

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



CALIDAD DE CUIDADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
Y NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS PACIENTES EN
PREOPERATORIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION CENTRO
MEDICO ESPECIALIZADO SAN FELIPE, 2018

TESIS

PRESENTADO POR:

Bach. MAGALY LIZZETH, ZAPATA SOTO

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

ASESORA:

Mag. LAURA PATRICIA ROA CAMPOS

LIMA – PERU

2018

Dedicatoria

Al todo poderoso, por iluminar mi camino y brindarme salud, bienestar para cumplir mis objetivos, a mis familiares por haberme apoyado durante todo mi proceso de formación.

Agradecimiento

Al Centro Médico Especializado San Felipe, donde realice mi estudio, a los pacientes que me brindaron la información necesaria para el desarrollo de mi investigación. A mi asesora Laura Roa Campos por su tiempo y paciencia.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo determinar la calidad de cuidados de la profesional enfermería frente al nivel de ansiedad en los pacientes en el pre operatorio del servicio de Hospitalización, Centro Médico Especializado San Felipe, 2018. El método fue descriptivo, diseño correlacional de corte transversal, de tipo cuantitativa. La muestra estuvo conformada por 148 pacientes. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario, el cual obtuvo una confiabilidad fuerte de 0,875 y 0,901. Los resultados arrojaron que 29.73% de los profesionales de enfermería presentan un nivel bueno con respecto a la variable calidad de cuidados de enfermería, el 41.89% presentan un nivel regular y 28.38% un nivel deficiente, también se evidencia que el 29.73% de los profesionales de enfermería perciben un nivel alto con respecto a la variable ansiedad del paciente, el 43.92% perciben un nivel medio y un 26.35% un nivel bajo. Con respecto a la comprobación de la hipótesis se obtuvo que la variable calidad del cuidado de enfermería está se relaciona con la variable ansiedad del paciente según la relación de Spearman de 0.661 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula. Se recomendó a la jefa del servicio de hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe organizar programas con temas relacionados a la calidad de los cuidados de enfermería a pacientes, para identificar y satisfacer las necesidades de cada paciente, así garantizar la disminución de la percepción de la ansiedad.

PALABRAS CLAVE: cuidado, humanizado, ansiedad, enfermería

Abstract

The present study aimed to determine the quality of the care of professional nursing with the level of anxiety of patients in the surgical pre, hospitalization, Medical Center service specialized San Felipe, 2018. The method was descriptive, correlational design of cross-section of quantitative type. The sample was conformed by 148 patients. A questionnaire was used to collect data which he obtained a strong 0.875 and 0.901 reliability. Results showed that the 29.73% of nurses have a good level with respect to the variable careful nursing, the 41.89% presented a regular level and a 28.38% a deficient level, there is also evidence that the 29.73% of the nurses perceived a high level with respect to the variable patient anxiety, the 43.92% perceive a level medium and a 26.35% a low level. And with respect to the verification of the hypothesis was obtained to the variable quality of nursing care is directly and positively related with variable anxiety of the patient according to the Spearman correlation of 0.661 represented this as moderate result with a statistical significance of $p = 0.001$ being less than 0.01. Therefore, accepted the main hypothesis and the null hypothesis is rejected. Recommended that the directors of the medical centre San Felipe organizing programs with themes relating to nursing quality care to patients, in order to identify and meet the needs of each patient, thus ensuring the reduction of perception the anxiety.

KEY WORDS: Nursing, care, Humanized, Anxiety,

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Introducción	vi
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	10
1.1. Descripción de la realidad problemática	10
1.2. Definición del problema	13
1.3. Objetivos de la investigación	14
1.4. Finalidad e Importancia	15
CAPITULO II: FUNDAMENTOS TEORICOS	17
2.1. Base teórica	17
2.2. Estudios previos	51
2.3. Marco conceptual	56
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	59
3.1. Formulación de hipótesis	59
3.1.1. Hipótesis general	59
3.1.2. Hipótesis específica	59
3.2. Identificación de variables	60
3.2.1. Clasificación de variables	60
3.2.2. Definición conceptual de variables	60
3.2.3. Definición operacional de variables	61
CAPITULO IV: METODOLOGIA	62
4.1. Tipo y Nivel de Investigación	62
4.2. Descripción del método y diseño	62
4.3. Población, muestra y muestreo	63
4.4. Consideraciones éticas	64
CAPITULO V: TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	66
5.1. Técnicas e instrumentos	66
5.2. Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos	67

CAPITULO VI: RESULTADOS, DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
6.1. Presentación, análisis e interpretación de datos	68
6.2. Discusión	84
6.3. Conclusiones	87
6.4. Recomendaciones	88
BIBLIOGRAFIA	89
ANEXOS	94
MATRIZ DE CONSISTENCIA	
INSTRUMENTOS	
BASE DE DATOS	
CONFIABILIDAD	
DATOS GENERALES	

INTRODUCCION

Basado a los datos de la OMS, se estima que al año más de 4 millones de pacientes toman la opción de ser operados, de ellos se tiene la estimación que entre 50% y 75% de estas personas presentan algún grado de ansiedad en la etapa preoperatoria; por lo que podemos concluir que de 2,5 a 3,75 millones de pacientes presentan ansiedad antes de ser operados. Estas razones obligan al personal de enfermería a tener habilidades, conocimientos y destreza para poder garantizar una preparación psicológica, física, espiritual y educativa en los pacientes.

Debemos recalcar que el momento antes de operarse supone un momento de estrés para los pacientes y dependerán de diversos factores (sexo, edad, estado socioeconómico, ocupación, tipo de cirugía). En caso de que el equipo de enfermería no atienda al paciente es probable que la ansiedad aumente, es por esta razón que la calidad del paciente se debe centrar en el paciente por sobretodo.

Podemos mencionar además que la ansiedad es una forma de reacción que enfrenta el paciente y que incluye rasgos psíquicos, fisiológicos y conductuales, ellos son factores que generan un nivel más alto de ansiedad, en algunos casos ello puede comprometer la salud y hasta la vida del paciente.

El trabajo se divide en capítulos divididos en la siguiente manera: Capítulo I, Planteamiento de problema, en la cual se detalla la descripción de la realidad problemática, la definición del problema, los objetivos de la investigación, la finalidad e importancia. Capítulo II, Fundamentos teóricos de la, que incluye las bases teóricas, los antecedentes teóricos y el marco conceptual o definición de términos básicos. Capítulo III, Hipótesis y Variables, que va desde la formulación de hipótesis hasta las definiciones conceptuales y operacionales de las variables. Capítulo IV, Metodología, donde se muestra el tipo y nivel de investigación, la descripción del método y diseño, la población y muestra además de las consideraciones éticas. Capítulo V, Técnicas e instrumentos de

la recolección de datos, donde se plantea las técnicas e instrumentos, el plan de recolección, procesamiento y presentación de datos. Capítulo VI, donde se muestra, la presentación análisis e interpretación de los resultados, las conclusiones y las recomendaciones. Finalmente, las referencias bibliográficas y los anexos del estudio.

Esta investigación se llevó a cabo con el único fin de establecer la relación entre calidad del cuidado del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio del servicio de Hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe, 2018.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

La ansiedad es conocida por mostrarse como un estado de cambio del organismo que genera cierto gasto de energía física suplementaria por cambios psicofisiológicos, que es causado por el aumento del metabolismo secundario en la liberación de neurotransmisores debido al estrés a causa de algún otro motivo que lo desencadene. Ocurren ciertos cambios fisiológicos asociados con la ansiedad son la taquicardia, la hiperventilación, los temblores, el sudor, las alteraciones vasomotoras, los sentimientos de debilidad, entre otras cosas somatizaciones, generalmente las personas con ansiedad presentan problemas de respiración, aceleración de su pulso, nerviosismo. También podemos indicar que calidad del cuidado de los enfermos tiene que necesariamente ser eficaz, eficiente y así poder generar un impacto social sobre los pacientes a los que se les atiende; donde los cuidados humanos según Watson, citada por Marriner, (2010) es necesario para que el paciente sienta esa seguridad en su recuperación.

Según la OMS (2017) Cada día, otros estudios muestran que el estado psicológico pre quirúrgico es la ansiedad, que afecta su restablecimiento post-quirúrgico. Es común que el personal de enfermería tenga que lidiar de manera cotidiana con pacientes que presentan ataques de ansiedad, es recurrente y debe de estar preparados ante situación que se pueden presentar. En la práctica clínica, el factor emocional del paciente en general no es tomado de gran importancia, es por ello que el personal de enfermería debe de identificar el grado de ansiedad de los pacientes así buscar el mecanismo indicado para calmar estos rasgos de la personalidad de las personas en momentos tan importantes como es una cirugía que comprende la salud de las personas.

Por otra parte, el personal de enfermería debe de enfrentar con total responsabilidad, profesionalismos estos momentos con el uso de técnicas que inducen a las personas a calmarse, en esta etapa juega un rol importante el

lenguaje corporal, el lenguaje hablado en su tono y contenido, el entorno, etc. En el curso de la preparación preoperatoria, al paciente se le debe de ver también como un paciente en estado de cuidados psicológicos y físicos de calidad cosa que comúnmente se obvia, debemos de comprender las angustias, los temores del paciente a la vez responder de manera apropiada, cada persona que sufre una intervención quirúrgica presenta una serie de reacciones que el personal de enfermería debe saber sostener de manera adecuada (Antony & Swinson, 2014).

La presente investigación tiene como objetivo de estudio se realizó cabo en el Centro Médico Especializado San Felipe, en el servicio de Hospitalización; se elaboró un cuadro clínico conforme a lo observado a los pacientes antes de su ingreso a la sala de operaciones ellos se sienten: inquietos, nerviosos a propósito de la operación, se sienten con miedo, con facies de temor entre otras cosas expresiones, que hasta podría afectar el resultado de la operación, lo mismo observamos que el personal enfermero quienes no administran a menudo correctamente esta situación, no hay una preparación mental previa para el paciente antes de ingresar a la operación, esto es debido a que el paciente se le mira como uno más en la lista pero no como alguien que debe tomarse en cuenta es un ser humano que pueda tener ansiedad, estrés o cualquier otro rasgos patológico de la personalidad que le cause miedo, son personas y están llenos de sentimientos, de preocupaciones y de temores. Solamente seguir los protocolos y las normas de cuidados no basta, muchas veces el verdadero significado es el llegar a calmar al paciente para lograr la calidad de los cuidados (Delgado, 2015).

En este caso estudiado, el paciente necesita atención conforme al protocolo propuesto en la norma técnica de los servicios urgentes, que comprende desde su llegada a la selección y admisión donde es registrado y priorizado, además de conocer su evolución. En este centro médico de salud desde la zona de admisión, se registra un volumen medio de atención que va hasta 2 500 pacientes al mes. Se le concede la atención más importante en los pacientes hospitalizados que valorizan la atención en la modernidad del equipo en la calidad de la atención, en numerosos casos, son disconformes por la

ausencia de tratamiento humano que merece los cuidados respectivos. Existen unas teorías sobre el modo en el que Watson revela que los cuidados humanos son surtidos a través de las relaciones interpersonales y la comunicación son también muy importantes tanto como la empatía (Epifanía y Vázquez, 2017).

Por otra parte, las enfermeras consideran los cuidados holísticos el nivel de calidad de los cuidados en un sentido completo que engloba los cuidados de cuerpo físico, emociones, del psíquico y del espiritual; por consiguiente, la calidad de la asistencia a enfermos es oportuna, personalizada, continua, humanizada, para que esté conforme con las normas requeridas para la práctica de una enfermera competente. Así, la recepción con urgencia debe ser entendida desde el primer momento cuando se da el primer contacto con el paciente y su entorno utilizando una actitud y un comportamiento holísticos, empáticos y humanos, siendo este el principio del proceso del cuidado de enfermería a la vez el principio de la utilización de los cuidados con un tratamiento necesarios para los pacientes (Guillén, 2014).

Los investigadores del MINSA en la práctica, han podido comprobar que muchos pacientes se quejan de los cuidados recibidos del personal de enfermería, pero también por el contrario muchos otros aprecian a la vez reconocen la calidad de los cuidados recibidos, en medio de estas dos situaciones casi polarizadas en este centro médico de salud, la cuestión tarda en saber si la calidad de los cuidados es verdaderamente eficaz en su integridad. Lo que sucede en este centro de labores, es que la gran cantidad de pacientes subrayan que la calidad de los cuidados no es la esperada conforme a lo indicado, pero si esperan un nivel de cuidados más dedicados y personalizados, entre otras cosas detalles (Hernández, 2014).

Esta es la principal razón de la preocupación de numerosos pacientes antes de entrar a una sala de operaciones, es precisamente este momento en el que se les deben de brindar de apoyo profesional, lo cual pone en duda la manera y la evolución de la calidad de los cuidados en los pacientes que van a ser operados, la mayoría de ellos a pesar que no lo expresan temen para la situación de no saber a que van a enfrentarse y que presentan cuadros de

ansiedad que no son las más deseadas en esta situación, en algunos casos esto conduce a la renuncia de la intervención quirúrgica por presentar de estrés debido a la ansiedad debido a la falta de apoyo del personal a enfermero antes de la operación (Mármol, 2013).

Por otra parte el presente estudio se llevará a cabo en el Centro Médico Especializado San Felipe, en el servicio de Hospitalización; en la cual en mis prácticas profesionales se ha observado que el paciente antes de su ingreso a sala de operaciones, presenta un cierto nerviosismo, realiza muchas preguntas sin un sentido lógico, además de ello se nota ciertas palpitaciones en los ojos, una falta de gesticulación al hablar, gestos como no parar de mover sus manos, expresan sentimientos negativos, etc., así mismo mencionan frases como “estoy preocupado, estoy nervioso por la cirugía”, “tengo miedo”, entre otras, siendo a veces motivo de querer abandonar la operación por temor a obtener un resultado que atente con su vida (Reyes, 2014).

Por otra parte al cuestionar el porqué del miedo o ansiedad manifiestan tener poca información de sus diagnóstico o poco entendimiento, experiencias poco satisfactorias una interacción con los profesionales de enfermería poco cordial, además de que se ha apreciado que el profesional de enfermería casi no aplica diagnósticos de enfermería, ni cuidados de enfermería para el cuidado del paciente asumiendo un rol rutinario y poco científicos, es por ello que debido a la realidad expuesta se planteó las siguientes interrogantes:

1.2.- Definición del Problema

Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre la calidad del cuidado del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de hospitalización Centro Médico Especializado San Felipe - 2018?

Problemas específicos

¿Cuál es la relación que existe entre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión humana y el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de hospitalización Centro Médico Especializado San Felipe - 2018?

¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de cuidado del profesional de enfermería en su dimensión técnica y el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de hospitalización Centro Médico Especializado San Felipe - 2018?

¿Cuál es la relación que existe entre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión interpersonal y el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de hospitalización Centro Médico Especializado San Felipe - 2018?

1.3.- Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad del cuidado del profesional de enfermera y el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe - 2018.

Objetivos específicos

Identificar la relación entre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión humana y el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de hospitalización Centro Médico Especializado San Felipe - 2018.

Establecer la relación entre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión técnica y el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe - 2018.

Identificar la relación entre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión interpersonal y el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe- 2018.

1.4.- Finalidad e importancia

El fin de la presente investigación es identificar la relación entre la calidad y el nivel de cuidados y el nivel de ansiedad de los pacientes en el período preoperatorio, servicio de hospitalización. Con el fin de demostrar la importancia de tener un informe verdadero y científico sobre el estado de ansiedad del paciente preoperatorio, esto nos permitirá proponerles a las autoridades a enfermeras de las estrategias que mejoran la calidad de los

cuidados del profesional en cuidados con relación al estado emocional del paciente.

Paciente preoperatorio en fase y pues abastecer un tratamiento digno, amistoso y fiable que ayudará a reducir su ansiedad, por lo cual se va cooperar con su pronta recuperación y de esta manera tendrá una estadía hospitalaria más corta y por ende una mayor cobertura de pacientes en este Centro Médico.

Es importante efectuar esta búsqueda para establecer una relación directa entre el personal que efectúa los cuidados preoperatorios y el paciente, con el fin de abastecer una buena preparación preoperatorio y de garantizar una calidad de cuidados humanos con arreglo a la importancia de los resultados. Así como un derecho.

Es necesario mostrar hasta qué punto es importante que los sanitarios demuestren no sólo sus capacidades y sus competencias, sino que también sus calidades como ser humano.

Así mismo se desea buscar motivar a los directivos del Centro Médico San Felipe Teniendo como base los resultados, generar estrategias que pretenden reducir el nivel de ansiedad del paciente, abasteciendo así una mejor calidad de cuidados a los pacientes.

Lo mismo, estará considerado como un modelo para otros centros médicos con el fin de tomar en prioridad la calidad de los cuidados preoperatorio, contribuyendo así mejorando la salud del número más grande de personas al nivel nacional.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.- Bases Teóricas

Teoría de enfermería.

Teoría del cuidado humano de Jean Watson. En su teoría del cuidado humano considera el cuidar como un valor fundamental en la enfermería y a la relación ideal de cuidar enfermera-paciente como un encuentro total, los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida.

El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos. De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado (Garzón, 2013).

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana-a-humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

La ocasión del cuidado, en últimas, permite el descubrimiento de sí mismo. Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e ínter subjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relacionadas en los procesos de cuidado humano (Garzón, 2013).

Watson expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería:

- El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.
- El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
- Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.
- Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.

En la Teoría de Jean Watson, toma la siguiente escala de medición respecto al cuidado, lo cual se definen a continuación:

Satisfacer las necesidades. Las necesidades humanas están estratificadas. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.

Habilidades, técnicas de la enfermera. Se sustenta por la sistematización de la asistencia o proceso de enfermería bajo la responsabilidad de la enfermera.

Relación enfermera-paciente. La comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad. Autocuidado de la profesional. El cuidado profesional es la esencia de la Enfermería, y comprende acciones desarrolladas de acuerdo común entre dos personas, la que cuida y la que es cuidada. Cuidado profesional es el cuidado desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud.

Aspectos espirituales del cuidado enfermero. En esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además, una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto que el cuidado espiritual ofrecido por el profesional de enfermería debe ser uno con un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en el proceso de muerte. Aspectos éticos del cuidado. La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, y los valores. Ante lo sustentado anteriormente podemos concluir que el cuidado humanizado se debe estar inmerso en una filosofía de vida del quehacer enfermero que cuida y que debe cuidarse para garantizar la calidad de cuidados que brinda en los diferentes escenarios del ámbito de la salud. (Garzón, 2013).

2.1.1 Calidad del cuidado

Según la OMS (2017) señala que, Teniendo como base varias definiciones en la literatura, la definición de la calidad de los cuidados es la medida en la cual los servicios de salud abastecidos a los individuos y a las poblaciones de pacientes mejoran los resultados deseados de salud. Para alcanzar allá, las curas médicas deben estar seguras, eficaces, rápidas, equitativas y centradas sobre el ser humano.

Seguro. Abastece de curas médicas que minimizan los riesgos y los perjuicios para los usuarios de los servicios, particularmente previniendo las heridas evitables y reduciendo los errores médicos.

Eficacia Abastecer de servicios basados en conocimientos científicos y líneas directivas fundadas sobre pruebas. En tiempo oportuno Reduce los plazos en el abastecimiento y la recepción de curas médicas. Eficacia en abastecer de curas médicas para maximizar la utilización de los recursos y para evitar el despilfarro.

Equitativo. Brinda cuidados de salud que no difieren en la calidad de acuerdo con las características personales como el género, la raza, la etnia, la ubicación geográfica o el nivel socioeconómico.

Centrado en las personas. Prestar atención en las preferencias y en las aspiraciones de los usuarios individuales y en la cultura de su comunidad.

