

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR

***EL COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO Y SU RELACIÓN CON LA
ANSIEDAD DEL PACIENTE DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
DURANTE EL PREOPERATORIO: TEORÍA DEL CUIDADO
HUMANO.***

Estudiante autora: Maryleith Ortiz Ureña

C.I. 2-718-2233

Directora de tesis

Dra. Yolanda González W.

Panamá, República de Panamá 2025.

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR

TRIBUNAL EXAMINADOR

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi amor y gratitud a mis padres, quienes han sido mi mayor fuente de inspiración y fortaleza. Su apoyo incondicional, sacrificio y ejemplo de vida me han permitido alcanzar este logro. Sin ustedes, nada de esto habría sido posible.

A mi familia, mi esposo e hija, por su paciencia y comprensión durante los momentos en que estuve ausente, tanto física como emocionalmente, mientras me dedicaba a este proyecto. Gracias por su amor y por ser siempre mi refugio.

Mi agradecimiento especial a los participantes de mi estudio, cuya voluntad de compartir sus experiencias hizo posible esta investigación.

Finalmente dedico este trabajo a todos aquellos que creen en el poder de la educación y el esfuerzo; a mis profesores y mentores, por su dedicación y pasión por la enseñanza y por guiarme en mi camino.

Maryleith

AGRADECIMIENTO

La culminación de este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo, orientación y motivación de muchas personas que me han acompañado a lo largo de este camino. A todas ellas les expreso mi más sincero agradecimiento.

A Dios, por darme la fuerza y la determinación para superar cada desafío que se presentó durante este proyecto. Gracias por guiar mis pasos y darme la sabiduría en los momentos más difíciles.

A mis padres, por su amor incondicional, por creer. Su ejemplo de trabajo duro y perseverancia ha sido una fuente de inspiración constante, y su apoyo ha sido fundamental para lograr este objetivo.

A mi directora de tesis Dra Yolanda González, quien con paciencia y dedicación me orientó en cada etapa de este trabajo. Sus sugerencias y conocimientos fueron clave para el desarrollo de esta investigación, y siempre le estaré agradecido por su compromiso con mi formación.

Todo el trabajo realizado fue posible gracias al apoyo incondicional de Sergio, mi esposo, que estuvo a mi lado en los momentos difíciles, y a mi hija Valeria, cuya paciencia fue puesta a prueba en incontables ocasiones.

A todos mis profesores y mentores a lo largo de estos años, que con su pasión por la enseñanza despertaron en mí el deseo de aprender y de superarme día a día.

Maryleith

ÍNDICE GENERAL

Contenido

CARTA DE APROBACIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE TABLAS Y ESQUEMAS.....	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	5
MARCO CONCEPTUAL.....	5
CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL	6
1.1. Descripción.....	6
1.2. Planteamiento del problema.....	8
1.3. Problema de Investigación	11
1.4. Justificación	12
1. 5. Objetivos de la Investigación	14
1.5.1. Objetivo General.....	14

1.5 .2. Objetivos Específicos	14
1.6. Hipótesis de Trabajo	14
1.7. Variables	15
1.7.1 Definición Conceptual	15
1.7.2 Definición Operacional.....	15
1.8. Supuestos teóricos que rigen la investigación	16
1.9. Limitaciones	18
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL	20
2.1. Cuidado	20
2.2. Comportamiento del Cuidado	28
2.3. Ansiedad Preoperatoria	33
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO	36
3.1. Fundamentación Teórica	37
3.2. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.....	38
3.3. Relación entre el problema y el marco teórico	48
CAPÍTULO IV.....	53
Diseño Metodológico	53
4.1. Diseño y tipo de investigación	54
4.2. Universo	55
4.3. Población	55

4.4. Muestra.....	55
4.5.1. Cálculo de la Muestra.....	56
4.5.2. Criterios de Inclusión.....	57
4.5.3. Criterios de Exclusión.....	57
4.6. Técnicas de recolección de datos	58
4.7. Instrumento.....	58
4.8. Procedimiento de recolección de los datos.....	62
4.9. Análisis de los datos.....	63
4.10. Consideraciones éticas	64
CAPÍTULO V. RESULTADOS	65
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	66
5.1. Características sociodemográficas de pacientes	66
5.2. Perfil clínico de los pacientes	68
5.4. De la comprobación de la Hipótesis.....	86
Análisis Estadístico	88
5.5. Discusión	97
6.1. Conclusión.....	107
6.2. Recomendaciones.....	111
CAPÍTULO VII: DE LA PROPUESTA	115
7.1. PROPUESTA	116

7.2. Introducción	116
7.3. Marco Teórico	116
7.4. Objetivos de la Propuesta	117
7.5. Población Objetivo	117
7.6. Estrategia de Cuidado Humanizado	117
7.7. Impacto Esperado	120
7.8. Conclusión	121
Referencias Bibliográficas	123
ANEXOS	131
Anexo A: Formulario para la Recolección	132
Anexo B: Hoja de Información (Bioética)	138
Anexo C: Nota aprobación CBUP 130 2024 aprobado	141
Anexo D: Nota aprobación de realización de Investigación CSS	142

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Esquema del diseño del estudio de investigación	54
Figura 2: Relación entre Edad y Ansiedad Preoperatoria	75
Figura 3: Relación entre Días de Hospitalización y Ansiedad Preoperatoria	76
Figura 4: Relación entre "Estoy preocupado por la anestesia" y Ansiedad Preoperatoria Total.....	78
Figura 5: Relación entre AP2 "La Anestesia está en mi mente" y Ansiedad Preoperatoria Total.....	80
Figura 6: Relación entre AP3 "Me gustaría saber lo más posible sobre la anestesia y Ansiedad Preoperatoria Total.....	82
Figura 7: Relación entre AP4 "Estoy preocupada por el procedimiento" y Ansiedad Preoperatoria Total.....	83
Figura 8: Relación entre Ansiedad de Paciente Total "Me gustaría saber lo más posible sobre el procedimiento" y Ansiedad Preoperatoria Total	85
Figura 9: Relación entre Comportamiento del Cuidado y Ansiedad preoperatoria	87
Figura 10: Dispersión entre Ansiedad TOTAL (AT) y Cuidado TOTAL del Paciente (CP).....	95

ÍNDICE DE TABLAS Y ESQUEMAS

Tabla 1: Características demográficas de pacientes de cirugía cardiovascular	66
Tabla 2: Distribución de los pacientes de cirugía cardiovascular	68
Tabla 3: Nivel de Ansiedad de pacientes de cirugía cardiovascular.....	70
Tabla 4: Percepción del comportamiento del Cuidado de pacientes de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio en la Ciudad de la Salud 2024.	71
Tabla 5: Dimensiones el Cuidado del Comportamiento del paciente	72
Tabla 6: Estadística descriptiva de los niveles de ansiedad total.....	91
Tabla 7: Fases de las estrategias de cuidado humanizado.....	119
Tabla 8: Indicadores de Evaluación	120

TABLA DE ESQUEMAS

Esquema 1: La Ciencia del Cuidado es Complementaria de la Ciencia Curativa. 18	
Esquema 2: Relación entre el comportamiento del cuidado y la ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio: teoría del cuidado humano.	44

RESUMEN

Este estudio se basa en el comportamiento de cuidado de enfermería fundamentado en la teoría de cuidado humano de Jean Watson, para explorar como este cuidado puede influir en la ansiedad de los pacientes de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio.

Objetivo: Examinar la relación entre el comportamiento del cuidado brindado por enfermería y la ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio, fundamentado en la percepción del paciente y en la teoría del Cuidado Humano de Watson.

Metodología: Estudio cuantitativo, correlacional y transversal realizado en el Hospital Ciudad de la Salud, Panamá. Se aplicaron dos instrumentos validados: el Inventario de Comportamientos de Cuidado (CBI de Wolf) y la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) a una muestra de 50 pacientes adultos programados para cirugía cardiovascular. Se realizó análisis estadístico con pruebas de correlación para evaluar la significancia de la relación entre cuidado y ansiedad.

Resultados: Para el nivel de ansiedad el 56.86% de los pacientes presentó ansiedad moderada, el 33.3% ansiedad alta y el 9.8% ansiedad mínima. Respecto al comportamiento del cuidado, el 100% percibió el cuidado de enfermería como favorable. No se halló una correlación estadísticamente significativa entre las variables principales, aunque se observó una tendencia a menor ansiedad en quienes percibieron un mayor cuidado humanizado, otros factores parecen influir en

la ansiedad, como aspectos específicos del cuidado, por ejemplo, la comunicación que presento un mayor impacto individual en la reducción de la ansiedad.

Conclusión: Estadísticamente no se encontró diferencia significativa concluyente entre las variables principales de cuidado de enfermería y ansiedad preoperatoria. Aunque se observó una tendencia de correlación, otros factores, como la comunicación y la empatía en el cuidado, también influyen en la ansiedad y tuvieron un mayor impacto en la reducción de esta. De modo que estos hallazgos sugieren que, si bien el cuidado transpersonal es beneficioso, no es el único factor determinante en la ansiedad preoperatoria.

Palabras claves: Comportamiento del cuidado, cuidado de enfermería, ansiedad preoperatoria, cirugía cardiovascular.

ABSTRACT

This study is based on nursing caring behavior grounded in Jean Watson's Theory of Human Caring, aiming to explore how this type of care may influence anxiety in cardiovascular surgery patients during the preoperative period.

Objective: To examine the relationship between nursing caring behavior and anxiety in cardiovascular surgery patients during the preoperative period, based on patient perception and Watson's Theory of Human Caring.

Methodology: A quantitative, correlational, and cross-sectional study conducted at the Hospital Ciudad de la Salud, Panama. Two validated instruments were used: the Caring Behaviors Inventory (CBI by Wolf) and the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS), applied to a sample of 50 adult patients scheduled for cardiovascular surgery. Statistical analyses using correlation tests were performed to evaluate the significance of the relationship between caring and anxiety.

Results: Regarding anxiety levels, 56.86% of patients presented moderate anxiety, 33.3% high anxiety, and 9.8% minimal anxiety. Concerning caring behavior, 100% of participants perceived nursing care as favorable. No statistically significant correlation was found between the main variables; however, a trend was observed where lower anxiety levels were associated with higher perceptions of humanized care. Other factors appear to influence anxiety, such as specific aspects of care like communication and empathy, which had a greater individual impact on anxiety reduction.

Conclusion: Statistically, no conclusive significant difference was found between the main variables of nursing care and preoperative anxiety. Although a trend of correlation was observed, other factors—such as communication and empathy in care—also influence anxiety and had a greater impact on its reduction. These findings suggest that while transpersonal care is beneficial, it is not the sole determinant of preoperative anxiety.

Keywords: Caring behavior, nursing care, preoperative anxiety, cardiovascular surgery.

INTRODUCCIÓN

La atención en enfermería cardiovascular ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, y hoy en día se encuentra en constante expansión, impulsada por avances tecnológicos, nuevos enfoques en el cuidado y una creciente demanda debido a la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares. Estas enfermedades continúan siendo la principal causa de muerte a nivel mundial, lo cual implica una creciente necesidad de procedimientos quirúrgicos avanzados, entre ellos, la cirugía cardiovascular.

Aunque este tipo de intervención es uno de los métodos terapéuticos más efectivos para tratar patologías cardíacas complejas, también representa un proceso emocionalmente desafiante para el paciente. Entre las respuestas emocionales más comunes en este contexto, la ansiedad preoperatoria se destaca debido a su frecuencia e impacto sobre el estado físico y psicológico de los pacientes (Rivera J. , 2021).

Estudios indican que hasta el 80% de los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular experimentan niveles de ansiedad preoperatoria que van de moderados a altos (Mauricio, 2019). Esta respuesta emocional tiene repercusiones importantes, ya que puede desencadenar respuestas fisiológicas adversas, como liberación de catecolaminas, aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca, además de un incremento en la resistencia vascular.

Dichas reacciones pueden complicar el curso de la cirugía y prolongar el tiempo de recuperación postoperatoria. Asimismo, la ansiedad preoperatoria puede deteriorar

el sistema inmunológico, aumentando la susceptibilidad a infecciones y complicaciones tras la cirugía (Peña et al., 2019). Debido a estos efectos, es crucial implementar intervenciones orientadas a reducir la ansiedad en pacientes de cirugía cardiovascular, y aquí, el rol del profesional de enfermería es esencial. El origen del cuidado de la enfermería está íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana y va dirigido al bienestar de la persona, interviniendo diariamente con el paciente al realizar un cuidado individualizado, donde se ofrece empatía, respeto, trato digno, calidad, calidez y respeto.

Ciertamente, el cuidado de enfermería es un proceso complejo que depende tanto de la información proporcionada por el entorno como de la fisiología y las experiencias individuales del paciente. Enfocándose en la percepción del cuidado, se puede afirmar que esta evaluación se basa en cómo el paciente percibe la atención recibida, y no únicamente en la perspectiva del proveedor de salud

La labor del personal de enfermería en la etapa preoperatoria no solo se limita a preparar al paciente desde un punto de vista físico, sino que abarca también aspectos emocionales y psicológicos, los cuales son determinantes para optimizar los resultados postoperatorios. En este contexto, la teoría de cuidado humano de Jean Watson ofrece una perspectiva holística que enfatiza la importancia de atender tanto el cuerpo como la mente y el espíritu del paciente. Watson sostiene que el cuidado va más allá de una simple práctica clínica, y que debe incorporar una dimensión transpersonal que considere la individualidad de cada paciente y su experiencia personal de salud. A través de esta perspectiva, el profesional de enfermería es capaz de brindar un cuidado integral y empático que minimice los

niveles de ansiedad preoperatoria, y fomente una recuperación más armónica y efectiva (Watson, 1988).

