

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**COMUNICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
RELACIÓN AL NIVEL DE ANSIEDAD DEL PACIENTE
HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL DE PAMPAS, TAYACAJA. 2018**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA
EN EMERGENCIA Y DESASTRES**

TESISTA:

LIC. Edith Noelia Flores Peña

ASESOR:

Dr. Holger A. Aranciaga Campos

HUÁNUCO - PERÚ

2019

DEDICATORIA

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a quienes compartieron conmigo todos estos años, por sus consejos compañía y su amor: mi familia que es lo más importante en mi vida.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán por la oportunidad de brindarnos una formación de nivel superior, sólida e integral, con la que sabré servir a nuestra sociedad.

A los docentes de la Escuela de Posgrado por la búsqueda de la especialidad en el quehacer profesional y por inculcarnos la responsabilidad del trato humanizado en los momentos más difíciles de la vida.

Al Dr. Holger Aranciaga Campos asesor de la presente tesis, por su apoyo y sus orientaciones para el desarrollo de este estudio.

Al personal de salud que labora en el Hospital de Pampas, Tayacaja, especialmente al Servicio de Emergencia, por la paciencia y sobre todo la información brindada para la realización de este estudio.

3
RESUMEN

El ingreso en un servicio hospitalario, lleva al paciente a experimentar cierto nivel de ansiedad, en algunos casos puede ser muy fuerte. Esto se debe principalmente a la incertidumbre sobre el pronóstico de su estado de salud, al contacto con un ambiente desconocido y con personas poco comunicativas y amables con las que tienen contacto por primera vez, El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018. La metodología se basó en un estudio de nivel relacional, de tipo descriptivo, prospectivo, transversal, observacional, de diseño correlacional, aplicada una población de 600 pacientes correspondientes a un trimestre de periodo de evaluación en el servicio de emergencia, la muestra es de 235 pacientes. La técnica de recolección de datos fue la encuesta para ambas variables. Los resultados más importantes fueron: se halló una ansiedad alta en el 56.2% de pacientes, manifiesto en 51.5% siempre presentan mucho miedo de morir, 41.7% siempre están inquietos ante la posibilidad de que permanezcan mucho tiempo en tratamiento, el 53.6% siempre presentan tensión por separarse de sus familiares, entre otros aspectos. La evaluación de la comunicación indica que es mala según el 42.8% de los pacientes, la comunicación verbal es mala en el 49.4%, la comunicación no verbal es mala en el 59.1%, en relación a la comunicación verbal los pacientes refieren que 37.9% de los profesionales de enfermería nunca conversan con ellos, el 31.9% nunca les explican sobre los procedimientos generales, 34.5% nunca las enfermeras a veces preguntan sobre los problemas que enfrentan en la hospitalización. La comunicación no

verbal presenta 38.7% de los enfermeros a veces presentan una expresión cordial y respetuosa, 31.1% nunca prestan atención a las preguntas que se les hace, 35.3% solo a veces dialogan con los familiares de los pacientes, 41.7% nunca apoyan psicológicamente a sus pacientes, 37% de pacientes perciben que nunca los profesionales de enfermería se sienten atentos y comprensivos con ellos. En cuanto a la relación entre las dos variables se obtuvo que el 86.4% del total de los pacientes que refieren mala comunicación, también presentan ansiedad alta, mostrando así una relación estrecha donde se observa que una mala comunicación enfermero – paciente influye elevando la ansiedad del paciente hospitalizado ($p<0.05$).

Palabras Clave: comunicación enfermero – paciente, comunicación verbal, comunicación no verbal, ansiedad hospitalaria.

ABSTRACT

Admission to a hospital service leads the patient to experience a certain level of anxiety, in some cases it can be very strong. This is mainly due to the uncertainty about the prognosis of their state of health, contact with an unknown environment and with people who are not very communicative and friendly with those who have contact for the first time. The present study aimed to determine the relationship between communication of the nursing professional and the level of anxiety of hospitalized patients in the emergency service of Pampas Tayacaja Hospital 2018. The methodology was based on a relational level study, descriptive, prospective, cross-sectional, observational, correlational design, applied a population of 600 patients, the sample is 235 patients. The data collection technique was the survey for both variables. The most important results were: high anxiety was found in 56.2% of patients, manifest in 51.5% always have a lot of fear of dying, 41.7% are always worried about the possibility of staying long in treatment, 53.6% always present tension by separating from their relatives, among other aspects. The evaluation of the communication indicates that it is bad according to 42.8% of the patients, the verbal communication is bad in 49.4%, the non-verbal communication is bad in 59.1%, in relation to the verbal communication the patients refer that 37.9% of the nursing professionals never talk to them, 31.9% never explain to them about the general procedures, 34.5% never the nurses sometimes ask about the problems they face in the hospitalization. Non-verbal communication presents 38.7% of nurses sometimes have a cordial and respectful expression, 31.1% never pay attention to the questions asked, 35.3% only sometimes talk with patients' relatives, 41.7% never support psychologically to their patients, 37% of

to them. In relation to the relationship between the two variables, it was found that 86.4% of the total of patients who report poor communication, also present high anxiety, showing a close relationship where it is observed that a bad communication nurse - patient influences by raising the anxiety of the hospitalized patient ($p < 0.05$).

Keywords: Nurse - patient communication, verbal communication, nonverbal communication, hospital anxiety.

PAG. DEDICATORIA 02 AGRADECIMIENTO 03 RESUMEN 04
ABSTRACT 06 INDICE 08 INTRODUCCION 09 CAPITULO I: MARCO
TEORICO 16 CAPITULO II: MARCO METODOLOGICO 58 CAPITULO
III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 65 CONCLUSIONES 91
RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS 92 BIBLIOGRAFIA 93
ANEXOS 96

8 INTRODUCCIÓN

El ingreso en un servicio hospitalario, lleva al paciente a experimentar cierto nivel de ansiedad, en algunos casos puede ser muy fuerte. Esto se debe principalmente a la incertidumbre sobre el pronóstico de su estado de salud, al contacto con un ambiente desconocido y con personas poco comunicativas y amables con las que tienen contacto por primera vez, así como la separación física de su familia en situación de enfermedad. ⁽¹⁾

A nivel internacional, los servicios hospitalarios son escenarios de frecuente sufrimiento, ya que por el estado del paciente la hospitalización suele ser prolongada. Existen muchos artículos europeos y americanos que enfatizan respecto a la falta de comunicación y contacto que tiene el personal de enfermería con el paciente hospitalizado, por las múltiples funciones y responsabilidades que poseen, como consecuencia olvidándose de

comunicarse e interactuar con él, por lo que se originan quejas, insatisfacción, frustraciones, ansiedad, temor y un alto estrés en el paciente. ⁽²⁾

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

En España, Elsevierl, S. L ⁽³⁾ menciona que el ingreso en una hospitalización supone, tanto para el paciente como para la familia, una experiencia estresante a varios niveles: a nivel cultural (aceptar normas, valores y símbolos de la propia unidad), a nivel estructural (espacios pequeños, no

9

equipados para la familia, muchas veces faltos de intimidad), a nivel social (las interacciones sociales del hospital), a nivel psicológico (factores estresantes como por ejemplo situaciones de dependencia) y a nivel físico (olores desagradables, sonidos diferentes a los habituales, monitores).

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

El ingreso en el hospital supone un momento de agonía, la desesperación, la angustia, el enfado por el ingreso en este tipo de unidades que evidencian la gravedad del estado de salud. Por otro lado, el paciente vive situaciones que provocan un gran desasosiego que puede repercutir tanto en la salud

psicológica como en su recuperación ya que todos ellos se enfrentan a decisiones difíciles (el propio ingreso en la unidad, decisiones en torno a la continuidad o no del tratamiento, etc.), muchas veces en contacto con situaciones próximas a la muerte. Y es que el ingreso al hospital se suele percibir por la población general como “la última oportunidad”.

A nivel latinoamericano, en Colombia, Cerrón, Y. (2008), ⁽⁴⁾ en su tesis sobre Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la Unidad de Cuidado intensivo, menciona que los sentimientos y actitudes de angustia, desesperación, frustración, miedo, impotencia, agresividad y depresión que emiten los pacientes, son en la

10

mayoría de veces causados por la inconformidad que les produce la información que se les ha otorgado sobre el tratamiento. Por lo cual se debe velar para que la información que se le brinda sea clara, precisa y entendida en su totalidad. Nuestro mensaje transmitido debe poder ser interpretado tal y como queremos que sea interpretado.

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

Merino, R. menciona que entre los muchos estresores en la vida del niño, la hospitalización es un estresor poco común pero de poderoso impacto en el niño. Este evento se puede caracterizar como un estresor de baja frecuencia, pero de gran intensidad al menos para el niño, y moviliza recursos de

afrontamiento que pueden ser insuficientes para reaccionar adaptativamente, y recuperarse exitosamente. Reportó que el niño comúnmente puede considerar la hospitalización como una situación amenazante, atemorizante, que genera problemas de adaptación a los cambios a los que será sometido. Desde la vivencia del propio niño, es difícil poder separar en ocasiones ansiedad derivado de la enfermedad y del que se genera por la propia hospitalización, asimismo como las provenientes de las reacciones de sus familiares y personas con las que se familiariza durante la hospitalización. Esta situación lleva, por lo tanto, a incorporar al personal sanitario dentro del ambiente interpersonal del niño. Generalmente,

11

el personal sanitario se concentra en curar y brindar cuidados a través de fármacos, y realizar procesos de variada invasividad, y que pueden contener eventos traumáticos y dolorosos para el niño. ⁽⁶⁾

Numerosos estudios entre ellos de la autora Trianes, F. Mencionan que la hospitalización provoca estrés en el paciente y que puede manifestarse por cambios físicos y conductuales (trastornos del sueño, irritabilidad, temor, cambio de conducta, taquicardia, palpitaciones, sudoración). Es importante que la enfermera considere que el impacto y la adaptación al ambiente hospitalario para cada niño es diferente, debido a diversas circunstancias y cambios que afronta el niño como: desconocimiento sobre las rutinas hospitalarias, prolongación de la estancia hospitalaria, ruptura de las actividades cotidianas y, una de las más importantes, el tiempo de alejamiento de los padres. ⁽⁷⁾

Busko, M. (2004); muestra que seis meses después de que un familiar cercano haya sido ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es poco probable que los parientes estén con ansiedad o depresión, pero sufren

con frecuencia procesos de duelo y estrés de excesiva duración. ⁽⁸⁾

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

12

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

1 Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018?