El abastecimiento de cuidados de calidad a los pacientes en los establecimientos de salud necesita a profesionales competentes y motivados de la salud y la disponibilidad de recursos físicos esenciales, tales como el agua potable, las medicinas esenciales, el equipo y los abastecimientos. Además, las prácticas fundadas sobre datos convincentes para los cuidados de rutina y los cuidados urgentes necesitan sistemas funcionales de referencia entre los niveles de

cuidados, así como sistemas de información que permiten examinar y auditar (Epifanía y Vázquez, 2017).

Una comunicación eficaz es importante teniendo como base la experiencia de cuidados de calidad que necesita una comunicación eficaz: un paciente (o su familia tan necesaria) debe tener el sentimiento de comprender lo que le logra y esperarse reconocer sus derechos. El paciente debe recibir la atención con respecto y la dignidad, si es necesario tener acceso al apoyo social y emocional de su elección (Doñante, Litago, Monge & Martínez, 2015).

Además, el compromiso de la comunidad es también fundamental para mejorar la calidad de los cuidados. Los puntos de vista de los pacientes, de sus familias y de las comunidades sobre la calidad de los servicios influyen sobre sus decisiones de pedir cuidados. Comprometer los prestadores de servicios de los establecimientos con las comunidades que perjudican, con el fin de que puedan comprender sus esperas, reforzar la confianza e implicarlos en el proceso de entrega, es un componente esencial para crear una demanda y un acceso a los servicios preoperatorios, operatorios y postoperatorios de calidad (Galvin y Todres, 2012).

La calidad de los cuidados a los pacientes es pues la medida en la cual los servicios de salud (para los individuos y las poblaciones) aumentan la probabilidad de cuidados oportunos y adaptados para alcanzar los resultados deseados compatibles con los conocimientos profesionales. Actuales y tienen en cuenta preferencias y aspiraciones de los pacientes y de sus familias. Esta definición toma en consideración las características de la calidad de los cuidados y dos componentes importantes de los cuidados: la calidad de la prestación de los cuidados y la calidad de los cuidados sufridos por los pacientes y sus familias (McSherry y Warr, 2008).

La calidad es definida como la calidad de los productos de creación excelente, de fabricación o de origen. La calidad dice que es buena, por definición, todo lo que es de calidad supone un buen funcionamiento. Todo lo que tiene una calidad cualitativa supone que esto examinó una serie de pruebas o de referencias que garantizan su optimización (Epifanía y Vázquez, 2017)

La calidad de los cuidados es definida como la medida en la cual los servicios de cuidados de salud son surtidos a los individuos y a los pacientes. Sugerimos que existen dos dimensiones principales de la calidad de los cuidados para cada paciente; acceso y eficacia. ¿Esencialmente, los usuarios reciben la atención la que necesitan y la atención es eficaz cuando lo obtienen? En el marco de la eficacia, definimos dos elementos claves: la eficacia de los cuidados clínicos y la eficacia de los cuidados interpersonales. Estos elementos son discutidos con arreglo a la estructura del sistema de cuidados de salud, procesos de cuidados y de al resultar los resultados de cuidados. El marco les une la calidad de los cuidados a los pacientes individuales y sugerimos que la calidad de los cuidados es un concepto más importante cuando le es aplicado al usuario individual de curas médicas. (Piccoli & Galvao, 2010).

Sin embargo, la atención llevada en las personas debe estar colocada en el contexto del abastecimiento de curas médicas a las poblaciones, lo que introduce nociones suplementarias de equidad y de eficacia. La utilización de un marco conceptual para describir la totalidad de la calidad de los cuidados muestra cuales aspectos de los cuidados comprenden y realmente miden un conjunto de indicadores de calidad, y los cuales no son incluidos (Poblete, 2009).

La calidad de las curas médicas es un nivel de valor abastecido por todo recurso de cuidados de salud, tal como determinado por ciertas medidas. A ejemplo de la calidad en otros dominios, se trata de evaluar si algo es bastante bueno y si conviene su objetivo. El objetivo de las curas médicas es abastecer de recursos médicos de alta calidad a ellos

todos los que lo necesitan. Es decir, asegurar una buena calidad de vida, cuidar las enfermedades si es posible, prolongar la esperanza de vida, etc. Los investigadores utilizan medidas diversas de calidad para tratar de determinar la calidad de las curas médicas, incluido la reducción o la disminución de las enfermedades identificadas por el diagnóstico médico, la disminución del número de factores de riesgo que presentan las personas. Después de los cuidados preventivos o una encuesta sobre los indicadores de salud en una población que accede a ciertos tipos de cuidados (Galvin y Todres, 2012).

La calidad de las curas médicas es la medida en la cual los servicios de cuidados de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de los resultados sanitarios deseados. La calidad de los cuidados desempeña un papel importante que importa en la descripción del triángulo de hierro de las curas médicas, que define las relaciones complejas entre la calidad, el coste y el acceso a los cuidados de salud en el seno de una comunidad. Los investigadores miden la calidad de las curas médicas para identificar los problemas causados por una utilización excesiva, una utilización insuficiente o abusiva de los recursos de salud. En 1999, el Instituto de medicina lanzó seis dominios para medir y describir la calidad de los cuidados de salud (Galvin y Todres, 2012).

Aunque sea esencial determinar el efecto de las intervenciones de búsqueda sobre los servicios de salud, la medida de la calidad de los cuidados plantea ciertos problemas debido al número limitado de los resultados medibles. Las medidas estructurales describen la capacidad de los prestatarios que abastecen de cuidados de alta calidad, las medidas del proceso describen las medidas tomadas para mantener o mejorar la salud de la comunidad, y las medidas de los resultados describen el impacto de una intervención de salud. Además, debido a la reglamentación estricta impuesta la búsqueda sobre los servicios de salud, las fuentes de datos siempre no son completas (McSherry y Warr, 2008).

La evaluación de la calidad de la atención médica puede ocurrir en dos niveles diferentes: el del paciente individual y el de las poblaciones. En el nivel del paciente individual, o micro nivel, la evaluación se centra en los servicios en el punto de entrega y sus efectos posteriores. A nivel de la población, o nivel macro, las evaluaciones de la calidad de la atención médica incluyen indicadores como la esperanza de vida, las tasas de mortalidad infantil, la incidencia y la prevalencia de ciertas condiciones de salud (Garzón, 2013).

Las evaluaciones de la calidad miden estos indicadores con relación a una norma establecida. Las medidas pueden ser difíciles de definir en los cuidados de salud. La garantía de calidad es diferente de la evaluación de la calidad y reposa en los principios de la gestión de la calidad total (Total Quality Management). Es un método para utilizar medidas de evaluación de la calidad en todo el sistema para abastecer de cuidados de alta calidad que se mejoran continuamente (Galvin y Todres, 2012).

El modelo Donabedian es un marco común para evaluar la calidad de los cuidados. Identifica tres dominios en los cuales la calidad de las curas médicas puede ser evaluada: estructura, procesos y los resultados. Los tres dominios estrechamente son atados y se completan. Mejoramientos de la estructura y del proceso son a menudo observados en los resultados. He aquí algunos ejemplos de mejoramientos aportados al proceso: líneas directivas sobre la práctica clínica, el análisis de la rentabilidad y la gestión de los riesgos, que consisten en medidas proactivas que pretenden evitar los errores médicos (García, 2013).

La rentabilidad o la rentabilidad determinan si las ventajas de un servicio sobrepasan los costes incurridos para abastecer el servicio. Un servicio de cuidados no es a veces rentable debido al sobreutilización o debido a la subutilización. La sobreutilización o se produce cuando el valor de la calidad de los cuidados es diluido con recursos despilfarrados. Por consiguiente, privar a otra persona de las ventajas potenciales atadas a la obtención del servicio. Los costes o los riesgos del tratamiento sobrepasan las ventajas de las curas médicas excesivas. A la inversa, la subutilización o la subutilización se producen cuando las ventajas de un tratamiento se lo llevan sobre los riesgos o los costes, pero no es utilizado. Hay unos efectos adversos posibles sobre la salud con la subutilización (Riveros, 2010).

Las herramientas de gestión de casos orientadas sobre el paciente y orientadas sobre los resultados que adoptan un enfoque interdisciplinario facilitan la coordinación de los cuidados entre varios departamentos clínicos y proveedores de cuidados. Los gestores de cuidados de salud utilizan vías críticas como medio de reducir la variación de los cuidados, de reducir la utilización de los recursos y de mejorar la calidad de los cuidados. La utilización de vías críticas para reducir los costes y los errores mejora la calidad de los cuidados abasteciendo un enfoque sistemático para evaluar los resultados de los cuidados de calidad. Reducir las variaciones en los modelos de práctica favorece una mejor colaboración entre los participantes interdisciplinarios del sistema de salud (Torres, 2015).

La calidad de los cuidados abastecidos por un profesional de la salud puede ser juzgada con arreglo a sus resultados, con arreglo a la realización técnica de los cuidados y de las relaciones interpersonales. El resultado es un cambio en la salud de los pacientes, como la reducción del dolor, las recaídas o los índices de mortalidad. Las grandes diferencias en los resultados pueden ser medidas para cada proveedor de curas médicas, y diferencias más débiles pueden ser medidas estudiando grupos importantes, tales como los médicos que

tienen un volumen débil o elevado. Iniciativas importantes han sido emprendidas para mejorar los resultados de calidad de las curas médicas, particularmente los guías de práctica clínica, la rentabilidad, las vías críticas y la gestión de los riesgos (Torres, 2015).

El guía de práctica clínica La realización técnica es la medida por la cual un profesional de la salud se adapta a las mejores prácticas establecidas por las directivas médicas. Las líneas directivas sobre la práctica clínica o las líneas directivas sobre la práctica médica son unos protocolos fundados sobre datos científicos para ayudar a los prestatarios que adoptan un enfoque fundado sobre las mejores prácticas con el fin de abastecer de cuidados de mejor calidad para un problema dado de salud. La estandarización de la práctica de la medicina mejora la calidad de los cuidados favoreciendo simultáneamente costes menos elevados y los mejores resultados. La presunción es que los prestatarios que siguen directivas médicas abastecen los mejores cuidados y ofrecen la mejor esperanza para un buen resultado. La realización técnica es juzgada desde el punto de vista de la calidad sin tener en cuenta el resultado real (Riveros, 2010).

La gestión de los riesgos consiste en esfuerzos proactivos para prevenir los acontecimientos indeseables atados a la calidad de los cuidados y se concentra sobre la prevención de las negligencias médicas. Los profesionales de la salud no están al amparo de las exigencias. Por consiguiente, las organizaciones que estandarizan la calidad de los cuidados tomaron iniciativas para establecer protocolos específicos con el fin de reducir los litigios debidos a la negligencia (Hernández, 2014).

Los problemas de falta profesional pueden provocar una medicina defensiva o una amenaza de litigio médico, susceptible de comprometer la seguridad y los cuidados del paciente induciendo pruebas o tratamientos suplementarios. Una forma muy derramada de medicina defensiva consiste en pedir imágenes costosas que pueden ser un

despilfarro. Sin embargo, otros comportamientos defensivos pueden reducir el acceso a los cuidados y presentar riesgos de daños físicos. Los numerosos especialistas señalan que hacen más para los pacientes, como la utilización de pruebas inútiles de diagnóstico, debido a los riesgos de negligencia profesional. A su vuelta, es particularmente crucial que las cercanías de gestión de los riesgos utilicen principios de rentabilidad con directivas estandarizadas de práctica y de las vías críticas (García, 2013).

2.1.1.1 Calidad del cuidado pre operatorio

Considerando que el modelo Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la OMS es aplicable en los centros quirúrgicos, es decir en los momentos per-operatorias (antes, durante y después de la cirugía), la necesidad de una lista de control específico en los períodos pre y postoperatorios es justificada. Las unidades quirúrgicas del hospital. Esto permite identificar la preparación adecuada de los pacientes antes de su devolución para el centro quirúrgico, así como los signos de predicción de complicaciones preoperatoria (OMS, 2017).

Avedis Donabedian fue el primero en el dominio de las curas médicas de calidad. Una de sus contribuciones sostenibles es el marco de base que desarrolló sobre la calidad y las curas médicas. Conocido bajo el nombre de tríada Donabedienne, pone el énfasis en los elementos llaves de la estructura, del proceso y de los resultados en el momento de la evaluación de la calidad de las curas médicas. Las tres iniciativas ya descritas en este artículo entran en una de estas categorías. Las referencias selectivas y los centros excelentes pretenden modificar la estructura de la oferta de cuidados de salud creando centros regionales de peritaje para las cirugías complejas. La medida llamada Surgical Care Infection Prevention (SCIP) o Prevención de infecciones por cuidados quirúrgicos, favorece la adhesión a procesos preoperatorios específico de prestación de cuidados, de modo que dependen del dominio de las iniciativas de proceso. EL American

College of Surgeons o Colegio Americano de Cirujanos (ACS) Y su National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) o programa nacional de mejoramiento de la calidad quirúrgica, se concentra sobre los resultados de las curas médicas, en particular la morbilidad y la mortalidad para las intervenciones quirúrgicas. Aunque cada una de estas iniciativas aporta una contribución preciosa al mejoramiento de la calidad quirúrgica de los cuidados, describiremos más abajo un enfoque innovador que perfectamente no corresponde a ninguno de las categorías de Donabedian (Hernández, 2014).

La terminología específica es utilizada para el período que implica una intervención quirúrgica. Cuando el paciente necesita una intervención quirúrgica y es programado, es dicho que el paciente es en el período périopératoire, recuperación transoperatoria, anestésico y postoperatorio. Este estudio pone el énfasis en la asistencia a enfermos dispensadas en las dos primeras etapas, es decir durante los períodos preoperatorio logras por mediación e inmediatas, que se extienden desde el momento en que la cirugía es decidida, el momento en que sea facultativa, urgente o urgente, hasta el momento precedente. Al acto quirúrgico. Cuando el paciente es traído en el centro de cirugía (Riveros, 2010).

El bienestar del paciente debería ser el objetivo principal de los profesionales que prestan asistencia al paciente quirúrgico porque, en el período preoperatorio, pueden presentar niveles elevados de estrés y desarrollar sentimientos que pueden perjudicar a su humor, haciéndoles vulnerables y dependientes a menudo observamos que los niveles de estrés no dependen del grado de complejidad de la cirugía, sino son atados a las informaciones erróneas sobre los procedimientos quirúrgicos, la anestesia y los procedimientos de cuidados de efectuar (Torres, 2015).

En el momento de la prestación de cuidados preoperatoria al paciente, el equipo de asistencia a enfermos es responsable de la preparación, del establecimiento y del desarrollo de acciones diversas de asistencia a enfermos con arreglo a los detalles de la cirugía. Estos procedimientos de cuidados, a su vez, son efectuados conforme a los conocimientos especializados, con el fin de satisfacer las necesidades que emanan del tratamiento quirúrgico. Este tipo de cuidados también comprende la orientación, la preparación física y emocional, la evaluación y la transferencia en el centro quirúrgico, con el fin de reducir el riesgo quirúrgico, de favorecer la recuperación y de evitar las complicaciones postoperatorias, generalmente asociadas con preparaciones preoperatoria inadecuadas (Riveros, 2010).

Teniendo en cuenta que las características específicas del paciente operado, varios estudios designan e indican la importancia de los esfuerzos desplegados para realizar asistencia a enfermos de calidad. Este tipo de calidad puede padecer gracias a la utilización del proceso de asistencia a enfermos aplicado sobre el paciente quirúrgico, llamado Sistema de asistencia a enfermos peri-operatorias - Sistema de asistencia enfermera peri-operatorias (SAEP). Esto comienza en el período preoperatorio, cuando el paciente llega al hospital y se acaba 24 o 48 horas después del acto de cirugía anestésica. El objetivo principal de este modelo de curas médicas es planificar y ponerles en ejecución los cuidados a los pacientes (García, 2013).

Por esta razón, se destaca la importancia del trabajo de enfermería durante el período preoperatorio. La enfermera responsable de planificar la atención de enfermería proporcionada tiene como los pacientes de cirugía, respecto a sus necesidades físicas y emocionales, también para brindar orientaciones sobre la cirugía y la preparación física necesaria se previó la intervención quirúrgica (Galvin y Todres, 2012).

Todavía existen unas lagunas en cuanto a la preparación física, psicológica y espiritual del paciente preoperatorio en el período, que bastante no han sido estudiadas a la academia. Por consiguiente, consideramos que conviene buscar una mejor calidad y una mejor adecuación de los cuidados, evaluando las necesidades reales de los pacientes con vistas a cuidados individualizados, con la participación del paciente y con un buen apoyo en las bases teóricas (Garzón, 2013).

Es en el contexto que las enfermeras tienen el desafío de ofrecer curas médicas de calidad en el período preoperatorio. Esta atención implicaría la preparación física y psicológica del paciente para la cirugía, tratando de ayudar al paciente que comprende la asistencia a enfermos que será surtida y la incomodidad posible que podría emanar de la atención surtida, clarificar las dudas y tratar de responder a las cuestiones (McSherry y Warr, 2008).

En esta perspectiva, la literatura en este dominio presenta argumentos fundados sobre pruebas de la práctica enfermera, lo que nos hace pensar que las enfermeras se esfuerzan por utilizar de manera consciente, aclarar e informada las informaciones nacidas teorías y la búsqueda. Éstas serían utilizadas para sostener la planificación de las curas médicas y la toma de decisiones que concerniría a los cuidados surtidos (Galvin y Todres, 2012).

Para la mayoría de los pacientes que sufre una cirugía electiva, la preparación para el estadio preoperatorio comienza a la admisión, la hospitalización que se efectúa en el período preoperatorio inmediata, es decir algunas horas antes de la intervención. Dado que este período es breve, es necesario reconsiderar la eficacia de los cuidados abastecidos durante el período preoperatorio y evaluar su ejecución, con el fin de verificar si estos procedimientos de cuidados son efectuados correctamente o mecánicamente, regularmente, a lo lejos. De la atención directa y íntegra que debe ser aportada (National Voices, 2012).

Por consiguiente, los cuidados abastecidos al paciente durante el período preoperatorio deben ser planificados con arreglo a la individualidad de cada paciente, con arreglo a las pruebas científicas y con arreglo a su estado de salud, del tipo de cirugía, de la rutina establecida de la admisión a la cirugía y necesidades particulares presentes.

En 2008, en un esfuerzo para mejorar la seguridad quirúrgica y reducir los errores quirúrgicos, la Organización mundial de la salud (OMS) publicó una lista de control de seguridad que identifica varias prácticas recomendadas para asegurar la seguridad de los pacientes quirúrgicos. Más tarde, ha sido formateado en una lista de 19 ítems centrada sobre los acontecimientos peri-operatorias sobrevenidos antes de las tres etapas de la cirugía: antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión cutánea y antes de que el paciente deje la sala de operaciones del hospital (quirófano) (OMS, 2017).

Antes de la inducción de la anestesia, la confirmación de la identidad del paciente y del procedimiento contemplado, el marcado del sitio y la identificación de toda alergia conocida o riesgo de hemorragia excesiva figuran entre los elementos de la lista de control que hay que tomar en consideración. Cubrirse Antes de practicar una incisión en la piel, una nueva confirmación del nombre y del procedimiento del paciente, el anuncio de todo acontecimiento crítico anticipado y la presentación de todos los miembros del personal de la sala de operaciones deben ser hechas. Al final, antes de que el paciente deje la sala de operaciones, la enfermera en circulación debe confirmar verbalmente el nombre del procedimiento, anunciar la terminación de la enumeración correcta de los instrumentos y de las esponjas y asegurar el etiquetado apropiado de la muestra (Epifanía y Vázquez, 2017).