Basada en la teoría de Watson, esta investigación tiene como objetivo explorar la relación entre el comportamiento de cuidado y la ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio. En particular, se analizará cómo los componentes del cuidado transpersonal, tales como: la empatía, la comunicación efectiva y la atención emocional, influyen en la percepción del paciente y en su estado emocional antes de la intervención. Se espera que este enfoque no solo describa el estado de ansiedad del paciente, sino que además aporte evidencia sobre el papel del cuidado de enfermería en la reducción de la ansiedad, contribuyendo a la mejora de la experiencia y el bienestar del paciente en su totalidad.

Este estudio cobra relevancia no solo por la posibilidad de mejorar la práctica de enfermería cardiovascular, sino también porque destaca la importancia de un enfoque integral que abarque los factores emocionales como parte esencial de la atención preoperatoria. Los resultados de esta investigación podrían servir como base para la formulación de estrategias de cuidado personalizadas, orientadas a optimizar tanto la calidad de vida del paciente como su recuperación y satisfacción con la atención recibida. Adicionalmente, se espera que los hallazgos de este estudio generen un impacto positivo en la formación de los profesionales de enfermería, promoviendo una práctica fundamentada en el compromiso ético y el cuidado humano, lo cual redundará en el bienestar general del paciente y en una reducción de las complicaciones postoperatorias.

La creciente evidencia sugiere que una atención de enfermería empática y centrada en el paciente es un componente clave para minimizar la ansiedad preoperatoria y mejorar los resultados quirúrgicos en pacientes de cirugía cardiovascular (Fernández et al., 2022). Por lo tanto, el presente estudio representa un esfuerzo por contribuir al desarrollo de una práctica de enfermería más consciente de las necesidades emocionales y psicológicas del paciente. En última instancia, se busca que el conocimiento generado inspire a otros profesionales y académicos en el campo de la enfermería a continuar explorando el impacto de la teoría del cuidado de Watson en diversos contextos de atención clínica, promoviendo así una cultura de cuidado integral y humano en beneficio de los pacientes.

CAPÍTULO I
MARCO CONCEPTUAL

CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL

1.1. Descripción

El estudio investigativo se desarrolló en el Instituto Cardiovascular y Torácico de La Ciudad de la Salud el cual está ubicado en la avenida Centenario, al lado de Merca Panamá. La Ciudad de la Salud es un complejo de edificios de primer mundo, de 4 nivel y el de mayor complejidad del país, con personal médico de altísima calidad y tecnología de punta, donde funcionan cuatro hospitales de alta complejidad, cinco institutos y cuatro centros especializados.

Consta de cuatro hospitales: el Pediátrico, el Quirúrgico, el Clínico y el de Cancerología, todos de alta complejidad con quirófanos, camas de hospitalización y modernos equipos médicos. Este tiene en total 1,368 camas de hospitalización, 51 quirófanos y 256 camas de cuidados intensivos.

Entre los servicios que brinda este hospital están destinados a pacientes con enfermedades agudas y crónicas que requieren los recursos e instalaciones que son exclusivos del tercer y cuarto nivel de atención médica. Consta de 25 quirófanos, cuidados intensivos, cuidados intermedios, salas de preparación de pacientes y salas de recuperación post operatorio. Se han realizado 349 cirugías convencionales y 117 cirugías robóticas. Está equipado para efectuar cirugías de todo tipo de cáncer, de riñón, próstata, ginecológicas, cirugías de hígado, páncreas, vías biliares y cirugías en el aparato digestivo, neurocirugía, otorrinolaringología y oftalmológica.

El Instituto Cardiovascular y Torácico desde su apertura, en el año 2022, contabiliza más de 2 mil cirugías, a través de métodos convencionales y con tecnología avanzada, como la robótica.

De la mano del Instituto, está el Bloque Central, que albergará al Hospital Quirúrgico y que dispone de un sistema de angiografía avanzada para los estudios de los vasos sanguíneos, del cerebro y de las extremidades de distintas partes del cuerpo.

Se realizan cirugías cardíacas (a corazón abierto y cerrado), torácicas, cateterismos, angioplastias, implante de marcapasos y creación de accesos vasculares, entre otras. Se apoya en el Servicio Hemodinámico Que comprende el uso de tecnologías menos invasivas, como son los equipos de angiografías y torres de laparoscopia. Está Equipado con 4 quirófanos convencionales y 2 híbridos, que son unidades que permiten realizar cirugías robóticas o utilizarlas como Salas de Hemodinámica.

Cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos 8 camas, 3 Unidades de Semi Intensivos y 3 Sala de Hospitalización de Cardiología.

Las patologías más comunes atendidas en este servicio son el síndrome coronario y las valvulopatías. Cada enfermera y cada paciente en estas salas forman un proceso interactivo de cuidado enfermera – paciente.

1.2. Planteamiento del problema

El cuidado de enfermería en el preoperatorio es un componente esencial en la preparación del paciente que va a ser quirúrgicamente intervenido. La interacción entre el personal de enfermería y el paciente durante esta fase es determinante para evitar complicaciones posoperatorias; durante la fase preoperatoria los pacientes tienden a desarrollar ansiedad ante lo desconocido, en este caso la cirugía. El cuidado de enfermería debe estar enfocado en disipar o disminuir este sentimiento de ansiedad, haciendo que el paciente aumente su confianza en el proceso quirúrgico al cual se va a someter, para favorecer un proceso de recuperación eficaz. Al respecto, Watson (2008) señala que el cuidado de la enfermera durante el preoperatorio debe estar direccionado, entre otras cosas, a la generación de un entorno de confianza y seguridad.

Los pacientes con enfermedades cardiovasculares perciben la cirugía como una amenaza directa a su vida, lo cual incrementa sus niveles de ansiedad. Teker (2019) confirma que este tipo de intervenciones genera importantes alteraciones psicológicas, siendo la ansiedad una de las más frecuentes. Este dato coincide con lo observado en la práctica clínica diaria, donde incluso pacientes con cirugías programadas manifiestan altos niveles de inquietud y temor.

La fase preoperatoria en cirugía cardiovascular representa un momento de gran vulnerabilidad para el paciente, no solo por los riesgos inherentes al procedimiento, sino por el impacto emocional que este genera. La ansiedad surge como una respuesta común, que puede afectar tanto el curso de la cirugía como la

recuperación posterior. Según Mauricio (2019), el porcentaje de pacientes que experimentan ansiedad en el periodo preoperatorio no está claramente definido; sin embargo, señala que la incidencia fluctúa entre el 60 % y el 80 % de los casos.

En este escenario, el cuidado de enfermería adquiere un rol fundamental, no solo en la preparación física, sino también en la contención emocional del paciente. Es imperativo que la enfermera establezca un vínculo de confianza y seguridad con el paciente, promoviendo un entorno donde se sienta escuchado y comprendido. El cuidado humanizado debe generar un entorno de seguridad; sin embargo, este ideal frecuentemente se ve limitado por prácticas clínicas que priorizan lo técnico sobre lo humano. Por ello, es necesario que el cuidado emocional sea considerado como una prioridad en la atención preoperatoria.

Una estrategia eficaz para mitigar esta ansiedad es la provisión de información clara y personalizada. Patiño-Masó et al. (2022) destacan el papel de la información preoperatoria como un recurso clave para disminuir el miedo. Sin embargo, proporcionar información no basta; esta debe ir acompañada de un abordaje empático, adaptado a las necesidades del paciente.

El cuidado de enfermería debe incorporar la empatía, la sensibilidad y la escucha activa como elementos esenciales. La relación enfermero-paciente debe ser terapéutica, permitiendo al paciente sentirse acompañado en su proceso. En muchos casos, este tipo de cuidado contribuye a disminuir la ansiedad, aunque aún no forma parte de protocolos estandarizados.

La magnitud del problema es evidente en las estadísticas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), las enfermedades cardiovasculares causan más de 7 millones de muertes anuales, muchas de ellas requiriendo intervenciones quirúrgicas. Esta realidad implica que un gran número de pacientes enfrentan ansiedad preoperatoria, lo que debe ser abordado desde la perspectiva del cuidado.

En Panamá, la situación es similar. Entre 2015 y 2021, el CHDRAAM reportó más de 900 cirugías cardíacas con circulación extracorpórea (Caja de Seguro Social, 2015–2021). Desde su apertura el 11 de julio de 2022, la Ciudad de la Salud ha visto un aumento constante en este tipo de procedimientos, realizándose un total de 110 cirugías cardiovasculares, lo que hace aún más urgente fortalecer la atención emocional en el entorno quirúrgico (Caja de Seguro Social, 2015–2021).

Un estudio en Perú realizado por Choque (2019) encontró que el 94 % de los pacientes programados para cirugía cardiovascular presentaban ansiedad, y que esta se correlacionaba altamente con la necesidad de conocimiento. Esto reafirma la importancia de brindar información como parte del cuidado emocional y no como un acto aislado.

A pesar de esta evidencia, se observa que muchas intervenciones de enfermería no responden a un enfoque integral. La sobrecarga laboral, la ausencia de formación emocional y la falta de protocolos centrados en el paciente limitan la efectividad del cuidado. Como advierten Fernández-Castillo et al. (2019), estos factores pueden incrementar la ansiedad y afectar negativamente los resultados clínicos.

El cuidado de enfermería va más allá de procedimientos clínicos; implica una interacción humana profunda que reconoce la individualidad del paciente. Este tipo de cuidado requiere tiempo, disposición emocional y habilidades comunicativas que muchas veces no se priorizan en el ambiente hospitalario. En el contexto de la cirugía cardiovascular, donde los pacientes enfrentan miedos legítimos sobre sensación de muerte inminente, el cuidado debe incorporar elementos como la validación de emociones, el acompañamiento constante y la capacidad de anticiparse a las necesidades emocionales del paciente. Este enfoque no solo mejora la experiencia del paciente, sino que puede traducirse en beneficios clínicos como menor necesidad de fármacos, mayor cooperación con el equipo de salud y una recuperación postoperatoria más fluida.

Frente a este panorama, el estudio a realizar da a conocer la relación entre el comportamiento del cuidado de enfermería y la ansiedad del paciente durante el preoperatorio. Comprender esta dinámica permitirá generar evidencia científica útil para diseñar estrategias que mejoren la experiencia del paciente y optimicen los resultados quirúrgicos, desde un enfoque humanizado y empático.

1.3. Problema de Investigación

Lo antes expuesto nos hace plantearnos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cómo es la relación entre el comportamiento del cuidado y la ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio?

1.4. Justificación

Este estudio resulta relevante, ya que contribuye a la evolución y actualización de la atención en salud hacia un enfoque de humanización del cuidado. El profesional de enfermería desempeña un rol clave al intervenir activamente en la modulación del estado emocional del paciente, lo que permite reducir sus niveles de ansiedad. Una adecuada gestión de estas emociones puede favorecer la estabilidad hemodinámica, facilitar la cooperación del paciente durante el proceso quirúrgico y, en consecuencia, mejorar significativamente su recuperación postoperatoria.

En la parte docente este trabajo busca que la enfermera pueda realizar acciones educativas dirigidas a los pacientes que presenten ansiedad preoperatoria en las cuales además de ofrecer un cuidado dirigido, se integren en el cuidado de este como sujetos activos, logrando una mejor adaptación ante su estado de salud.

El impacto social de este estudio es significativo, ya que contribuye a mejorar la calidad del cuidado en hospitales y centros de salud, promoviendo una atención más empática y centrada en el paciente. Implementar prácticas basadas en el cuidado humanizado puede generar un cambio positivo en la percepción de la atención en salud, fortaleciendo la relación paciente-enfermero y fomentando una cultura hospitalaria más ética y comprometida con el bienestar de los pacientes.

En lo referente a las implicaciones para la práctica el conocimiento que se deriva de los resultados de la presente investigación se convierte en una herramienta esencial en el cuidado de enfermería ya que abre un espacio para la reorientación del cuidado durante la fase preoperatorio, a través de la elaboración de estrategias para

la ansiedad que garanticen el cuidado eficiente y eficaz reflejado en la incidencia de menos complicaciones clínicas durante la etapa del post operatorio. Además del lenguaje propio de enfermería se lograría con la teoría de enfermería de Watson conocer, medir y evaluar los fenómenos del cuidado de la enfermera en la ansiedad preoperatoria del paciente.

Entre las posibles aplicaciones prácticas se encuentran la implementación de técnicas de comunicación efectiva, la capacitación del personal en el uso de estrategias de apoyo emocional y la creación de entornos hospitalarios que favorezcan la confianza y seguridad del paciente. Estos hallazgos pueden integrarse en programas de formación y educación continua para enfermeros, con el fin de mejorar las prácticas asistenciales en el área de cirugía cardiovascular.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación se fundamenta en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, la cual promueve un abordaje holístico que considere las dimensiones emocionales, espirituales y físicas del paciente. Este estudio busca aportar evidencia empírica sobre cómo el comportamiento del cuidado influye en la ansiedad preoperatoria, validando los postulados de Watson en un contexto clínico. El análisis de las variables permitirá describir su comportamiento y explorar su relación, generando insumos útiles para diseñar estrategias de cuidado emocional que fortalezcan la práctica de enfermería en unidades de cirugía cardiovascular, asimismo, contribuirá a la literatura académica sobre el impacto del cuidado en el bienestar emocional de los pacientes.