Problemas específicos

- a) ¿Cuál es la relación entre la dimensión comunicación verbal del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018?
- b) ¿Cuál es la relación entre la dimensión comunicación no verbal del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes

hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018?

2. Objetivos: generales y específicos

Objetivo general

Determinar la relación entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados

13

en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018.

Objetivos específicos

- a) Identificar la relación entre la dimensión comunicación verbal del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018.
- b) Identificar la relación entre la dimensión comunicación no verbal del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018.

3. Justificación e importancia

Este estudio beneficiará principalmente a los pacientes que ingresan al servicio de emergencia, ya que se establecerán estrategias de control y mejora en la comunicación de los profesionales que lo asisten, garantizando la permanencia de una salud adecuada que les permita el normal desarrollo de sus vidas y el acceso a una calidad de vida con educación y salud.

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

4. Limitaciones

Existen pocos antecedentes de estudio en relación al tema, así mismo no existen teorías de la comunicación en profesionales de enfermería, lo cual dificulta la explicación de los hallazgos.

CAPITULO I**MARCO TEÓRICO****1.1 Revisión de estudios realizados**

A nivel internacional existen trabajos de investigación:

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

estableció un grupo de encuentro antes de que la enfermera recibiera la intervención tipo entrenamiento en “vínculo empático”, y otro después del entrenamiento. Durante cada encuentro se midió el nivel de ansiedad del paciente (por escala FAS y signos vitales). Se observó la intensidad del vínculo empático (lista de chequeo de comportamientos empáticos expresados por la enfermera durante el encuentro), y nuevamente se midió el nivel de ansiedad del paciente. Las enfermeras recibieron un entrenamiento sustentado en la teoría de Peplau y los principios de la relación de ayuda, antes y después del cual se midió el nivel de empatía de la enfermera (autorreportado) mediante la utilización de la escala de empatía de Reynolds, a la que se le realizó validez facial y de contenido. Resultados: Participaron un total de 11 enfermeras y se midieron 311 encuentros enfermera paciente, 154 antes y 157 después del entrenamiento de la enfermera. Los niveles de ansiedad de los pacientes en el grupo de encuentro con enfermeras no entrenadas y entrenadas, en la unidad de cuidado intermedio, fueron relativamente bajos (2), mientras los pacientes en la UCI reportaron niveles de ansiedad de bajos a moderados (2 - 3). El cambio en el nivel de ansiedad del paciente entre los dos grupos (antes y después del entrenamiento), fue estadísticamente significativo ($p < 0,000$) lo que muestra una disminución del nivel de ansiedad del paciente casi del doble para los pacientes en la unidad de cuidado intermedio y del 33 % para los pacientes en la UCI, después del

entrenamiento de la enfermera. Las enfermeras aumentaron los

comportamientos empáticos, expresados durante el encuentro e identificados mediante la intensidad del vínculo empático y su nivel de empatía (autorreportada) en 20 puntos, después de recibir el entrenamiento. ⁽¹⁰⁾

Busko, M (2010) en su estudio titulado “Estrés del paciente y duelos de los familiares ingresados en unidades críticas”. Con el objetivo de identificar el estrés del paciente en relación al duelo de sus familiares hospitalizados en un área crítica del cuidado de un Hospital, el tipo de estudio fue transversal, correlacional y cualitativo, aplicado a una población de 486 pacientes y sus respectivos familiares, la muestra fue de 248 pacientes, se aplicó una encuesta para cada variable, los resultados más importantes concluye que seis meses después de que un paciente haya sido ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es poco probable que los parientes estén con ansiedad o depresión, pero sufren con frecuencia procesos de duelo y estrés de excesiva duración. ⁽¹¹⁾

Cerrón, Y. (2012) en Colombia, en su tesis denominada “Aspectos presentes en la comunicación con la enfermera, pacientes, la familia y la institución hospitalaria” tuvo como objetivo identificar los aspectos presentes entre la comunicación pacientes, familiares y personal de enfermería, el estudio fue de tipo aplicativo, seccional y de corte único, la muestra conformada por 382 pacientes, los datos fueron recolectados con el cuestionario.

Los resultados indican que Los sentimientos y actitudes de angustia, desesperación, frustración, miedo, impotencia,

agresividad depresión que emiten los pacientes y sus familiares, son la mayoría de veces causadas por la inconformidad que les produce la información que se les ha otorgado sobre sus pacientes. Por lo que se debe velar para que la información que se brinda al familiar sea clara, precisa y entendida en su totalidad. (4)

Díaz, A. (2011) España en su estudio titulado “Ampliando horizontes una experiencia sobre las vivencias de los familiares de paciente críticos”. Con el objetivo de analizar las experiencias de los familiares de pacientes hospitalizados en áreas críticas. El estudio fue de tipo cualitativo, basado en entrevista a profundidad a una muestra de 108 pacientes Los familiares de pacientes críticos identifican como necesario el apoyo social del profesional de enfermería en el manejo adecuado de su situación estresante y expresan como herramienta fundamental una adecuada relación interpersonal con el equipo cuidador. Estas relaciones interpersonales fueron percibidas y descritas como ineficaces por la sobrecarga laboral ambas partes. (12)

Calbo, M. en su tesis “La influencia de la ansiedad en las estrategias de afrontamiento utilizadas durante el pre-operatorio” Departamento de Enfermería Médico-Quirúrgica EEUSP” 2011. Este estudio tiene como objetivos: identificar el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio, la identificación de las

estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes en este periodo y verificar la relación entre el estado de ansiedad y estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes en el

período preoperatorio. La muestra constó de 40 pacientes quirúrgicos. Para recopilar los datos, hemos utilizado dos cuestionarios de auto-informe: inventario de ansiedad del cuestionario de Spielberger y estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman. La muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres con una edad media de 46 años, con un bajo nivel educativo, con experiencia quirúrgica anterior y sin incidencias anteriores. Las estrategias de afrontamiento más utilizados fueron los de apoyo social y solución de problemas. En relación a la ansiedad y las estrategias de afrontamiento, se obtuvo una correlación negativa entre el estado de ansiedad y de apoyo social y solución de problemas. ⁽¹³⁾

Grau, P. y Cols, en su estudio “Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Figueres. 2011”. Objetivo: Estudiar la evolución de los síntomas de ansiedad (As) y depresión (Dp) a los dos meses del alta hospitalaria y los factores asociados con su persistencia. Método: Estudio longitudinal observacional. Los pacientes con As o Dp, detectada mediante el cuestionario Hospital Ansiedad y Depresión (HAD) en el cuarto día de estancia hospitalaria, fueron seguidos durante dos meses sin recibir psicofármacos. Se valoraron

factores sociodemográficos, historia psiquiátrica, estado funcional, comorbilidad y el HAD del estado que tenía tres semanas antes del ingreso. Resultados: Se siguieron 38 pacientes con As (22 varones), edad media 62,2 años, y 35 pacientes con Dp (22

varones), edad media 68,1 años. Persistieron con síntomas de As a los dos meses 23 pacientes (60,5%; IC95%: 43,4 - 76) y con Dp 18 (51,4%; IC95%: 34 - 68,6). La As previa al ingreso y un menor nivel de estudios se asociaron con persistencia de As, y la edad de 70 o más años, sexo femenino, estudios primarios, Barthel durante el ingreso menor a 100 y depresión en las tres semanas previas se asociaron con persistencia de Dp. Conclusiones: Persiste la sintomatología en más de la mitad de los pacientes. La valoración del HAD previo al ingreso puede ayudar a decidir la prescripción de tratamiento ⁽¹⁴⁾.

A nivel nacional

Quijano., S., en lima en el año 2013 se realizó el estudio titulado “Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional dos de mayo 2013 ”, tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía del HNDM – 2013. Material y método: El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes en el preoperatorio. La técnica fue la encuesta y el instrumento la Escala de Valoración de la Ansiedad de

21

Spielberger (IDARE). Resultados: Del 100% (30), 70% (21) refiere que el nivel de ansiedad es medio, seguido de 17% (05) alto y 13% (04) es bajo; en la dimensión síntomas negativos 80% (24) es medio, 13% (04) bajo y 7% (02) alto, y en la dimensión síntomas positivos 50% (15) el medio, 27% (08) bajo y 23% (07)

bajo. Conclusiones: El nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía del HNMD, el mayor porcentaje manifiesta que es medio; según los síntomas negativos referido a que se sienten algo alterados, preocupados por posibles desgracias futuras, están poco nerviosos, tristes, aturdidos y sobre excitados, y según los síntomas positivos referido a que se sienten algo seguros y confortados. ⁽¹⁵⁾

Condori., I. en el 2014 en Huancavelica se realizó la tesis titulada “Efecto de la comunicación terapéutica de enfermería en el nivel de ansiedad de pacientes pre operatorios del servicio de cirugía, hospital departamental de Huancavelica 2014 tuvo como objetivo determinar el efecto de la comunicación terapéutica del profesional de Enfermería en el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios. El tipo de investigación es aplicada, nivel de investigación explicativo, diseño de investigación experimental específicamente pre experimental con pre prueba 1 pos prueba con un solo grupo, la población estuvo conformado por 20 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica, que fueron sometidos a intervención quirúrgica. Los resultados indican que el 75% de

pacientes preoperatorios antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad severa. Por otro lado el 70% de pacientes preoperatorios después de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad leve. En las dimensiones los hallazgos indican que el 85% de pacientes antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de estado severa y

después el 70% de pacientes tuvieron ansiedad no clínica de estado leve. Asimismo, el 60% de pacientes antes de la comunicación terapéutica presentaron ansiedad no clínica de rasgo moderada y después el 75% de pacientes precisan ansiedad no clínica de rasgo leve. Se concluye que el efecto de la comunicación terapéutica de Enfermería fue positivo por haber disminuido el nivel de ansiedad. ⁽¹⁶⁾

1.2 Conceptos fundamentales

Ansiedad

Definición de la ansiedad

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

23

Los diferentes autores están tendiendo definir ansiedad porque hay un triple sistema de respuestas para definir la ansiedad (fisiológica, motor y cognitivo). Los autores quieren incluir en su definición de ansiedad lo que provoca la ansiedad, se intenta crear definiciones que unan todo esto.

Según esto hay una serie de elementos que deberíamos tener en

cuenta para la definición de ansiedad:

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

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

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

- Datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2014 situaban en aproximadamente 450 millones el número de personas aquejadas de algún tipo de trastorno mental en todo

24

el mundo.