Los dominios específicos del mejoramiento clínico comprenden la utilización apropiada de antibióticos para reducir la infección sobre el sitio quirúrgico; utilización périopératoire de betabloqueantes para

reducir el riesgo de acontecimientos cardíacos; profilaxis adecuada para la trombosis venosa profunda; temperatura óptima y control de la glucemia, en particular entre los pacientes que sufren una cirugía cardíaca; y los procesos de cuidados que pretenden reducir la neumonía postoperatoria (McSherry y Warr, 2008).

La medida Surgical Care Infection Prevention (SCIP) o Prevención de infecciones por cuidados quirúrgicos, utiliza un enfoque multidisciplinar para reducir la incidencia de las complicaciones quirúrgicas. Para ilustrar esto, en un esfuerzo para eliminar las infecciones del sitio operatorio, las directivas de práctica se concentran sobre la administración profiláctica de antibióticos una hora antes de la incisión quirúrgica, la elección apropiada de los antibióticos a la luz de la cirugía, la utilización de un cortaúñas (ninguna navaja de afeitar) para la depilación, normotermia inmediata después de cirugía y normoglucemia postoperatorio entre los pacientes que sufren una cirugía cardíaca. En lugar de concentrarse únicamente sobre los antibióticos, el SCIP se concentra sobre varios aspectos llaves de los cuidados peri-operatoires con el fin de reducir el riesgo de infecciones sobre el sitio quirúrgico (Galvin y Todres, 2012).

La medida Surgical Care Infection Prevention (SCIP) continuamente es reevaluada y revisada teniendo como base las directivas médicas más recientes y teniendo como base la medicina factual. Aunque las medidas del Surgical Care Infection Prevention (SCIP) estén basadas en pruebas, ciertos estudios no llegan a demostrar un lazo entre la observancia de la medida y el mejoramiento de los resultados quirúrgicos, tales como las infecciones del sitio operatorio. No hubo ninguna prueba convincente que los mejoramientos de la conformidad eran asociados con objetivo de los resultados (Epifanía y Vásquez, 2017).

Aunque hubiera sido demostrado que la lista quirúrgica de control de seguridad de la OMS mejora la calidad de los cuidados quirúrgicos, su impacto depende de su eficacia. Además, la utilización de la lista de control no es universal y ciertos hospitales prefieren mantener otras medidas de seguridad para la seguridad de los pacientes, incluido controles pre-operatorios utilizados antes de la elaboración de la lista de control de la seguridad quirúrgica de la OMS (Torres, 2015).

2.1.1.2 Cuidados de Enfermería

Según la OMS (2017) refirió que es:

Mientras que las grandes realizaciones de la tecnología médica y la especialización creciente no pueden ser negadas, los cuidados son más que un remedio y deberían ser orientados sin duda más sobre el paciente. La atención debe reconocer a nosotros todos como seres humanos cuyas experiencias directamente afectan la salud y el bienestar.

Creo que las enfermeras deben desarrollar el enfoque de la cabeza, de la mano y del corazón, que integra conocimientos prácticos con una comprensión empática y conocimientos técnicos para abastecer de cuidados humanitarios y sensibles. Debemos enseñarles a las enfermeras y a los asistentes de salud los cuidados y las actitudes las que necesitan para alcanzar allá con toda seguridad y con dignidad para todas las personas concernidas (Galvin y Todres, 2012).

Es viable y esencial exigir que el National Health Service (NHS) escuche a los pacientes y los allegados, pero, como lo subraya Francis Report (2010), en una cultura organizativa que acepta el acoso, la mentira, la intimidación del personal y la jerarquización de los objetivos. La salud y el bienestar del paciente, corremos peligro de encontrar las resistencias al cambio. ¿Entonces, cómo deberíamos reaccionar? Los trabajos sobre el desarrollo de la práctica en materia de asistencia

sanitaria y social mostraron que, a menos que las actitudes del personal enfrente de aquellos a los que cuidaban y unos con otros cambiaban, nada más lo hará (McSherry y Warr, 2008).

¿Qué es lo que influye sobre nuestras actitudes, nuestras creencias y nuestros valores? ¿Qué consideramos como el factor que más importa en lo que hacemos? Si privilegiamos el tratamiento mutuo como seres humanos valorizados con respecto, dignidad y cuidado, todo lo que hacemos para y con aquellos a los que servimos lo reflejará. Todos los problemas descritos en el informe Francis (2010) serán tratados el mejor modo posible con una actitud afectuosa, con una experiencia de los que nos interesan como centro. Nuestros pensamientos y nuestras acciones siempre estarán dominados por el deseo de hacer las cosas de una manera aceptable para mí mismo, nuestros socios, nuestras familias y nuestros amigos, con empatía (McSherry y Warr, 2008).

A medida que educamos y desarrollamos las actitudes de los estudiantes en asistencia a enfermos y los asistentes de salud, debemos contemplar el mejor modo de desarrollar su capacidad de marchar una milla en el sitio de otra. Debemos velar por lo que ellos todos, incluido los gestores y los miembros del consejo de administración del hospital, los que trabajan con personas vulnerables y enfermas, adopten una actitud que les permita identificar, escuchar y enterarse de unos de otros (Galvin y Todres, 2012).

Este cambio de actitud significa que niveles peligrosos de personal y normas de práctica deben ser expuestos. Incumbe a la enfermera de mantener las mejores normas de cuidados; esto puede significar que, si organizaciones individuales ignoran informaciones que tienen en cuenta niveles de personal y de normas de cuidados peligrosamente bajos, debemos considerar, como profesión, cómo compartimos estas informaciones (National Voices, 2012).

La etiqueta de denuncia no es útil cuando niveles peligrosos e inapropiados de cuidados o de dotación en personal son señalados, porque sienten el patio de recreo o el patio de recreo de la escuela. Deberemos posiblemente pensar en términos de salvaguardia en el seno del entorno de cuidados, preservando la seguridad y la dignidad velando por lo que las actitudes y las acciones sean ejemplares. Somos los que están en primera línea y sabemos cuando las cosas andan mal (Torres, 2015).

Staffordshire, Francis (2010) identificado, que: el principal problema puesto por los pacientes y las familias era la actitud del personal de confianza.

Así sea que clasifiquemos la asistencia a enfermos como fundamentales, fundamentales o esenciales, esto no es importante. Lo que debemos aceptar, es que estos cuidados son tan importantes como los elementos tecnológicos y curativos de los cuidados de salud. Debemos ir más allá de la crítica de la manera en la que los técnicos asumen los aspectos sociales y relacionales de los cuidados y sobrepasar así los cuidados centrados sobre el paciente para concentrarse sobre un enfoque humanitario verdaderamente compasivo y humanitario (Galvin y Todres, 2012). Las enfermeras deben colocar el bienestar y los pacientes individuales, con todas sus complejidades, en el centro de nuestras actividades y, sobre todo, debemos poder defender nuestro caso. Debemos defender lo que es justo y velar por lo que ellos todos los que trabajan en el sector de la salud comprendan que lo que hacemos, cómo actuamos como modelos, enseñemos y garanticemos la calidad de los cuidados médicos. (Epifanía y Vázquez, 2017). Los problemas actuales en materia de cuidados son los siguientes: cuidados de la vejiga y de los intestinos; la seguridad; higiene personal y oral; nutrición e hidratación; mantenimiento de la zona de presión; limpieza y control de las infecciones; vida privada y dignidad; obligada de registros; diagnóstico y tratamiento; comunicación; gestión de la descarga. Todos estos aspectos son unos aspectos fundamentales de la práctica

enfermera y deben ser realizados con dignidad, seguridad y afección; sin embargo, el modo en el que las enfermeras individuales lo hacen es controlado por nuestras actitudes, nuestras creencias, nuestros valores y nuestras acciones (Galvin y Torres, 2012).

Dimensiones de la variable de la calidad del cuidado

Dimensión humana:

Es definido como una respuesta adecuada a una necesidad bien definida en un esfuerzo al cual todas las partes son satisfechas. Ciertos aspectos de esta definición compleja son discutidos detalladamente. Para medir la calidad, ciertos criterios absolutos y relativos son necesarios. Reposa en valores centrados sobre el mundo de la salud, todo lo que es hecho para promover, proteger la salud, tratar la enfermedad y garantizar un entorno favorable para una vida sana y armoniosa en los dominios físicos, emocionales, sociales y espirituales (Jean Watson, 2010).

Según Poblete (2009) consiste en:

Una postura ética, para poder contribuir con el bienestar general, la conservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la integridad humana y nuestra espiritualidad, lo que contribuye en la construcción del conocimiento y de la vida. El ideal y el valor del cuidado son puntos básicos del contacto con el paciente, lo cual exige una actitud positiva, una buena intención, un compromiso y un juicio consciente que se expresa en actos concretos. El cuidado humano, sobresale y va más allá del actuar de la enfermera y produce actos colectivos, que tienen consecuencias importantes para la humanidad y la sociedad.

Según Lopera, et. al., (2010) refieren que:

El humanismo en enfermería, es un acto de entender y tratar al ser humano como persona, dicho de manera distinta, “tratar al otro como te gustaría que te traten”. Según este punto de vista, es preciso recordar que cuando decidimos ser enfermeras (os), casi siempre se piensa en ayudar, cuidar y acompañar al otro. Así, el humanismo está relacionado a nuestra persona y hacia nuestra carrera, ya que nace de la persona que somos.

Lerena, et al, (2015), refieren que:

El amor a la profesión, la responsabilidad, el humanismo y la honestidad, constituyen valores fundamentales, que forman parte del ser de un profesional competente y capaz, que se reflejan en cada persona de manera distinta, en base a su historia individual, sus intereses y su aptitud.

En cuanto a los indicadores de la dimensión humana tenemos:

Respeto a los derechos del paciente:

Esto debido a que cualquier persona tiene los mismos derechos de ser atendidos, más aún en una situación de emergencia.

Trato personalizado

Esto quiere decir que el profesional de la salud tiene un trato directo con la paciente situación muy común con el profesional de enfermería. (Lopera, et. al., 2010)

Dignidad

Hace referencia al valor inherente al ser humano por el simple hecho de serlo, en cuanto ser racional, dotado de libertad.

Tolerancia

Tolerancia se refiere a la acción y efecto de tolerar. La tolerancia se basa en permitir hacia la otra persona que es diferente de lo propio.

Privacidad

Se refiere a la información que solo le concierne al paciente y a la plana medica es decir no disponible para otros fines sin una previa autorización del paciente. (Lopera, et. al., 2010)

Responsabilidad

Referente a cumplir con una tarea determinada, cuando el profesional de la salud cumple con su juramento hipocrático, con el servicio por el cual como profesional desarrolla.

Dimensión técnica:

Pone el énfasis en la utilización de los conocimientos y la utilización apropiada de la tecnología, la función técnica favorece su aplicación de manera unificada, sistemáticamente sometida a un test y evaluada (Jean Watson, 2010).

Comprende todos los requisitos indispensables que se desarrollan acordes con lo estrictamente científico, es decir, con el cumplimiento de los protocolos y guías de atención. (Lopera, et. al., 2010)

En esta dimensión el usuario tiene poca capacidad y posibilidad de evaluar y calificar, por lo cual se espera que la institución como mínimo garantice estos aspectos. Son las entidades de control de calidad y los colegios profesionales los llamados a verificar que las instituciones de salud cumplan con

parámetros mínimos que garanticen a la sociedad servicios seguros y con un mínimo de estándares. (Poblete, 2009)

En cuanto a los indicadores de la dimensión humana tenemos:

Interrelación Enfermera- Paciente

En enfermería, se establecen relaciones con el paciente y familiares, de modo que le permita a la enfermera favorecer la relación terapéutica, satisfacer las necesidades del paciente y brindar cuidados de enfermería. ... Palabras clave: relación enfermera-paciente; enfermería; teorías de las relaciones interpersonales.

Autonomía y Competencia profesional

Se refiere al poder de decisión que tiene el profesional de la salud y la formación continua que realiza para poder brindar una atención y cuidado de calidad.

Juicio Clínico

Se refiere a la calificación de la enfermedad. Consiste en la evaluación del conjunto de síntomas y signos de un paciente, junto con los datos proporcionados por las pruebas complementarias, para hacer una estimación sobre el diagnóstico de la misma, el estado del enfermo y el tratamiento más adecuado

Competitividad

Es la actitud de superación que tiene todo profesional, es un rasgo humano muy presente en la parte evolutiva y de supervivencia, le permite a la persona sobresalir entre las otras.

Dimensión interpersonal:

Un control calidad sistemática es integrado garantiza un proceso dinámico de correcciones de calidad. La gestión íntegra de la calidad tal como ella ha sido desarrollada en la industria puede ser puesta en ejecución en medicina solamente con algunas correcciones menores en el dominio de la ética donde sugiere una comunicación honrada, honrada, clara y oportuna entre los participantes (Jean Watson, 2010).

Es dar la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales que se dispone y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de satisfacción para el usuario como para los profesionales, al costo más razonable es así que conseguir un nivel de calidad óptimo equivale, por tanto, a desarrollar grados de efectividad, de eficiencia, de adecuación y de calidad científico-técnica en la práctica asistencial de enfermería que conlleve a la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente. (Lerena, et. al., 2015),

La dimensión interpersonal según Avedis Donabedian afirma este tipo de dimensión se refiere a la interacción social entre el paciente, familiares y cualquiera de los miembros del equipo multidisciplinario para involucrar una actitud de atención y sentir interés por el paciente, la enfermera al momento que va a brindar sus servicios, 19 tiene que tener en cuenta la práctica de valores y normas, incluye características como la comunicación, dignidad, el trato amable, responsabilidad, dedicar a cada uno el tiempo que necesita durante la atención, saber escuchar y ser clara en la información suministrada respecto de los procedimientos, intervenciones y dudas manifestadas por los pacientes. (Poblete, 2009)

Tipo de trato

Es el trato que le brinda el profesional de enfermería la paciente esto varia de acuerdo a la personalidad cualidades y características de los involucrados.

Tipo de Interés

Es la forma que refleja el profesional de la salud en cuanto al interés que tenga hacia el paciente en relación a su cuidado y atención.

Tipo de Conversación

La conversación que se establezca entre el enfermero y paciente debe ser de una forma clara que no complique más sus dudas o miedos, debe ser clara y precisa y a su vez entendible.

Ideologías y creencias religiosas

Cada persona tiene sus propias creencias e ideologías es por ello que el enfermero como profesional que es y defensor de los derechos de la humanidad debe respetar la cultura, ideología, y creencias que el paciente tiene, haciendo valer el trato humanizado que conlleva.

2.1.2 Nivel de ansiedad

Ansiedad

La ansiedad se define como una condición emocional transitoria consistente en sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo, temor y elevada actividad del sistema nervioso autonómico. (Torres, 2015)

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. (García, 2013).

Por otro lado, Torres (2015) refiere que: “La ansiedad es una alteración psíquica caracterizada por un sentimiento de temor y de aprehensión que puede ser componente de enfermedad psiquiátrica o un desorden de ansiedad independiente y estar acompañado de componentes somáticos, alteraciones psíquicas e hiperactividad simpática”.

Nivel de ansiedad

La inmensa mayoría de la gente prueba un cierto nivel de ansiedad de cuando en cuando. En numerosas situaciones, sentirse ansioso es completamente normal, por ejemplo, si usted pasa la prueba de conducta o va a una entrevista de trabajo. Pero una vez la situación pasada, su ansiedad también debería desaparecer. Esto se vuelve más problemático cuando usted se siente sobrepasado por la ansiedad más frecuentemente, o hasta todo el tiempo (Galvin y Todres, 2012).

La ansiedad puede causar una variedad de síntomas físicos y emocionales, como:

- Respiración más rápida o dificultad en respirar
- Frecuencia cardíaca aumentada o irregular se siente cansado, pero no puede dormir
- La decoloración o el vértigo
- Dolor de cabeza sentirse agitado, incapaz de concentrarse
- Sudor de calor sentirse constantemente al borde Temer lo peor (tener un sentimiento de miedo) Oliendo que otras personas le miran
- No poder dejar de pensar en cosas negativas
- No poder motivar (Torres, 2015).

Hay diferentes niveles de ansiedad. De manera general, la ansiedad moderada es el tipo de ansiedad que el (la) inmensa mayoría de nosotros encuentran al diario en ciertas situaciones. Usted puede tener una sensación inconfortable en su estómago y sentir su pulso ligeramente aumentar. Pero la ansiedad a este nivel también puede ser benéfica, porque puede ayudarle a concentrarse y a aumentar su vigilancia (National Voices, 2012).

La ansiedad moderada es similar a la ansiedad ligera, pero puede volverse más grave y abrumador, lo que le hace más nervioso y agitado (García, 2013).

La ansiedad grave es de alto nivel, y capaz de pensar de manera racional y de sentir un pánico grave. Usted puede sentirse temeroso, confuso, agitado y retirado y también tener dolor de pensar claramente. Su respiración puede apresurarse y usted puede comenzar a transpirar mientras que sus músculos se sienten muy apretados (García, 2013).

La ansiedad grave es de alto nivel, y capaz de pensar de manera racional y de sentir un pánico grave. Usted puede sentirse temeroso, confuso, agitado y retirado y también tener dolor de pensar claramente. Su respiración puede apresurarse y usted puede comenzar a transpirar mientras que sus músculos se sienten muy apretados (García, 2013).

Marín, et al. (2010) Anotan que: también existen varios trastornos ansiosos, incluido el Trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Ser inquieto respecto a una cosa o de una situación específica, GAD es cuando usted se siente ansioso respecto a muchos problemas diferentes, a menudo sin una buena razón.

El Trastorno por estrés postraumático o Trouble de stress post-traumatique (TSPT) es un tipo de ansiedad específica en el cual usted se siente muy estresado o temeroso a propósito de un acontecimiento traumatizante, como un accidente o un ataque violento. El personal militar puede probar un trastorno de estrés post-traumático después de haber estado en el combate, por ejemplo. (Hernández, 2014).

El trastorno pánico se produce cuando usted tiene ataques de pánico regularmente. Un ataque de pánico puede hacerle sentir nauseabundo, sudoroso, inestable y atolondrado, y usted puede tener el sentimiento que su corazón pega muy rápidamente o de manera irregular (palpitaciones). Pueden no ser perjudiciales sobre el plan físico, pero los ataques de pánico pueden ser muy horrorosos (Riveros, 2010).

Las fobias también son un tipo de trastorno de ansiedad. Puede tener una fobia cuando tiene un miedo abrumador o exagerado a algo que normalmente no debería ser un problema. Dependiendo del tipo de fobia que tenga, puede afectar seriamente su vida diaria y causar una gran angustia. El trastorno de ansiedad social o fobia social es un tipo de fobia en la que se tiene un intenso temor a las situaciones sociales. Si cree que puede tener los síntomas de un trastorno de ansiedad o si la ansiedad es una constante en su vida, es importante obtener el

asesoramiento de un profesional de la salud calificado. Puede encontrar más información sobre cómo manejar su salud mental, incluida la reducción de la ansiedad, en nuestras guías de la Mente de la salud mental (Torres, 2015).

Ansiedad preoperatoria

La ansiedad pre-operatoria es una sensación corriente en casa de los pacientes que entran para una intervención quirúrgica. Puede ser descrito como un estado enfadoso de tensión o de incomodidad que resulta de dudas o temores de un paciente antes de una operación. El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo o State Trait Anxiety Inventory (STAI) es un método ampliamente utilizado para medir la ansiedad preoperatoria a fines de búsqueda. Consiste en dos escalas de 20 elementos en los cuales los pacientes son invitados a evaluar los síntomas particulares (Reyes, 2014)

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo o State Trait Anxiety Inventory (STAI) reposa en la teoría según la cual existen dos aspectos distintos de la ansiedad. La escala de estado es concebida para medir la excitación circunstancial o temporal de la ansiedad y la escala de Raya es concebida para medir las características de la personalidad antigua atadas a la ansiedad. Los ítems de cada escala están basados en un modelo a dos factores: ansiedad presente o ausencia de ansiedad (Torres, 2015).

