensive crít. Care nurs. 2007; 23:362-69. [Consulta 3 octubre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2P1BxvE>
  36. Vega-Hernández S. Efecto de la intervención tanatológica con grupos de encuentro en el paciente cardíopata y familiares durante la hospitalización. Rev Mex Enferm Cardiológica.2014; 22(2):53-9. [Consulta 22 septiembre 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2IOUwXE>

37. Haddad NE, Saleh MN, Eshah MN. Effectiveness of nurse-led video interventions on anxiety in patients having percutaneous coronary intervention. *Int J Nurs Pract.* 2018; 24(4): 1-8. [Consulta 4 diciembre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2KU3AJb>
38. Romero-García M, Cueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm Intensiva.* 2013; 24(2): 51-62. [Consulta 03 febrero 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2Bk0Lxg>
39. Cinabal L, Arce M, Carballal M. Algunos aspectos sobre la comunicación. En: Cinabal L, Arce M. *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud.* 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p.3-54.
40. Borre Y, Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Cienc. enferm.* 2014; 20(3): 81-94. [Consulta 30 agosto 2018]. Disponible: <https://bit.ly/2QarHpf>
41. Olano-Lizárraga M. Visión de los pacientes sobre el cuidado de enfermería. Una revisión de la literatura. *Rev. Rol enferm.* 2012; 35(1): 20-31. [Consulta 30 agosto 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2SUNBSp>
42. Ortega C, Suárez M, Jiménez M, Añorve A, Cruz M, Cruz G et al. Elementos conceptuales de la Calidad. En: *Médica Panamericana. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. Estrategias para su aplicación.* 2ª ed. México: Médica Panamericana; 2014. p.1-15.
43. Gómez J, López L. Expectativa de cuidado de enfermería que tienen las personas en diferentes ámbitos de cuidado. *Rev. Colomb. Enferm.* 2016; 12: 49-60. [Consulta 30 agosto 2018]. Disponible: <https://bit.ly/2QixXLr>
44. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major Concepciones, de Nightingale a Parse. En: Blasco R. *El pensamiento enfermero.* España: Masson; 2001. p.23-45

45. Hogg M, Vaughan G. Lenguaje y comunicación. En: Hogg M, Vaughan G. Psicología social. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.p.564-601.
46. Werner A, Rouslin S. Constructos teóricos: la ansiedad, el Yo y las alucinaciones. En: Hildegard Peplau. Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería: trabajos seleccionados de Hidegard E. Peplau. España: Masson;1989.p.337-409
47. Marriner-Tomey A. Hildegard Peplau. En: Brophy G. Modelos y Teoría de Enfermería. 3 ed. Madrid, España: Mosby; 1994. p 325-337.
48. Landman C, Cruz M, García E, Pérez P, Sandoval P, Serey K et al. Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. Cienc. enferm. 2015; XXI (1): 91-102. [Consulta 2 diciembre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2ldk1Tc>
49. Díaz M. Comunicación enfermera/paciente: Reflexión sobre la relación de ayuda. Rev Esp Com Sal. 2011; 2 (1):55-61.[Consulta 2 diciembre 2018] Disponible en: <https://bit.ly/1lks7k5>
50. Pujiula-Maso J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, Grau-Martin A, Bertran-Noguer C, Holtal-Gasull G et al. En: Dios-Guerra C, Alba-Dios MA, Ruíz-Moral R et al. Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. Enferm Glob. 2013; 31:162-176. [Consulta 2 diciembre 2018]. Disponible: <https://bit.ly/2qBOM1x>
51. Maqueda M, Ibañez L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. Rev Esp Comun Salud. 2012; 3(2):158-166. [Consulta 21 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2qCP3rz>
52. Müggenburg M, Riveros A. Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario. Parte I. Enferm univer. 2012; 9(1):36-44. [Consulta 20 marzo 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2okH4zG>