- Los Trastornos de Ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Uno de cada ocho Norteamericanos entre los 18-54 años padece algún tipo de

Trastorno de Ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas. ⁽¹⁷⁾

Síntomas de la ansiedad.

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

- preocupación
- miedo o temor
- inseguridad: persona con alta ansiedad, tiene pensamientos negativos
- aprensión: respuestas de miedo, pero en términos físicos ·
- pensamientos negativos: inferioridad, incapacidad ·
- anticipación de peligro o amenaza
- dificultad para concentrarse
- dificultad para tomar decisiones
- sensación general de desorganización o pérdida de control

25

sobre el ambiente, acompañada por dificultad para pensar con claridad

b. Síntomas fisiológicos del estado de ansiedad Son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano:

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor...

- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: vómitos, náuseas, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva. - Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo y lipotimia. ⁽¹⁸⁾

c. Síntomas observables o motores del estado de ansiedad.

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

- hiperactividad
- paralización motora
- movimientos repetitivos
- movimientos torpes y desorganizados
- tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal

26

- conductas de evitación. Teoría de los dos factores de Mower. En un principio la ansiedad es una emoción adaptativa, nos ayuda a adaptarnos al medio.

Si los síntomas de ansiedad se mantienen en el tiempo, pasarían a ser trastornos y ya no haría una conducta adaptativa. Y si el estímulo no es amenazante también sería un trastorno (fobias). ⁽¹⁸⁾

Evolución del concepto de ansiedad.

Reynolds señala que el concepto de ansiedad tiene su aparición en el periodo helenístico griego.

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

Diferencia 3 tipos de ansiedad:

- Ansiedad real: relaciones del ego con el mundo exterior. -

Ansiedad neurótica: cuando el ego intenta satisfacer sus instintos, pero las exigencias son tales que se siente amenazado.

- Ansiedad moral: cuando el ego intenta satisfacer las exigencias del superego, pero no le es posible, experimenta ansiedad en forma de vergüenza. ⁽¹⁹⁾

27

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

Watson y el conductismo clásico parten de una concepción ambientalista utilizando preferentemente los términos de miedo y

temor en lugar de ansiedad. Este miedo sería una respuesta conductual y fisiológica a una estimulación o situación externa al sujeto. La ansiedad va a ser generalmente definida como un subtipo de miedo, entendido este como un impulso (drive) aprendido, como una disrupción en la homeostasis del organismo producida por una estimulación dolorosa. Este enfoque se apoya en las teorías de aprendizaje. Los componentes fisiológicos y conductuales se estudian unitariamente y se postula una relación causal entre ellos. ⁽²¹⁾

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

- Hull: considera la ansiedad como un drive motivacional responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación. ²⁸
- Mowrer: la ansiedad es una conducta aprendida por medio del condicionamiento clásico y el condicionamiento instrumental. La presencia de dos componentes es necesaria en la conducta de evitación. Se conoce esta teoría como la bifactorial o de los dos procesos.
- Dollard y Miller: la ansiedad es considerada como un poderoso drive secundario, aprendido y asociado con diversos fenómenos.
- Spence y Spence: una respuesta condicionada sencilla es aprendida con mayor facilidad por aquellos sujetos que tienen un

nivel de ansiedad alto, mientras que aquellos con un nivel de ansiedad menor, encuentran mayor dificultad en aprender la tarea. En tareas de mayor complejidad esta relación se invierte. Este enfoque ha contribuido a un gran avance en el estudio de la ansiedad al considerarla como un estado o respuesta emocional transitoria, evaluable en función de sus antecedentes (E) y consecuentes (R), así como de su frecuencia y duración. Ha ayudado a operativizar la variable ansiedad relacionarla con otras variables, pero también es cierto que no ha prestado atención a los elementos cognitivos que intervienen en su adquisición, mantenimiento y extinción. ⁽²¹⁾

Con la introducción de variables cognitivas por parte de lo se llama enfoque cognitivo-conductual, se modifica el concepto de ansiedad. En esta línea Paul define la ansiedad como

29

sentimientos subjetivos de aprensión o tensión acompañados por, o asociados con, activación fisiológica, que se producen como respuesta a un estímulo interno o externo. Se destaca Lazarus con sus trabajos sobre estrés y estrategias de afrontamiento. ⁽²¹⁾

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

Una perspectiva diferente al estudio de la ansiedad es la derivada de la investigación sobre los rasgos de la personalidad. - Las teorías de rasgos van a concebir el rasgo de ansiedad

como una disposición interna, o tendencia a reaccionar de forma ansiosa con una cierta independencia de la situación en que se encuentra el sujeto. Cattell y Schelez. También Spielberger.

- Para los teóricos situacionistas como Mischel, la aparición de respuestas de ansiedad dependería principalmente de las condiciones de situación más que de las características personales del sujeto.
- Las teorías interactivas explican la ansiedad en función de las condiciones de la situación, las características personales y principalmente de la interacción situación por personal. Endler y Magnusson, y Bowers. Critican tanto el modelo de rasgos como el situacionista, señalando que las conductas ansiosas

30

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

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

Comunicación

Definición de comunicación

Es el acto de comunicar, como un proceso mediante el cual se transfiere una idea o mensaje desde una fuente, que se denomina emisor; a un receptor, con la intención de modificar su comportamiento, generándose a la vez un proceso de

retroalimentación o feedback que posibilite influencias reciprocas. El feedback supone información que devuelve el receptor al emisor sobre su propia comunicación, tanto en lo que se refiere a su contenido como a su interpretación del mismo o sus consecuencias en el comportamiento de los interlocutores. ⁽²⁶⁾

Este cambio de mensaje se realizará si se utiliza códigos similares por ambas partes, y se hará mediante la utilización de un canal, que en el caso de la comunicación interpersonal es el oral-auditivo que actúa de soporte en la transmisión de la información. Para que la información sea eficaz y recordada, debe ser dada

31

repetidamente y a través del mayor número de fuentes posibles.

⁽²⁷⁾

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

desconfianza y no se valora sus mensajes). ⁽²⁷⁾

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

El código: es el conjunto de claves, imágenes, lenguaje, normas, etc. Es necesario hablar el mismo idioma que ellos ponerse en su

32

lugar, explicarles con términos sencillos de acuerdo a su edad, su nivel de conocimientos, grupo social. Otro elemento importante es de la comunicación son: los contextos (depende en gran parte la interpretación que el receptor haga del mensaje, por lo general la enfermera adopta el papel activo y el familiar la pasiva o dependiente), los ruidos (son todas las alteraciones de orden físico), los filtros (hacen referencia a las barreras mentales, que surgen de los valores, experiencias conocimientos, expectativas, prejuicios, etc.). ⁽²⁷⁾

PROCESO DE COMUNICACIÓN

Es una intervención activa, de forma dinámica, de todos elementos descritos anteriormente, creando una serie organizada en los que todos intervienen en mayor o menor grado, en uno o varios momentos de la secuencia. Para que este proceso sea exitoso, es

fundamental que el emisor tenga una serie de objetivos preguntándose qué es lo que quiero decir, luego codificar ideas, sentimientos o pensamiento que quiero transmitir, adaptándolos al código que haya previsto utilizar. En este momento hay que tener en cuenta el hecho de que los filtros por parte del emisor se han activado a la hora de codificar el mensaje o incluso antes, cuando se han planteado los objetivos de la comunicación. ⁽²⁸⁾

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

33

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

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

Tras la recepción, lo siguiente sería de decodificación en la cual el receptor, a través de un proceso interno, y sobre la base de sus

experiencias y conocimientos, interpreta el mensaje. En este momento interfieren los filtros por parte del receptor; así como posibles problemas con relación al conocimiento y uso adecuado del código por parte del mismo. Independientemente de que nuestros órganos de los sentidos funcionen correctamente a la hora de captar el mensaje, el saber escuchar es el gran paso para realizar una correcta interpretación. (Decodificación) de este mensaje. Luego se pone en marcha lo que denominamos “intención”, se refiere a la pregunta que se hace el receptor de que me ha querido decir. Se produce a partir de la utilización de

34

todos los elementos y componentes que intervienen en el proceso. La intención se ajusta a la interpretación que hace el receptor sobre los objetivos del emisor, y si el proceso de la comunicación se ha desarrollado adecuadamente la intención coincidiría con los objetivos. Sin embargo, algunas veces no coinciden objetivos e intención y es que, uno de los problemas es la interpretación del mensaje, que es subjetivo. (28)

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

El elemento feedback, se viene desarrollando desde antes que el emisor y receptor se encuentren y se dispongan a comunicar y supone la atención a los signos que van percibiendo el uno del otro,

que servirá información con el fin de evaluar la calidad de información recibida y percibida, para devolver el feedback de que estamos escuchando y entendiendo se puede realizar con movimientos de cabeza de afirmación. ⁽²⁸⁾

El lenguaje ayuda a clarificar el mensaje por eso resulta importante siempre utilizarlas palabras correctas, para lograr una mejor comunicación. Esto requiere un amplio vocabulario que se pueda usar responsable y apropiadamente de acuerdo con cada situación. Por lo tanto, hay que evitar los modismos y las Jergas.

35

Para atraer la atención del familiar paciente hay que considerar el nivel intelectual, su padecimiento, conflictos emocionales etc. Se necesita cautivar a la persona pues mientras más interesada este más fácil podrá convencerla y persuadirla. ⁽²⁸⁾

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

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

El respeto, Interés positivo y aceptación del individuo tal como es,
Trato a la persona como un Individuo con capacidad emocional

36

(hasta existir evidencia de un Trato distinto). Toda comunicación presenta dos aspectos: el contenido y la relación, de tal manera que el segundo engloba el primero y por consiguiente se convierte en comunicación.

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

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

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

estos son censurados o prohibidos por miedos, moralidades por el que dirán etc. ⁽²⁸⁾

La comunicación en enfermería

La mayoría de los profesionales de enfermería dedican gran parte de su tiempo a comunicarse con sus pacientes y familiares, a hablarles, escucharles y responderles. Lo que podemos decir que los cuidados de enfermería se desarrollan a través del dialogo y la escucha. Por lo tanto, si el profesional de enfermería sabe

37

comunicarse adecuadamente y entablar una relación acertada dentro del contexto sanitario tiene asegurado su éxito profesional.

⁽²⁹⁾

No obstante, uno de los problemas fundamentales de los actuales sistemas sanitarios es precisamente la enorme insatisfacción que existe en los enfermos en las relaciones personales y en los procesos de comunicación con los profesionales sanitarios. Las quejas más frecuentes que presentan los pacientes y familiares son que no se prestan la atención adecuada a sus problemas y el escaso tiempo del que disponen para su explicación son, además señalan que no reciben respuestas satisfactorias a sus inquietudes y que no participan en las decisiones de su tratamiento. Algunos estudios han puesto de manifiesto que los pacientes comprenden menos del 50% de lo que el profesional sanitario le dice.