Factores que producen el desarrollo de la ansiedad

Una variedad de miedos puede provocar una ansiedad preoperatoria.

Comprenden el miedo de:

- El desconocido
- fracaso quirúrgico
- Anestesia
- Pérdida de identidad personal
- Recuperación alrededor de extranjeros
- Dolor
- Pérdida de control
- La muerte
- Fracaso de la recuperación
- entorno extraño (Torres, 2015).

Otros factores de la intensidad de la ansiedad preoperatoria son:

- Experiencias hospitalarias anteriores; características sociodemográficas (tales como la edad, el estado matrimonial y la escolaridad).
- Características psicológicas (tales como las estrategias de adaptación y el apoyo social percibido).
- Sexo (las mujeres tienden a tener niveles de ansiedad preoperatorio más elevados que los hombres) (Galvin y Todres, 2012).

Los factores más corrientes que afectan la ansiedad son clasificados de allí son:

Baja ansiedad: Esto se ve entre las personas con predisposiciones de personalidad que empujan a una persona a negar los signos de peligros inminentes y a ignorar las advertencias severas del personal médico. Este grupo también comprende obsesivos serios, al presentar

personajes esquizoides retirados y pacientes otros disturbios évitants. Algunos de los pacientes que prueben niveles débiles de ansiedad son emotivos y receptivos a su entorno, pero si informaciones desagradables son surtidas, hay un cambio inmediato a un grado moderado de aprensión (Torres, 2015).

Ansiedad moderada: esto se observa en personas que responden muy bien a la estimulación externa. Por lo general, las personas de este grupo están muy influenciadas por la información que se les proporciona. La información parece tener una influencia positiva en estas personas: los peligros potenciales, cómo se superan los peligros y los factores de protección ayudan a los pacientes a captar la realidad y superar las preocupaciones (Mas y Comas, 2010).

Ansiedad alta: Esto es observado entre los pacientes predispuestos a sufrir de síntomas neuróticos y en su casa que prueban dificultades extremas con la amenaza de lesiones corporales. Esto incluye a los con luchas internas reprimidas que se manifiestan por una amenaza externo (Méndez, 2011).

Del lado positivo, si la ansiedad es moderada en casa de un paciente, la ansiedad puede ayudar a prepararse para la cirugía. Del lado negativo, la ansiedad puede causar daños si el paciente prueba una cantidad excesiva o diminutiva. Una de las razones a esto es que las pequeñas cantidades de ansiedad no preparan adecuadamente al paciente el dolor que provoca un aumento de los niveles de ansiedad, lo que aumentaría su sentido de tacto, del olfato o del oído. Esto produce un dolor intenso, vértigos y náuseas. También puede aumentar los sentimientos de agitación del paciente en un entorno desconocido (Méndez, 2011).

Clasificación de la ansiedad

Aunque antes de la ansiedad hubiera sido tratada como un disturbo afectivo, lo que implica una disfunción de los procesos emocionales del individuo, y para comprender mejor la extensión de este concepto, es necesario hacer una distinción fundamental diferenciando la ansiedad clínica o patológica (Delgadillo, 2016).

Ansiedad no clínica: En este tipo de ansiedad presenta dos tipos:

Ansiedad de rasgo (neuroticism). La ansiedad atada al carácter sobreviene en respuesta a una amenaza percibida, que difiere por su intensidad, su duración y la gama de las situaciones en las cuales se produce. La ansiedad de rasgo designa las diferencias entre los individuos en cuanto a su tendencia que hay que probar de la ansiedad frente a la anticipación de una amenaza.

Las personas que tienen un nivel elevado de ansiedad de raya sienten grados más intensos de ansiedad en ciertas situaciones que la inmensa mayoría de la gente y sienten la ansiedad frente a un abanico más ancho de situaciones o de objetos que la inmensa mayoría de la gente. Por esta razón, la ansiedad de raya define una característica de la personalidad más bien que un sentimiento temporal (Delgadillo, 2016).

Ansiedad-estado. La inquietud del estado sobreviene cuando la persona hace una evaluación mental de un tipo de amenaza. Cuando el objeto o la situación percibida como la que amenaza desaparece, la persona no siente más ansiedad. Así, la ansiedad del Estado se refiere a una condición temporal en respuesta a una amenaza percibida (Delgadillo, 2016).

Ansiedad patológica: La ansiedad es una experiencia humana común que puede ser una reacción a una amenaza externo o a un conflicto interno. Comprende un componente emocional poderoso asociado con pensamientos horribles y con una respuesta fisiológica. Aunque

teniendo potencialmente efectos benéficos sobre el mejoramiento de la realización gracias a una reacción de combate o de huida, en ciertos casos, la ansiedad también puede causar un desamparo importante y efectos negativos profundos sobre el comportamiento (Delgadillo, 2016).

Dimensiones de la variable nivel de ansiedad.

Dimensión cognitiva:

Los síntomas cognitivos de la ansiedad comprenden

Pensamientos recurrentes u obsesivos, sentimientos de fatalidad, pensamientos o ideas que son mórbidas o inducen un miedo y una confusión o una incapacidad que se concentra (Gómez, Monsalve y Soriano, 2010).

Se refiere a los sentimientos y pensamientos que surgen durante los estados de ansiedad. La persona puede tener sentimientos de temor, inseguridad, preocupación, dificultad para concentrarse, inconvenientes para tomar decisiones, pensamientos negativos o sentimientos de inutilidad, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada por dificultad para pensar con claridad. (Gómez, Monsalve y Soriano, 2010)

Es el componente emocional, de la experiencia interna, que incluye experiencias de miedo, alarma, inquietud, preocupación, obsesión, etc. Además, destaca que es el componente central de la ansiedad. (Delgado, 2015).

Temor

Es una pasión del ánimo que lleva a un sujeto a tratar de escapar de aquello que considera arriesgado, peligroso o dañoso para su persona. El temor, por lo tanto, es una presunción, una sospecha o el recelo de un daño futuro. (Roca, 2009).

Inseguridad

Es una sensación de malestar, nerviosismo o temeridad asociado a multitud de contextos, que puede ser desencadenada por la percepción de que uno mismo es vulnerable, o una sensación de vulnerabilidad e inestabilidad que amenaza la propia autoimagen o el yo. (Delgado, 2015)

Preocupación

Intento de resolver un problema que amenaza fijando un curso de acción adecuado y se convertirá en problemática cuando no llegue a buen término su función. Cuando detectamos la presencia de un problema, comenzamos de inmediato su afrontamiento. Si las circunstancias lo permiten, nos ayudamos del lenguaje interno (pensamiento) para resolverlo. Nuestro lenguaje nos sirve para simular nuestro comportamiento futuro y prever sus consecuencias sin necesidad de actuar. (Gómez, Monsalve y Soriano, 2010)

Pensamientos negativos

Ideas perniciosas que aparecen en nuestra cabeza sin que las busquemos y constituyen una peligrosa fuente de emociones perturbadoras. (Delgado, 2015).

Pérdida de control

Se caracteriza por un comienzo insidioso y progresión gradual con declinación precoz en la conducta social y en el manejo de la conducta personal. Los desórdenes conductuales se caracterizan por desinhibición social, pérdida de la conciencia de enfermedad,

problemas en la higiene y el cuidado personal, rigidez mental, cambios en la dieta (algunos pacientes comen compulsivamente y tienen una llamativa preferencia por comidas dulces), conducta inapropiada y rutinas o rituales compulsivos. Sin embargo, algunos pacientes pueden, en cambio, presentar un cuadro de apatía marcada. (Gómez, Monsalve y Soriano, 2010).

Dimensión fisiológica:

El sistema nervioso central del ser humano es conectado para responder a los peligros o a los acontecimientos. Estas respuestas no están sometidas a ningún control consciente. Representan una adaptación evolutiva a los depredadores de los animales y a otros peligros a los cuales todos los animales, incluido los humanos primitivos, deben hacer frente. La reacción más familiar de este tipo es la reacción dicha por combate o por huida. Esta respuesta es la alerta roja automática del organismo humano en una situación donde su vida peligra.

Es un estado de hiperactividad fisiológica y emocional marcado por una tensión muscular importante y con fuertes sensaciones de miedo o de cólera. Cuando una persona tiene una reacción de combate o de huida, el nivel de hormonas de estrés en su sangre aumenta. Se vuelven más alertos y atentos, sus ojos se dilatan, su ritmo cardíaco aumenta, su ritmo respiratorio aumenta y su digestión disminuye, lo que permite liberar más energía para los músculos (Gómez, Monsalve y Soriano, 2010).

Este componente está conformado por los cambios que se desarrollan en el sistema nervioso central y que esta relacionados con la presencia de determinados estados emocionales. Se reflejan mediante la sudoración, dilatación pupilar, aumento de tensión muscular, palidez facial, temblor, entre otros, y también a nivel interno mediante la aceleración cardíaca. Así mismo hay

tensión motora (temblor, dolores musculares, fatigabilidad, inquietud e intranquilidad). Hiperactividad, hiperactividad vegetativa (sudoración, palpitaciones, taquicardias, manos sudorosas, insomnio). (Delgado, 2015)

Por otro lado, el sistema fisiológico está relacionado con los cambios en la actividad del sistema nervioso autónomo, como la sudoración, dilatación pupilar, aceleración cardíaca, aceleración respiratoria etc. (Delgado, 2015).

Palpitaciones

Las palpitaciones son la sensación incómoda cuando se es consciente de su propio latido cardíaco. El corazón puede parecer latir más rápido o más fuerte de lo normal, o que puede saltarse un latido (latido irregular). (Antony y Swinson, 2014).

Tensión

Es una sensación que creamos al reaccionar a ciertos eventos. Es la manera en la que el cuerpo se enfrenta a un reto y se prepara para actuar ante una situación difícil con enfoque, fortaleza, vigor y agudeza mental. (Torres, 2015)

Respiración rápida

Hiperventilación generalmente se utiliza si usted está tomando respiraciones profundas y rápidas. Esto puede deberse a enfermedad pulmonar o por ansiedad o pánico. Los términos algunas veces se usan indistintamente. (Antony y Swinson, 2014).

Síntomas cardiovasculares

Son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen: Cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que llevan la sangre al músculo cardíaco (corazón).

Síntomas gastrointestinales

Los trastornos que afectan al aparato digestivo (gastrointestinal) se denominan trastornos digestivos. Algunos trastornos afectan simultáneamente varias partes del aparato digestivo, mientras que otros afectan solo a una parte o un órgano. (Torres, 2015)

Síntomas neurovegetativos

Los síntomas neurovegetativos incluyen una serie de síntomas provenientes directamente del sistema nervioso autónomo, donde se describen diversas afectaciones, ayudando a demostrar qué es lo que el organismo está padeciendo, respectivamente. (Torres, 2015)

Dimensión conductual:

Aquí, la gente manifiesta su ansiedad a través de comportamientos tal como temblores, parálisis, tartamudeo o dificultades de elocución, ademanes, movimientos repetitivos de ciertos miembros del cuerpo, llorar fácilmente, evitar o evitar las situaciones problemáticas, fumar, comer o beber demasiado (Gómez, Monsalve y Soriano, 2010).

Este componente es el observable de la conducta en otra palabra se da mediante respuestas de evitación y escape. “Esta respuesta puede ser provocada, tanto por situaciones o estímulos externos, como por estímulos internos, tales como: pensamientos, creencias, expectativas, atribuciones, entre otros, los cuales son percibidos por el sujeto como eventos amenazantes” (Delgado, 2015)

El sistema motor – conductual, que son las respuestas observables producidas por la ansiedad que incluye respuestas instrumentales de evitación o escape, respuestas defensivas, otros movimientos o gestos corporales, expresión facial etc. (Delgado, 2015)

Paralización

Es una respuesta del organismo a un eminente peligro, es psicológico ya que no hay ningún impedimento físico solo es mental.

Tartamudeo

Es un trastorno del habla en el cual los sonidos, sílabas o palabras se repiten o duran más tiempo de lo normal. Estos problemas causan una ruptura en el flujo del lenguaje (llamado disfluencia o falta de fluidez). (Torres, 2015)

Gesticulación

Se denomina gesticular a la actividad consistente en comunicar mediante gestos una idea subyacente. La gesticulación puede componerse de distintas formas de movimientos corporales que incluyen la cara, la cabeza, las extremidades, etc. (Torres, 2015)

Movimientos repetitivos

Si bien los ataques de pánico suelen ser uno de los episodios más tristemente clásicos de los picos de ansiedad, también existen otras maneras físicas o motrices de canalizar dicha ansiedad corporalmente. Una de ellas es a través de los movimientos involuntarios. O movimientos repetitivos que son realizados por nervios, casi sin control, o sin autoconciencia de los mismos. (Torres, 2015)

Llorar con facilidad

Se refiere cuando el paciente tiene una debilidad por noticias negativas, es una expresión que se da en respuesta a un sentimiento que lo perjudica.

2.2.- Estudios Previos

Se presentarán los estudios vinculados a la investigación:

2.2.1 Estudios internacionales.

Lozada y Viveros (2016) en su investigación que lleva por título: La participación del personal de enfermería en el pre-operatorio en pacientes con cirugías abdominales en el servicio cirugía de un Hospital público de Guayaquil. Con el objetivo de determinar las acciones de Enfermería en el pre-operatorio en pacientes con cirugías abdominales. Metodología. Fue una investigación de tipo descriptiva, cualitativa y transversal y observacional. Universo, población y la muestra fue de la misma cantidad por ser población pequeña siendo de 20 personas que compone al personal de salud. Los resultados Llegando a la conclusión de que en cuanto a las realizaciones del personal enfermero, las actividades de preparación deben ser parcialmente realizadas en el período preoperatorio pero generalmente no conocen o no disponen de información sobre los procedimientos realizados en esta institución provocando un aumento del riesgo de ciertas complicaciones del paciente.

Orellana (2014) en su tesis que lleva por título: Pacientes sometidos a una cirugía en el Hospital José Carrasco Arteaga en Cuenca, Ecuador. Con el objetivo de determinar la prevalencia de la ansiedad entre los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica e identificar la asociación con las condiciones de sexo, de edad y las experiencias quirúrgicas que antes han tenido. En este caso se trata de un estudio transversal descriptivo conformado por una muestra de 220 pacientes que muestran ansiedad antes de una intervención quirúrgica bajo anestesia general. El instrumento utilizado fue la prueba APAIS (escala ansiosa e información preoperatoria de Ámsterdam) e determinaron la prevalencia de la ansiedad preoperatoria era del 71,4 % y el deseo de informaciones sobre los procedimientos quirúrgicos y anestésicos lo cual se encontró que es de un 66,4%. Los niveles más altos de ansiedad que se han identificado en la sala de operaciones del 11,3 % de la población participante (de nivel de ansiedad de grado 4 y 5). La conclusión a la que se ha

llegado ha sido la siguiente: la ansiedad fue más frecuente entre personas de sexo femenino que masculino, la mayoría son pacientes de menos de 50 años y no presentaban experiencia anestésica anterior.

Guillén (2014) en su investigación que lleva por título: La ansiedad y la capacidad de hacer frente al proceso quirúrgico y frente a la evolución postoperatoria llevado a cabo en España. Con el objetivo de evaluar la información recibida y aceptada con la firma del consentimiento aceptado, la valoración del nivel de ansiedad del estado la capacidad de hacer frente a este cuadro, además de la relación entre estos parámetros y la duración del proceso postoperatorio que es un estudio transversal descriptivo, con una muestra de 150 pacientes admitidos en cirugía general y sistema licor, urología, ginecología u otros servicios, seleccionados secuencialmente durante la estancia preoperatoria. Se encontró que la mayoría de los pacientes convinieron que el médico señalara los riesgos de atados a la operación, pero cerca del 10% de ellos no deseaban conocer de las posibles complicaciones. De la operación. En general, los resultados mostraron un acuerdo sobre el hecho de que las informaciones deben ser recibidas a la vez por el paciente y los parientes directos, oralmente o por escrito. De tal modo el 25 % de los pacientes consideran que la forma de comunicación es demasiado compleja, mientras que el 72% de los pacientes estudiados consideran que las informaciones recibidas suficientes y que el 81%, reconocía tener la posibilidad de resolver las dudas al paciente cuanto las tenía.

Ham (2013) en su tesis que lleva por título: Nivel de ansiedad preoperatoria en las pacientes programadas para cirugía electiva en el hospital de ginecología y obstetricia del IMIEM, que se llevó a cabo en México. El objetivo fue determinar la frecuencia de presentación de estados de ansiedad en pacientes programadas a cirugía electiva en el Hospital de Ginecología y Obstetricia de IMIEM. Fue un estudio de tipo descriptivo y transversal, la muestra estuvo constituida por 75 pacientes programadas para cirugía electiva, se utilizó el instrumento de la recolección de ficha de datos con la escala de ansiedad preoperatoria y de necesidad de información preoperatoria de Ámsterdam, se halló que el 28% de los pacientes presenta ansiedad y 0%

estado ansioso previo, se utilizó la escala de Spielberg. Llegando a la conclusión de que la ansiedad pre-operatoria en la población estudiada es inferior a la producida y existe la correlación entre las variables.

Hinojosa (2013) En su estudio en donde estudio la ansiedad en la etapa preoperatoria del paciente. El objetivo de esta investigación fue evaluar la importancia de la visita nocturna del personal enfermero en el dominio de la cirugía y el dominio de la influencia sobre el estado de ánimo y la ansiedad que presentan en el momento los pacientes a la hora de su admisión en esta casa de salud y de poder aplicación de un tríptico, de cada patología, las informaciones necesarias para reducir el grado de ansiedad, después de la cirugía y observar los resultados en el período postoperatorio. Se trabajó con personal a enfermería con un total de 30 personas y una población de 70 pacientes. Llegando a concluir que, en la etapa preoperatoria, la atención no se apoya sobre el aspecto emocional del paciente, esto que es debido a la falta de personal que trabaja en la sala de cirugía y en la ausencia de trabajo en equipo. Las enfermeras afirmaron que el tiempo es un límite, motivo por el cual debe de ser capaces de utilizar este momento para neutralizar la ansiedad de los pacientes. Las enfermeras creen que cuidados completos deben ser abastecidos a todos los pacientes que entran en la sala de operaciones, pero debido a su falta de conocimientos en la gestión del PAE, no pueden solucionar los cuidados emocionales que presentan los pacientes.

2.2.2 Estudios nacionales

Delgadillo (2016) en su tesis que se llamó: Nivel de ansiedad del paciente en el paciente en momentos pre quirúrgico del servicio de cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho – 2016, Lima-Perú. El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de ansiedad de los pacientes en el período preoperatorio de la cirugía urgente al Hospital regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, Ayacucho - 2016. Fue un estudio de tipo cuantitativo, método descriptivo, nivel de aplicación de copa transversal la población fue constada por 40 pacientes delante de sufrirle una intervención quirúrgica urgente al hospital regional de Ayacucho, se utilizó la técnica del

mantenimiento y el instrumento de la escala de ansiedad de Zung, Pudiendose concluir que, existe un porcentaje alto de pacientes que presentan altos niveles marcados e intensos de ansiedad lo cual deben ser tomados en consideración para mejorar la calidad de la asistencia a enfermos.