53. Valverde C. Las emociones en la comunicación terapéutica. En: Difusión Avances de enfermería. Comunicación terapéutica. España: Difusión Avances de Enfermería. 2007. p. 83-98
54. Morrison M. Trastornos de ansiedad. En: Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. España: Harcourt; 1999.p 285-297
55. Tazón M, García J, Aseguinolaza L. La empatía. En: GARCÍA J. Enfermería 21. Relación y comunicación. España: Difusión avances de enfermería; 2000. p. 126-136.
56. Cormier W, Cormier S. Componentes de una relación terapéutica efectiva. En: Cormier W, Cormier S. Estrategias de entrevista para terapeutas: hábiles básicas e intervenciones cognitivo conductuales. 3ed. España; Desclee de Brouwer: 2000.p.35-70
57. Leal-Costa C, Tirado-González S, Van-der H. Creación de escalas sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la salud. An. psicol. 2016: 32(1); 49-59 [Consulta 06 febrero 2019]. Disponible: <https://bit.ly/2WQdHV2>
58. Gómez-Carretero, Monsalve V, Soriano JF. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en la unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva. 2007; 33(6):318-25. [Consulta 02 octubre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2QmVpq9>
59. Casado MI. Emoción. En: Losada D. Fundamentos de psicología para ciencias sociales y de la salud. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015. p 119-143.
60. Fornés J. Plan de cuidados para la persona con ansiedad- estrés. En: Fornés J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Valoración y cuidados. 2ª ed. España: Médica Panamericana; 2012. p.129-143.
61. Reyes M, Tena E. Regulación emocional. En: Reyes M, Tena E. Regulación emocional en la práctica clínica. México: Manual moderno; 2016. p 13-21.



62. Méndez F, Olivares J, Quiles MJ. Técnicas de relajación y respiración. En: Técnicas de modificación de conducta. 6ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 2010.p.27-78.
63. Guirtart J, Giménez-Crouseilles J. Prevalencia de la tensión muscular elevada, elevada con un método semiobjetivo de factores asociados a la misma en una población reumatológica. Rev.Soc.Esp.Dolor. 2002; 9(1):20-26. [Consulta 18 Septiembre 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2hdMpDQ>
64. Barranca J. Control de estímulos e inducción situacional. En: Barranca J. Técnicas de modificación de conducta: una guía para su puesta en práctica. Madrid: Editorial síntesis; 2014.p.155-162.
65. Islas-Salinas, Pérez-Piñón A, Hernández-Orozco G. Rol de enfermería en educación para la salud de los menonitas desde el interaccionismo simbólico. Enferm. univer. 2015; 12(1):28-35 [Consulta 30 agosto 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2AJatsc>
66. Subiela J, Abellón J, Celdrán A, Manzanares J, Satorres B. La importancia de la escucha activa en la intervención enfermera. Enferm. Glob. 2014;13(34):276-92. [Consulta 9 abril 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2rM5Yq>
67. Galindo O, Benjet C, Juárez F et al. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS): validación en pacientes mexicanos con infecciones por VIH. Rev. Iberoam. Diagn. Eval, psicol. 2013; 21(2):29-37. [Consulta 15 octubre 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2Jbr1jD>
68. Rentería II. Experiencia inmediata al alta hospitalaria de pacientes sometidos a cirugía de cambio valvular o revascularización coronaria sobre los cuidados integrales recibidos en el hogar [Tesis de licenciatura]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2018.
69. Strahan E, Brown R. A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. Intensive Crit Care

- Nurs. 2005;21: 160-170. [Consulta 20 octubre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2yeNapt>
70. Hweidi IM. Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: a questionnaire survey. *Int Nurs Stud.* 2007; 44(2):227-35. [Consulta 6 febrero 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2E72W9q>
71. Cañón-Montañez W, Rodríguez-Acelas A. Environmental factors and stressors that affect patient recovery in the intensive care unit. *Enferm Clínic.* 2014; 24(3):207-208 [Consulta 6 febrero 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2E72W9q>
72. Gomes A, Moura E, Ferreira E, Nations, Costa M. Ethnic evaluation of hospital humanization by the users of the brazilian unified health system and their mediators. *Rev Esc Enfem UPS.* 2008; 42(2): 633-41. [Consulta 20 octubre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2PoesB>
73. Debra K, Chug M, Mckinley S. Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2003; 19(5):276-288 [Consulta 06 febrero 2019]. Disponible: <https://bit.ly/2UMWCcl>
74. Peláez V, Orea-Tejeda A, Domínguez B, Figueroa C, Alcocer L, Santiago R, Martínez C. Intervención psicológica como parte del tratamiento integral de pacientes con insuficiencia cardíaca: efecto sobre la capacidad funcional. *Revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología.* 2016; 9(1): 53-61. [Consulta 18 octubre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2QtASUK>
75. Hernández-Corral S, Müggenburg C, Olvera-Arreola S. Validación de un instrumento que mide comunicación enfermera-paciente como mecanismo de la evaluación de calidad. [enviado para publicación en el mes de febrero 2019].
76. Tristán-López A. Modificación del modelo de Lawshe para dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances Medición.* 2008; 6: 37-48. [Consulta 15 octubre 2017]. Disponible: <http://bit.ly/2yP1pjY>

77. NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [internet] México: Diario oficial de la federación, 2009: [actualizada el 26 noviembre 2012; acceso 26 febrero 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/1hVxrAp>
78. Zambrano GE, Ferreira JC, Lindarte A et al. Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Rev.cienc.cuidad 2010; 7(1): 52-60. [consulta 21 octubre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2OmMzMu>
79. Oede.org. [internet]. México: Health at a glance 2017 indicators [Consulta 2 septiembre 2018]. Disponible: <https://bit.ly/2CZTbKo>
80. Anguiano S, Mora M, Reynoso L. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. Eureka. 2017; 14 (1):24-38. [Consulta 20 octubre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2pE8Mam>
81. Vázquez M, Portillo MC. El proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos al área de hospitalización: una revisión bibliográfica. Enferm Intensiva. 2013; 24(2): 78-88. [Consulta 02 octubre 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2wWVjO4>
82. Vico-Romero J, Cabré-Roure M, Monteis-Cahis R. Prevalencia de trastornos del sueño y factores asociados en pacientes hospitalizados. Enferm Clínic. 2014; 24(5):276-282. [Consulta 12 noviembre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2KIUaQs>
83. Pott F. Medidas de comodidad y comunicación en las acciones de atención de enfermería a pacientes críticos. Rev. Bras. Enferm. 2013; 66(2):174-179. [Consulta 12 noviembre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2oM5Wi0>
84. Peplau H. Una definición de enfermería. En: Peplau H. Relaciones interpersonales. España: Salvat editores; 1990. p.1-13

85. Arredondo-Gonzales C, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los cuidados. Una mirada desde la Teoría de las relaciones interpersonales. *Index Enferm.* 2009; 18(1); 32-36. [Consulta 12 noviembre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2NwPf6F>

## 9. Anexos

### 9.1 Consentimiento informado para el paciente



Instituto Nacional de Cardiología



“Ignacio Chávez”

**Título del proyecto:** *Percepción de la Interacción enfermera-paciente y los cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad experimentada por el paciente hospitalizado.*

**Introducción/Objetivos:** Buenos días:

El Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” en coordinación con el Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), le hace una cordial invitación para que participe de manera voluntaria en este proyecto, que tiene como objetivo: ***Analizar la asociación entre el nivel de la interacción enfermera-paciente y la aplicación de cuidados de apoyo orientados a la regulación de la ansiedad experimentada por el paciente adulto hospitalizado por problemas cardiovasculares.***

Su participación es valiosa, *sus respuestas, será de gran apoyo para mejorar los cuidados hacia los pacientes.* En este proyecto se requiere registrar como se ha sentido el paciente y el comportamiento de la enfermera en los cuidados orientados a la regulación de ansiedad en pacientes hospitalizados por problemas cardiovasculares, por medio de tres cuestionarios: el CECOP, el HADS y el CORAPH. Si usted acepta participar, se le explicará brevemente, los objetivos y finalidad del estudio. Usted tendrá opciones para contestar cada cuestionario, algunas van desde nunca, casi nunca, algunas veces, frecuentemente, algunas preguntas son abiertas.

## 9.2 Inventario de comportamientos de las enfermeras relacionados con su forma de Comunicación Observado por los Pacientes (CECOP).

A continuación le voy a leer varias frases para que usted identifique si observa estas conductas en las enfermeras que lo atienden, por favor conteste con honestidad y libertad, ya que sus opiniones son muy importantes para mejorar los cuidados para los pacientes.