1. 5. Objetivos de la Investigación

1.5.1. Objetivo General

- ❖ Analizar el comportamiento del cuidado y su relación con la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular durante el preoperatorio.

1.5 .2. Objetivos Específicos

- ❖ Caracterizar al paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio aplicando la hoja de datos demográficos.
- ❖ Determinar el comportamiento del cuidado durante el preoperatorio de cirugía cardiovascular aplicando el instrumento de Inventario de los comportamientos del cuidado del profesional de Enfermería (CBI) de Wolf.
- ❖ Valorar la ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio a través de la Escala de Ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam APAIS.
- ❖ Analizar la correlación entre el comportamiento del cuidado de enfermería con la ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio.
- ❖ Presentar una propuesta de estrategia de cuidado humanizado para la Regulación Emocional de la Ansiedad en Pacientes de Cirugía Cardiovascular durante el preoperatorio.

1.6. Hipótesis de Trabajo

Para los efectos de la presente investigación se planteó una hipótesis correlacional descriptiva, a fin de probar la relación entre el comportamiento de cuidado y la ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio, sin importar la dirección o diferencia en la relación.

Analizar la relación entre la ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio y el comportamiento del cuidado.

H₀: La ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante preoperatorio no se

relaciona con el comportamiento del cuidado.

H₁: La ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio se relaciona con el comportamiento del cuidado.

1.7. Variables

En la investigación, la variable es un concepto medible que recolecta información o datos que dan respuesta a una pregunta al relacionarse con otras variables. Según Hernández Sampieri (2014), la variable “es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse”.

1.7.1. Definición Conceptual

Comportamiento del cuidado: Son las intervenciones de enfermería necesarias para interactuar con los pacientes durante sus procedimientos y al brindar sus cuidados, percibidas como elementos distintivos de la calidad ofrecida por el profesional de enfermería (Larson, 1984).

Ansiedad: Es un estado desagradable de inquietud o tensión secundaria, asociado a un paciente preocupado por una enfermedad, hospitalización, anestesia y cirugía, o ante lo desconocido (Ebirim, 2010).

1.7.2. Definición Operacional

Comportamiento del cuidado: Son los comportamientos que brinda la enfermera durante la relación enfermera-paciente, los cuales se miden a través del *Inventario*

de los Comportamientos del Cuidado del Profesional de Enfermería (CBI) de Wolf (1998), el cual considera cinco dimensiones, con un total de 210 puntos.

Ansiedad: Es un sentimiento de intranquilidad ante lo desconocido, medido mediante la *Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS)*, conformada por seis enunciados. Cuatro evalúan la ansiedad con respecto a la anestesia y la cirugía (enunciados 1, 2, 4 y 5) y dos (3 y 6) evalúan la demanda de información.

1.8. Supuestos teóricos que rigen la investigación

El supuesto teórico que guía la investigación pertenece a la teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson, y dice así:

“La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa”

Con la investigación se procederá a verificar el siguiente supuesto teórico para la mejor comprensión del enfoque, a continuación, se presenta la siguiente aclaración:

La ciencia curativa está asociada a la medicina y está enfocada en diagnosticar enfermedades, aplicar tratamientos y buscar la restitución biológica de la salud. Su objetivo principal es eliminar o controlar el agente causante de una dolencia. Este enfoque, centrado en la enfermedad, a menudo descuida aspectos esenciales del ser humano, como sus emociones, miedos, entorno familiar o calidad de vida.

Por otro lado, la ciencia del cuidado tiene como centro al ser humano en su totalidad. No se limita al tratamiento de una enfermedad, sino que presta atención a la persona

que la padece. Involucra habilidades técnicas, pero también capacidades interpersonales y de comunicación, tan necesarias en los momentos de vulnerabilidad. Jean Watson, destaca que el cuidado humano es un acto moral y científico, donde se promueve la salud, se previene la enfermedad y se acompaña al paciente en todas las etapas de la vida.

El cuidado no es solo cuidar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover o recuperar la salud. El cuidado como intervención terapéutica puede resolver un problema físico, pero sin un cuidado holístico no se satisfacen las necesidades del paciente en forma integral.

Al brindar cuidado la enfermera/o brinda ayuda a través de la integración de la energía vital positiva que emana del paciente conjugando cuerpo – mente y espíritu esta experiencia con este cuidado es gratificante para el paciente y la enfermera.

La enfermera al brindar cuidado incluye un ambiente de apoyo, comprensión y dignidad al paciente. El comportamiento del cuidado de enfermería en base a la práctica de cuidado humanizado influye en la disminución de eventos que experimenta el paciente antes de cirugías cardíacas como la ansiedad.

La ciencia del cuidado no es un complemento menor ni un simple soporte técnico de la ciencia curativa; es su compañera esencial. Mientras la medicina busca curar, la enfermería busca cuidar, acompañar y humanizar el proceso de sanar. Juntas, ofrecen una visión holística y verdaderamente humana de la atención en salud, observe el siguiente esquema.

Esquema 1: La Ciencia del Cuidado es Complementaria de la Ciencia Curativa.

LA CIENCIA DEL CUIDADO ES COMPLEMENTARIA DE LA CIENCIA CURATIVA



Fuente: Ortiz, Maryleith (2,025). Elaborado a partir del análisis de los supuestos de la teoría de cuidado humano para este estudio.

1.9. Limitaciones

Una de las limitaciones más destacadas del estudio es el tamaño relativamente pequeño de la muestra, debido a una reducción de las cirugías cardíacas durante el período en que se recolectó la muestra. Aunque los datos recolectados brindan información valiosa, un tamaño de muestra más amplio permitiría obtener resultados más representativos y generalizables. La variabilidad en la percepción de los cuidados y los niveles de ansiedad preoperatoria podría verse influida por las características individuales de los pacientes, por lo que una muestra mayor y más diversa ayudaría a identificar patrones más consistentes y confiables. Esta limitación es relevante porque podría restringir la aplicabilidad de los resultados a otros contextos hospitalarios o poblaciones.

El diseño del estudio es transversal, lo que significa que los datos se recopilaron en un único punto en el tiempo. Este enfoque limita la capacidad para observar cambios en los niveles de ansiedad y percepción del cuidado a lo largo del tiempo. Un diseño longitudinal, que permitiera evaluar a los pacientes en varias etapas (por ejemplo, antes de la hospitalización, durante y después del procedimiento quirúrgico), podría proporcionar una visión más profunda de cómo evoluciona la relación entre el cuidado de enfermería y la ansiedad en diferentes momentos. Esto es especialmente relevante en el contexto de cuidados preoperatorios, donde la ansiedad puede fluctuar en función de diversos factores a lo largo del proceso.

Otra limitación importante es la falta de control sobre variables externas que podrían influir en los niveles de ansiedad y en la percepción de los cuidados. Factores como: el apoyo familiar, el estado emocional previo, las experiencias pasadas con el sistema de salud y la gravedad de la condición médica pueden afectar la respuesta emocional del paciente y su evaluación de los cuidados recibidos. Sin la inclusión de estas variables en el análisis, es difícil determinar si la ansiedad se debe únicamente al contexto preoperatorio o si está también influenciada por otros factores personales y sociales. Esta limitación sugiere que futuros estudios deberían incluir variables adicionales para obtener un análisis más integral.

El estudio utilizó medidas de autoevaluación para recoger datos sobre la percepción del cuidado y los niveles de ansiedad, lo que puede introducir sesgos. Los pacientes pueden responder en función de lo que consideran socialmente aceptable o pueden no ser completamente conscientes de ciertos aspectos de su ansiedad y percepción de cuidado.

CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL

2. Marco Referencial

2.1. Cuidado

Desde sus orígenes históricos, el cuidado ha sido un acto de acompañamiento, protección y solidaridad, pero en el contexto de la enfermería moderna, se ha transformado en una disciplina con bases teóricas sólidas y marcos conceptuales que orientan su práctica. Autores como Florence Nightingale (1859) posicionaron al cuidado como un medio para favorecer los procesos naturales de curación. Jean Watson (2008, 2012), con su Teoría del Cuidado Humano, propone que el cuidado debe ser transpersonal, involucrando una conexión profunda entre enfermero y paciente, mediada por el amor, la empatía, el respeto y la compasión.

Fawcett (1996) dejó claro la importancia de la práctica de enfermería en sus diversos ambientes y enfocada en el cuidado de los seres humanos y sus experiencias de salud. También Meleis (2010) reconoce que, en la gestión del cuidado, la enfermera debe asumir el rol de apoyar a la persona que otorga estos cuidados y que su gestión va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de la disciplina, recurriendo a la creatividad, la indagación y la transformación en este sentido se considera heurístico.

Desde sus inicios hasta la actualidad, el rol que ha desempeñado el profesional de enfermería ha evolucionado hasta convertirse en la fuerza más grande de atención en el sector salud; esta evolución se ha impulsado inevitablemente toda vez que se ha tenido que cubrir la satisfacción de las necesidades de un sistema sanitario cambiante (Salud, 1996). Esta profesión tiene su esencia y razón de ser en la práctica social basada en el sentido humano, por lo tanto, actúa convenientemente

en la prestación de cuidados responsables que vuelven a dar sentido a la vida tanto a los que la reciben como a los que la administran.

El cuidado en enfermería es un proceso dinámico, intencionado y relacional que busca satisfacer las necesidades humanas en todas sus dimensiones: física, emocional, espiritual, social y cultural. Va más allá de la simple realización de procedimientos clínicos y se convierte en una práctica profesional que integra ciencia, ética, arte y humanidad. Esta definición reconoce que el cuidado es la esencia de la enfermería y se manifiesta a través de una atención personalizada, compasiva y empática, centrada en la dignidad y bienestar del paciente.

Desde el punto de vista deontológico, la esencia de la enfermería es el cuidado, y como tal debe de garantizar su práctica dentro de estándares basados en acciones intersubjetivas y transpersonales con la finalidad de mejorar, preservar y proteger a la humanidad otorgándole a la persona las respuestas oportunas para que ésta pueda encontrar el significado de la enfermedad, dolor, sufrimiento y existencia, de tal manera que pueda conseguir el autoconocimiento, el autocontrol y por ende la autocuración (Calero, 2004).

El cuidado es el núcleo de la práctica de enfermería y constituye una de sus funciones esenciales. A lo largo de la historia, el cuidado en enfermería ha evolucionado desde un enfoque puramente físico hacia una visión holística que considera al ser humano en todas sus dimensiones: física, emocional, mental, social y espiritual. Esta visión integral permite que el cuidado en enfermería se centre en

la persona, no solo en su enfermedad o condición clínica, promoviendo un bienestar completo.

El cuidado en enfermería es fundamental porque proporciona apoyo y atención personalizada a los pacientes, ayudándolos a enfrentar y superar sus problemas de salud. Este cuidado tiene una función terapéutica, ya que ayuda a aliviar el sufrimiento, reducir la ansiedad y promover un entorno de bienestar. La práctica del cuidado no solo mejora los resultados clínicos, sino que también fortalece la relación enfermero-paciente, creando un ambiente de confianza y seguridad. (Smeltzer, 2014).

Los profesionales de enfermería son quienes están en contacto directo y constante con los pacientes, lo que les permite conocer a fondo sus necesidades, temores y expectativas. A través del cuidado, los enfermeros pueden influir positivamente en la recuperación y calidad de vida de las personas a su cargo, promoviendo su autonomía y empoderándolos en su proceso de recuperación.

Por su formación y habilidades técnicas, los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental en la atención a los pacientes que asisten a las unidades de salud, en busca de su recuperación y cuidado por causas de enfermedad o alguna emergencia en un momento determinado. En la gestión hospitalaria intervienen un equipo multidisciplinario que lleva adelante la administración de la salud, en beneficio de los diferentes usuarios. A los servicios de salud acuden personas de todos los estratos sociales, con diferentes inclinaciones y creencias, pero todas

buscando lo mismo, ser atendidas con urgencia, es en este precepto que se debe formar al profesional de enfermería para enfrentar todos esos requerimientos.

En este sentido, la actuación del profesional de enfermería debe darse en un contexto transpersonal e interpersonal, integrando al ser humano, al grupo familiar de forma que incluya valores, voluntad y compromiso de cuidar a los demás con amor y calidez. Dado su compromiso con su profesión y contando con sus competencias ofrecen un aporte para lograr mejorar la salud, las políticas de humanización que se están proponiendo en las instituciones de salud deben tener una perspectiva estratégica e integral, es decir, deben aplicarse a todos los niveles de estas instituciones y enfocarse no solo en los pacientes sino también en el personal que integra la organización. La enfermería siempre ha dado gran relevancia a los requisitos éticos relacionados con su trabajo, a pesar de los cambios experimentados a lo largo de su historia. Según Association (2015), el enfoque de los deberes del personal de enfermería siempre ha sido ayudar a los demás.

Por lo tanto, el gran compromiso de los profesionales de enfermería es acogido por los pacientes y sus familiares como un gran apoyo a sus necesidades y requerimientos, ya que la dependencia, la dignidad de la persona y el fortalecimiento de la autonomía como esencia del cuidado, el enfermero tiene como eje central en la práctica la interacción activa y efectiva del paciente y su familia.