La comunicación para la salud busca la modificación del comportamiento humano y de los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente

promueven la salud, previenen enfermedades o protege a los individuos del daño. ⁽²⁹⁾

Tipos de comunicación

Los mensajes se pueden transmitir de forma verbal y no verbal.

Estas formas están estrechamente relacionadas durante la

38

interacción interpersonal que mantenemos a diario. Mientras los individuos hablan se expresan también mediante movimientos, tonos de voz, expresión de mirada, etc. ⁽³⁰⁾

Comunicación Verbal

Consiste en la comunicación expresada por medio de palabras habladas o escritas. El lenguaje se define como el conjunto de palabras, su pronunciación y el sistema para combinarlas para que sean entendidas por el receptor. Es un código que transmite un significado específico.

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

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

valores y emociones, incluyéndolas en la comunicación verbal. (30)

Entender el lenguaje empleado:

Una palabra puede tener muchos significados y es de fundamental importancia identificar el significado apropiado en el

39
contexto en el cual se está empleando. En la enfermería y la medicina se utilizan muchos términos técnicos; si el enfermero emplea estos términos con frecuencia, el paciente puede sentirse confundido y ser incapaz de seguir las instrucciones. Para ello se deberá de expresar términos que el paciente comprenda, para que la comunicación sea eficaz. (30)

Interpretación del mensaje:

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

Momento:

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

Consideración del tono y la inflexión de la voz:

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

extraordinaria e increíble el significado de un mensaje.

La comunicación verbal es más eficaz cuando se expresa a una velocidad o ritmo adecuado. La velocidad con la que se pronuncia un mensaje, junto con la presencia y/o ausencia de longitud de las

40

pausas, pueden determinar el grado de satisfacción del oyente con respecto a la comunicación. ⁽³⁰⁾

Saber escuchar:

Es una destreza por medio del cual una persona de forma consciente y voluntaria pone su atención en otra de modo que pueda oír lo que se le está diciendo. Escuchar no es un proceso pasivo, requiere de máxima concentración y esfuerzo.

Para ser eficaces en el proceso de la comunicación, no solo hay que hablar bien, sino que escuchar atentamente cuando una persona habla. Cuando escuchamos, descubrimos puntos de vista de la otra persona. Escuchar, al igual que hablar, es importante para el proceso de comunicación.

Muy frecuentemente a causa de la educación, de la experiencia en el trabajo y de las situaciones cotidianas, la persona puede desarrollar malos hábitos para escuchar. Estos hábitos implican un método incompleto o deficiente, para manejarnos nosotros mismos. Es importante que tratemos de refrenar el efecto de los esos malos hábitos e intentar mejorarlos. ⁽²⁸⁾

Saber detectar lo que no se dice:

En el curso de una conversación, el que habla no siempre revela la

verdadera naturaleza de su diálogo. Puede emplear una variedad de frases y de palabras que pueden implicar su significado y deja la tarea de aclarar ese significado al receptor. El interlocutor atento deberá entonces hacer preguntas que ayuden

41

al que habla a ser más directo en sus ideas o sentimientos, para realmente detecta lo que “no se está diciendo que es importante”.

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

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

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

Comunicación No Verbal.

Es habitual hablar de comunicación en términos de expresión verbal y no verbal. La comunicación no verbal es el intercambio

42

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

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

La comunicación no verbal es el lenguaje corporal: **La apariencia:**

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

físicas, la forma de vestir y arreglarse proporcionan pistas respecto al estado de salud, cultura, nivel económico y social, entre otros. (30)

43

Contacto físico:

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

Proximidad física:

Tiene importancia principalmente en relación con la intimidad y la dominación. El grado normal de proximidad varía según las diferentes culturas. El significado de la proximidad física varía según los entornos físicos; la proximidad hasta el punto de llegar al contacto corporal en un ascensor no tiene ningún significado afiliativo y es de hacer notar que en este caso se evitan la conversación y el contacto ocular. Un individuo tiende a mantener y defender su derecho exclusivo al espacio. En las interacciones sociales los individuos mantienen conscientemente las distancias entre ellos. El espacio personal es individual y móvil; se mueve junto con el individuo. La amenaza de intrusión en el espacio

personal provoca una respuesta defensiva que impide una comunicación eficaz. ⁽³⁰⁾

44

Postura corporal:

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

Gestos:

Son movimientos de manos, de la cara, de los pies y otras partes del cuerpo. Algunos tienen como objetivo comunicar mensajes definidos, en cambio otros son signos sociales involuntarios que pueden o no, ser interpretados correctamente por los demás.

Cuando una persona se excita emocionalmente realiza movimientos corporales difusos, aparentemente sin sentido. Las emociones más específicas dan lugar a ademanes particulares: cerrar el puño (agresión), tocarse la cara (ansiedad), rascarse (auto-reproche), restregarse la frente (fatigado), entre otros. ⁽³⁰⁾

Una persona al hablar mueve los brazos, el cuerpo y la cabeza continuamente, estos movimientos están estrechamente coordinados con su lenguaje y forman parte de la comunicación en

su totalidad. Actúan como "refuerzos", es decir, recompensan y estimulan lo que ha sucedido con anterioridad y pueden emplearse para hablar de nuevo. Las inclinaciones de cabeza

45

también juegan un papel importante en la sincronización de la conversación.

Los gestos se combinan en expresiones y otras señales no verbales para formar mensajes específicos. ⁽³⁰⁾

Expresión facial:

Las emociones pueden reconocerse hasta cierto punto a partir solamente de una expresión facial. La expresión facial actúa mejor como una forma de proporcionar Feedback (retroacción o retroalimentación) sobre lo que está diciendo el otro. El movimiento de las cejas proporciona una interpretación continua. Frecuentemente los individuos no perciben de los mensajes que transmiten sus expresiones. La confusión creada por mensajes y expresiones contradictorios puede atenuarse proporcionando una retroalimentación clara. Cuando las expresiones del rostro no manifiesten mensajes claros se debe intentar utilizar la retroalimentación verbal para asegurarse de las intenciones del orador. ⁽³⁰⁾

Movimientos oculares:

El contacto visual generalmente indica el deseo de comunicarse. Al mantener el contacto visual durante una conversación, los interlocutores comunican mutuo respeto y muestran el deseo de

escuchar. Mantener el contacto visual permite observar estrechamente al otro.

46

La ausencia de contacto visual muchas veces es indicativo de ansiedad, una actitud defensiva, malestar y falta de confianza al comunicarse. En algunas culturas el contacto visual se considera un atrevimiento, una amenaza o un perjuicio de cualquier tipo, lo que siempre se debe tener en cuenta al entablar una comunicación.

El contacto visual es una parte importante de las expresiones del rostro. Los movimientos de los ojos comunican no solo sentimientos, sino también emociones. ⁽³¹⁾

Funciones de la comunicación no verbal:

La comunicación no verbal tiene varias funciones:

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

explicitadas verbalmente.

- Comunica actitudes, emociones y estados de ánimo.

47

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

Teoría de enfermería de interrelación enfermero – paciente: El

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

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

Peplau, pionera de la escuela de interacción, publicó su libro titulado “las relaciones interpersonales en enfermería” en el describe la enfermería, como un proceso interpersonal terapéutico

la cual se trata de una relación humana entre una persona enferma que tiene necesidades y una enfermera formada en

48

forma adecuada con el fin de reconocer sus necesidades de ayuda.

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

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

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

La enfermería humanística considera la enfermería en sí misma como una forma particular de diálogo humano es así que Josephine P., empleó el término “diálogo” para denotar un concepto más amplio que el de la típica definición se refiere a un diálogo vivo el cual implica comunicación, pero entendido en un sentido mucho más general. Su empleo está restringido a la noción de enviar y recibir mensajes verbales y no verbales. ⁽³⁵⁾

Aquí más bien se le conceptúa como: términos de llamados y

respuesta: La enfermería implica un tipo especial de encuentro entre seres humanos que tiene lugar en respuesta una necesidad

49

percibida como relativa a la cualidad de salud y enfermedad propia de la condición humana.

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

Travelbee S. según su modelo de relación persona a persona la relación al inicio es una experiencia o serie de experiencias, que se da entre la enfermera y el receptor de sus cuidados con el fin de satisfacer las necesidades de enfermería que presenta el paciente, la relación se establece cuando la enfermera y el receptor de sus cuidados consiguen un acercamiento que se da cuando: “La enfermera es capaz de conseguir el acercamiento porque posee los conocimientos necesarios y las actitudes personales para ayudar a las personas enfermas y porque es capaz de predecir, apreciar y responder a la individualidad de cada ser humano enfermo”. (36)

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

Según P., sostiene que una de las competencias del profesional de enfermería es el de establecer una relación enfermera-

50

paciente y ello se logra a través de la comunicación terapéutica, ya que permite establecer lazos significativos entre enfermera y paciente. En ella se manifiesta la aceptación, el respeto común y la comprensión empática que ayuda al paciente cuando se enfrenta a una dificultad especial. (38)

1.3 Definición de términos básicos

- Comunicación: Proceso mediante el cual se transfiere una idea o mensaje desde una fuente, que se denomina emisor; a un receptor, con la intención de modificar su comportamiento.
- Comunicación verbal: Es la comunicación expresada por medio de palabras habladas o escritas.
- Comunicación no verbal: La comunicación no verbal es el intercambio de un mensaje sin la utilización de palabras. Los gestos comunican ciertos estados emocionales que las palabras pueden tender a ocultar.
- Apoyo emocional: el apoyo emocional está referido a intercambio de situaciones cargadas de emociones positivas o negativas, que las realiza el profesional de enfermería y el paciente.
- Ansiedad: Es una emoción situación potencialmente ansieógena, experiencia subjetiva del individuo que se acompaña de cambios fisiológicos y cambios en el comportamiento expresivo de los pacientes frente a la intervención quirúrgica al que va a ser sometido el paciente.

Para su mejor comprensión será medido en; ansiedad leve, ansiedad moderada y ansiedad grave.

1.4 HIPÓTESIS, VARIABLES, INDICADORES Y DEFINICIONES

OPERACIONALES

Hipótesis: general y específicas

Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018.

Ho: No existe relación significativa entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018.

Hipótesis específicas

1.4.1 **Hi:** Existe relación significativa entre la comunicación verbal del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018.