LAS ENFERMERAS (OS)...	Siempre o casi siempre	Muchas Veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca o nunca
1. Sonríen amablemente cuando se presentan conmigo.					
2. Parece que se molestan cuando no quiero comer.					
3. Insisten en que me bañe sin escuchar mis motivos.					
4. Parece que se molestan cuando ensucio la cama accidentalmente (con comida, agua, pipi o popo).					
5. Son amables cuando me atienden.					
6. Se dan su tiempo para hablar conmigo.					
7. Me llaman por mi nombre cuando están conmigo.					
8. Me explican lo que me van a realizar con palabras que sí entiendo.					
9. Me animan con sus palabras.					
10. Se presentan conmigo por su nombre.					
11. Atienden oportunamente a mi llamado.					
12. Bromean conmigo para darme confianza.					
13. Me explican lo que me van a hacer.					
14. Me hacen sentir tranquilo cuando están conmigo.					
15. Platican conmigo mientras me atienden.					
16. Respetan mis creencias religiosas.					
17. Respetan mis costumbres.					

18. Me escuchan aunque estén muy ocupadas.					
19. Parece que se molestan cuando me quejo.					
20. Me siento “apapachado” por ellas.					
21. Se interesan por conocer cómo me siento.					

Si tuviera que calificar de 1 a 10 (siendo 10 lo mejor), qué calificación le daría a la **comprensión empática** que recibe de las enfermeras que lo atienden\_\_\_\_\_.

Si tuviera que calificar de 1 a 10 (siendo 10 lo mejor), qué calificación le daría al **respeto** que recibe de las enfermeras que lo atienden\_\_\_\_\_.

Si tuviera que calificar de 1 a 10 (siendo 10 lo mejor), qué calificación le daría al grado de **satisfacción que siente** en cuanto a la atención que recibe de las enfermeras\_\_\_\_\_.

**Muchas gracias por sus respuestas, serán de mucha utilidad para mejorar el cuidado que reciben los pacientes.**

### 9.3 Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).

A continuación le voy a leer una frase que puede describir cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Escuche cada frase y cada una de las respuestas y dígame qué respuestas coincide mejor con cómo se ha sentido usted en la última semana. No hay respuestas buenas ni malas. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta.

	Casi todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
1. Me siento tenso o nervioso.				
2. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.				
3. Tengo mi mente llena de preocupaciones.				
4. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.				
5. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago.				
6. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme				
7. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.				

**Por su participación gracias.**



## 9.4 Cuidados de apoyo Orientados a la Regulación de la Ansiedad Experimentada por el Paciente Hospitalizado (CORAPH).

FOLIO \_\_\_\_\_

Buenos días (señor). Mi nombre es Alicia, soy enfermera, estudio la Maestría en Enfermería en la UNAM. El motivo de mi visita es pedirle su apoyo para responder tres cuestionarios, sus sugerencias serán muy importantes para mejorar los cuidados hacia las personas que atendemos. Muchas gracias.

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CONDICIÓN DE SALUD

1. Le pido su ayuda para contestar unas preguntas generales y otras sobre su condición de salud.

Servicio de hospitalización: _____	
I.	Edad: _____ Género: Femenino ( <input type="checkbox"/> ) Masculino ( <input type="checkbox"/> )
II.	Estado civil: Soltero: ___ casado: ___ Divorciado: ___ unión libre: ___ viudo: _____
III.	Escolaridad: Primaria incompleta: _____ Primaria completa: _____ secundaria incompleta: _____ secundaria completa: _____ Preparatoria incompleta: _____ preparatoria completa: _____ licenciatura incompleta: _____ licenciatura completa: _____ Posgrado: _____ otros: _____
IV.	¿Cuál fue la molestia o (as) que causó su hospitalización? _____
V.	¿Qué diagnósticos le dieron cuando ingresó? _____
VI.	¿Con cuántas personas vive usted? _____
VII.	¿Qué relación tienen con usted estas personas? Mamá: _____ Papá: _____ Hijo(a): _____ # _____ Hermano(a): _____ # _____ Abuelo (a): _____ Amigo(a): _____ Tío(a): _____ Pareja: _____ esposa(a): _____ Otro ( especifique) _____
VIII.	¿Quién es el principal responsable de los gastos económicos en su hogar? _____

1) A continuación le voy a leer varias frases que pueden describir cómo se siente usted emocionalmente. También le pediré, que identifique la forma en la que la enfermera lo atiende. Marque con una x la respuesta. Por favor conteste con confianza, ya que sus opiniones son importantes para mejorar los cuidados a los pacientes.