El cuidado en enfermería se basa en el respeto a la dignidad y la autonomía de cada individuo. Esto significa que los enfermeros deben considerar y valorar los derechos,

creencias y decisiones de cada paciente. Al respetar la autonomía, el enfermero promueve la participación del paciente en su proceso de cuidado y recuperación, permitiéndole tomar decisiones informadas sobre su salud.

Se debe individualizar el cuidado ya que cada paciente es único, con sus propias necesidades, preferencias y condiciones de salud. La individualización del cuidado implica adaptar las intervenciones de enfermería a las características específicas de cada persona, teniendo en cuenta su contexto cultural, sus creencias y su situación emocional. Este enfoque personalizado garantiza que el paciente reciba una atención adecuada a sus necesidades particulares.

El cuidado en enfermería no solo debe centrarse en el tratamiento de los síntomas físicos de la enfermedad, sino también en los aspectos emocionales, mentales y espirituales del paciente. La atención integral busca proporcionar un bienestar completo, abordando todas las dimensiones de la persona. Este enfoque permite que el enfermero trate al paciente como un ser humano completo, no solo como un caso clínico.

Los enfermeros deben seguir principios éticos y mantener un alto nivel de profesionalismo en todo momento. La ética en enfermería implica actuar con integridad, honestidad y responsabilidad, siempre en beneficio del paciente. El profesionalismo garantiza que el enfermero mantenga una conducta adecuada y respete los límites de la relación enfermero-paciente.

El fundamento del cuidado en enfermería se sustenta en una sólida base filosófica, teórica, ética y científica que orienta la práctica profesional hacia una atención

integral, humanizada y centrada en la persona. Desde sus orígenes, el cuidado ha sido reconocido como la esencia de la enfermería, destacando su rol en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, alivio del sufrimiento y acompañamiento en el proceso de muerte digna.

Florence Nightingale sentó las bases del cuidado moderno al considerar que la enfermería consistía en crear las condiciones óptimas para que la naturaleza actuara en favor del proceso de curación. Su visión higienista, ambiental y basada en la observación clínica influyó profundamente en la conceptualización del cuidado como una ciencia aplicada a la vida cotidiana del paciente (Nightingale, 1859).

Jean Watson, por su parte, con su Teoría del Cuidado Humano, reorienta el enfoque técnico hacia una visión transpersonal del cuidado, centrada en la conexión emocional y espiritual entre enfermero y paciente. Watson sostiene que el cuidado es una forma de presencia auténtica que permite a ambos involucrarse en un proceso de crecimiento, sanación y transformación personal (Watson, 2008, 2012). Este enfoque enfatiza valores como el amor bondadoso, la compasión, la empatía, la sensibilidad y el respeto a la individualidad.

Otros modelos como el de las Necesidades de Henderson, el Modelo de Adaptación de Roy y el Modelo de Kolcaba también contribuyen al fundamento teórico del cuidado. Henderson considera que la enfermería tiene como fin ayudar al individuo a alcanzar la independencia en la satisfacción de sus 14 necesidades básicas (Henderson, 1966). Roy, por su parte, plantea que el cuidado debe facilitar la adaptación positiva del paciente a los cambios en su entorno interno y externo (Roy

& Andrews, 1999). Kolcaba propone que el cuidado efectivo se traduce en confort, entendido como un estado dinámico de alivio, calma y fortaleza.

Desde la bioética, el cuidado se fundamenta en los principios de beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia. En este sentido, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad moral de actuar en favor del bienestar del paciente, respetando su dignidad y decisiones, y evitando cualquier forma de daño físico, emocional o psicológico.

Así, el fundamento del cuidado en enfermería integra múltiples perspectivas que permiten una praxis reflexiva, comprometida y transformadora, capaz de responder de manera sensible y efectiva a las complejas necesidades humanas en los diversos escenarios de atención.

Cuidados como la atención centrada en el paciente, la comunicación empática y el apoyo emocional ayudan a reducir el estrés, mejorar la adherencia a los tratamientos y facilitar la recuperación. Los pacientes que reciben un cuidado humanizado y compasivo tienden a sentirse más satisfechos con la atención recibida y a experimentar menos complicaciones, lo cual contribuye a una recuperación más rápida y a una mejor calidad de vida.

El cuidado en enfermería es un componente esencial de la atención de salud que va más allá de la técnica y el conocimiento científico. Al centrarse en la persona de manera integral, el cuidado en enfermería busca aliviar el sufrimiento, promover el bienestar y acompañar al paciente en su proceso de recuperación. Los enfermeros, a través de su presencia, empatía y profesionalismo, desempeñan un papel

fundamental en la vida de los pacientes, brindando un cuidado que no solo trata la enfermedad, sino que también respeta y valora a la persona en su totalidad. Este enfoque humanizado y ético es lo que define y enriquece la práctica del cuidado en enfermería. (Kolcaba, 2001).

El cuidado humanizado, tal como lo plantea Jean Watson en su Teoría del Cuidado Humano, enfatiza la necesidad de un enfoque integral que atienda no solo las necesidades físicas del paciente, sino también sus dimensiones emocionales, espirituales y psicológicas. En el contexto de una cirugía cardiovascular, este enfoque adquiere especial relevancia, ya que el paciente enfrenta un procedimiento de alto riesgo que genera ansiedad y miedo. El cuidado humanizado permite que el paciente se sienta comprendido, valorado y apoyado en todas las facetas de su experiencia de salud, promoviendo una recuperación más positiva y un ambiente de cuidado centrado en el ser humano (Watson, 2012).

La empatía es uno de los pilares del cuidado humanizado. En el preoperatorio el enfermero debe demostrar una profunda comprensión de las emociones del paciente, escuchando sus miedos e inquietudes y validando sus sentimientos sin juzgarlos. La empatía permite que el paciente se sienta comprendido en un momento de vulnerabilidad, lo que disminuye su ansiedad y fomenta una relación de confianza (Peña Méndez, 2021).

Un entorno seguro y tranquilo es fundamental para el cuidado humanizado, especialmente en el preoperatorio de una cirugía de alto riesgo. El enfermero puede contribuir a este entorno mediante la reducción de estímulos perturbadores, la

atención a las necesidades de confort físico del paciente y una actitud serena y comprensiva. Este ambiente permite que el paciente se sienta protegido y respetado, facilitando su preparación mental y emocional para el procedimiento quirúrgico (Rodríguez et al., 2023).

El cuidado humanizado tiene un impacto profundo en la experiencia del paciente, especialmente en situaciones de alta complejidad y riesgo, como en la cirugía cardiovascular. La práctica de un cuidado que respeta y atiende todas las dimensiones del ser humano no solo reduce la ansiedad y mejora la disposición del paciente para la cirugía, sino que también aumenta su satisfacción con la atención recibida. Los pacientes que experimentan un cuidado humanizado reportan una percepción positiva de la relación con el equipo de salud y un sentido de dignidad y respeto que contribuye a una recuperación postoperatoria más favorable (Jaramillo et al., 2019).

2.2. Comportamiento del Cuidado

El comportamiento de cuidado en enfermería se refiere a las acciones intencionadas, basadas en conocimientos y valores humanísticos, que buscan satisfacer las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales de los pacientes. Según Watson (2008) y Larson (1984), estas conductas son fundamentales para establecer una relación terapéutica efectiva y se manifiestan a través de la empatía, la comunicación efectiva, el respeto, y la atención personalizada.

El comportamiento de cuidado en enfermería es un constructo central que refleja la esencia del rol profesional de la enfermera. Consiste en un conjunto de conductas, actitudes y habilidades interpersonales que expresan atención, empatía, respeto y compromiso hacia el bienestar del paciente. Este comportamiento se manifiesta a través de acciones como la escucha activa, la comunicación efectiva, la presencia auténtica, el acompañamiento emocional y el respeto por la dignidad humana. El comportamiento de cuidado no se limita a lo técnico o procedimental, sino que incluye dimensiones éticas, emocionales, culturales y espirituales, convirtiéndose en el eje fundamental de una atención verdaderamente holística.

Desde una perspectiva humanista, este tipo de comportamiento se basa en valores como la compasión, la solidaridad y la responsabilidad moral. Además, implica una actitud reflexiva que permite a los profesionales reconocer las necesidades individuales del paciente y responder de forma sensible y personalizada. En la práctica clínica, el comportamiento de cuidado es esencial para establecer una relación terapéutica de confianza, que favorezca la seguridad, la participación del paciente en su proceso de salud, y una recuperación emocional más favorable. (Leininger, 1980; Morse, Solberg, Neander, Bottorff & Johnson, 1991; Watson, 2008).

El comportamiento de cuidado en enfermería tiene una sólida base teórica y ética que respalda su aplicación en la práctica clínica. Este concepto ha sido ampliamente desarrollado por teóricos como Jean Watson, Madeleine Leininger y Patricia Benner, quienes han aportado modelos que reconocen el cuidado como el núcleo del quehacer enfermero. Watson (2008, 2012) plantea que el cuidado debe ser

transpersonal, es decir, una relación profunda y auténtica entre enfermero y paciente, guiada por los valores de compasión, respeto, empatía y amor bondadoso. Su Teoría del Cuidado Humano propone diez factores caritos que orientan la práctica hacia un cuidado holístico que contempla las dimensiones física, emocional, espiritual y existencial del ser humano.

Leininger (1980), por su parte, introduce el enfoque transcultural del cuidado, resaltando la necesidad de comprender las creencias, valores y prácticas culturales del paciente para brindar un cuidado significativo y culturalmente competente. Esto es especialmente importante en contextos hospitalarios diversos, donde la atención personalizada cobra una dimensión aún más relevante.

Benner (1984) relaciona el comportamiento de cuidado con el desarrollo profesional de la enfermera, desde el nivel de principiante hasta el de experto. A través de la experiencia clínica y la práctica reflexiva, las enfermeras desarrollan habilidades intuitivas y relacionales que les permiten ofrecer un cuidado más efectivo, sensible y centrado en el paciente. Esta progresión está mediada por el conocimiento tácito, la ética del cuidado y la comprensión del sufrimiento humano.

En conjunto, estos fundamentos promueven una práctica de enfermería basada en la conexión humana, la comprensión del contexto individual de cada paciente y el compromiso con la dignidad y el bienestar de las personas, haciendo del comportamiento de cuidado un pilar esencial de la atención clínica de calidad.

Numerosos estudios han documentado y analizado el comportamiento de cuidado en enfermería, con el objetivo de comprender su naturaleza, impacto y formas de

medición. Estas investigaciones han contribuido significativamente a consolidar el cuidado como el núcleo disciplinario de la enfermería.

Larson (1984) fue pionera en identificar los comportamientos de cuidado que los pacientes consideraban más importantes durante la hospitalización. Su estudio reveló que conductas como la disponibilidad, la escucha activa y el trato amable eran percibidas como claves en la experiencia de cuidado.

Morse et al. (1991) ampliaron esta perspectiva al clasificar las expresiones del cuidado en distintas categorías, tales como el cuidado instrumental, emocional y espiritual. A través de observaciones clínicas y entrevistas, demostraron que el cuidado es multifacético y debe adaptarse a las necesidades individuales del paciente.

Benner (1984) analizó el comportamiento de cuidado en el marco del desarrollo profesional de las enfermeras, evidenciando que la experticia en el cuidado va más allá del conocimiento técnico y se enriquece con la experiencia, la intuición clínica y la comprensión empática.

Estudios recientes, como el de Rodríguez, Morales y Sánchez (2023), han explorado la relación entre el comportamiento de cuidado y la ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. Sus hallazgos indican que los pacientes que perciben conductas de cuidado humanizado presentan niveles más bajos de ansiedad y mayor satisfacción con la atención recibida.

Estas investigaciones refuerzan la importancia de evaluar sistemáticamente los comportamientos de cuidado, tanto desde la perspectiva del paciente como desde el ejercicio reflexivo del profesional, con el fin de mejorar la calidad de la atención y fortalecer la relación terapéutica.

El comportamiento de cuidado en enfermería tiene profundas implicaciones en la práctica profesional, en la calidad de los servicios de salud y en los resultados clínicos de los pacientes. Estas conductas van más allá del cumplimiento técnico de procedimientos y se orientan hacia una atención centrada en el paciente, donde la empatía, la comunicación, el respeto y la presencia son elementos claves.

En primer lugar, estas conductas fortalecen la relación terapéutica enfermero-paciente, lo cual es esencial para generar confianza y favorecer la participación del paciente en su proceso de cuidado. Según Watson (2012), un entorno de cuidado humanizado y transpersonal puede reducir los niveles de ansiedad, mejorar la adherencia al tratamiento y promover una recuperación más integral.

Desde una perspectiva institucional, el fomento de comportamientos de cuidado impacta en la percepción de calidad del servicio, aumenta la satisfacción del paciente y puede contribuir a reducir eventos adversos relacionados con la falta de comunicación o despersonalización del trato (Peña Méndez, 2021). Además, la evaluación sistemática de estos comportamientos permite a las enfermeras reflexionar sobre su práctica y establecer planes de mejora orientados al bienestar del paciente.

En entornos de alta complejidad como la cirugía cardiovascular, donde los pacientes enfrentan procedimientos de alto riesgo, estos comportamientos se vuelven aún más relevantes. La presencia activa, el acompañamiento emocional y la capacidad de brindar información clara y adaptada pueden marcar la diferencia en la experiencia del paciente, facilitando su estabilidad hemodinámica y mejorando su cooperación con el equipo de salud (Rodríguez et al., 2023).