Ho: Existe relación significativa entre la comunicación verbal del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018

1.4.2 Hi: Existe relación significativa entre la comunicación no verbal del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018.

Ho: Existe relación significativa entre la comunicación no verbal del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018.

1.5 Sistema de variables

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

Dimensión comunicación verbal.

Dimensión comunicación no verbal.

Variable 2: Nivel de ansiedad del paciente hospitalizado.

1.6 Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
COMUNICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	Comunicación verbal.	Claridad de las indicaciones verbales relacionados a los cuidados de los profesionales de enfermería.	1. Las enfermeras (os) conversan con Ud t en cuenta su estado de salud. 2. Las enfermeras (os) lo orientan en aspectos relacionados a sus cuidados. 3. Las enfermeras (os) explican a los f sobre los procedimientos de enfermería requiere. 4. Las enfermeras (os) utilizan un lenguaje sencillo al responder alguna inquietud s 5. Las enfermeras (os) preguntan s problemas que enfrentan debido a su e salud. 6. Las enfermeras (os) lo saludan al ingreso al servicio hospitalario. 7. Cuando explican algo las enfermeras (os) siente informado.
	Comunicación no verbal.	Características de la comunicación verbal de los profesionales de enfermería. Manifestación es gestuales, corporales y	8. Las enfermeras (os) tienen un tono cálido al hablar con Ud. 9. Las enfermeras (os) explican los procedimientos con mucha paciencia y claridad 10. Las enfermeras (os) no frunce la frente cuando un paciente pregunta repetidas veces el mismo tema.

		señales de amabilidad al tratar con el paciente.	11. Las enfermeras (os) lo reciben con una expresión cordial. 12. Las enfermeras (os) le prestan atención le preguntan algo. 13. Las enfermeras (os) dialogan serenamente Ud. 14. Las enfermeras (os) a pesar de estar ocupadas se dan tiempo para responder inquietudes sin molestarse. 15. Cuando Ud pregunta repetidas veces que le han explicado las enfermeras responden sin molestarse. 16. Las enfermeras (os) propician la expresión de sus emociones. 17. Las enfermeras (os) aprovechan las oportunidades para darle ánimos para su recuperación.
		Manifestaciones de acercamiento hacia el paciente.	18. Las enfermeras (os) toman su mano cuando lo observan triste, afligido. 19. Las enfermeras (os) observan sus angustias se acercan a tranquilizarlo. 20. Las enfermeras (os) muestran preocupación por su estado emocional. 21. Las enfermeras (os) muestran capacidad resolutiva para ayudarlo a resolver problemas de manera oportuna. 22. Las enfermeras (os) se muestran compasivos con los pacientes. 23. Cuando las enfermeras(os) me escuchan siento tranquilo. 24. Las enfermeras (os) mantienen una relación cordial con Ud.

55

			25. Las enfermeras (os) se muestran asequibles para acercarse a Ud.
--	--	--	--

NIVEL DE ANSIEDAD	Ansiedad a la hospitalización	Manifestaciones de temor a la hospitalización.	1. Me siento "a punto de explotar" 2. Me da mucho miedo morir. 3. Estoy inquieto (a) ante la posibilidad de que permanezca mucho tiempo en el tratamiento. 4. Siento que el ambiente hospitalario es tenso. 5. La atención del personal de salud no proporciona confianza y seguridad. 6. El tratamiento de mi enfermedad me causa intranquilidad.
	Ansiedad frente a la ausencia de familiares	Manifestaciones de temor hacia la separación familiar.	7. Separarme de mi familia me provoca tensión. 8. Mis relaciones familiares están tensas. 9. Me siento sobrecargado de problemas familiares. 10. Me da miedo que se vayan a presentar complicaciones cuando mi familia no esté presente. 11. Siento que el personal de salud no me ayuda a sobrellevar la angustia y temor que siento.

	Ansiedad por la incapacidad temporal.	Ansiedad por la incapacidad temporal.	12. Me causa tristeza el depender de una persona para seguir con vida. 13. Siento que no cumplo con eficientemente mis obligaciones aún con la preocupación por mi enfermedad. 14. Siento que ha disminuido mi interés por las actividades de mi vida diaria. 15. Duermo con dificultades. 16. Sufro constantemente de dolores de cabeza y sensación de ardor en el estómago. 17. No puedo dominar mis tensiones y reacciono bruscamente. 18. Siento que me enojo fácilmente.
--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Nivel y tipo de investigación

Nivel de investigación

La investigación fue de nivel relacional, ya que se midió la relación entre dos variables de estudio.

Tipo de investigación

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

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

Según el número de veces en que se miden las variables de

estudio, es de tipo transversal, ya que se aplicaron los instrumentos de recolección de datos en un solo momento. Según el alcance que tiene el investigador con respecto a la manipulación de las variables de estudio, es de tipo observacional, ya que solo se limitó a observar y medir las características de interés en el estudio.

2.2 Diseño de la investigación

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

$$\begin{array}{c}
 58 \\
 V_1 \\
 \\
 M \ r \\
 \\
 V_2
 \end{array}$$

Dónde:

M: Muestra estudiada.

V₁: Observación 1 de la variable independiente.

V₂: Observación 1 de la variable dependiente

r: Es el símbolo del coeficiente de correlación entre los datos de las dos variables en estudio.

2.3 Universo y muestra

2.3.1 Determinación del universo

La población estuvo conformada por los pacientes que reciben atención en el Servicio de Emergencia siendo aproximadamente de

200 pacientes atendidos al mes, se ha desarrollado evaluando a los pacientes que recibieron atención de enfermería en el primer trimestre del año 2019, el tamaño de la población fue de 600 pacientes atendidos en emergencia.

2.3.2 Selección de la muestra

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

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

Dónde:

n= Tamaño de muestra.

Z = Valor estandarizado al 95%. = 1.96

p = Probabilidad de éxito = 0.5

q = Probabilidad de fracaso = 0.5

e = Margen de error = 0.05

N = Población Total aproximada de

pacientes/mes = 600

Reemplazando valores:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(600)}{(0.05)^2(599) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

2.4575
576
n =

n = 234.38 pacientes, por tratarse de individuos, la muestra es 235 pacientes.

El tipo de muestreo aplicado fue probabilístico, ya que todos tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados aleatoriamente en la muestra.

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

60

2.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS -

Fuentes

Para la variable: Comunicación del profesional de enfermería la fuente fue primaria, debiendo estar en contacto con el paciente consultado.

Para la variable: Nivel de ansiedad, la fuente fue primaria, igualmente requirió estar en contacto con el paciente.

- Técnicas

Para la variable: Comunicación del profesional de enfermería la técnica fue directa, mediante la encuesta que permitió recolectar la información requerida.

Para la variable: Nivel de ansiedad, la técnica fue directa, mediante la escala de ansiedad.

- Instrumentos.

· Test de evaluación del nivel de comunicación.

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

61

Enunciados	Valor
Nunca	1
Algunas veces	2
Casi siempre	3
Siempre	4

Para la clasificación del nivel de la comunicación se utilizó el siguiente baremo:

- Comunicación Buena: de 77 a 96 puntos.
- Comunicación Regular. 53 a 76
- Comunicación Mala: de 24 a 52 puntos.

La valoración de los ítems se realizó de acuerdo a la escala vigesimal del 0 a 20, considerando nota aprobatoria de 11 a 20,

donde están incluidos la comunicación buena y regular.

· **Test de ansiedad.**

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

La validez del instrumento se desarrolló mediante la calificación de 3 expertos, quienes respondieron una encuesta, la cual fue sometida al análisis binomial.

62

2.5 Procesamiento y presentación de datos

Técnicas para tratamiento de datos.

Técnicas descriptivas:

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

Estadística inferencial:

Las asociaciones entre las variables de estudio fueron evaluadas mediante las correlaciones de Xi cuadrado de Pearson.

Procedimientos a seguir para probar las hipótesis.

Para el análisis inferencial se siguieron los siguientes pasos:

- Plantear la hipótesis alterna y la hipótesis nula.

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

2.6 Aspectos éticos

Para la realización del estudio se ha tenido presente el uso del Consentimiento informado para la recolección de la información por lo que esta ha sido tramitada debidamente en el Hospital Pampas, además de garantizó la aplicación de todos los principios de la ética internacionales para la investigación en salud:

- a) El respeto a la autonomía, ya que se dio a conocer el pro y el contra de sus decisiones de los participantes con el debido respeto por su capacidad de autodeterminación.
- b) La protección de las personas, ya que esta investigación no provoca daño alguno a la integridad de sus participantes.
- c) La búsqueda del bien se refiere a la obligación ética de lograr los

máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación. No existen riesgos en el desarrollo de esta investigación, pero si existe beneficios previstos,

d) La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que es moralmente correcto y apropiado, de dar a cada persona lo que le corresponde.

e). Así mismo se tuvo en cuenta la "vulnerabilidad" teniendo que respetar y proteger los intereses de los participantes, debido a impedimentos tales como imposibilidad para dar un consentimiento informado.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a los datos de 235 pacientes del servicio de Emergencia del Hospital Pampas, según la edad de los pacientes encuestados el más joven tiene 18 años y el más adulto es de 81 años, el promedio de edad es de 41 años $\pm$ 2.8 desviaciones estándar, el tiempo promedio de hospitalización es de 7 días, encontrándose pacientes hospitalizados por un día, así como por 5 días. El 62% de los pacientes son mujeres y el 38% varones, Las tablas se presentan en orden de los objetivos específicos, terminando con la prueba de hipótesis que responde al objetivo general.

3.1 DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Tabla N° 1

**Nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de
Emergencia del Hospital de Pampas, Tayacaja. 2018**

NIVEL DE ANSIEDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	Nº	%
ANSIEDAD ALTA	132	56.2
ANSIEDAD MEDIA	67	28.5
ANSIEDAD BAJA	36	15.3
Total	235	100.0

Fuente: encuesta propia.

Se observa el 56.2% de ansiedad alta en los pacientes hospitalizados, muy distante a esta proporción se observa el 28.5% de ansiedad media y el 15.3% de ansiedad baja.

65

GRAFICO Nº 1

**Nivel de ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de
Emergencia del Hospital de Pampas, Tayacaja. 2018**



Fuente: encuesta propia.