Ataurima (2016) Satisfacción del paciente post operado sobre la calidad de cuidado de enfermería en el servicio de URPA. Hospital de apoyo Jesús de Nazareno, 2016. Lima. Su objetivo es determinar el nivel de satisfacción postoperatoria de los pacientes que concierne a la calidad de la asistencia a enfermos en el servicio de la unidad de recuperación de los anestésicos pacientes del hospital de apoyo Jesús de Nazareno - 2016. El tipo de búsqueda era simplemente descriptivo con un diseño transversal sobre población de 160 pacientes postoperatorios de la unidad de recuperación de los pacientes anestésicos del hospital de apoyo Jesús de Nazareno de enero al marzo de 2016 y de una muestra intencional de 40 pacientes, aplicando el cuestionario. El análisis estadístico era descriptivo con la aplicación del software IBM-SPSS versión 23.0. Los resultados mostraron que el nivel elevado de satisfacción que concernía al aspecto humano de la asistencia a enfermos había sido identificado en el 37,5 % de los casos y en el aspecto técnico en casa del 57,5 % de los pacientes postoperatorios. En conclusión, la tasa de satisfacción elevada sobre la asistencia a enfermos ha sido identificada en casa del 50 % de los pacientes postoperatorios.

Torres (2015) en su investigación que se llamó: Ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía Centro quirúrgico Clínica el Golf Lima-Perú 2014, Lima-Perú. El objetivo fue determinar el Nivel de Ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía Centro quirúrgico de la Clínica el Golf-2014. El estudio fue de tipo cuantitativo y el método descriptivo de las secciones eficaces. La muestra fue de 75 pacientes delante de ser operados a la clínica El Golf. La técnica utilizada fue la encuesta y la escala de ansiedad de Hamilton, teniendo en cuenta el consentimiento informado. Las conclusiones encontradas fue que el nivel de ansiedad entre los pacientes delante de sufrir una intervención quirúrgica, un nivel de ansiedad ligera, el 1 % 1) una ansiedad moderada, el 0 % 0) Ansiedad grave y el 65%(8).

Urrutia y Cantuarias (2015) en su investigación que se tituló: Calidad de cuidado de enfermería y satisfacción del usuario adulto en emergencia. Hospital la caleta, 2015, de la ciudad de Chimbote, Perú. Con el objetivo de determinar la calidad de la asistencia a enfermos con relación al grado de satisfacción del usuario adulto en el servicio urgente del hospital Caleta de Chimbote, 2015. Fue un estudio de tipo cuantitativo y descriptivo. La muestra fue constada por 217 adultos pacientes y dos instrumentos han sido utilizados para la colecta de los datos: una encuesta para conocer el nivel de calidad de los cuidados y otra para conocer la satisfacción de los usuarios; los resultados fueron los siguientes: el 93 % de calidad de la asistencia a enfermos y el 7 % de los cuidados regulares, el grado de satisfacción el 86 % de los usuarios adultos de los servicios urgentes se sentían satisfechos, el 13 % poco satisfechos y el 1 % insatisfechos.

Monchón y Montoya (2013) Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia. Hospital III-Es salud Chiclayo, 2013; Chiclayo. El estudio fue de tipo descriptivo con una muestra de 329 pacientes. Se concluyó que el nivel de calidad del cuidado enfermero en el servicio de emergencia de este hospital es bajo.

Mármol (2013) en su tesis la cual se tituló: Cuidados de enfermería y percepción del paciente tras la informatización de las consultas en una zona básica de salud. Trujillo. Con el objetivo de conocer en cual medida la incorporación de un sistema informático, con un lenguaje enfermero unificado y una metodología de trabajo homogéneo, influye en la calidad de los cuidados dispensados en las consultas enfermeras de cuidados primarios a los adultos pacientes, entre 15 y 75 años. Años, con una enfermedad crónica en un sector de salud de base. Es un estudio retrospectivo descriptivo-analítico que considera dos dimensiones, transversales y longitudinales. La población fue de 300 pacientes. Concluyendo que, en cuanto a la opinión del paciente, en general, el hecho más sorprendente es la percepción que la utilización del ordenador aumenta la duración de la consulta, aunque la relación enfermera-paciente no soporte. El paciente no observó cambios importantes en la relación y la atención con su enfermera.

2.3.- Marco Conceptual

Ansiedad. Sentimiento de incomodidad o de amenaza vaga e incierta acompañado por una respuesta automática; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.

Ansiedad patológica: Se conforma en ciertos casos imágenes sintomáticas que constituyen los disturbios ansiosos y conducen a los resultados muy desagradables para los que sufren de eso.

Atención al paciente: Es el organismo encargado de servir a los usuarios de los servicios de salud, de velar por el respeto de sus derechos y obligaciones y de guiarlos en todo lo que necesitan.

Calidad técnica: Son medios de abastecer de servicios de salud a cada persona.

Confianza: Es la certeza de creer y de ser capaz de confiar en una persona de la otra persona o algo.

Continuidad: Se trata de seguir con cuidados que necesitan al paciente sin necesitar plazos, suspensiones, retrasos inútiles que perjudican la evaluación, el diagnóstico o el tratamiento.

Calidad de cuidados: Esto son comportamientos que la enfermera desarrolla con paciente en términos de cuidados.

Cuidados de enfermería en el preoperatorio: Las intervenciones enfermeras que son aplicadas a partir del momento en que el médico informe el paciente del tratamiento médico son quirúrgicas hasta su transferencia en sala de operaciones.

Eficiencia: Las competencias de gestión de la prestación utilizan los recursos disponibles.

Eficacia: La eficacia es la capacidad de obtener el efecto contado o deseado después de haber efectuado una acción.

Empatía: Es la capacidad del ser humano que se conecta a otra persona y que responde con una manera adaptada a las necesidades del otro.

Humanización: Es un proceso limpio de los seres humanos. Cada persona, contrariamente a otros seres vivos, desarrolló sentimientos tales como el amor de sí y para otros, la solidaridad, el compromiso hacia causas diversas.

Interés y preocupación: El interés y la inquietud del personal enfermero que abastece al paciente de los cuidados humanizados y una atención considerable respecto a él.

Intraoperatorio: Comienza cuando el paciente es pasado a la mesa quirúrgica.

Paciente pre quirúrgico: Le es nombrado a cada persona a partir del momento en que usted espera una intervención y le deja completamente.

Postoperatorio: Es cuando el paciente entra en la unidad de recuperación post-anestésica y se acaba cuando el cirujano levanta la vigilancia.

Preoperatorio: Esto comienza cuando la decisión es tomada a someter al paciente a la cirugía.

Profesional de Enfermería: Son todos los profesionales, los hombres o las mujeres, que ejercen la profesión enfermera adquirida por diploma de licenciatura.

Respeto: El respeto implica reconocer en sí y en otros los deberes, los

Salud: La Organización mundial de la salud tiene una definición específica: es el estado completo del bienestar físico mental y social.

Dimensión humana: Las dimensiones humanas son aquellas que nos muestran los diferentes aspectos que tenemos para relacionarnos con la vida. En el cuidado se refiere al lado humanizado de la atención y el cuidado de la enfermera

Dimensión técnica: Se refiere a las capacidades cognitivas de la enfermera a su conocimiento, su disponibilidad tecnológica, y estudio del ser con el objetivo de brindar un cuidado y atención de calidad.

Dimensión interpersonal: referente a la relación del profesional de la salud con el paciente el tipo de comunicación que tengan y como se desarrolla las necesidades médicas que este tenga.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.- Formulación de Hipótesis

3.1.1.- Hipótesis General

La calidad del cuidado del profesional de enfermería se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio del servicio de hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe - 2018.

3.1.2.- Hipótesis Específicas

La calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión humana se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe - 2018.

La calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión técnica se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe, 2018.

La calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión interpersonal se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe - 2018

3.2.- Identificación de Variables

3.2.1.- Clasificación de Variables

Variable Independiente (x): Calidad del cuidado

Variable Dependiente (y): Nivel de ansiedad

3.2.2.- Definición Conceptual de variables

Variable Independiente (x): Calidad del cuidado

Según la OMS (2017) calidad de cuidado es la percepción que el paciente tiene y espera, referente a la asistencia de enfermos, también nos dice que la calidad de la asistencia a enfermos es la ejecución apropiada de intervenciones sufridas y accesibles de seguridad en tiempo oportuno y de manera económica para la población. Tener la capacidad de producir una impresión satisfactoria sobre la salud del paciente.

Variable Dependiente (y): Nivel de ansiedad

La ansiedad se define como una condición emocional transitoria consistente en sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo, temor y elevada actividad del sistema nervioso autónomo (Torres, 2015).

3.2.3.- Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Calidad del Cuidado	Cuidado humanizado	Respeto a los derechos del paciente Trato personalizado Dignidad Tolerancia Privacidad Responsabilidad
	Técnica	Interrelación Enfermera-Paciente Autonomía y Competencia profesional Juicio Clínico Competitividad
	Interpersonal	Tipo de trato Tipo de Interés Tipo de Conversación Ideologías y creencias religiosas
Nivel de ansiedad	Aspecto cognitivo	Temor Inseguridad Preocupación Pensamientos negativos Pérdida de control
	Aspecto fisiológico	Palpitaciones Tensión Respiración rápida Síntomas cardiovasculares Síntomas gastrointestinales Síntomas neurovegetativos
	Aspecto conductual	Paralización Tartamudeo Gesticulación Movimientos repetitivos Llorar con facilidad

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1.- Tipo y nivel de Investigación

La investigación es de tipo cuantitativa puesto que su interés es para la aplicación de los conocimientos teóricos en una situación específica y las consecuencias prácticas (Bernal, 2010).

Hernández (2012) Indica que el nivel de la investigación es aplicable con alto grado de profundidad con el que un fenómeno o un acontecimiento de estudio es abordado, procura generar los conocimientos directamente aplicables a los problemas de la sociedad.

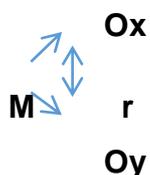
4.2.- Descripción del Método y Diseño

Método: El estudio seleccionado para la investigación fue descriptivo y transversal.

Descriptivo; porque, se describieron las variables tal como se presentan en la realidad.

Diseño: El diseño porque se utilizó en la presente investigación fue la correlación estadística.

En este sentido respondió al siguiente Esquema:



Dónde:

M = Muestra.

O_x = calidad del cuidado

O_y = Nivel de ansiedad

4.3.- Población, Muestra y Muestreo

Población: Estuvo conformada por pacientes del servicio de Hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe, 2018.

$$N=240$$

Muestra: Es el conjunto de los individuos tomados de la población para estudiar un fenómeno medible. Con el fin de determinar la muestra, la ecuación siguiente ha sido utilizada:

$$n = \frac{(z)^2 * (p*q*N)}{(N-1) (E)^2 + Z^2 (p*q)}$$

Z: Desviación Estándar según el nivel de confianza (Z=1.96).

E: Margen de error (5% = 0.05)

p: Probabilidad de ocurrencia de los casos (p=0.5)

q: Probabilidad de no ocurrencias de los casos (q=0.5)

N: Tamaño de la población (N=240)

n: Tamaño óptimo de la muestra

$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.5*0.5*240)}{(240-1) (0,05)^2 + (1,96)^2(0,5) (0,5)}$$

$$n = 148 \text{ pacientes}$$

Muestreo: El presente estudio presentó un muestreo probabilístico, aleatorio simple ya que todos tiene la misma oportunidad de ser elegidos

Criterios de inclusión

Pacientes del servicio de Hospitalización

Paciente con sus facultades mentales

Pacientes mayores de edad

Criterios de exclusión:

Pacientes de otro servicio

Pacientes con problemas mentales

Pacientes menores de edad

4.4.- Consideraciones Éticas.

Los principios de bioética aplicados sobre el profesional de la asistencia a enfermos han sido aplicados, lo que permitirá alcanzar los objetivos establecidos, moralmente y éticamente aceptados. Principios tales como: respeto, beneficencia, no maleficencia, autonomía, veracidad. Ser la base moral que hace a nosotros servidores de otros y respetar su integridad.

Respeto: Los datos recolectados estrictamente han sido utilizados a fines de búsqueda, respetando a cada persona y evitando hacer comentarios que perjudican su integridad, utilizando un estilo de comunicación que denota la cortesía y la sensibilidad hacia otros.

Autonomía: Sostiene la libertad individual que cada uno debe determinar sus propias acciones, con arreglo a la decisión de participar en la encuesta.

Veracidad: La ética de la búsqueda como exploración y búsqueda del conocimiento de la realidad tiene en realidad un principio limpio específico; por consiguiente, las condiciones de su realización deben ser de naturaleza y de características tales como ellas no lo quitan. Por consiguiente, las personas interrogadas deben responder a cada cuestión con toda franqueza.

No maleficencia: Es la consideración elemental cuando se reflexiona sobre los comportamientos deseables del ser humano cuando la posibilidad de dañar toda forma de vida es presunta, impactos desfavorables sobre el entorno y toda.

Beneficencia: Los resultados del proyecto de búsqueda nos permitirán promover la salud y mejorar la calidad de la asistencia a enfermos, así como la ansiedad de los pacientes en preoperatorio.

Justicia: Esta consideración ética implica que todos los pacientes sin distinción social o racial tienen el mismo derecho a ser tratados con dignidad y respeto en promoción de salud.

Confiabilidad: Se brindó la confianza necesaria a la muestra determinándole los objetivos de la investigación, así como la no manipulación de la información.

Confidencialidad: La información brindada por la muestra solo se utilizó para la investigación así mismo no se aplicó nombres ni información personal sin ánimo de perjudicar a nadie.

CAPÍTULO V

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1.- Técnicas e Instrumentos

5.1.1. Técnica

En cuanto a la técnica de recolección de los datos, la encuesta ha sido escogida y utilizada en esta investigación, reposa en cuestiones aplicadas sobre un grupo específico, en la que permite examinar las características, las opiniones, las costumbres, las costumbres, los conocimientos, etc. la descripción en el estudio presente.

5.1.2 Instrumento

El cuestionario realizado permitió recoger la validez de las informaciones necesarias de fiabilidad para responder al problema definido y alcanzar los objetivos formulados con consentimiento previo dado con conocimiento de causa.

Por lo que se preparó 30 ítems:

Para medir la variable Independiente “calidad del cuidado”: Se utilizó 15 ítems.

En la cual tuvo la siguiente valoración:

Bueno	(35-45)
Regular	(25-34)
Deficiente	(15-24)

Para medir la variable Independiente Dependiente “Nivel de ansiedad”: Se utilizó 15 ítems.

En la cual tuvo la siguiente valoración:

Alto	(35-45)
Medio	(25-34)
Bajo	(15-24)

Procedimiento:

1. Se entregó una cartilla de encuesta a cada paciente, informándoles previamente sobre el estudio que se les pretende realizar y los objetivos del mismo.
2. Luego se obtuvo el consentimiento de los encuestados, dando a conocer su participación de manera voluntaria.
3. Se aplicó el instrumento, se tabularon los datos, se confeccionarán tablas estadísticas a la vez obteniendo los resultados.

5.2.- Plan de recolección de datos, procesamiento y presentación de los datos

Para el presente estudio se realizó previamente el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al director Centro Médico Especializado San Felipe, 2018 solicitando la aplicación del instrumento. Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con la jefa del Servicio de Hospitalización, para luego establecer el cronograma de recolección de datos, considerando un tiempo promedio de aplicación de 25 minutos por entrevistado.

Para el análisis de los datos, después de haber obtenido las respuestas, los datos han sido extraídos en Excel, obteniendo las sumas de las dimensiones y de las variables. Luego, el software SPSS versión 23.0 ha sido utilizado para la reconversión de las variables en niveles - playas y abastecer los informes respectivos.

Los resultados obtenidos han sido presentados a través de las frecuencias y los porcentajes en los cuadros, también utilizando los gráficos a barras, elementos que permiten ver las descripciones y las relaciones posibles entre las variables del estudio. Para someter a un test las hipótesis como variables ordinales, utilizamos la prueba estadística no paramétrica Rho of Spearman.

CAPITULO VI

RESULTADOS, DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.- Presentación, análisis e interpretación de datos

6.1.1. Análisis descriptivo de las variables y dimensiones

Tabla 1

Distribución de datos según la variable de la calidad del cuidado

Niveles	f	%
Eficiente	44	29.73
Regular	62	41.89
Deficiente	42	28.38
Total	148	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

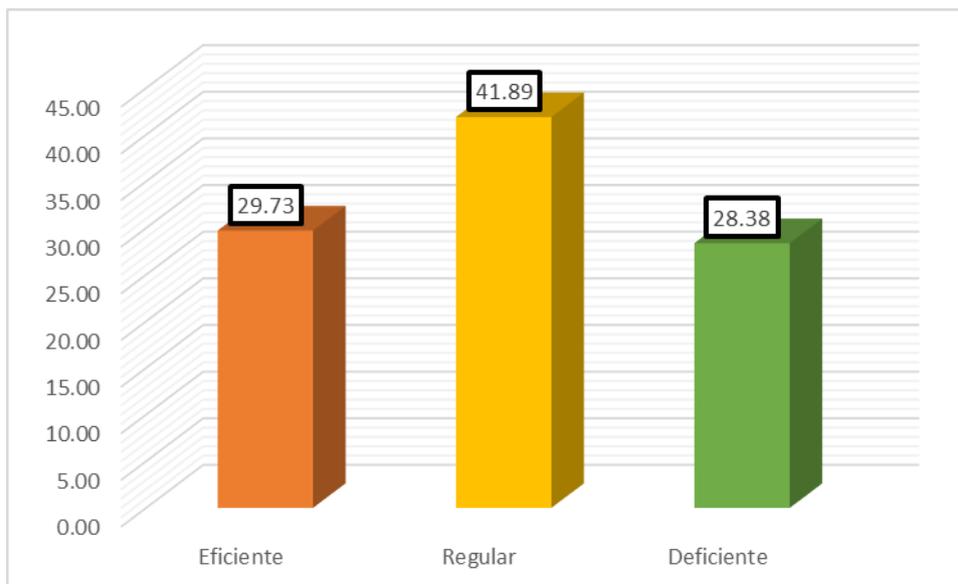


Figura 1: Datos según la variable calidad del cuidado

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 29.73% de los profesionales de enfermería presentan un nivel eficiente con respecto a la variable calidad del cuidado, el 41.89% presentan un nivel regular y un 28.38% un nivel deficiente.

Tabla 2

Distribución de los datos según la dimensión humana.

Niveles	f	%
Eficiente	46	31.08
Regular	62	41.89
Deficiente	40	27.03
Total	148	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

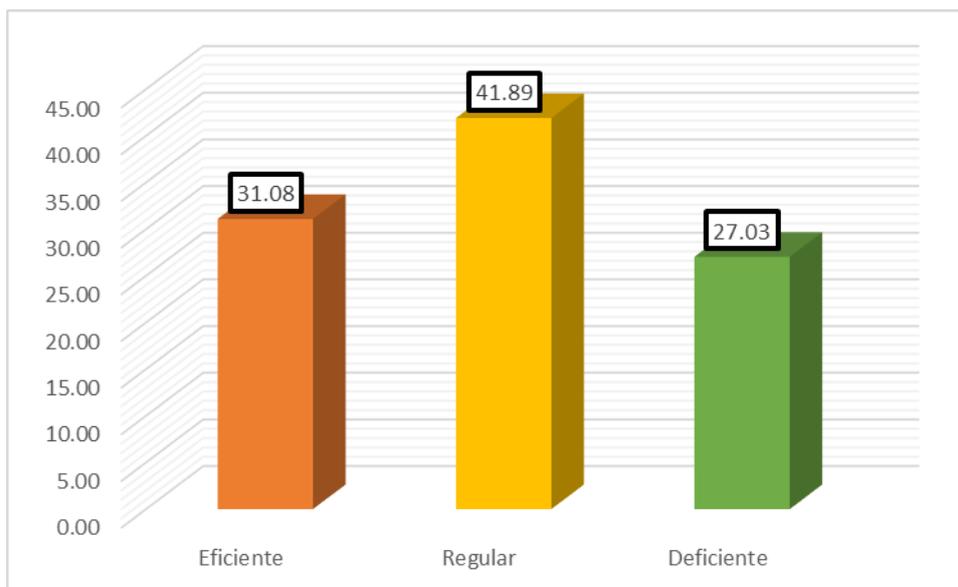


Figura 2: Datos según la dimensión humana

Análisis e Interpretación: de acuerdo a los datos obtenidos el 31.08% de los profesionales de enfermería presentan un nivel eficiente con respecto a la dimensión humana, el 41.89% presentan un nivel regular y un 27.03% un nivel deficiente.