En suma, el comportamiento de cuidado no solo es un componente ético y humano del quehacer de enfermería, sino también una herramienta estratégica para el logro de resultados clínicos positivos y una atención verdaderamente centrada en la persona.

2.3. Ansiedad Preoperatoria

La ansiedad preoperatoria es una respuesta emocional común en los pacientes que se enfrentan a una intervención quirúrgica. Se define como un estado transitorio de tensión, nerviosismo o miedo, originado por la anticipación del acto quirúrgico y de sus posibles consecuencias (Caumo et al., 2001). Esta ansiedad puede manifestarse tanto a nivel psicológico como fisiológico, y tiene un impacto directo en la experiencia perioperatoria, pudiendo influir negativamente en los resultados clínicos.

Entre las causas más frecuentes de la ansiedad preoperatoria se encuentran: el miedo al dolor postoperatorio, la preocupación por complicaciones quirúrgicas o anestésicas, el temor a la muerte o a no despertar tras la anestesia, la incertidumbre sobre el diagnóstico o pronóstico, y la separación de los seres queridos (Mitchell,

2010). Además, el desconocimiento del procedimiento quirúrgico y la falta de información contribuyen significativamente al aumento del estrés preoperatorio.

Diversos estudios han identificado múltiples factores de riesgo asociados con niveles elevados de ansiedad preoperatoria: sexo femenino (Maranets & Kain, 1999), edad joven o muy avanzada, historial psiquiátrico de ansiedad o depresión, intervenciones previas con malas experiencias, falta de apoyo familiar, escasa información médica recibida (Nugent et al., 2014) y tipo de cirugía, siendo las de alto riesgo como las cardíacas las que generan mayor ansiedad.

La ansiedad preoperatoria es altamente prevalente. Se estima que entre un 60% y un 80% de los pacientes quirúrgicos presentan algún grado de ansiedad antes de una operación (Caumo et al., 2001). En procedimientos de alto riesgo como la cirugía cardíaca, esta prevalencia puede superar el 80% (Nigussie et al., 2014).

Según Spielberger (1983), existen dos tipos principales de ansiedad: la ansiedad rasgo (trait anxiety), una forma estable de responder con ansiedad ante situaciones percibidas como amenazantes; y la ansiedad estado (state anxiety), una respuesta emocional transitoria a una situación específica, como lo es una cirugía inminente. En el ámbito quirúrgico, la ansiedad estado es la que predomina y la que debe abordarse de forma sistemática.

El entorno en el que el paciente se encuentra durante el preoperatorio puede tener un impacto significativo en su nivel de ansiedad y en su percepción de seguridad. Es por ello primordial enfatizar en la importancia de crear un entorno de apoyo y

protección que considere no solo las necesidades físicas, sino también las emocionales, espirituales y psicológicas del paciente.

Según Álvarez y Yaniet (2022), un entorno de apoyo y protección es esencial para reducir la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía cardiovascular. En este aspecto los enfermeros pueden contribuir a un ambiente tranquilo y seguro en la sala preoperatoria, asegurándose de que el paciente se sienta acompañado y comprendido. La presencia constante del enfermero, quien muestra una actitud compasiva y empática, ayuda a reducir los temores del paciente y le brinda una sensación de seguridad en un momento crítico.

La ansiedad preoperatoria no solo afecta el bienestar psicológico del paciente, sino que también se asocia con mayor requerimiento de anestésicos e hipnóticos intraoperatorios, incremento del dolor postoperatorio, mayor riesgo de náuseas y vómitos, prolongación de la estancia hospitalaria y peor recuperación general (Mavridou et al., 2013). Por estas razones, su identificación temprana y tratamiento adecuado son esenciales para la calidad del cuidado perioperatorio.

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

3.1. Fundamentación Teórica

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos (Fawcett, 1996).

Actualmente enfermería presenta un corpulento marco teórico que describe fenómenos, explica relaciones, predice consecuencias y ayuda a prescribir cuidados de enfermería. Desde una perspectiva histórica, los primeros marcos teóricos de enfermería datan de 1952, con el trabajo de Peplau, posteriormente se han gestado una cuantiosa y variada cantidad de ellos, sin embargo, pese al corpulento marco teórico que sustenta y orienta el quehacer de enfermería, estos presentan una importancia relegada en el quehacer profesional.

Según enfermería Meleis, se define teoría como de una “conceptualización de algún aspecto de la realidad de enfermería comunicada con el propósito de describir fenómenos, explicar relaciones entre fenómenos, predecir consecuencias o prescribir cuidados de enfermería”; las conceptualizaciones de enfermería pueden clasificarse en metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teorías, e indicadores empíricos, desde mayor a menor grado de abstracción, respectivamente.

En cuanto a la práctica de enfermería, según Alligood (2018), la teoría amplifica el desarrollo del conocimiento, ayuda a estructurar la práctica, y por consiguiente, tributa a una mejora de la calidad de la atención; sumado a esto, se ha descrito que los enfermeros que reconocen los significados conceptuales de las teorías de enfermería, logran dar sentido a la práctica asistencial y pueden destacarse en la construcción del razonamiento y juicio clínico, así como en la elección de las mejores intervenciones de enfermería e identificación de fenómenos de los que estos profesionales son responsables (Santos, 2019).

3.2. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

La filosofía y ciencia del cuidado planteado por Jean Watson (1998), consiste en el intento transpersonal de proteger, reforzar, preservar la dignidad de la persona ayudándola a encontrar sentido a la existencia; aun en el sufrimiento y aumentar su autoconocimiento, control y bienestar con sentido de armonía interna, a pesar de armonías externas.

El cuidado humano es la unión espiritual de dos personas que trasciende en el tiempo, el espacio e historia de cada uno a través de los gestos, expresiones faciales, procedimientos, información, tacto, sonido, expresiones verbales. La perspectiva del cuidado transpersonal, por la teoría de Jean Watson, se sustenta en sus creencias y valores acerca de la vida humana, de la salud y de la cura, fruto de sus experiencias y observaciones (Watson, 2008). Watson privilegia el enfoque humanístico, atendiendo al individuo biopsicosocial, espiritual y sociocultural, y

plantea que el objetivo de la enfermería es ayudar a las personas a alcanzar el más alto grado de armonía entre mente, cuerpo y alma (Watson, 2012).

Los supuestos básicos de la ciencia de cuidar de Watson (1998), adaptados con algunas modificaciones a partir de lo propuesto por Watson en 1979, son los siguientes:

1. El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, conocimiento individual, del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí.
2. El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar: promueve la satisfacción de necesidades, por tanto, propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.
3. Un ambiente de cuidado promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción.
4. La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa: curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.
5. La práctica del cuidado es central en la enfermería: es necesario acompañar en las fases de toma de decisiones, encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica.
6. El cuidado está condicionado a factores de cuidado: a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos.

7. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.

En la actualidad, la enfermería se consolida como una disciplina que trasciende los límites del saber clínico tradicional, integrando dimensiones humanas, espirituales y emocionales del cuidado. La Dra. Jean Watson, referente en la teoría humanística del cuidado, propone el supuesto de la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa, entendiendo que ambas deben coexistir para lograr una atención verdaderamente integral del paciente (Watson, 2008).

La ciencia curativa centrada en la intervención médica y tecnológica aborda la enfermedad desde una lógica biomédica. No obstante, Watson argumenta que esta visión es incompleta si no se acompaña del componente afectivo-relacional que el cuidado aporta. Desde esta perspectiva, el cuidado no es simplemente una acción técnica o instrumental, sino un proceso profundamente humano que involucra la presencia consciente, la empatía, la autenticidad y el respeto por la dignidad del otro (Watson, 2012).

El modelo de Watson plantea que el cuidado debe ser intencionado, auténtico y éticamente fundamentado. Para la autora, cuidar implica no solo “hacer” por el paciente, sino “ser con” el paciente, creando una relación que trasciende lo meramente técnico (Watson, 2008). Esta visión resalta el valor terapéutico del acto de cuidar, especialmente en situaciones de alta vulnerabilidad como lo es el preoperatorio de una cirugía cardiovascular.

Desde el paradigma del cuidado, la enfermera se convierte en agente terapéutico no solo por sus competencias clínicas, sino por su capacidad de sostener emocionalmente al paciente en momentos de incertidumbre y ansiedad. En este contexto, el cuidado se reconoce como una forma de conocimiento, una ciencia compleja y humana que permite comprender el sufrimiento del otro y acompañarlo en su proceso de sanación (Meleis, 2010).

Desde esta perspectiva, el acto de cuidar se convierte en un componente terapéutico que, al ser ejercido con autenticidad, presencia y empatía, potencia los resultados clínicos. Como afirma Watson (2008), curar puede ocurrir sin cuidado, pero cuidar sin intención curativa es incompleto. Por ello, integrar ambas ciencias no significa oponer lo técnico a lo humano, sino reconocer que uno potencia al otro.

Meleis (2010) subraya que el profesional de enfermería debe actuar como un puente entre el conocimiento biomédico y la experiencia vivencial del paciente. En el preoperatorio, por ejemplo, el conocimiento sobre farmacodinámica, riesgos quirúrgicos y soporte vital debe ir acompañado de la capacidad de reconocer emociones, contener el miedo y guiar al paciente con calidez.

La evidencia demuestra que los entornos donde se fomenta esta integración reducen los niveles de ansiedad, aumentan la adherencia al tratamiento y disminuyen las complicaciones postoperatorias (Fernández-Castillo et al., 2019). Es decir, no se trata solo de hacer las cosas correctamente, sino de hacerlas con humanidad. De esta manera, la ciencia curativa se ve enriquecida por un enfoque

que considera al paciente no como un cuerpo enfermo, sino como una persona que siente, piensa y teme.

Este enfoque no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también eleva el sentido ético y profesional de los cuidadores. Tal como lo plantea Watson (2012), cuando la enfermera ofrece una atención desde el corazón y no solo desde la técnica, se genera un proceso de sanación mutua. El profesional no solo cura, sino que también se transforma en el acto de cuidar.

En este contexto el comportamiento del cuidado en enfermería constituye una dimensión esencial del acto terapéutico, ya que permite expresar valores éticos, emocionales y profesionales hacia el paciente. Este comportamiento no solo es percibido por el paciente, sino que también puede ser evaluado y medido a través de instrumentos como el Inventario de Comportamientos de Cuidado (CBI), desarrollado por Wolf en 1986. Dicho instrumento identifica múltiples dimensiones del cuidado como la empatía, el respeto, la presencia humana y la destreza profesional.

Según Watson (2008), el comportamiento del cuidado refleja la interacción auténtica entre el profesional y el paciente, y es considerado un acto transpersonal cuando va más allá de lo físico y conecta con la dimensión espiritual del ser humano. Esta forma de cuidar es especialmente relevante en contextos de alta vulnerabilidad, como el preoperatorio de cirugía cardiovascular, donde la ansiedad del paciente se encuentra intensificada.

En el entorno preoperatorio, este comportamiento adquiere especial importancia, pues el paciente se encuentra expuesto a temores relacionados con el dolor, la anestesia y la posibilidad de complicaciones. En este contexto, la actitud del personal de enfermería puede marcar la diferencia entre un paciente tranquilo y uno agitado. Por tanto, el comportamiento del cuidado se convierte en una herramienta terapéutica clave para modular emociones intensas como la ansiedad.

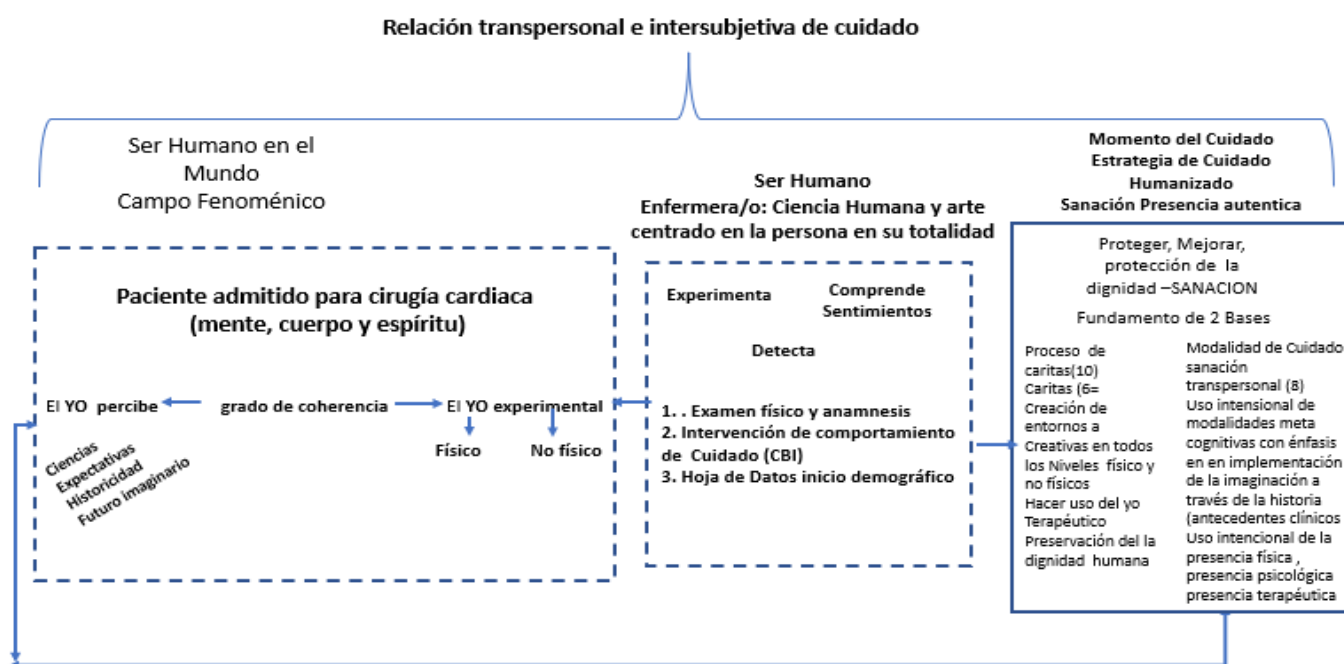
La enfermería desempeña un papel crucial en la identificación y mitigación de la ansiedad preoperatoria. A través de una valoración sistemática, el personal de enfermería puede detectar los factores desencadenantes de la ansiedad y aplicar intervenciones específicas. Según Watson (2008), la relación empática y humanizada entre enfermero y paciente es clave para crear un ambiente seguro que favorezca la reducción del estrés emocional.