Tabla Nº 2

**Características de la ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de
Emergencia del Hospital de Pampas, Tayacaja. 2018**

ANSIEDAD DEL PACIENTE	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		CASI NUNCA		NUNCA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Me siento "a punto de explotar"	103	43.8	55	23.4	44	18.7	33	14.0
Me da mucho miedo morir.	121	51.5	43	18.3	44	18.7	27	11.5
Estoy inquieto (a) ante la posibilidad de que permanezca mucho tiempo en el tratamiento.	98	41.7	70	29.8	41	17.4	26	11.1
Separarme de mi familia me provoca tensión.	126	53.6	61	26.0	25	10.6	23	9.8
Siento que el ambiente hospitalario es tenso.	112	47.7	78	33.2	24	10.2	21	8.9
Me da miedo que se vayan a presentar complicaciones cuando mi familia no este.	120	51.1	62	26.4	31	13.2	22	9.4
El tratamiento de mi enfermedad me causa intranquilidad.	85	36.2	105	44.7	33	14.0	12	5.1
La atención del personal de salud no provoca confianza y seguridad	72	30.6	103	43.8	48	20.4	12	5.1
Me causa tristeza el depender de una máquina para seguir con vida.	59	25.1	98	41.7	56	23.8	22	9.4
Siento que el personal de salud no me ayuda a sobrellevar la angustia y temor que siento.	113	48.1	71	30.2	35	14.9	16	6.8
Siento que no cumplo con eficiencia mis obligaciones aún con la preocupación de mi enfermedad.	91	38.7	72	30.6	48	20.4	24	10.2
Siento que ha disminuido mi interés por las actividades de mi vida diaria.	92	39.1	60	25.5	48	20.4	35	14.9

66

Duermo con dificultades. 85 36.2 75 31.9 49 20.9 26 11.1

Sufro constantemente de dolores de cabeza sensación de ardor en el estómago.	87	37.0	74	31.5	42	17.9	32	13.6
No puedo dominar mis tensiones y reacciono bruscamente.	84	35.7	55	23.4	49	20.9	47	20.0

Siento que me enoja fácilmente.	92	39.1	53	22.6	55	23.4	35	14.9
Mis relaciones familiares están tensas.	95	40.4	53	22.6	49	20.9	38	16.2
Me siento sobrecargado de problemas.	120	51.1	46	19.6	43	18.3	26	11.1

Fuente: encuesta propia.

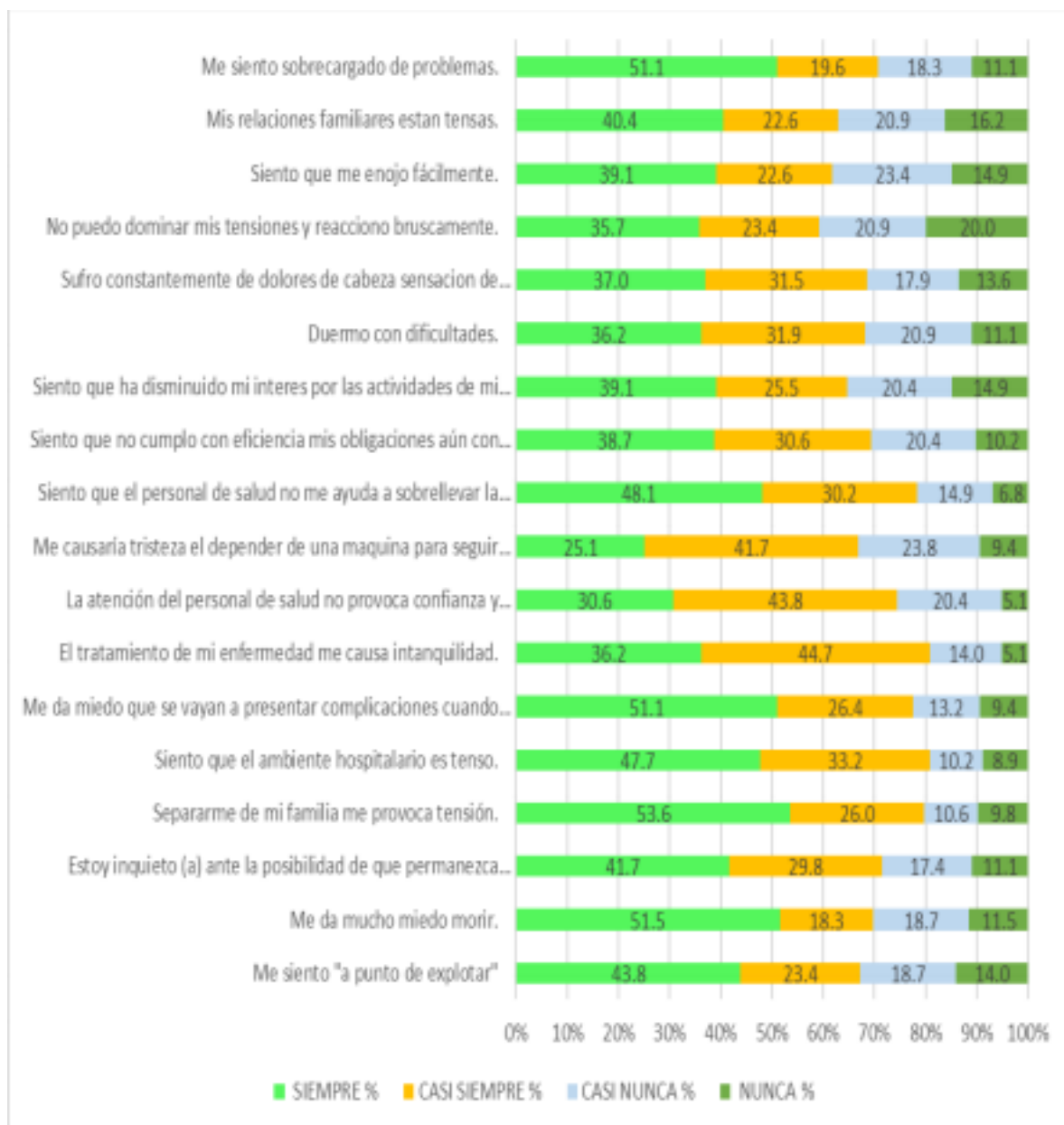
Los porcentajes en los que se clasifica el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados, es explicada por la Tabla N° 2, en la que se observa que el 43.8% de los pacientes refieren que siempre se sienten a punto de explotar, así mismo el 51.5% refieren que siempre les da mucho miedo morir, el 41.7% refieren que siempre están inquietos ante la posibilidad de que permanezcan mucho tiempo en tratamiento. El 53.6% siempre presentan tensión por separarse de sus familiares, el 47.7% siempre piensa que el ambiente hospitalario es tenso, el 51.1% refieren que siempre tienen miedo a que se presenten complicaciones, el 43.8% casi siempre sienten que la atención del personal de salud no provoca confianza y seguridad, el 48.1% siempre Siento que el personal de salud no me ayuda a sobrellevar la angustia y temor que siento, el 38.7% siempre sientes que no cumplen con eficiencia mis obligaciones aún con la preocupación de mi enfermedad.

El 39.1% de los pacientes siempre sienten que ha disminuido mi interés por las actividades de mi vida diaria. El 36.2% siempre duermen con dificultad, el 37% siempre sufren constantemente de dolores de cabeza sensación de ardor en el estómago. El 39.1% siempre sienten que se enojan fácilmente, el 40.4%

se sienten sobrecargados de tareas.

GRAFICO N° 2

Características de la ansiedad del paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia del Hospital de Pampas, Tayacaja. 2018



Fuente: encuesta propia.

Tipos de comunicación enfermera(o) - paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia del Hospital de Pampas, Tayacaja. 2018

TIPOS DE COMUNICACIÓN	Nº	%
COMUNICACION MALA	103	43.8
COMUNICACION REGULAR	92	39.1
COMUNICACION BUENA	40	17.0
Total	235	100.0

Fuente: encuesta propia.

El 43.8% de los pacientes refieren que la comunicación enfermero – paciente es mala, para el 39.1% es una comunicación regular y el 17.0% refieren que la comunicación es buena.

Gráfico N° 3

Tipos de comunicación enfermera(o) - paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia del Hospital de Pampas, Tayacaja.2018



Fuente: encuesta propia.

Tabla N° 4

Tipos de comunicación verbal enfermera(o) - paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia del Hospital de Pampas, Tayacaja. 2018

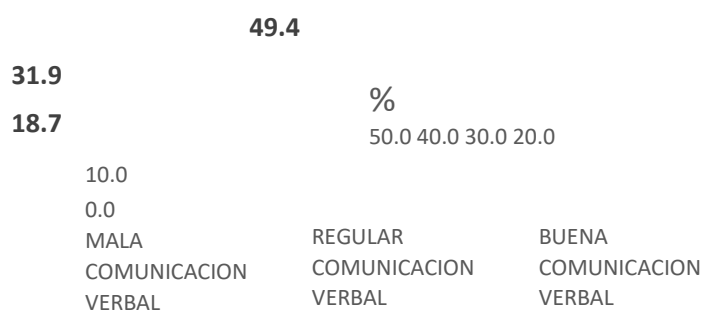
TIPOS DE COMUNICACIÓN VERBAL	Nº	%
MALA COMUNICACION VERBAL	116	49.4
REGULAR COMUNICACION VERBAL	75	31.9
BUENA COMUNICACION VERBAL	44	18.7
Total	235	100.0

Fuente: encuesta propia.

El 49.4% de los pacientes encuestados refieren que la comunicación verbal con los profesionales de enfermería es mala, para el 31.9% es regular y solo el 18.7% menciona que la comunicación es buena.

Gráfico N° 4

Tipos de comunicación verbal enfermera(o) - paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia del Hospital de Pampas, Tayacaja. 2018



Fuente: encuesta propia.

Tabla N° 5

Características de la comunicación verbal enfermera(o) - paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia del Hospital de Pampas, Tayacaja. 2018

COMUNICACIÓN VERBAL	NUNCA		ALGUN AS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Las enfermeras (os) conversan con Ud.	89	37.9	62	26.4	46	19.6	38	16.2
Las enfermeras (os) orientan a sus familiares durante la visita.	75	31.9	89	37.9	43	18.3	28	11.9
Las enfermeras (os) le explican sobre los procedimientos generales que le realizan en su tratamiento.	75	31.9	68	28.9	48	20.4	44	18.7
Las enfermeras (os) utilizan un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder alguna inquietud suya.	67	28.5	74	31.5	43	18.3	51	21.7
Las enfermeras (os) preguntan sobre los problemas que Ud. enfrenta durante su hospitalización.	72	30.6	81	34.5	41	17.4	41	17.4
Las enfermeras (os) saludan o responden el saludo, a Ud. y a sus familiares de manera cordial.	62	26.4	76	32.3	51	21.7	46	19.6
Su familiar se siente informado de todos los procedimientos que los profesionales de enfermería realizan durante su hospitalización.	56	23.8	87	37.0	47	20.0	45	19.1

Fuente: encuesta propia.