Tabla 3

Distribución de datos según la dimensión técnica

Niveles	f	%
Eficiente	45	30.41
Regular	60	40.54
Deficiente	43	29.05
Total	148	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

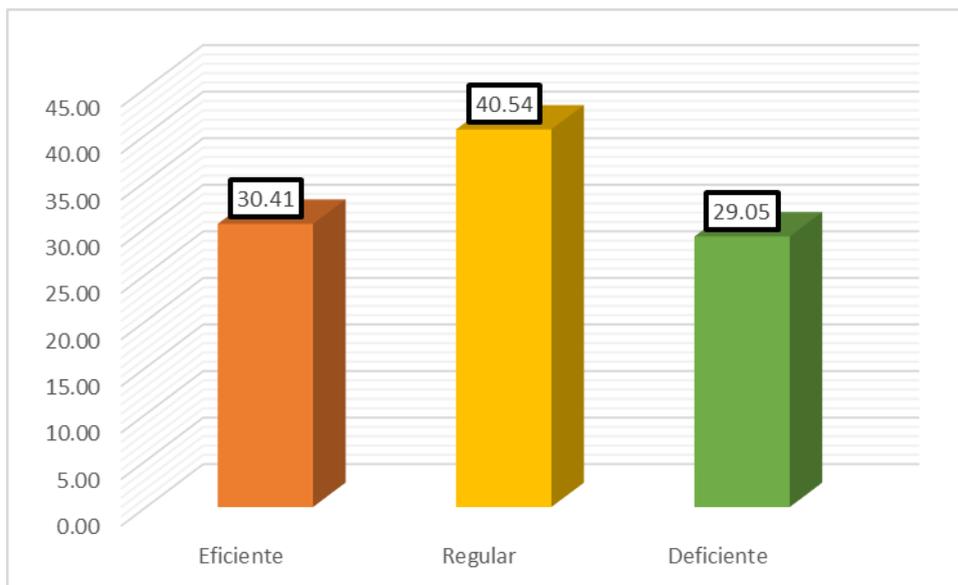


Figura 3: Datos según la dimensión técnica

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 30.41% de los profesionales de enfermería presentan un nivel eficiente con respecto a la dimensión técnica, el 40.54% presentan un nivel regular y un 29.05% un nivel deficiente.

Tabla 4

Distribución de datos según la dimensión interpersonal

Niveles	f	%
Eficiente	42	28.38
Regular	65	43.92
Deficiente	43	29.05
Total	148	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

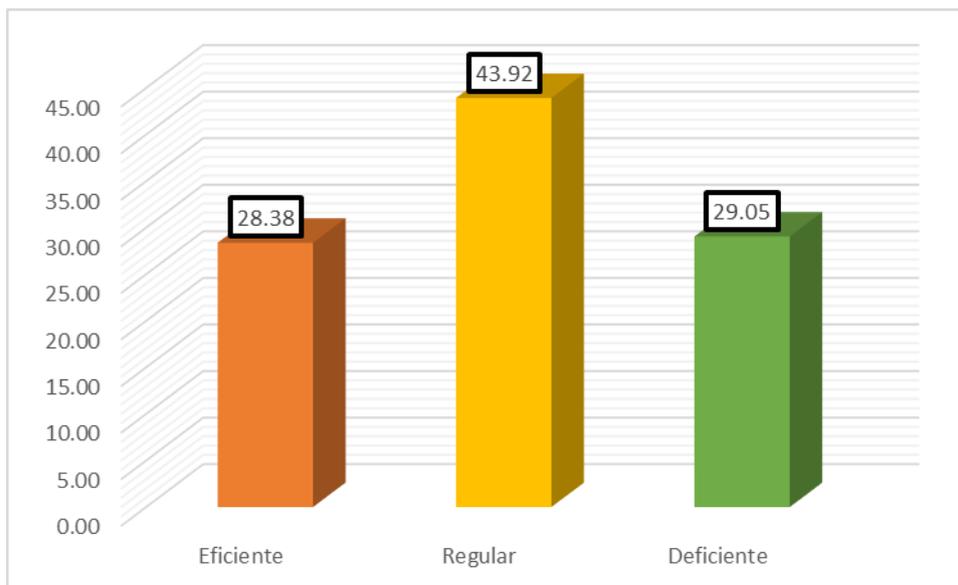


Figura 4: Datos según la dimensión interpersonal

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 28.38% de los profesionales de enfermería presentan un nivel eficiente con respecto a la dimensión interpersonal, el 43.92% presentan un nivel regular y un 29.05% un nivel deficiente.

Tabla 5

Distribución de datos según la variable ansiedad del paciente

Niveles	f	%
Alto	44	29.73
Medio	65	43.92
Bajo	39	26.35
Total	148	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

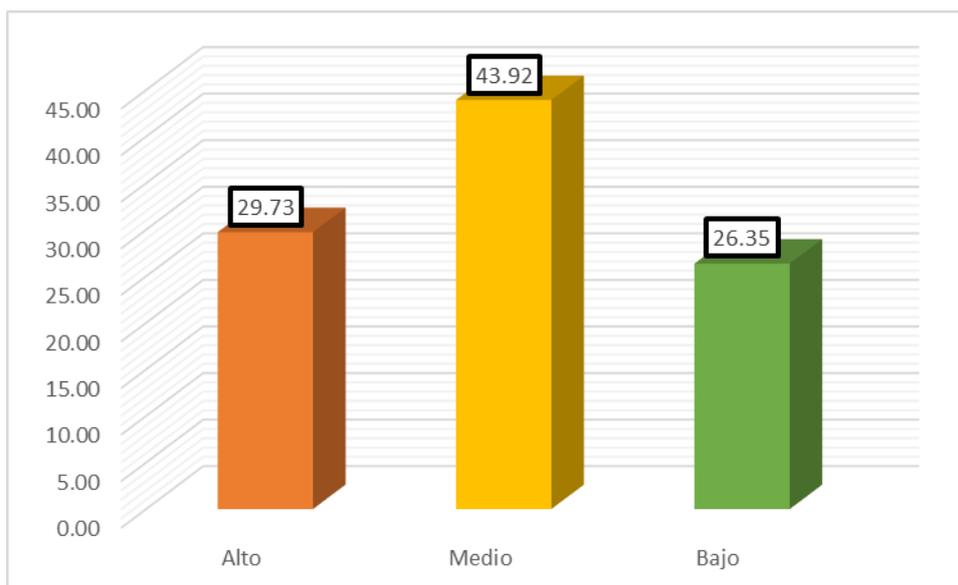


Figura 5: Datos según la variable ansiedad del paciente

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 29.73% de los profesionales de enfermería perciben un nivel alto con respecto a la variable ansiedad del paciente, el 43.92% perciben un nivel medio y un 26.35% un nivel bajo.

Tabla 6

Distribución de datos según la dimensión aspecto cognitivo

Niveles	f	%
Alto	44	29.73
Medio	69	46.62
Bajo	35	23.65
Total	148	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

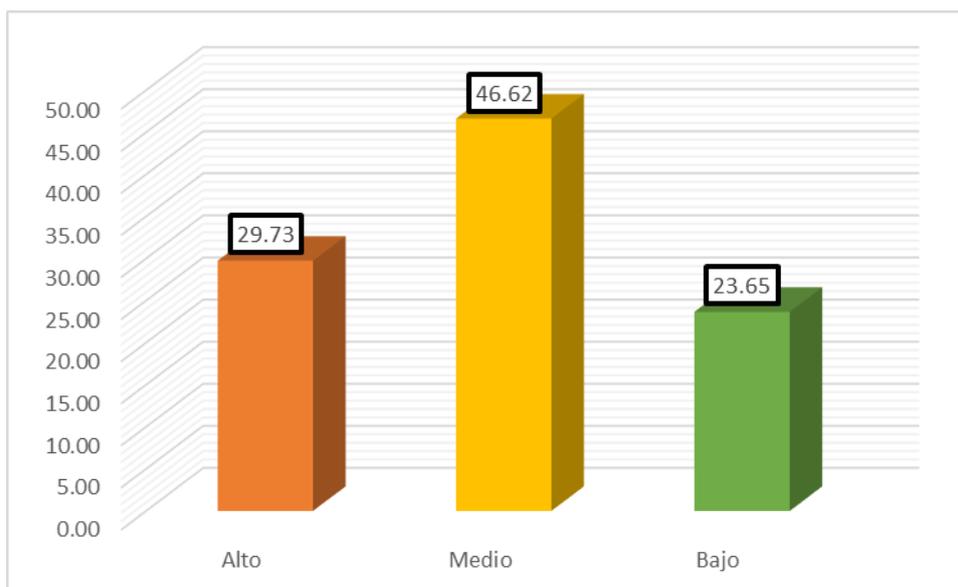


Figura 6: Datos según la dimensión aspecto cognitivo

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 29.73% de los profesionales de enfermería perciben un nivel alto con respecto a la dimensión aspecto cognitivo, el 46.62% perciben un nivel medio y un 23.65% un nivel bajo.

Tabla 7

Distribución de datos según la dimensión aspecto fisiológico

Niveles	f	%
Alto	47	31.76
Medio	66	44.59
Bajo	35	23.65
Total	148	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

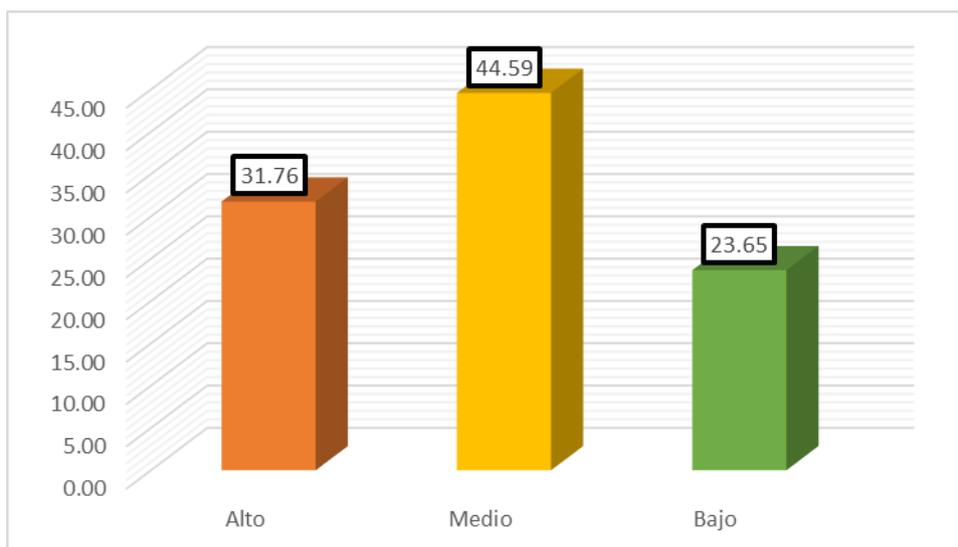


Figura 7: Datos según la dimensión aspecto fisiológico

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 31.76% de los profesionales de enfermería perciben un nivel alto con respecto a la dimensión aspecto fisiológico, el 44.59% perciben un nivel medio y un 23.65% un nivel bajo.

Tabla 8

Distribución de datos según la dimensión aspecto conductual

Niveles	f	%
Alto	41	27.70
Medio	63	42.57
Bajo	44	29.73
Total	148	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

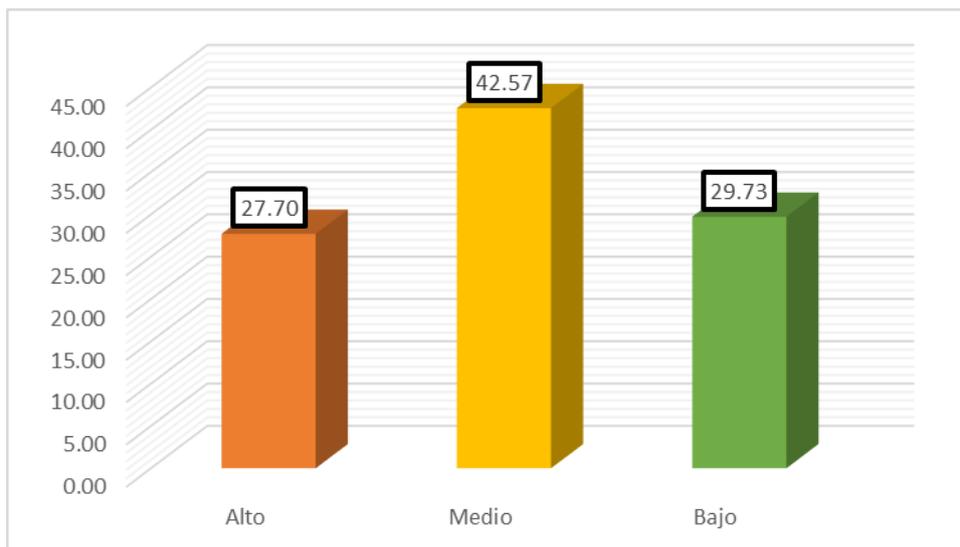


Figura 8: Datos según la dimensión aspecto conductual

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 27.70% de los profesionales de enfermería perciben un nivel alto con respecto a la dimensión aspecto conductual, el 42.57% perciben un nivel medio y un 29.73% un nivel bajo.

Contrastación de las hipótesis

Hipótesis principal

Ha: La calidad del cuidado del profesional de enfermería se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio del servicio de Hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe - 2018.

H0: La calidad del cuidado del profesional de enfermería no se relaciona significativamente el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio del servicio de Hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe - 2018.

Tabla 9

Prueba de correlación según Spearman entre calidad del de enfermería y la ansiedad del paciente

			Calidad del cuidado de enfermería	Ansiedad del paciente
Rho de Spearman	Calidad del cuidado de enfermería	Coeficiente de correlación	1,000	,661**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	148	148
	Ansiedad del paciente	Coeficiente de correlación	,661**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	148	148

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 9 la variable calidad del cuidado del profesional de enfermería está relacionada directa y positivamente con la variable ansiedad del paciente según la correlación de Spearman de 0.661 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.

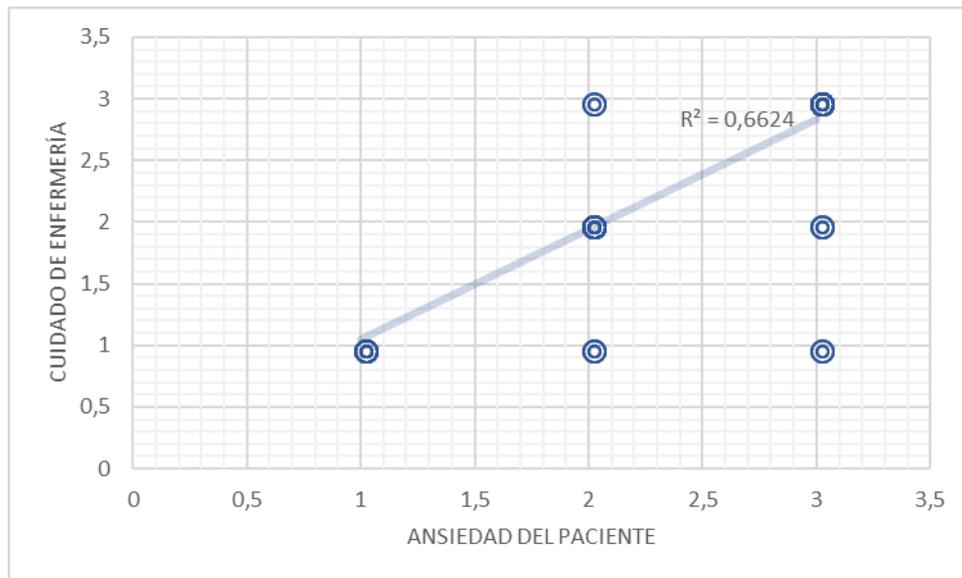


Figura 9: Dispersión de datos de la variable calidad del cuidado de enfermería y ansiedad del paciente.

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la variable cuidado de enfermería y ansiedad del paciente.

Hipótesis específica 1

Ha: La calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión humana se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico San Felipe - 2018.

H0: La calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión humana no se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico San Felipe - 2018.

Tabla 10

Prueba de correlación según Spearman entre la dimensión humana y la ansiedad de los pacientes

		Humana	Ansiedad del paciente
Rho de Spearman	Humana	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,680**
		N	148
	Ansiedad del paciente	Coeficiente de correlación	,680**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	148

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 10 la dimensión humana está relacionada directa y positivamente con la variable ansiedad del paciente, según la correlación de Spearman de 0.680 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 1 y se rechaza la hipótesis nula.

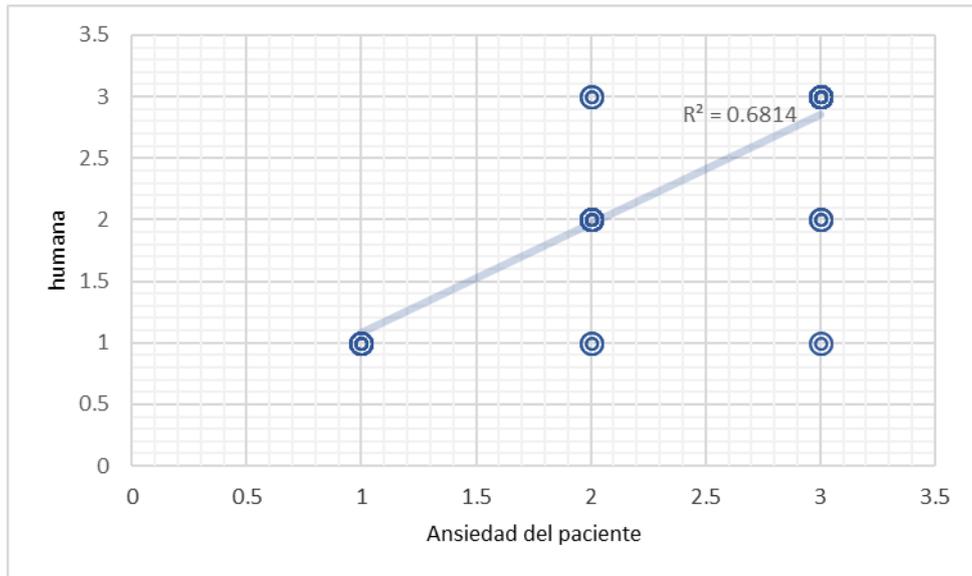


Figura 10: Dispersión de datos de la dimensión humana y ansiedad del paciente se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión Cuidado Humanizado y ansiedad del paciente.

Hipótesis específica 2

Ha: La calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión técnica se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe - 2018.

H0: La calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión técnica no se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe - 2018.

Tabla 11

Prueba de correlación según Spearman entre técnica y la ansiedad de los pacientes

		Técnica	Ansiedad del paciente
Rho de Spearman	Técnica	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,671**
		N	148
	Ansiedad del paciente	Coeficiente de correlación	,671**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	148

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 11 la dimensión técnica está relacionada directa y positivamente con la variable ansiedad del paciente, según la correlación de Spearman de 0.671 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2 y se rechaza la hipótesis nula.