En este sentido la ciencia del cuidado no debe verse como una dimensión secundaria, sino como una parte esencial del proceso de curación. En la cirugía cardiovascular, donde los riesgos físicos se suman a las tensiones emocionales, integrar el conocimiento técnico con el cuidado humanizado permite ofrecer una atención segura, empática y transformadora. (Watson, 2012).

La integración entre la ciencia del cuidado y la ciencia curativa es hoy un imperativo para lograr una atención centrada en el ser humano, especialmente en contextos de alta complejidad como la cirugía cardiovascular. Esta complementariedad se fundamenta en que la efectividad de un tratamiento no depende únicamente del

procedimiento técnico, sino también del modo en que se cuida al paciente durante todo el proceso asistencial (Watson, 2012).

Esquema 2: Relación entre el comportamiento del cuidado y la ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio: teoría del cuidado humano.



Fuente: Ortiz, Maryleith (2,025). Elaborado a partir del análisis de la teórica de cuidado humano para este estudio.

En el esquema anterior se observa que la Teoría del Cuidado, se centra en la importancia del aspecto humano y emocional en la atención de la salud, donde La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no solo implica la atención técnica y física del control de la enfermedad, sino también la conexión emocional, la empatía y el respeto por la dignidad del paciente, en ella se destaca la importancia de crear un ambiente de confianza y compasión, promoviendo el bienestar integral del individuo.

Para Jean Watson, el ser humano no es simplemente un organismo biológico, sino una unidad integrada de aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Dentro del marco de su teoría, el campo fenoménico representa la experiencia interna del individuo el yo percibe: su manera de sentir, pensar, percibir y darle sentido al mundo. Este campo es único e irrepetible en cada persona, y solo puede comprenderse a través de la empatía y la presencia auténtica del profesional de enfermería.

Watson adopta una visión fenomenológica y existencial del ser humano, influenciada por pensadores como Merleau-Ponty y Heidegger. Desde esta perspectiva, el cuidado no se limita solo a procedimientos técnicos de sus alteraciones fisiológicas, sino que se convierte en un acto profundamente humano que requiere reconocer y validar el yo experimentar la experiencia del paciente como la dolencia o ansiedad.

En este contexto, el profesional de enfermería debe entrar en relación con el campo fenoménico del paciente, lo que implica una disposición a comprender su mundo interno sin juicios. El cuidado auténtico surge cuando hay una conexión entre el campo fenoménico del cuidador y del cuidado, creando lo que Watson denomina un "momento de cuidado transpersonal". En este encuentro, ambos campos se entrelazan, y se produce una transformación mutua, tanto para el paciente como para el enfermero.

Comprender al ser humano desde el campo fenoménico implica reconocerlo como un ser único, complejo y en constante evolución, cuya vivencia subjetiva es central en el proceso del cuidado.

Esto va de la mano con la ciencia humana en enfermería centrado en el paciente, está considera al paciente como un ser integral, no solo desde una perspectiva biológica, sino también emocional, espiritual, social y existencial. Es decir, la enfermería no se basa únicamente en datos clínicos o en procedimientos técnicos, sino que estudia y actúa sobre el ser humano como totalidad.

El arte en enfermería es la capacidad de cuidar con sensibilidad, creatividad y empatía, reconociendo a cada paciente como único. Va más allá de aplicar técnicas: implica la presencia plena, la comunicación auténtica y el vínculo humano.

La ciencia humana en enfermería busca entender al ser humano en su totalidad y su experiencia de salud y el arte del cuidado es la manera sensible, ética y empática de aplicar ese conocimiento, esto se detecta a través del examen físico (anamnesis), del intervalo de comportamiento de Cuidado (CBI) y recolección de datos sociodemográficos.

Al entender al ser humano en su totalidad podemos trazar estrategias de cuidado transpersonal, está ocurre cuando el enfermero se conecta con el paciente más allá del nivel físico, accediendo a su campo fenoménico (su experiencia subjetiva, emocional y espiritual). Es una relación que trasciende el tiempo, el espacio y el ego, y que puede ser sanadora y transformadora para ambos.

Esta conexión ocurre en un momento auténtico y profundo que se llama el momento de cuidado transpersonal, donde tanto el cuidador como el cuidado se ven afectados positivamente. No se trata solo de “hacer” algo por el paciente, sino de “ser con” él o ella, desde la presencia plena.

Watson propone 10 factores del cuidado (también llamados carative factors, y más adelante, caritas processes), que sirven de guía para la práctica enfermera. Los conceptos 6 y 8 se relacionan directamente con la noción de cuidado transpersonal y fueron escogidos para el desarrollo de las estrategias de cuidado

Caritas Process 6: “Usar el proceso de cuidado sistemático de resolución de problemas de forma creativa, adaptándolo para tomar decisiones de cuidado individualizado”.

En este concepto se aplican el proceso de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación) de forma holística y personalizada, no mecánica.

En el contexto del cuidado transpersonal, no solo se aplican técnicas estandarizadas, sino que se utiliza la escucha activa, se interpretan las necesidades emocionales y espirituales del paciente, respondiendo con sensibilidad. Así, el proceso de enfermería se convierte en una vía para conectarse con el ser interior del otro, respetando su campo fenoménico.

Caritas Process 8: “Crear un entorno curativo en todos los niveles (físico, emocional, espiritual)”.

Este principio destaca la importancia de que el entorno del cuidado favorezca la sanación integral. Watson afirma que el entorno no es solo físico (higiene, seguridad, confort), sino también afectivo y espiritual.

Desde el cuidado transpersonal, se contribuirá a crear un espacio donde el paciente pueda sentirse seguro, valorado y escuchado, lo que promueve su capacidad natural de sanarse. Esta atmósfera se logrará a través de una presencia amorosa, compasiva y auténtica, que reconoce la dignidad del paciente más allá de su enfermedad.

3.3. Relación entre el problema y el marco teórico

La relación entre el problema de investigación y el marco teórico es fundamental en el estudio, ya que permite entender cómo los principios teóricos pueden aplicarse para abordar un problema específico en el contexto clínico. En este estudio, el problema de investigación se centra en el comportamiento del cuidado y su relación con la ansiedad de los pacientes de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio. El marco teórico proporciona una base conceptual sólida que respalda la hipótesis de que el cuidado de enfermería, cuando se ofrece de forma humanizada y centrada en el paciente, puede reducir significativamente los niveles de ansiedad en pacientes que enfrentan un procedimiento quirúrgico mayor.

La teoría del Cuidado Humano de Jean Watson es un pilar esencial en el marco teórico, ya que enfatiza la importancia del cuidado transpersonal y humanizado en la enfermería. Según Watson, el cuidado va más allá de las habilidades técnicas y

clínicas, abarcando también el apoyo emocional y el vínculo afectivo entre el profesional de salud y el paciente (Watson, 1988). Este aspecto del cuidado es especialmente relevante en el contexto preoperatorio, donde la ansiedad puede ser una respuesta emocional intensa debido a la incertidumbre y el miedo asociados con la cirugía cardiovascular.

El problema de investigación identifica esta ansiedad preoperatoria como un fenómeno que afecta negativamente la experiencia del paciente y potencialmente sus resultados postoperatorios. Watson sostiene que, a través de una relación de cuidado genuino y empático, el profesional de enfermería puede ayudar al paciente a enfrentar su situación con mayor tranquilidad y confianza (Watson, 2012). Así, el marco teórico no solo describe la naturaleza del problema, sino que también justifica la intervención de enfermería como una herramienta clave para manejar la ansiedad.

La ansiedad preoperatoria es un problema ampliamente documentado en la literatura médica y psicológica, ya que tiene efectos tanto en el bienestar psicológico del paciente como en los resultados clínicos. Diversos estudios y teorías en el ámbito de la salud destacan que la ansiedad puede incrementar el riesgo de complicaciones, prolongar la recuperación y afectar el manejo del dolor postoperatorio (Smeltzer y Bare, 2014). La teoría de Watson aporta una visión integral de cómo el cuidado humanizado puede reducir estos riesgos al abordar la ansiedad desde un enfoque emocional y relacional.

El marco teórico fundamenta la hipótesis de que el comportamiento de cuidado, orientado por los principios de respeto, empatía y apoyo emocional, puede actuar como un recurso de apoyo psicológico que disminuye la ansiedad, tomando en cuenta el supuesto de que la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. Según Watson, la interacción entre enfermera y paciente en un ambiente de cuidado transpersonal permite que el paciente se sienta valorado y comprendido, lo que puede aliviar el miedo y la incertidumbre que caracterizan el período preoperatorio. (Watson, 2012).

El marco teórico se complementa con evidencia empírica que respalda el impacto positivo del cuidado de enfermería en la ansiedad preoperatoria. Investigaciones previas indican que la implementación de estrategias como la educación preoperatoria, el acompañamiento emocional y la comunicación efectiva entre enfermera y paciente son intervenciones efectivas para reducir los niveles de ansiedad (Martínez et al., 2020). Estos hallazgos sustentan el problema de investigación, ya que refuerzan la idea de que el cuidado de enfermería no se limita al aspecto técnico, sino que también debe atender las necesidades emocionales del paciente.

El problema de la ansiedad preoperatoria, por lo tanto, se analiza desde una perspectiva que reconoce la dimensión emocional del cuidado de enfermería. La teoría de Watson y la evidencia empírica proporcionan un marco conceptual que justifica el rol del cuidado emocional en la reducción de la ansiedad, alineándose con el objetivo del estudio de demostrar cómo un enfoque humanizado puede mejorar la experiencia del paciente.

La teoría de Watson también destaca la idea de que el cuidado es en sí mismo una forma de intervención terapéutica. En el contexto de este estudio, el problema de la ansiedad preoperatoria se aborda considerando el cuidado de enfermería como una estrategia activa para mejorar el estado emocional del paciente. El marco teórico postula que el cuidado transpersonal permite al paciente experimentar una sensación de seguridad y apoyo, lo que contribuye a reducir los niveles de ansiedad y a prepararlo emocionalmente para el procedimiento quirúrgico.

Al relacionar el problema con el marco teórico, se puede concluir que la teoría de Watson y otros modelos de cuidado humanizado proporcionan una base sólida para entender cómo el comportamiento de cuidado de enfermería puede influir positivamente en la experiencia del paciente. Este enfoque también destaca que la relación entre enfermera y paciente no es solo un medio para proporcionar información y asistencia, sino también un espacio para construir confianza y apoyo emocional, lo cual es crucial en momentos de alta vulnerabilidad como el preoperatorio.

En resumen, la relación entre el problema de la ansiedad preoperatoria y el marco teórico es clara y coherente. El problema plantea la necesidad de encontrar estrategias efectivas para reducir la ansiedad en pacientes que enfrentan una cirugía cardíaca, y el marco teórico de Watson ofrece un enfoque que respalda la importancia del cuidado humanizado en este contexto. La teoría y la evidencia empírica sugieren que el cuidado de enfermería puede ser una intervención efectiva para mejorar el bienestar emocional del paciente y disminuir su ansiedad. El marco teórico, entonces, no solo enmarca el problema, sino que también

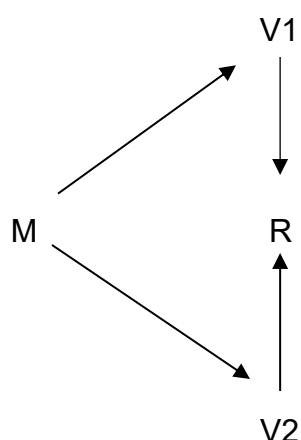
proporciona una guía práctica para el desarrollo de intervenciones de enfermería centradas en el paciente. Esta relación entre el problema y el marco teórico fundamenta la relevancia del estudio y justifica la hipótesis de que el cuidado humanizado puede ser un recurso valioso en el manejo de la ansiedad preoperatoria.

CAPÍTULO IV.
DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Diseño y tipo de investigación

Se trata de una investigación desde el paradigma cuantitativo, de diseño correlacional descriptivo, transversal, prospectivo. Es correlacional descriptivo, ya que se estudia la relación entre variables, sin precisar sentido de causalidad; viendo la correlación entre las variables del comportamiento de cuidado y la ansiedad preoperatoria.

Figura 1 Esquema del diseño del estudio de investigación.



Donde:

Muestra = Pacientes durante el preoperatorio de cirugías Cardiovasculares

Programadas.