Lo que se destaca en la comunicación verbal, es que los pacientes refieren que

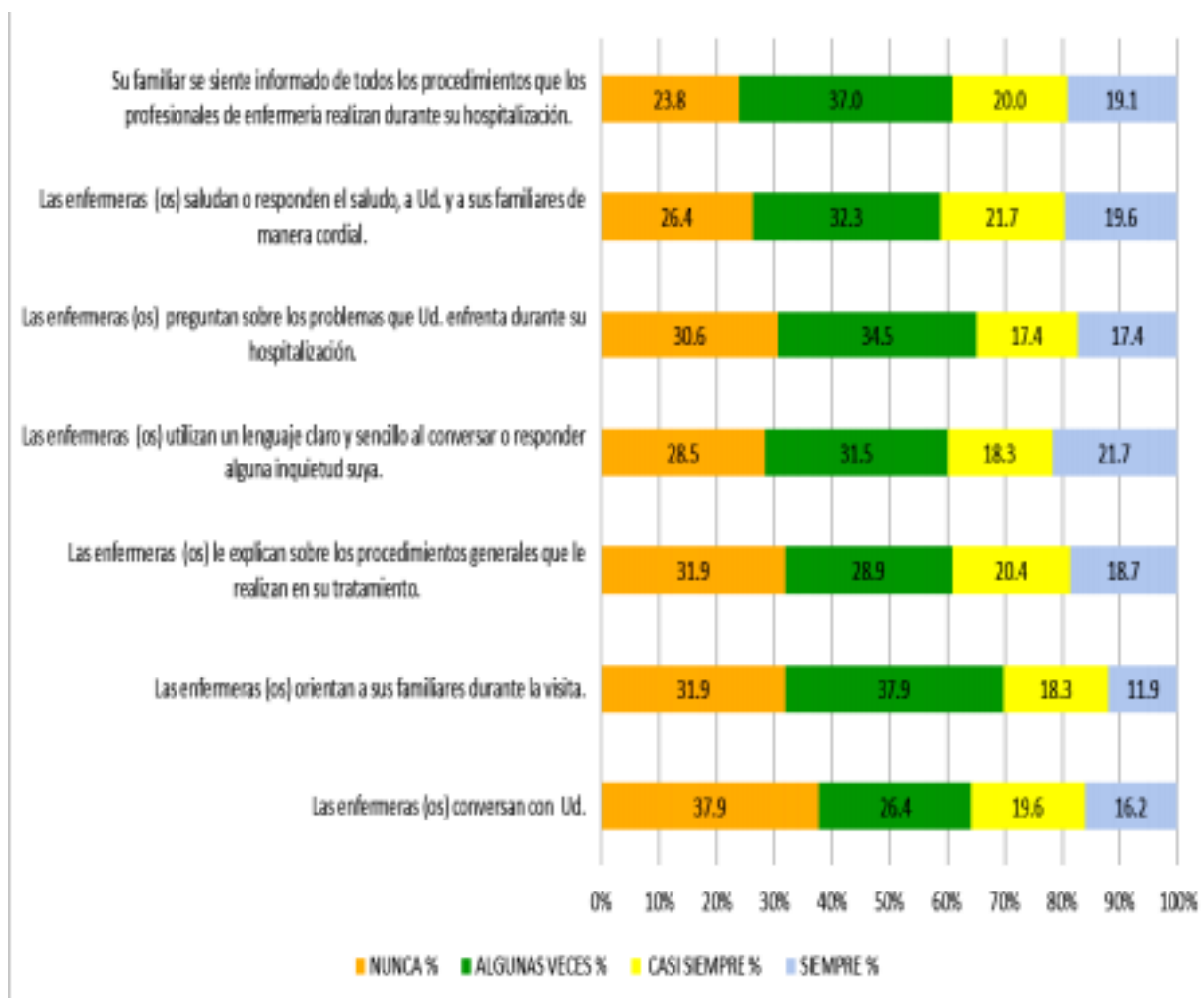
el 37.9% de los profesionales de enfermería nunca conversan con ellos, solo el 37.9% refieren que algunas veces las enfermeras orientan a sus familiares durante la visita, el 31.9% refieren que nunca les explican sobre los procedimientos generales que se realizan en su tratamiento, el 31.5% refieren que algunas veces las enfermeras utilizan un lenguaje sencillo al responder las

71

dudas de los pacientes, el 34.5% de los pacientes refieren que las enfermeras a veces preguntan sobre los problemas que enfrentan en la hospitalización, así mismo se observa que el solo el 32.3% de enfermeros saludan o responden el saludo.

Gráfico N° 5

Características de la comunicación verbal enfermera(o) - paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia del Hospital de Pampas, Tayacaja. 2018



Fuente: encuesta propia.

Tabla N° 6

Niveles de la comunicación no verbal enfermera(o) - paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia del Hospital de Pampas, Tayacaja. 2018

NIVELES DE COMUNICACIÓN NO VERBAL	N°	%
MALA COMUNICACION NO VERBAL	139	59.1

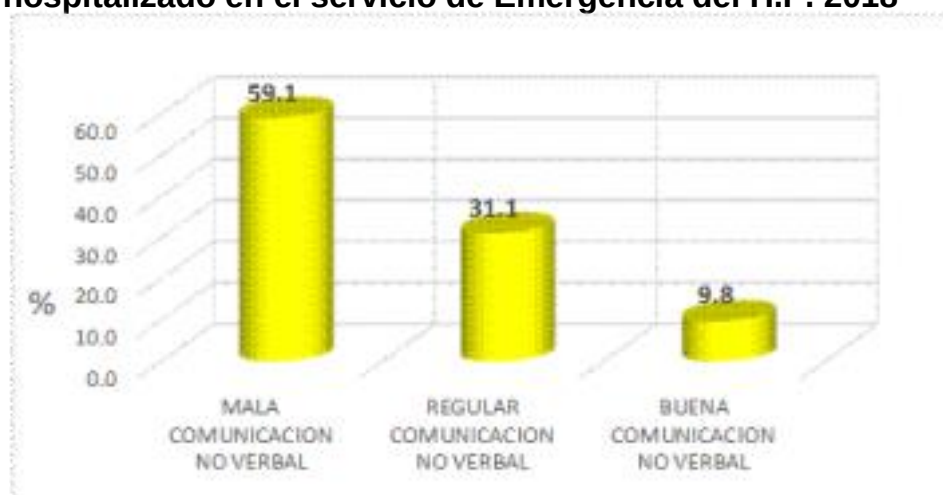
REGULAR COMUNICACION NO VERBAL	73	31.1
BUENA COMUNICACION NO VERBAL	23	9.8
Total	235	100.0

Fuente: encuesta propia.

Los niveles de la comunicación no verbal muestran que existe mala comunicación no verbal para el 59.1% de pacientes, el 31.1% opinó que la comunicación no verbal es regular, solo el 9.8% refieren que existe buena comunicación no verbal.

Gráfico N° 6

Tipos de la comunicación no verbal enfermera(o) - paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia del H.P. 2018



encuesta propia.

Fuente:

73

Tabla N° 7

Características de la comunicación no verbal enfermera(o) - paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia del Hospital de Pampas, Tayacaja. 2018

COMUNICACIÓN NO VERBAL	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
-------------------------------	--------------	----------------------	---------------------	----------------

	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Las enfermeras (os) tienen un tono cálido al hablar con Ud. y sus familiares.	74	31.5	62	26.4	58	24.7	41	17.4
Las enfermeras (os) le explican los procedimientos con paciencia y claridad.	54	23.0	74	31.5	60	25.5	47	20.0
Las enfermeras (os) no frunce la frente cuando Ud. o un familiar pregunta repetidas veces sobre el mismo tema.	56	23.8	85	36.2	47	20.0	47	20.0
Al inicio del turno las enfermeras (os) mantienen una expresión cordial y respetuosa.	67	28.5	91	38.7	43	18.3	34	14.5
Las enfermeras (os) le prestan atención a Ud. o a su familiar cuando estos le preguntan algo.	73	31.1	79	33.6	43	18.3	40	17.0
Las enfermeras (os) dialogan serenamente con los familiares de los pacientes.	62	26.4	83	35.3	49	20.9	41	17.4
Las enfermeras (os) a pesar de estar muy ocupadas se dan tiempo para responder sus inquietudes del familiar del paciente sin molestarse.	84	35.7	72	30.6	47	20.0	32	13.6
Cuando el familiar pregunta repetidas veces sobre lo que le han explicado las enfermeras (os) responden sin molestarse.	61	26.0	87	37.0	53	22.6	34	14.5
Las enfermeras (os) identifican la expresión de sus emociones y lo apoyan psicológicamente	98	41.7	59	25.1	43	18.3	35	14.9
Las enfermeras (os) aprovechan las ocasiones para darle ánimos en busca de su bienestar.	90	38.3	71	30.2	37	15.7	37	15.7
Las enfermeras(os) le toman de la mano cuando lo observan triste y afligido.	78	33.2	65	27.7	52	22.1	40	17.0
Las enfermeras(os) observan sus angustias y se acercan a tranquilizarlo.	82	34.9	62	26.4	49	20.9	42	17.9
Las enfermeras(os) muestran preocupación por su estado emocional.	69	29.4	66	28.1	55	23.4	45	19.1
Las enfermeras (os) se muestran atentas y comprensivas con Ud. y sus familiares.	87	37.0	65	27.7	43	18.3	40	17.0
Cuando lo atienden las enfermeras (os) me siento satisfecho.	72	30.6	84	35.7	41	17.4	38	16.2
Las enfermeras (os) mantienen una relación cercana con Ud. durante su hospitalización.	65	27.7	84	35.7	49	20.9	37	15.7

Las enfermeras (os) tienen facilidad para acercarse a Ud.	56	23.8	84	35.7	54	23.0	41	17.4
---	----	------	----	------	----	------	----	------