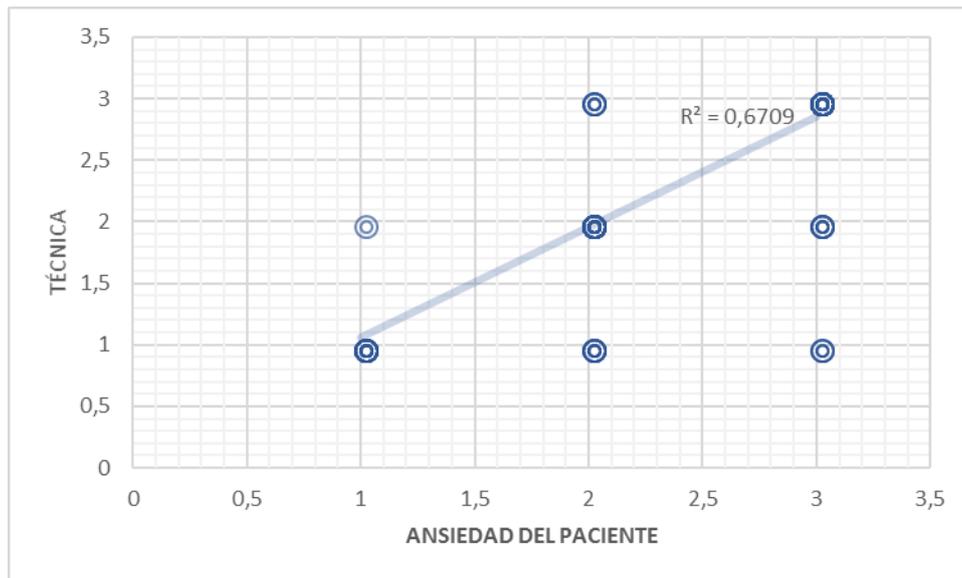


Figura 11: Dispersión de datos de la dimensión técnica y ansiedad del paciente
Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión técnica y ansiedad del paciente.

Hipótesis específica 3

Ha: La calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión interpersonal se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe - 2018.

H0: La calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión interpersonal no se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico Especializado San Felipe - 2018.

Tabla 12

Prueba de correlación según Spearman entre interpersonal y la ansiedad de los pacientes

		Interpersonal	Ansiedad del paciente
Rho de Spearman	Interpersonal	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,640**
		N	148
	Ansiedad del paciente	Coeficiente de correlación	,640**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	148

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 12 la dimensión interpersonal está relacionada directa y positivamente con la variable ansiedad del paciente, según la correlación de Spearman de 0.640 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 3 y se rechaza la hipótesis nula.

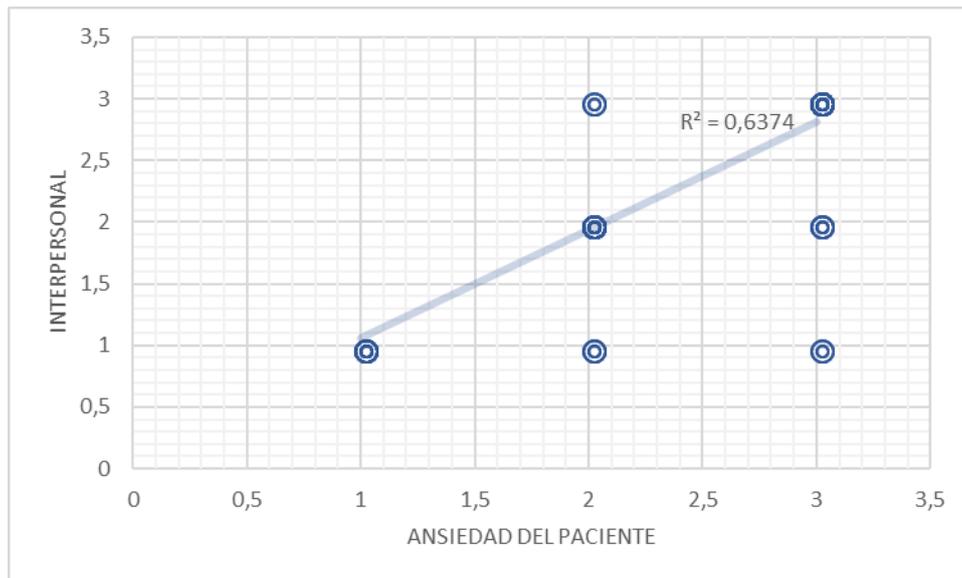


Figura 12: Dispersión de datos de la dimensión interpersonal y ansiedad del paciente

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión interpersonal y ansiedad del paciente.

6.2. Discusión

Gracias a los resultados obtenidos, el 29,73 % de los profesionales enfermeros presentan un nivel eficaz en cuanto a la calidad variable de los cuidados del profesional de la asistencia a enfermos, el 41,89 % presentan un nivel regular y el 28,38 % un nivel deficiente, es también evidente que el 29,73 % de los profesionales enfermeros perciban un nivel elevado con relación a la variable ansiedad del paciente, el 43,92 % perciben un nivel medio y el 26,35 % un nivel débil. Y en cuanto a la comprobación de la hipótesis, obtuvimos que la calidad de la variable asistencia a enfermos fuera directamente y favorablemente atada a la variable ansiedad del paciente con arreglo a la correlación de 0,661 de Spearman, este resultado que moderado con un significado estadístico de $p = 0,001$ siendo inferior a 0,01 Por consiguiente, la hipótesis principal es aceptada y la hipótesis alguna es rechazada. Por consiguiente, los resultados están en contraste el estudio realizado por Monchòn y Montoya por 2013) sobre el nivel de calidad de los cuidados prodigados por el profesional de la asistencia a enfermos a la percepción del usuario, el servicio urgente. Hospital III-Es salud Chiclayo, 2013; los resultados obtenidos muestran que el 64,18 % de los usuarios afirman que el nivel de calidad del servicio es débil, el 30,18 % lo cualifica como nivel medio de calidad y el 5,64 % como el nivel elevado de calidad. Concluimos que el nivel de calidad de la asistencia a enfermos en el servicio urgente de este hospital era débil. Hay una divergencia con los resultados obtenidos en la encuesta presente, observando un nivel regular en la calidad de la asistencia a enfermos

Así mismo en el estudio realizado por Torres (2015) acerca de la Ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía Centro quirúrgico Clínica el Golf Lima-Perú 2014. El nivel de ansiedad de los pacientes programados para cirugía, del 100% (75), 34% (25) tienen un nivel de ansiedad leve, 1% (1) Ansiedad moderada, 0% (0) Ansiedad grave y 65% (49) Ausente. La relación al nivel de ansiedad según ítems se puede evidenciar que el nivel de ansiedad es ausente en mayor proporción en el Ítem 1: Estado Ansioso con 71% (53); así mismo la ansiedad leve es mayor en el ítem 13: Síntomas del Sistema Nervioso Autónomo con 69 % (51). Y la ansiedad moderada es mayor en el Ítem 6: Humor

Depresivo con 10% (8). Existiendo una concordancia con el presente estudio, donde se observa un nivel medio respecto a la ansiedad que presenta el paciente.

Por otro lado, en la investigación realizado por Delgadillo (2016) acerca del Nivel de ansiedad del paciente en el pre quirúrgico en el servicio de cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho – 2016, llegando a los siguientes resultados: Del 100% (40) de pacientes entrevistados, el 45% (18) presentan ansiedad de nivel marcado, el 35% (14) presentan nivel intenso y el 20% (8) nivel mínimo. En conclusión, existe un alto porcentaje de pacientes con nivel marcado e intenso de ansiedad lo cual debe ser tomado en cuenta para mejorar la calidad del cuidado de enfermería. Existiendo una concordancia con el presente estudio, donde se observa un nivel medio de ansiedad por los pacientes.

También en el estudio realizado por Ham (2013) acerca del Nivel de ansiedad preoperatoria en las pacientes programadas para cirugía electiva en el hospital de ginecología y obstetricia del IMIEM, en la cual, determinó que el 28% de pacientes presenta ansiedad y 0% estado ansioso previo, por medio de la escala de Spielberg. Y en cuanto a la necesidad de recibir más informaciones, cerca de la mitad de los pacientes no mencionan la necesidad de dar más explicaciones que la abastecida por el cirujano y el anestesista. La conclusión siguiente ha sido tirada: la ansiedad pre-operatorio en la población estudiada es inferior a la producida, en correlación con la pequeña parte de los pacientes que tiene un acontecimiento quirúrgico anterior, con una concordancia con los resultados del estudio presente, observa un nivel medio de a la ansiedad de los pacientes.

Por otro lado, en el estudio realizado por Guillén (2014) acerca de la Información preoperatoria, ansiedad y capacidad de afrontamiento ante el proceso quirúrgico y evolución posoperatoria. La inmensa mayoría de los fiadores convinieron que el médico debería señalar los riesgos atados a la operación, pero cerca del 10 % de ellos no deseaban saber nada o únicamente deseaban recibir informaciones en los casos más graves. En general, los

resultados mostraron un acuerdo sobre el hecho de que las informaciones deben ser recibidas a la vez por el paciente y los parientes directos, eventualmente oralmente o por escrito (corroboradas por el 66 % de los pacientes) y en un lenguaje comprensible. En este sentido, el 25 % de los pacientes consideraban que la lengua utilizada era demasiado compleja, mientras que el 72 % de los pacientes estudiados consideraban las informaciones recibidas suficientes y que la mayoría, el 81 %, reconocía tener la posibilidad de pedirle al paciente de las dudas que tenía. En conclusión, a pesar de la obtención sistemática del consentimiento alumbrado, cerca de la mitad de los pacientes ignoran las informaciones pertinentes que conciernen al proceso quirúrgico al cual van a ser sometidos, así como asociados los riesgos con la anestesia. Nuestros resultados demuestran la necesidad de contextualizar el consentimiento alumbrado, no como una obligación, pero como una herramienta de ayuda en la información del paciente. Los valores más débiles del estado de ansiedad han sido detectados entre los pacientes de órgano sexual masculino que habían sido informados sobre problemas posibles de anestesia y se acordaban de algunos de los problemas posibles o las complicaciones asociadas. La ansiedad de las rayas fue asociada con una mejor calidad y una comprensión de la información, sin que sea posible precisar el sentido de esta asociación. Servir este estudio como una contribución fundamental para el estudio presente, en cuanto al nivel de ansiedad variable de los pacientes.

6.3 Conclusiones

Primera: Se determina que hay una relación entre la variable calidad del cuidado del profesional de enfermería y la variable nivel de ansiedad del paciente, según la correlación de Spearman de 0.661, teniendo un resultado moderado.

Segunda: Se concluye que existe una relación entre la dimensión cuidado humanizado y variable nivel de ansiedad del paciente, de acuerdo a la correlación de Spearman de 0.680, teniendo un resultado moderado.

Tercera: se determina que hay una relación con la dimensión técnica y la variable nivel de ansiedad del paciente, según la correlación de Spearman de 0.671, teniendo un resultado moderado.

Cuarta: Se determina que hay una relación con la dimensión interpersonal y la variable nivel de ansiedad del paciente, con la correlación de Spearman de 0.640, teniendo un resultado moderado.

6.4 Recomendaciones.

Primera: Se recomienda a la jefa del servicio de hospitalización del Centro Medico San Felipe organizar programas con temas relacionados Calidad del cuidado del profesional de enfermería a pacientes, para identificar y satisfacer las necesidades de cada paciente, así mismo garantizar la disminución de la percepción de la ansiedad. Por otro lado, crear talleres psicoeducativos para mejorar la calidad de atención de enfermería y elaborar un protocolo interno, reglamentando las medidas preventivas a seguir, con el objeto de mejoras en los niveles de percepción y disminución de ansiedad en pacientes.

Segunda: Se recomienda a la jefa del departamento reforzar las visitas a los pacientes pre- operatorio ya que muchas veces ni saben que enfermera los atiende, para identificar las carencias y fortalecer los lazos enfermera-paciente, finalmente planificar nuevas investigaciones, entre ellas algunas que se enfoquen para ampliar los factores que influyen en la ansiedad que presentan los pacientes pre-operatorios.

Tercera: A la jefa de servicio fomentar charlas educativas para disminuir la ansiedad a todo usuario, paciente y familiares frente a problemas de salud que le aqueja.

Cuarta: A los profesionales de enfermería, proveer atención integral de las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antony, M., & Swinson, R. (2014). *Manual práctico para el tratamiento de la timidez y la ansiedad social: Técnicas demostradas para la superación gradual del miedo*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Libro.
- Ataurima, R. (2016). Satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de URPA. Hospital de apoyo de Nazareno, 2016. Perú.
- Bernal, C. (2010). Metodología de la Investigación. Pearson Educación.
- Delgadillo, G. (2016) Nivel de ansiedad del paciente pre quirúrgico en el servicio de cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho – 2016, Lima-Perú.
- Delgado, E (2015). *Ansiedad estado - rasgo en madres del programa vaso de leche de la zona urbana del distrito de Chiclayo y de la zona rural del distrito de Lambayeque, 2013*. Perú.
- Doñante, M., Litago, A., Monge, Y., & Martínez, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 14(1), 170–180. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/185281/169021>
- Epifanía, R. y Vázquez, M. (2017). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino, 2016. Lima – Perú.
- Galvin, K., y Todres, L. (2013). Cuidado y bienestar: un enfoque del mundo de la vida. Routledge.
- García, R. (2013). *Nivel de ansiedad según la escala de zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Regional de Loreto julio-septiembre 2013*. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
- Garzón (2013). Teoría del cuidado humano de Jean Watson, http://jeanwatson.blogspot.pe/p/contenido-del-modelo-conceptual_30.html. (Citado el 16 de febrero del 2017).

- Gómez, P.; Monsalve, V. y Soriano, J. (2010). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*.
- Guillén, J. (2014). Información preoperatoria, ansiedad y capacidad de afrontamiento ante el proceso quirúrgico y evolución posoperatoria. España.
- Ham, K. (2013). Nivel de ansiedad preoperatoria en las pacientes programadas a cirugía electiva en el hospital de ginecología y obstetricia del IMIEM, mediante la escala de APAIS y escala de Spielberg. Tesis de segunda especialidad. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Hernández, I. (2014). Cuidado espiritual y nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos del Hospital Regional de Ayacucho (tesis doctoral). Arequipa: Universidad Nacional San Agustín.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). Metodología de Investigación. Sexta edición. México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana editores.
- Hinojosa, Y. (2013). Importancia de la intervención de enfermería en el área psicológica para disminuir el grado de ansiedad y sus complicaciones en el paciente preoperatorio en el periodo de abril a septiembre 2013 en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba. Ambato- Ecuador.
- Lerena, et al, (2015), Cuidado de la enfermera en Hospital de Madrid. Universidad Complutense.
- Lopera M, García M, Madrigal C, Forero C. (2010) Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2010 febrero.
- Lozada, I. y Viveros, M. (2016) Actuación de enfermería en el pre-operatorio en pacientes con cirugías abdominales en el servicio de cirugía de un Hospital público de Guayaquil. De mayo a septiembre del año 2016. Ecuador
- Marín, I., Martínez, P., Ponsich, J. y Pubill, M. (2010). Ansiedad en pacientes intervenidos de rodilla. *Enfermería Global* n^o4.
- Mármol, I. (2013). Cuidados de enfermería y percepción del paciente tras la informatización de las consultas en una zona básica de salud. Perú.

- Marriner A. (2010). Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. Madrid: Harcourt. Quinta edición.
- Mas, D. y Comas, L. (2010). Efecto de la visita al paciente de la enfermera quirofanista en la fase preoperatoria. *Enfermería Clínica*, Vol. 16 Núm. 1.
- Méndez, L. (2011). Efecto de la visita preoperatoria sobre el nivel de ansiedad del paciente quirúrgico, (tesis de maestría) S.L.P. México, UASLP.
- Monchón, P. y Montoya, Y. (2013). Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia. Hospital III-Essalud Chiclayo, 2013. Perú.
- McSherry, R., & Warr, J. (2008). Una introducción a la excelencia en el desarrollo de la práctica en salud y asistencia social. Educación McGraw-Hill (Reino Unido).
- OMS (2017). Calidad de vida Bienestar y salud – vida sana.
- Orellana, F. (2014). Prevalencia de ansiedad y factores asociados en pacientes que recibirán anestesia para una intervención quirúrgica. Hospital José Carrasco. Cuenca, 2014. Tesis de Pregrado. Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Piccoli, M., & Galvao, C. (2010). Enfermagem Perioperatória: Identifica Do Diagnóstico De Enfermagem Risco Para Perioperative Nursing: Identification of the Nursing Diagnosis Infection Risk Based on Levine' S Conceptual Model. Brasil.
- Poblete M. (2009) Cuidado humanizado: Percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales. Tesis para optar al grado de Doctor en Enfermería. Concepción, Chile: Universidad de Concepción.
- Quijano, S. (2015). Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013. Recuperado de: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4939/1/Quijano_Andonaire_Silvia_Carmen_del_Pilar_2015.pdf
- Reyes, P. (2014). Ansiedad en el paciente quirúrgico. Tesis de licenciatura. México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- Riveros, M. (2010). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de lima metropolitana. *Revista IIPSI*.

- Roca, E. (2009). Como superar el pánico (con o sin agorafobia): *Programa de autoayuda*. (4ª ed.). Valencia: ACDE. Libro.
- Torres, I. (2015). Ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía Centro quirúrgico Clínica el Golf Lima-Perú 2014, Lima-Perú.
- Urrutia, S. y Cantuarias, N. (2015). Calidad de cuidado de enfermería y satisfacción del usuario adulto en emergencia. Hospital la caleta, 2015. Chimbote, Perú.
- Watson J. (2010) Cuidado de la ciencia y la próxima década de sanación holística: transformación de uno mismo y el sistema desde dentro. Principios de primavera 2010.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: CALIDAD DEL CUIDADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS PACIENTES EN PREOPERATORIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO SAN FELIPE-2018

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACION DE HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			METODOLOGÍA
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	Método Descriptivo
<p>¿Cuál es la relación que existe entre la calidad del cuidado del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico San Felipe - 2018?</p> <p>Problema Específico</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión Cuidado Humanizado y el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico San Felipe - 2018?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión técnica y el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio, servicio de Hospitalización, Centro Médico San Felipe - 2018?</p> <p>¿Cuál es la relación que</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre la calidad del cuidado del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico San Felipe - 2018.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar la relación entre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión Cuidado Humanizado y el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico San Felipe - 2018.</p> <p>Identificar la relación entre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión técnica y el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio, servicio de Hospitalización Centro Médico San Felipe - 2018.</p> <p>Identificar la relación entre la calidad del</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>La calidad del cuidado del profesional de enfermería se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico San Felipe - 2018.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>La calidad del cuidado del profesional de enfermería en su dimensión Cuidado Humanizado se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio del servicio de Hospitalización del Centro Médico San Felipe - 2018.</p> <p>El cuidado del personal de enfermería en su dimensión técnica se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio del servicio de Hospitalización del Centro Médico San Felipe - 2018.</p> <p>La calidad del cuidado de la profesional enfermería en su dimensión interpersonal se relaciona significativamente con el nivel de ansiedad de los</p>	<p>Calidad del cuidado de enfermería</p>	<p>Cuidado Humanizado</p> <p>Técnica</p> <p>Interpersonal</p>	<p>Respeto a los derechos del paciente</p> <p>Trato social</p> <p>Dignidad</p> <p>Tolerancia</p> <p>Privacidad</p> <p>Responsabilidad</p> <p>Interrelación Enfermera-Paciente</p> <p>Autonomía y Competencia profesional</p> <p>Juicio Clínico</p> <p>Competitividad</p> <p>Tipo de trato</p> <p>Tipo de Interés</p> <p>Tipo de Conversación</p> <p>Ideologías y creencias religiosas</p>	<p>Diseño</p> <p>Correlacional</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>M = profesionales de enfermería</p> <p>O_x = calidad del Cuidado</p> <p>O_y = Nivel de ansiedad</p> <p>Población: 240 pacientes</p> <p>Muestra: n=148</p> <p>Muestreo: probabilístico, aleatorio simple</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p>

ANEXO 02: Cuestionario

Buenos días, mi nombre es Magaly Lizzeth, Zapata Soto soy bachiller de Enfermería de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. El presente cuestionario forma parte de una investigación, cuyos resultados obtenidos serán utilizados para evaluar la calidad del cuidado del profesional de enfermería y el nivel de ansiedad de los pacientes en el pre operatorio, servicio de Hospitalización del Centro Médico San Felipe - 2018, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz, este cuestionario es totalmente anónimo así mismo los datos serán confidenciales, y serán utilizados para fines únicamente de la investigación, desde ya agradezco su gentil colaboración

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta de este cuestionario y marque con un aspa (X) la alternativa que a Ud. Le parezca correcta, por favor que sea totalmente sincero(a).