V1= (Variable independiente) = Comportamiento del Cuidado.

V2= (Variable dependiente) = Ansiedad.

R= Relación.

4.2. Universo

El universo del estudio lo conforman todos los pacientes adultos programados para cirugía cardiovascular en el Instituto Cardiotorácico de la Ciudad de la Salud.

4.3. Población

Para los efectos de la presente investigación se considera la población de pacientes hospitalizados programados para cirugía cardiovascular que cursen el preoperatorio en las tres Salas de Cardiología, durante el período comprendido entre junio y agosto del año 2024.

4.4. Muestra

No probabilística, estas muestras son controladas según características específicas previamente establecidas en la investigación o por los propósitos del investigador; y no se dejan al azar, ya que no todos los individuos de la población tienen iguales oportunidades de ser seleccionados para el estudio (Sampieri, 2014). Se tomó el número y proporción de pacientes que fueron programados para cirugía cardíaca durante los meses de Enero/Marzo del año 2024 (tiempo de referencia para la captación de la información del estudio) los cuales fueron 66 esta información se obtuvo de los informes institucionales.

4.5. Muestreo y determinación muestral

En esta investigación se utilizará un muestreo por conveniencia, ya que se toman datos disponibles al momento de la recolección de estos, esta técnica resulta rápida y con un intervalo de tiempo más corto en su aplicación; seleccionando a los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar durante el periodo de estudio.

4.5.1. Cálculo de la Muestra

Para la determinación muestral los factores que determinan el tamaño de la muestra son la distribución de la población, el nivel de confianza y el margen de error permitido. Se realiza el cálculo utilizando la fórmula de una población infinita propuesta por Canto (2009), actualizada en el año 2010. (Canto Raboline, 2009; Fernández Pita, 1996).

El nivel de confianza será de 95%.

Donde $N = 66$ pacientes que fueron hospitalizados para cirugía cardíaca en los primeros 3 meses del año 2024 según el censo de las Salas de Cardiología en el Instituto Cardiovascular y Torácico de la Ciudad de la Salud.

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ (Si la seguridad en este caso 95%).

p = porción esperada 0.5 (lo que hace que $q = 1 - p = 0.5$).

$q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.5 = 0.5$).

$d = 0,05$ precisión (en este caso es de 5%).

Cálculo de la muestra:

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

$$n = \frac{(66) * (1.96)^2 * (0.5) (0.95)}{(0.05)^2(66 - 1) + (1.96)^2(0.5) (0.5)}$$

$$n = 39$$

$$n = 39 \text{ pacientes} + 2 \text{ por atrición} = 41 \text{ pacientes.}$$

N= 41 pacientes.

4.5.2. Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión para el presente estudio son:

1. Paciente hospitalizado para cirugía cardiovascular programada en la Ciudad de la Salud.
2. Pacientes mayores de 18 años y de ambos sexos.
3. Paciente que no presenten diagnóstico médico actual ni previo de alteraciones psicológicas o demencia.

4.5.3. Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión para el presente estudio son:

1. Menores de edad.
2. Pacientes con algún impedimento mental o diagnosticado.
3. Pacientes en ventilación Mecánica no invasiva e invasiva.
4. Pacientes con Cirugías Cardiovasculares previas.

4.6. Técnicas de recolección de datos

La recolección de los datos se llevará a cabo mediante la aplicación de una Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Amsterdam (APAIS) y un Instrumento Inventario de Comportamiento de los Cuidados del Profesional de Enfermería, ambas autoadministrables y en forma de Escala de Likert.

4.7. Instrumento

Para conocer la ansiedad preoperatoria de los pacientes, desde su perspectiva se aplicará un instrumento que denominamos “Escala de Ansiedad e Información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS). Para medir la percepción del Comportamiento del Cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del paciente, se empleará un instrumento “Inventario del Comportamiento de Cuidado del Profesional de Enfermería, y un instrumento de recolección de datos demográfica. Estos son:

- a. Instrumento de Recolección de Datos Demográficos del paciente compuestas por dos partes. La primera hace referencia a los datos personales de la paciente formada por 15 preguntas; mientras que la segunda parte son los datos clínicos del paciente conformado por 5 preguntas.
- b. La Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Amsterdam (APAIS), conformado por un total de seis (6) enunciados, cuatro (4) enunciados evalúan la ansiedad con respecto a la anestesia y la cirugía (enunciado 1- 2

referente a la anestesia y 4 - 5, a la cirugía), y dos (3 y 6) evalúan la demanda de información. (Moerman, 1996). Las posibles respuestas del paciente están dadas por los criterios de una escala likert que oscila con puntuaciones que van de 1 a 5. En donde 1= absolutamente no; 2= algo; 3=bastante, 4= mucho, 5= demasiado.

Interpretación de la escala, el resultado es en base a la suma de puntuación de los dos grandes aspectos del instrumento, (la evaluación de la ansiedad con respecto a la anestesia y la cirugía y el otro aspecto referente a la demanda de la información); para tales efectos la ansiedad se categoriza en tres niveles:

Nivel de ansiedad mínimo: 0 – 6 puntos.

Nivel de ansiedad moderado: 7 – 18 puntos.

Nivel de ansiedad alta: 19 – 30 puntos.

Esta escala fue elaborada por Moerman (1996). Las propiedades psicométricas de la escala demostraron una consistencia interna aceptable con un valor Alfa de Cronbach mayor a 0.70 (0.86 para la subescala de anestesia/cirugía y 0.68 para la de información. (Moerman et al., 1996).

- c. El instrumento de Inventario de Comportamientos de Cuidado (CBI) sigla en inglés, el cual se basa en la teoría de Watson sobre el cuidado, marco en el cual el cuidado se vuelve el principio ético o el parámetro por el cual se miden los tratamientos e intervenciones. Wolf, (1998), elaboró el instrumento con base en esta teoría, dado que el cuidado transpersonal desde la perspectiva de Watson invita a una autenticidad del ser y el crecer, una habilidad para estar presente

con el yo y el otro, en una mutualidad reflexiva del ser, que lleva a que el profesional de enfermería desarrolle su habilidad para centrar la conciencia y la intencionalidad en el cuidado, más que en la enfermedad y sus complicaciones (Watson J. , 2004). Para la elaboración del instrumento (CBI), Wolf realizó estudios con el objetivo de precisar las palabras y las frases representativas conformaban el discurso de las enfermeras durante los procesos de cuidado.

El instrumento tiene un total de 42 ítems, que incluye un listado de comportamientos de cuidado de enfermería. Cada ítem es medido por una escala tipo liker de 5 puntos: siempre, casi siempre, generalmente, ocasionalmente, casi nunca, nunca, con un total de 210 puntos del instrumento y una escala de apreciación puntuada de la siguiente manera:

Comportamientos desfavorables: 42-98.

Comportamientos medianamente favorables:99-155.

Comportamientos favorables: 156 - 210.

Utilizado para evaluar el cuidado de enfermería. Actualmente establece 42 ítems distribuidos en 5 subescalas o dimensiones, cada uno con un puntaje de 6 puntos en las siguientes categorías: 1= nunca; 2= casi nunca; 3= ocasionalmente; 4= casi siempre y 5= siempre.

Las cinco subescalas o dimensiones en las que se distribuyen los 42 ítems son las siguientes:

1. Diferencia respetuosa con el otro (respeto por el otro). Ítems 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12. En total: 12.

2. Asegura la presencia humana (necesidades humanas y seguridad). Ítems 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24. En total: 12.

3. Conectarse positivamente (disposición de ayuda optimista y constantemente de la enfermera con el otro). Ítems 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 y 33. En total: 9.

4. Conocimiento y destreza profesional (enfermera con conocimiento, pericia y expertas). Ítems 34, 35, 36, 37 y 38. En total: 5.

5. Prestar atención a las experiencias de otros (aprecio del acumulo de experiencia única del otro). Ítems 39, 40, 41 y 42. En total: 4.

Este instrumento ha sido validado por la autora y utilizado en el contexto en Estados Unidos y Centro América, con un índice de consistencia interna alto ($r=0.88$) y un alfa de Cronbach de 0.96. En el idioma español el instrumento CBI de la doctora Wolf, reporta una confiabilidad de 0.9882, en el 2002 en un estudio realizado en el contexto de la maestría en enfermería en México, en pacientes hospitalizados. (Wolf, 1998).

Adicionalmente, en Chile (Salgado, Valenzuela & Sanhueza, 2015) se ha documentado el uso del CBI con niveles aceptables de validez facial y confiabilidad interna. Esto refuerza la aplicabilidad del instrumento en poblaciones hispanohablantes, lo cual es metodológicamente relevante para el presente estudio.

En Panamá, Camargo y Caro (2009) emplearon el CBI en un estudio realizado en la provincia de Coclé, con una muestra de 74 adultos mayores y 54 profesionales de enfermería. El instrumento fue sometido a validación facial por expertos nacionales, quienes sugirieron ajustes menores en la redacción de once ítems para mejorar la comprensión semántica y cultural. El estudio concluyó que la herramienta era pertinente y comprensible en el contexto clínico panameño, brindando respaldo metodológico para su uso en investigaciones locales.

Para asegurar la adecuación del instrumento al entorno específico de pacientes en preoperatorio de cirugía cardiovascular, se realizó una prueba piloto con 10 pacientes. Esta permitió verificar la claridad semántica de los ítems, evaluar la viabilidad operativa del instrumento y confirmar su pertinencia cultural, sin necesidad de modificaciones adicionales. El tiempo promedio de aplicación fue de 7 minutos y no se reportaron dificultades relevantes, lo que fortalece la validez del cuestionario en este contexto.

4.8. Procedimiento de recolección de los datos

El procedimiento de recolección de datos se llevó a cabo cumpliendo con los criterios de inclusión previamente establecidos. Este se realizó en las Salas de Cardiología del Instituto Cardiovascular y Torácico de la Ciudad de la Salud, en pacientes programados para cirugía cardiovascular, durante la fase preoperatoria, que no fuera el día de su cirugía. La información fue obtenida a través de la consulta de expedientes clínicos y la aplicación del Instrumento de Inventario del

Comportamiento de Wolf (CBI), los lunes y miércoles en un horario comprendido entre las 7:00 a.m. y las 6:00 p.m., durante los meses de junio a agosto de 2024.

La aplicación del instrumento se efectuó previa orientación al paciente, firma del consentimiento informado e identificación personal en coordinación con la enfermera encargada de la sala. Posteriormente, se realizó la presentación individual a cada paciente. Todo el proceso fue programado fuera de los horarios de alimentación y del horario nocturno, con el fin de garantizar la confiabilidad de la información y evitar interferencias con los tratamientos médicos o con el proceso de recuperación de procedimientos que pudieran generar malestar o dolor.

4.9. Análisis de los datos

Para el proceso de análisis de datos se utilizará el programa Microsoft Excel 2020. En la realización de análisis de frecuencias simples, porcentajes, o cruces de variables se utilizará el programa IBM Statistical package of the social science (SPSS) en su versión 17. Se empleará estadística descriptiva para realizar las caracterizaciones de la población estudiada, la verificación de hipótesis se aplicará la estadística inferencial, aplicando pruebas de correlación de Pearson para determinar la relación.

En cuanto a la estimación de los cálculos se utilizarán intervalos de confianza del 95%. El nivel de significancia estadística aceptado será de $p < 0.05$.

4.10. Consideraciones éticas

La presente investigación, se envió a consideración del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá para su respectiva aprobación, (Ver anexo pág. 153), para luego poder entregarlo en la Ciudad de la Salud e iniciar el proceso de colocación del instrumento y recolección de datos.

Antes de incluir a los sujetos en el estudio se les informó verbalmente de los objetivos del estudio, su participación voluntaria y, a los que se le solicitó su firma en aprobación, de modo que se cuenta con el consentimiento informado, en el mismo se les explicó que podrían retirarse del estudio si lo deseaban.

El mismo contenía información sobre la importancia del estudio y de la importancia de su colaboración para llevarlo a cabo; se puntualizó sobre la confidencialidad de los datos que los mismos proporcionen, y que no serán revelados en el estudio.

En este mismo sentido, la investigación se respetan los códigos y normas internacionales durante la ejecución de la investigación, específicamente se consideran las declaraciones de Derechos Humanos, Código de Núremberg y Declaración De Helsinki.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.1. Características sociodemográficas de pacientes

Para el presente estudio, se recopiló información de los pacientes de las salas de Cardiología del Instituto Cardiovascular y Torácico de la Ciudad de la Salud, con n= 51 pacientes hospitalizados entre los meses de junio a agosto del año 2024.

Tabla 1: Características demográficas de pacientes de cirugía cardiovascular durante el pre-operatorio en la Ciudad de la Salud 2024.

VARIABLE		N	PORCENTAJE
Edad	18 a 40	1	1.96
	41 a 60	10	19.61
	61 o más	40	78.43
Sexo	Masculino	30	58.82
	Femenino	21	41.18
Grado académico Nivel educativo	Primaria	19	37.25
	Secundaria	19	37.25
	Universidad	13	25.5
Procedencia	Capital	29	56.86
	Interior	22	43.14
Días de estancia hospitalaria	0 a 30	15	47.05
	31 a 60	12	29.41
	> 60	24	23.54

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Recolección de datos sociodemográficos del paciente (2024).

En la tabla 1, de datos sociodemográficos en referencia al sexo el 30 (58.82%) pacientes pertenecen al sexo masculinos y el restante 21 (41.18%) son del sexo femenino.