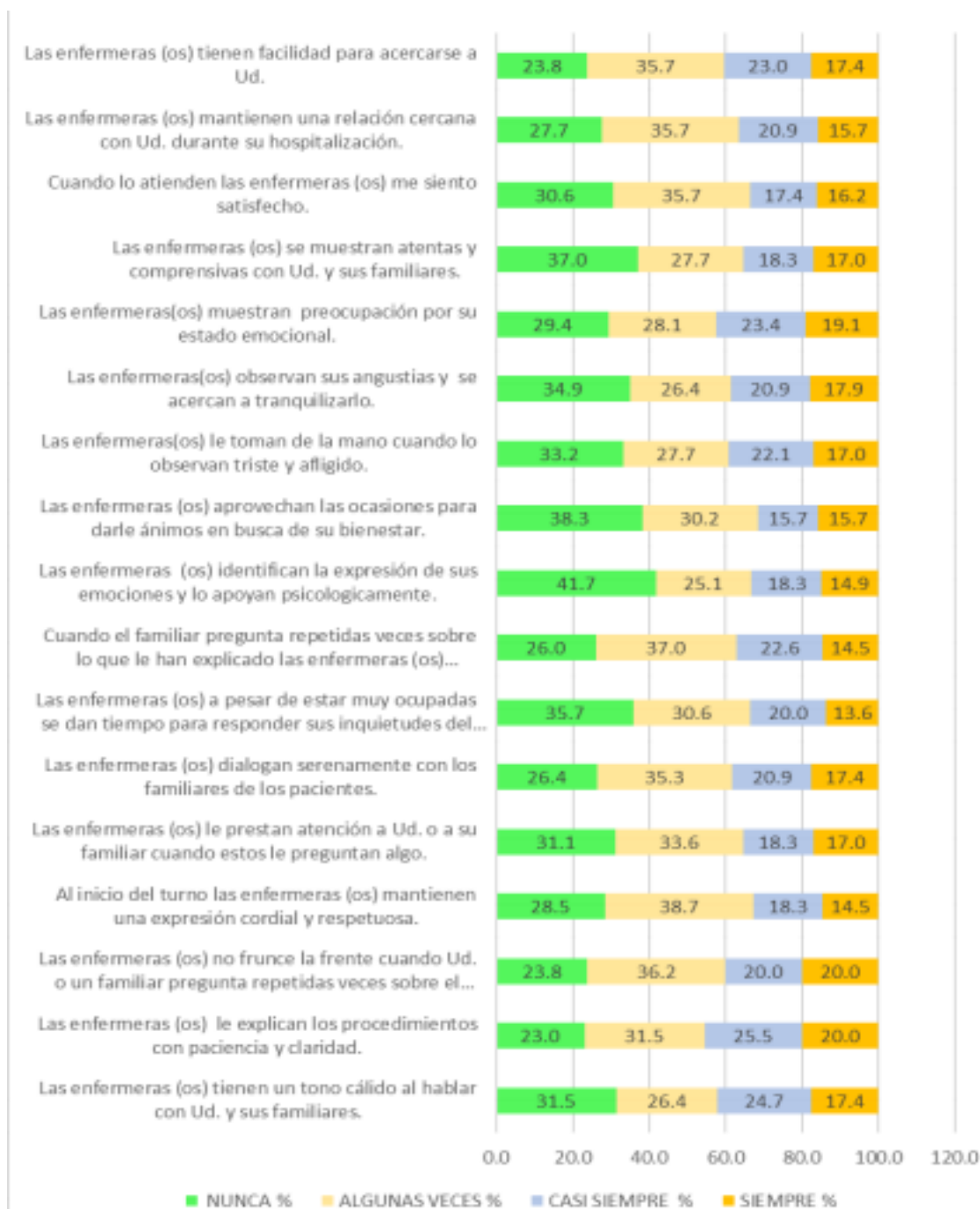
Fuente: encuesta propia.

74

Las características más importantes de una mala comunicación no verbal son el 31.5% refrieren que las enfermeras nunca tienen un tono cálido al hablar con los pacientes o con sus familiares, el 38.7% de los enfermeros a veces presentan una expresión cordial y respetuosa al inicio del turno, el 31.1% nunca prestan atención a las preguntas que se les hace, el 35.3% solo a veces dialogan con los familiares de los pacientes, el 41.7% nunca apoyan psicológicamente a sus pacientes, el 38.3% de pacientes sienten que los profesionales de enfermería nunca aprovechan las ocasiones para darle ánimos en busca de su bienestar, el 37% de pacientes perciben que nunca los profesionales de enfermería se sienten atentos y comprensivos con ellos, el 35.7% de los pacientes a veces sienten una relación cordial con los enfermeros durante su hospitalización.

Gráfico N° 7

Características de la comunicación no verbal enfermera(o) - paciente hospitalizado en el servicio de Emergencia del Hospital de Pampas, Tayacaja. 2018



Fuente: encuesta propia.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

a). Formulación de Hipótesis General:

Hi: Existe relación significativa entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018.

Ho: No existe relación significativa entre la comunicación del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018.

b). Nivel de Significancia

El estudio se trabajó con un nivel de significancia o probabilidad de error del 0,05 ó 5%.

c). Establecimiento de la prueba estadística

Para la prueba de hipótesis relacional, se aplicó χ^2 para identificar la relación entre las dos variables, ya que trata de dos variables cualitativas de tipo ordinal.

d). Valor del χ^2 calculado

$$\chi^2 = 102.281, p < 0.05$$

Tabla N° 8

Tabla de contingencia para la comprobación hipotética de la relación de los niveles de la comunicación y los niveles de ansiedad de los pacientes hospitalizados

		16,2%	17,9%	5,1%
NIVELES DE ANSIEDAD		5	14	21
ANSIEDAD ALTA	ANSIEDAD MEDIA	ANSIEDAD BAJA	35,0%	52,5%
89	11	2,1%	6,0%	8,9%
86,4%	10,7%	13,9%	67	36
		56,2%	28,5%	15,3%
37,9%	4,7%	1,3%		
38	42	12		
41,3%	45,7%	Total 13,0%		

comunicación

del total 43,8% Recuento 92

% dentro de NIVELES

DE COMUNICACIÓN 100,0% %

del total 39,1% Recuento 40

% dentro de NIVELES

DE COMUNICACIÓN 100,0% %

del total 17,0%

Buena

comunicación
Recuento 103

% dentro de NIVELES

DE COMUNICACIÓN 100,0% %NIVELES DE
COMUNICACIÓN

Mala

comunicación

Regular

Total Recuento 235

% dentro de NIVELES

DE COMUNICACIÓN 100,0%

% del total 56,2% 28,5% 15,3% 100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	102,281 ^a	4	,000

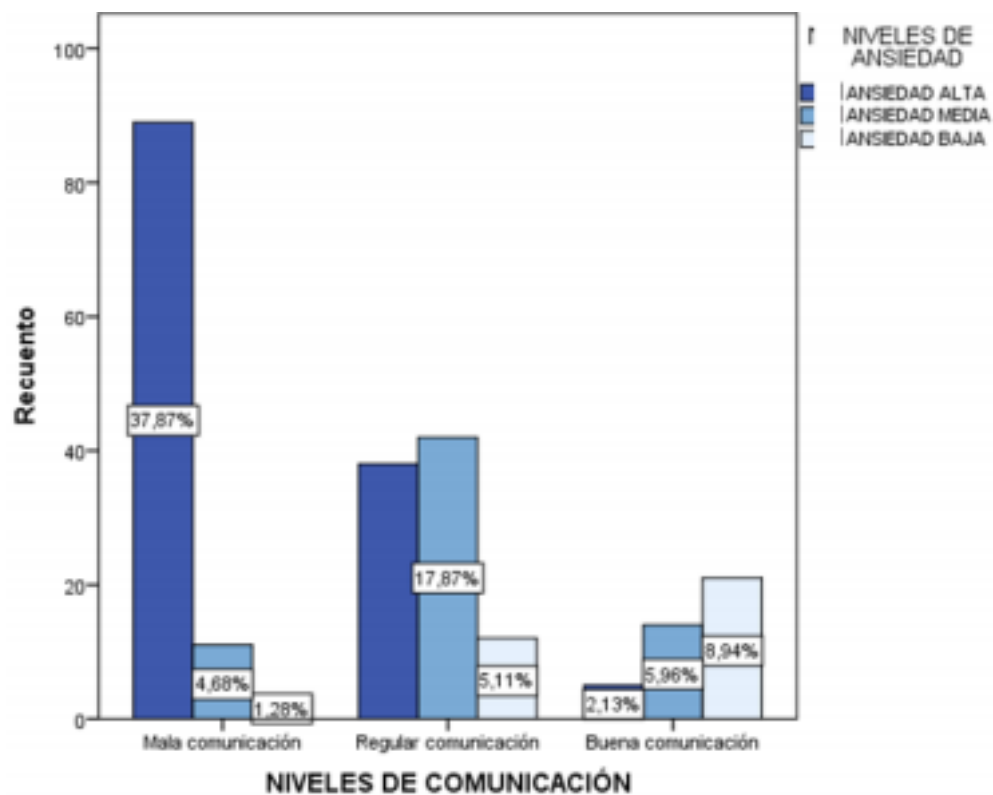
Razón de verosimilitud	99,869	4	,000
Asociación lineal por lineal	83,800	1	,000
N de casos válidos	235		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6.13.

78

Gráfico N° 8

Tabla de contingencia para la comprobación hipotética de la relación de los niveles de la comunicación y los niveles de ansiedad de los pacientes hospitalizados



e). Decisión estadística

De acuerdo a los resultados encontrados, se tiene que el nivel de

significancia estadística es $p < 0,05$, es decir con un p valor = 0,000 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, asumiendo que existe una relación significativa entre los niveles de la comunicación y los niveles de ansiedad hospitalaria. ($p \leq 0.05$).

Conclusión

Se concluye que los profesionales de enfermería, en la medida que la comunicación que practican es, esto genera mayor ansiedad en el paciente hospitalizado, por lo que es importante

79

manejar adecuadamente todos los canales de la comunicación a fin de propiciar una adecuada relación entre enfermero y paciente.

PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA LAS HIPÓTESIS ESPECÍFICAS: a).

Hipótesis específica 1

Hi: Existe relación significativa entre la comunicación verbal del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018.

Ho: No existe relación significativa entre la comunicación verbal del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital de Pampas Tayacaja 2018

b). Nivel de Significancia

El estudio se trabajó con un nivel de significancia o probabilidad de error del 0,05 ó 5%.

c). Establecimiento de la prueba estadística

Para la prueba de hipótesis relacional, se aplicó χ^2 para identificar la relación entre las dos variables, ya que trata de dos variables cualitativas de tipo ordinal.

d). Valor del χ^2 calculado

$\chi^2 = 103.447$, $p < 0.05$.