	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. Se ha sentido intranquilo por la presencia de ruido en su habitación.				
2. Se ha sentido intranquilo por la presencia de luz intensa en su habitación.				
3. Se ha sentido intranquilo por los cambios de temperatura ambiental en su habitación.				
4. La enfermera le ha ayudado a disminuir el ruido en su habitación.				
5. La enfermera le ha ayudado disminuir la luz intensa en su habitación.				
6. La enfermera le ha ayudado a regular la temperatura en su habitación.				
7. <i>Se ha sentido intranquilo por la muerte de una persona conocida.</i>				
8. <i>Se ha sentido intranquilo al ver que otras personas sufren de ansiedad.</i>				
9. <i>Se ha sentido intranquilo por la programación a una cirugía.</i>				
10. <i>Se ha sentido intranquilo por el procedimiento de la cirugía.</i>				
11. <i>Se ha sentido intranquilo porque su familiar no puede estar con usted más tiempo.</i>				
12. <i>Se ha sentido intranquilo por el costo que puede causar el tratamiento.</i>				
13. <i>Se ha sentido intranquilo por tener que estar hospitalizado.</i>				
14. <i>Se ha sentido intranquilo por el tiempo que tendrá de recuperación después de la cirugía.</i>				
15. <i>Se ha sentido intranquilo por escuchar experiencias de un paciente que ya fue operado.</i>				

	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<b>16. Se ha sentido intranquilo por escuchar experiencias desagradables de algún paciente durante su hospitalización.</b>				
<b>17. Hay algún otro pensamiento que le provoque ansiedad</b>  _____				
<i>Cuando la respuesta es afirmativa (especificar)</i>				
<b>18. Ha identificado algún pensamiento que lo lleve a sentir miedo por su enfermedad. (Cuando la respuesta es afirmativa se le preguntará)</b> <b>18 bis. Me podría dar algún ejemplo de alguno de pensamiento que ha tenido: _____</b>				
<b>19. La enfermera establece una conversación con usted sobre cómo se siente emocionalmente.</b>				
<b>20. La enfermera establece una conversación con usted sobre cómo se siente físicamente.</b>				
<b>21. La enfermera le explica los procedimientos que le van a realizar.</b>				
<b>22. La enfermera escucha su preocupación.</b>				
<b>23. La enfermera le ha ayudado a identificar cómo se siente.</b>				
<b>24. La enfermera le ha ayudado a identificar la causa de su sentimiento.</b>				
<b>25. La enfermera le ha ayudado a identificar la presencia de pensamientos desagradables.</b>				
<b>26. La enfermera le ha ayudado a sustituir un pensamiento que le provoque ansiedad por otro pensamiento que lo tranquilice.</b>				
<b>27. Ha sentido que su respiración es más rápida cuando le dan alguna noticia relacionada con su alta hospitalaria.</b>				

<b>27. Ha sentido que su respiración es más rápida cuando le dan alguna noticia relacionada con el cateterismo</b>				
<b>28. Ha sentido que su respiración es más rápida cuando le dan alguna noticia relacionada con su Cirugía.</b>	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<b>29. Ha sentido que su respiración es más rápida cuando piensa en su condición de salud.</b>				
<b>30. Ha sentido que la enfermera le ha ayudado a lograr que su respiración sea menos rápida, después de recibir alguna noticia.</b>				
<b>31. Ha sentido tensión en alguna parte de su cara.</b>				
<b>32. Ha sentido tensión en el cuello.</b>				
<b>33. Ha sentido tensión en la espalda.</b>				
<b>34. Ha sentido tensión en los hombros.</b>				
<b>35. Ha sentido tensión en las manos.</b>				
<b>36. Ha sentido tensión en los brazos.</b>				
<b>37. Ha sentido tensión en las piernas.</b>				
<b>38. La enfermera le ha ayuda a relajar algunas partes de su cuerpo.</b>				
<b>39. Se ha quedado dormido(a) después de relajar algunas partes de su cuerpo.</b>				
<b>40. Ha tenido ganas de dormir después de relajar algunas partes de su cuerpo.</b>				

**Muchas gracias por sus respuestas, será de gran apoyo para mejorar los cuidados hacia los pacientes.**