N	<u>CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA</u>	Siempre	A veces	Nunca
	Cuidado Humanizado			
1	¿El profesional de enfermería le enseña cómo comunicarse cuando tiene problemas?			
2	¿La Enfermera lo saluda y le dice su nombre?			
3	¿La Enfermera es clara al expresarse?			
4	¿La Enfermera le ofreció un ambiente limpio y ordenado?			
5	¿La Enfermera le presta atención cuando usted le habla?			
6	¿La Enfermera cuida su intimidad durante su estancia?			
7	¿Cuándo usted llamaba la enfermera, acudía al llamado?			

8	¿La Enfermera tomo unos minutos para hablar con usted?			
	Técnica			
9	¿La Enfermera le pregunto si usted estuvo informado acerca de la cirugía a realizarse?			
10	¿La Enfermera le explica cada procedimiento que le realizaba de manera sencilla y comprensible?			
11	¿La Enfermera oriento a usted? ¿Para que participara en sus cuidados durante su hospitalización?			
12	¿La Enfermera orienta a usted y familia acerca de los cuidados en casa?			
13	¿La Enfermera le explica cuando se administra sus medicamentos?			
	Interpersonal			
14	¿La Enfermera sonrío cuando habla con usted?			
15	¿Usted se siente bien atendido por el personal de enfermería?			
16	¿La Enfermera comprendía sus dudas, preocupaciones y le ofrecía ayuda para solucionarlo?			
17	¿La Enfermera respeta sus ideologías y creencias religiosas?			
	ANSIEDAD DEL PACIENTE			
	Aspecto cognitivo			
18	¿Usted cree que casi todos los pacientes tienen temor a operarse?			
19	¿El pacientes muestran inseguridad en el pre operatorio?			
20	¿Los pacientes muestran preocupación antes de su operación?			

21	¿Usted trata de cambiar los pensamientos negativos?			
22	¿Usted controla su estado emocional?			
	Aspecto fisiológico			
23	¿Los pacientes en el pre operatorio muestran palpitaciones?			
24	¿Los pacientes en el pre operatorio se tensionan?			
25	¿Los pacientes en el pre operatorio se le complican la respiración?			
26	¿Durante la espera de su operación los pacientes suelen tener síntomas cardiovasculares?			
27	¿Los pacientes en el pre operatorio suelen presentar síntomas neurovegetativos?			
	Aspecto conductual			
27	¿Los pacientes en el pre operatorio suelen paralizarse?			
28	¿Los pacientes en el pre operatorio presentan tartamudeo?			
29	¿Los pacientes en el pre operatorio presentan tics?			
30	¿Los pacientes lloran con facilidad debido a su miedo a ser operados?			

Anexo 03: Base de datos de la variable calidad del cuidado del profesional de enfermería

	ITEM01	ITEM02	ITEM03	ITEM04	ITEM05	ITEM06	ITEM07	ITEM08	ITEM09	ITEM10	ITEM11	ITEM12	ITEM13	ITEM14	ITEM15
1	3	3	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	3
2	3	1	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3
3	1	2	1	1	3	2	3	3	3	3	2	2	3	1	1
4	1	1	2	3	2	1	2	2	2	3	2	3	3	3	3
5	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1
6	2	2	1	2	3	2	1	3	1	1	1	3	1	1	1
7	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	3	3	3
8	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3	2	3	2	2
9	3	3	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	3
10	1	1	3	3	3	2	2	2	1	1	2	2	3	2	3
11	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2	1	2	3	1	1
12	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	3	2	1
13	3	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3	3	3	2	2
14	3	3	2	3	3	2	1	1	3	3	3	3	3	2	3
15	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2	1	2	3
16	2	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	2	2
17	2	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2
18	3	1	3	2	1	1	1	2	1	1	1	3	3	3	3
19	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2
20	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2

21	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1
22	2	2	2	2	3	2	1	3	1	1	1	3	1	1	1	2
23	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	3	3	3	3
24	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3	2	3	2	2	2
25	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3
26	3	1	3	3	3	2	2	2	1	1	2	2	3	3	3	3
27	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2	1	2	3	1	1	1
28	1	3	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	3
29	3	2	3	3	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1
30	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3	3	3
31	3	1	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1
33	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2
34	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3
35	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2
36	3	3	3	2	3	2	1	3	1	1	1	3	3	3	3	3
37	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	3	2	3	3	3	3
38	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3	2	3	2	2	2
39	3	3	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	3	3
40	3	1	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3
41	1	2	1	1	3	2	3	3	3	3	2	2	3	1	1	1
42	1	1	2	3	2	1	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3
43	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
44	2	2	1	2	3	2	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1
45	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	3	3	3	3

46	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3	2	3	2	2
47	3	3	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	3
48	1	1	3	3	3	2	2	2	1	1	2	2	3	2	3
49	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2	1	2	3	1	1
50	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	3	2	1

Base de datos de la variable nivel de ansiedad

	ITEM01	ITEM02	ITEM03	ITEM04	ITEM05	ITEM06	ITEM07	ITEM08	ITEM09	ITEM10	ITEM11	ITEM12	ITEM13	ITEM14	ITEM15
1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2
2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1
3	2	2	2	2	3	2	1	3	1	1	1	3	1	1	2
4	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	3	3	3
5	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3	2	3	2	2
6	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2	1	2	3	1	1
7	1	3	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	3
8	3	2	3	3	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1
9	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	3	3
10	3	1	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1
12	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2
13	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3
14	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2
15	3	3	3	2	3	2	1	3	1	1	1	3	3	3	3
16	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	3	2	3	3	3
17	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3	2	3	2	2
18	3	3	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	3
19	3	1	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3
20	1	2	1	1	3	2	3	3	3	3	2	2	3	1	1

21	1	1	2	3	2	1	2	2	2	3	2	3	3	3	3
22	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1
23	2	2	1	2	3	2	1	3	1	1	1	3	1	1	1
24	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	3	3	3
25	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3	2	3	2	2
26	3	3	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	3
27	1	1	3	3	3	2	2	2	1	1	2	2	3	2	3
28	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2	1	2	3	1	1
29	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	3	2	1
30	3	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3	3	3	2	2
31	3	3	2	3	3	2	1	1	3	3	3	3	3	2	3
32	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2	1	2	3
33	2	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	2	2
34	2	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2
35	3	1	3	2	1	1	1	2	1	1	1	3	3	3	3
36	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2
37	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2
38	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1
39	2	2	2	2	3	2	1	3	1	1	1	3	1	1	2
40	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	3	3	3
41	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3	2	3	2	2
42	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3
43	3	1	3	3	3	2	2	2	1	1	2	2	3	3	3
44	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1
45	2	2	2	2	3	2	1	3	1	1	1	3	1	1	2

46	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	3	3	3
47	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3	2	3	2	2
48	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3
49	3	1	3	3	3	2	2	2	1	1	2	2	3	3	3
50	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2	1	2	3	1	1

Anexo 04: Confiabilidad Alfa de Crombach

Variable independiente: Calidad de cuidado de enfermería

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	148	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	148	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,875	15

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	66,73	62,075	,504	,898
ITEM02	66,73	61,620	,564	,943
ITEM03	66,77	60,478	,603	,810
ITEM04	66,18	56,809	,494	,808
ITEM05	63,70	62,461	,596	,826
ITEM06	64,67	62,075	,675	,879
ITEM07	66,77	60,478	,603	,864
ITEM08	66,17	56,809	,494	,829
ITEM09	66,77	60,478	,603	,836
ITEM10	66,18	56,809	,494	,879
ITEM11	63,70	62,461	,596	,855
ITEM12	64,67	62,075	,675	,869
ITEM13	66,77	60,478	,603	,854
ITEM14	66,17	56,809	,494	,809
ITEM15	66,73	61,620	,564	,822

Variable dependiente: Nivel de ansiedad

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	148	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	148	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,901	15

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

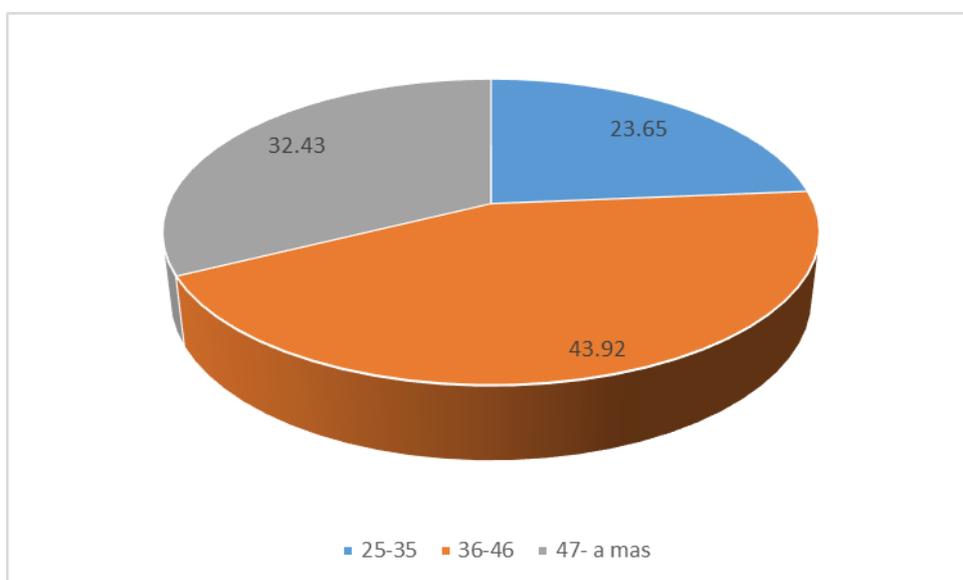
Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	69,13	49,533	,750	,888
ITEM02	69,07	49,340	,674	,805
ITEM03	68,41	49,202	,502	,905
ITEM04	68,70	48,217	,523	,888
ITEM05	68,47	49,568	,554	,886
ITEM06	68,29	49,661	,622	,875
ITEM07	68,53	49,533	,494	,867
ITEM08	68,13	49,533	,550	,880
ITEM09	68,13	49,533	,550	,918
ITEM10	68,13	49,533	,550	,903
ITEM11	68,07	49,340	,674	,885
ITEM12	68,27	49,202	,502	,875
ITEM13	68,70	48,217	,523	,889
ITEM14	68,47	49,568	,554	,926
ITEM15	68,83	49,661	,622	,875

Anexo 05: Datos generales

Según edad del paciente

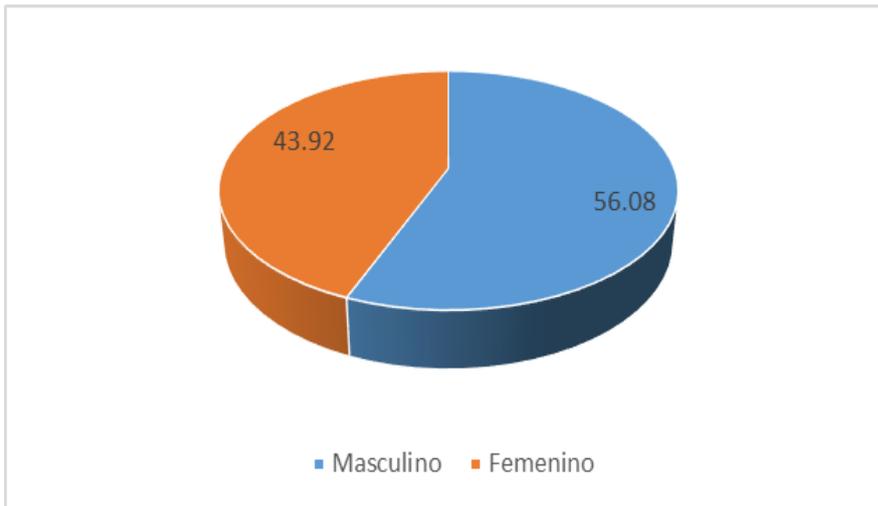
Edad	f	%
25-35	35	23.65
36-46	65	43.92
47- a mas	48	32.43
Total	148	100.00



Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 23.65% de los pacientes presentan edades de 25 a 35 años, el 43.92% de 36 a 46 años y un 32.43% de 47 a más años.

Según sexo

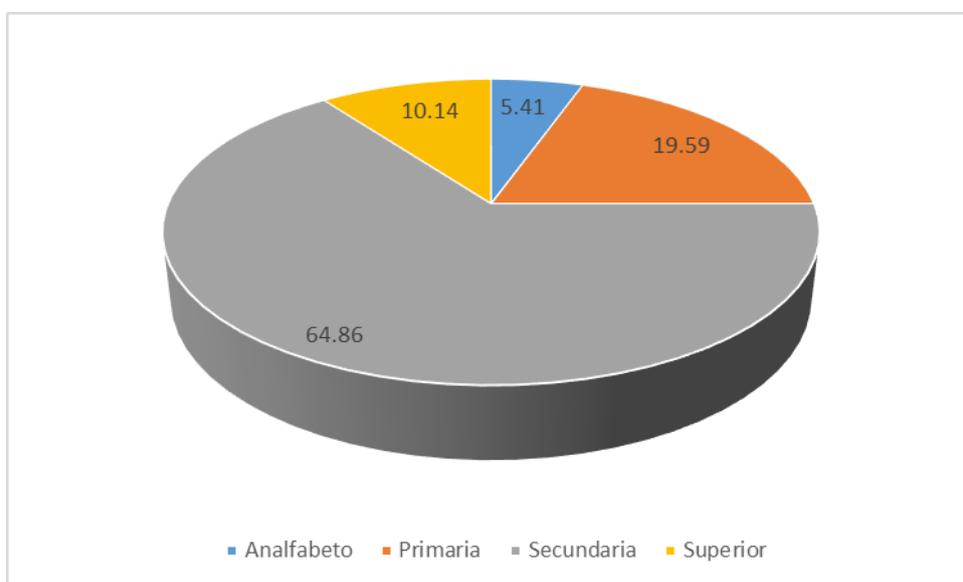
Sexo	f	%
Masculino	83	56.08
Femenino	65	43.92
Total	148	100.00



Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 56.08% de los pacientes son del sexo masculino y un 43.92% del sexo femenino.

Según grado de instrucción

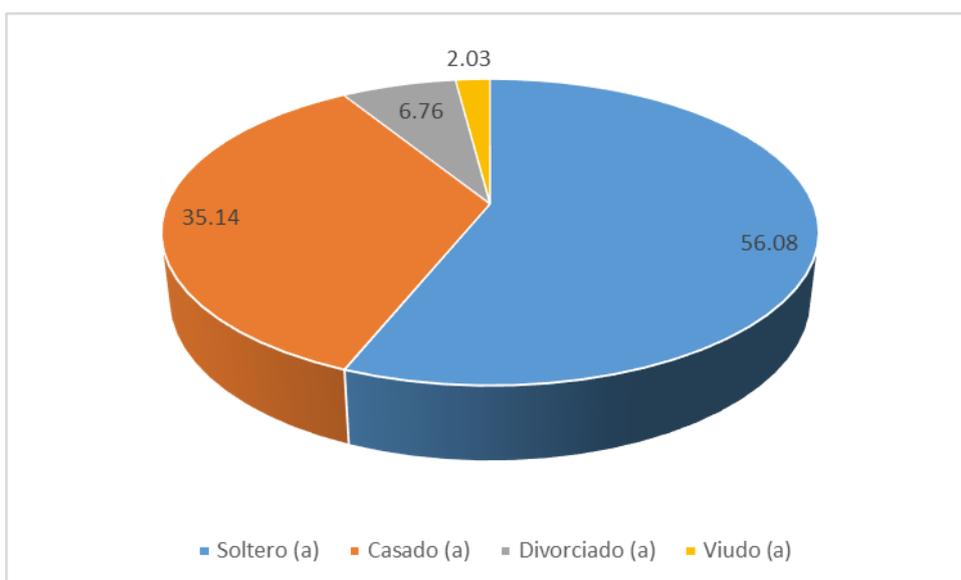
Grado de instrucción	f	%
Analfabeto	8	5.41
Primaria	29	19.59
Secundaria	96	64.86
Superior	15	10.14
Total	148	100.00



Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 5.41% de los pacientes son analfabetos, el 19.59% tienen solo estudios de primaria, el 64.86% tienen secundaria y un 10.14% presentan estudios superiores.

Según estado Civil

Estado civil	f	%
Soltero (a)	83	56.08
Casado (a)	52	35.14
Divorciado (a)	10	6.76
Viudo (a)	3	2.03
Total	148	100.00



Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 56.08% de los pacientes son solteros (as), el 35.14% casados (as), el 6.76% divorciados (as) y un 2.03% son viudos (as).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO: Calidad de cuidado del profesional de enfermería y nivel de ansiedad en los pacientes en preoperatorio mediato del servicio de hospitalización centro médico especializado san felipe-chosica, 2018.

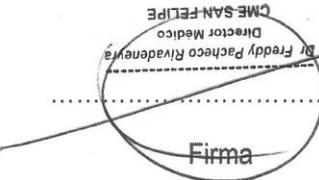
Propósito y Procedimiento: Esta investigación está a cargo de Magaly Lizzeth Zapata Soto estudiante de enfermería de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega el propósito de este proyecto es determinar la relación de la calidad de cuidado del profesional de enfermería y nivel de ansiedad de pacientes en el preoperatorio mediato del servicio de hospitalización del centro médico especializado san Felipe- Chosica 2018, el profesional de enfermería participara brindando información en un cuestionario donde se adjunta.

Beneficios: los resultados de este trabajo se darán a conocer a la institución Y al personal de enfermería para emplear estrategias de mejora para así brindar una buena calidad de atención a los pacientes.

Derecho del Participante: los datos de los participantes serán manejados únicamente por la investigadora y para efectos del estudio.

DECLARACIÓN DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

YO Freddy Pacheco Rivadeneira He leído este
CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por la investigadora, quiero colaborar
con este estudio por esta razón firmo el documento.


Firma

Dr. Freddy Pacheco Rivadeneyra
Director Medico
CME SAN FELIPE

Chosica 20 de febrero del 2018

CARTA DE ACEPTACION DE LA EMPRESA

Chosica, 20 de febrero del 2018

SRA. Sonia Vela Gonzales
Decana de la Facultad de Enfermería
De la Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Presente.-

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, con la finalidad de hacer de su conocimiento que la Srta. Magaly Lizzeth Zapata Soto, egresada de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de la Facultad de Enfermería, ha sido admitida y autorizada por nuestro Centro Medico para realizar un análisis y estudio del servicio de hospitalización que brindamos, en referencia a su tesis "Calidad de cuidado de enfermería y nivel de ansiedad de los pacientes en preoperatorios y servicio de hospitalización".

Aprovecho la oportunidad para expresarle mi consideración y estima personal

Atte.



Miguel A. Pacheco Rivadeneyra
GERENTE ADMINISTRATIVO
Centro Médico Especializado San Felipe