En cuanto al grado académico, los pacientes se distribuyen de manera similar entre primaria 19 (37.25%) y secundaria 19 (37.25%), con un grupo menor que ha cursado estudios universitarios 13 (25.5%).

En relación con la procedencia, más de la mitad de los pacientes provienen de la capital 29 (56.86%), mientras que el 22 (43.14%) proviene del interior del país. Los días de estancia hospitalaria muestran una alta variabilidad, con un promedio de 63.29 días y una desviación estándar de 52.84 días. Casi la mitad de los pacientes estuvieron hospitalizados por 30 días o menos (47.05%), mientras que un 29.41% estuvieron entre 31 y 60 días, y el 23.54% permanecieron más de 60 días.

Al realizar un análisis de la data tabulada se tiene en consideración la verificación epistemológica de Faricet (1996) quien dejó claro la importancia de la práctica de enfermería en sus diversos ambientes y enfocada en el cuidado de los seres humanos y sus experiencias de salud, es evidente que la instrumentación metódica de la práctica preoperatoria es aplicable a sujetos de diversos perfiles etarios y de género, con lo cual se hace indiscutible una amplitud de posibles formas de intervención.

Se comprende que la práctica preoperatoria de cirugía cardíaca no es limitativa a un perfil subjetivo particular, sino que es extensiva a una multidiversidad de sujetos y contextos, según se puede corroborar dentro de la propia dimensionalidad de la investigación.

5.2. Perfil clínico de los pacientes

Tabla 2: Distribución de los pacientes de cirugía cardiovascular según diagnóstico médico durante el pre-operatorio hospitalizados en la Ciudad de la Salud, 2024.

N= 51

Diagnóstico Médico	Frecuencia	Porcentaje
Cardiopatía Isquémica	15	29.41
Infarto Agudo de Miocardio	13	25.49
Estenosis Aórtica Severa	11	21.58
Insuficiencia Mitral Severa	6	11.76
Endocarditis Infecciosa	3	5.88
Doble Lesión Valvular	3	5.88
TOTAL	51	100

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Recolección de datos sociodemográficos del paciente (2024).

La tabla 2, muestra la distribución de los diagnósticos médicos en los pacientes. El diagnóstico más frecuente es la Cardiopatía Isquémica, que afecta al 15 (29.41%) de los pacientes, seguido por el Infarto Agudo de Miocardio, con una prevalencia del 13 (25.49%).

La Estenosis Aórtica Severa es el tercer diagnóstico más común, presente en el 11 (21.58%) de los pacientes. Estos tres diagnósticos representan la mayoría de los casos clínicos, sumando más del 75% del total.

Diagnósticos menos frecuentes incluyen la Insuficiencia Mitral Severa 6 (11.76%), Endocarditis Infecciosa 3 (5.88%) y la Doble Lesión Valvular 3 (5.88%). Estos últimos constituyen una minoría en comparación con las afecciones coronarias y valvulares más comunes.

Este perfil sugiere que la mayor parte de los pacientes sufre de enfermedades coronarias o valvulares graves, con una mayor proporción de cardiopatías

isquémicas e infartos, mientras que las afecciones menos comunes, como las infecciones valvulares o las complicaciones múltiples, están presentes en un menor número de casos.

Es evidente, según la data planteada que los pacientes en el diagnóstico preoperatorio pueden presentar algunas manifestaciones de cardiopatías, esta inferencia se relaciona con lo esgrimido por Rivera (2021), quien reconoce que, en situaciones preoperatorias, los pacientes suelen experimentar miedo y preocupación por la incertidumbre del procedimiento, el dolor o la posible pérdida de control sobre sus cuerpos.

De lo expuesto puede inferirse el particular de vulneración e indefensión que en forma previa experimentan los pacientes ante la eventualidad de la intervención médico profesional, siendo congruente que se presentan síntomas asociados con eventuales cardiopatías, que deben ser tratados con experticias complementarias, que mejoren la predisposición del paciente al proceso quirúrgico.

Se hace evidente la corresponsabilidad empírica teórica, al estimarse de manera efectiva que los médicos tratantes deben realizar un eficiente diagnóstico preoperatorio, para tratar de mejorar la calidad de vida del paciente y generar una preparación más humanizada, que garantice el éxito del futuro proceso de intervención de enfermería profesional.

Tabla 3: Nivel de Ansiedad de pacientes de cirugía cardiovascular durante el pre-operatorio en la Ciudad de la Salud. 2024.

N= 51

Nivel de ansiedad	N°	%
Moderada (7-18)	29	56.86
Alta (19-30)	17	33.33
Mínima (0-6)	5	9.80

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024).

El nivel de ansiedad de pacientes durante el pre-operatorio de cirugía cardíaca, representada en la tabla 4, según días de estancia hospitalaria, en la ciudad de la Salud. 2024, muestra la ansiedad de los pacientes clasificados en tres categorías: mínima, moderada y alta.

La mayoría de los pacientes presenta un nivel de ansiedad moderada (7-18 puntos), representando el 29 (56.86%) de los casos. Este grupo refleja una proporción importante de pacientes que experimentan un nivel intermedio de ansiedad.

El 17 (33.33%) de los pacientes presenta una ansiedad alta (19-30 puntos), lo que indica que una tercera parte de los pacientes está bajo un alto nivel de estrés o preocupación, lo cual podría requerir intervenciones adicionales por parte del equipo de salud para mitigar la ansiedad.

De modo que, un 5 (9.80%) de los pacientes tiene una ansiedad mínima (0-6 puntos). Este grupo representa una minoría de pacientes que no experimentan niveles significativos de ansiedad.

Este perfil sugiere que más del 90% de los pacientes experimenta algún nivel de ansiedad, con un mayor número de ellos en las categorías de ansiedad moderada y alta, lo que resalta la importancia de implementar estrategias para reducir la

ansiedad en esta población. Partiendo de la data tabulada a partir de la aplicación del instrumento, se comprende que los pacientes pueden experimentar ansiedad, esta premisa pragmática concuerda con lo expuesto por Álvarez & Yaniet, (2022), quien afirma que, en el contexto preoperatorio de una cirugía cardiovascular, el paciente puede experimentar una combinación de miedo, incertidumbre y ansiedad.

Ello permite, confirmar la vigencia de la postulación teórica, al tener en cuenta que los pacientes en el proceso preoperatorio de cirugía cardíaca pueden presentar síntomas flagrantes de niveles de ansiedad, es decir una acumulación de miedo por stress ante la eventualidad de la intervención quirúrgica, en este escenario se confirma lo afirmado por la literatura revisada, siendo conveniente comprender que los niveles de esta sintomatología van a implicar de manera congruente la aplicación de cuidados humanizados, que puedan servir para establecer una mejor preparación al proceso de intervención quirúrgica. (Álvarez & Yaniet, 2022).

Tabla 4: Percepción del comportamiento del Cuidado de pacientes de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio en la Ciudad de la Salud 2024.

N= 51

Categoría Cuidado	Nº	%
TOTAL		
Favorable (156-210)	51	100
Medianamente(99-55)	0	0
Favorable Desfavorable(42-98)	0	0

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento Intervalo de los Comportamientos de Cuidado del Profesional de Enfermería (CBI) de Wolf (2024).

La percepción que tiene un paciente con respecto al cuidado que recibe del profesional, corresponde a lo que el enfermero proporciona durante su contacto con

quien cuida, que no es más que la suma de lo que Swanson describe como los atributos de las dimensiones de cuidado.

La percepción positiva del cuidado podría reflejar una estandarización en la calidad asistencial, donde todos los pacientes reciben un nivel alto de atención, independientemente de su estado emocional.

A través de este instrumento se ha podido relacionar el cuidado de enfermería con la satisfacción del paciente y proponer la estructuración de hipótesis de cuidado para medir el grado de satisfacción del paciente en relación con el cuidado recibido

Cabe destacar que el 100% de los pacientes que van a ser sometidos a cirugías cardiovasculares de este estudio perciben el cuidado del profesional de enfermería como excelente.

Tabla 5: Dimensiones el Cuidado del Comportamiento del paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio Ciudad de la Salud 2024.

Criterio	Deferencia respetuosa con el otro		Asegura la presencia humana		Conectarse positivamente		Conocimiento y destreza profesional		Prestar atención a las experiencias del otro	
		%		%		%		%		%
Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casi Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pocas Veces	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casi Siempre	3	6%	1	2%	2	4%	8	16%	0	0
Siempre	48	94%	50	98%	49	96%	43	84%	51	100%
Total: N	51		51		51		51		51	

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento Intervalo de los Comportamientos de Cuidado del Profesional de Enfermería (CBI) de Wolf (2024).

Deferencia respetuosa con el otro: En esta dimensión, la mayoría de los participantes respondieron en la categoría de “Siempre” 48 personas, (94%). Esto

sugiere que la deferencia y el respeto hacia el otro son considerados valores esenciales en el cuidado de los pacientes.

Asegura la presencia humana: En esta dimensión, al igual que la anterior, la mayoría de los participantes respondieron “Siempre” 50 personas, (98%). Este alto porcentaje resalta la importancia de la presencia física y emocional de la enfermera como una necesidad básica para los pacientes.

Conectarse positivamente: Los resultados muestran que 49 personas (96%) eligieron “Siempre”, mientras que una minoría 2 personas (4%) seleccionó “Casi siempre”. Esto indica que los pacientes sienten que la enfermera debe conectarse de manera positiva y optimista con ellos, manteniendo una actitud de apoyo constante.

Conocimiento y destreza profesional: Aquí, la categoría “Siempre” fue elegida por 43 personas (84%), con un pequeño grupo seleccionando “Casi siempre” 8 personas (16%). Estos resultados subrayan que esta categoría de conocimientos es la que los pacientes encontraron el comportamiento del cuidado más bajo.

Prestar atención a las experiencias de otros: En esta dimensión, todas las respuestas se concentraron en la categoría “Siempre” (100%). Esto demuestra que los pacientes consideran que las enfermeras brindan un cuidado personalizado y efectivo.

Al destacar la data tabulada por la fuente, se evidencia congruencia con lo expuesto por Watson (2012), quien enfatiza que el cuidado transpersonal es posible solo cuando se construye una relación de confianza, en la que el paciente percibe al

enfermero no solo como un proveedor de atención, sino también como un aliado en su proceso de sanación.

Se evidencia que existe correspondencia onto epistémica entre la realidad y la epistemología revisada, teniéndose en consideración el cumplimiento efectivo de la teoría al darse un cuidado favorable que es percibido por el paciente, lo cual demuestra la construcción de niveles de empatía y colaboración del asistente de salud profesional que presta apoyo en esta área en particular.

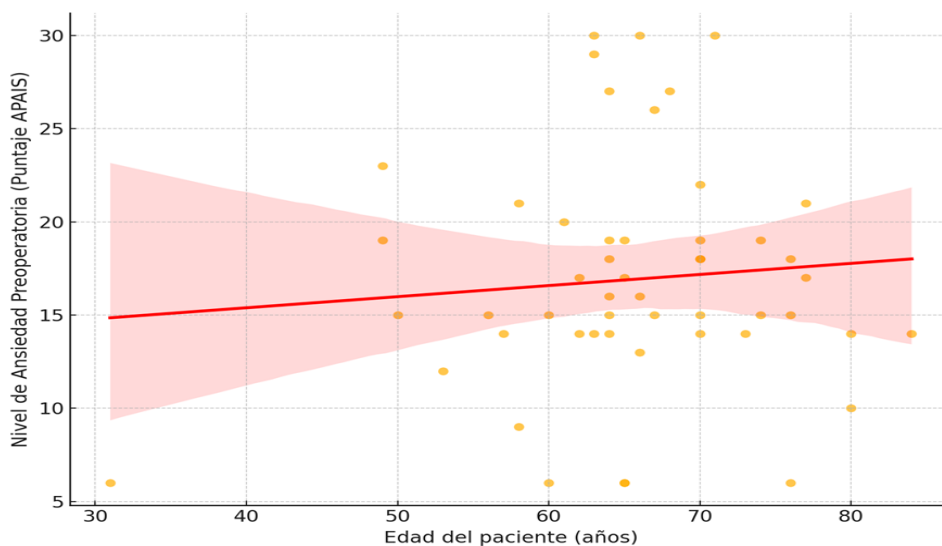
Entendiendo que, se realiza la efectividad del comportamiento del cuidado de manera eficiente, eficaz, expedito, oportuno, permitiéndose de manera central que la confianza y reciprocidad del paciente con el enfermero se desarrolle, esto contribuye a consolidar una mejor disposición del paciente ante la atención del profesional de la enfermería.

Se plantea la fortaleza de los comportamientos de cuidados, lo cual permite establecer una fortaleza del servicio de enfermería asistencial, asumiéndose de manera expresa que se presenta un mejoramiento de la calidad de atención preoperatoria, que puede fortalecerse de manera efectiva a medida que la integración con el paciente se da.

Es importante destacar el cumplimiento del referente de contenido teórico en la práctica, al asumirse que se denota de manera consecutiva una prestación más eficiente, de acuerdo con la percepción del paciente, lo cual puede contribuir a que a futuro pueda mejorarse la práctica y experticia de técnicas relevantes, de esta naturaleza.

5.3. Dispersiones

Figura 2: Relación entre Edad y Ansiedad Preoperatoria.



Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024).

Discusión: Relación entre Edad y Ansiedad Preoperatoria

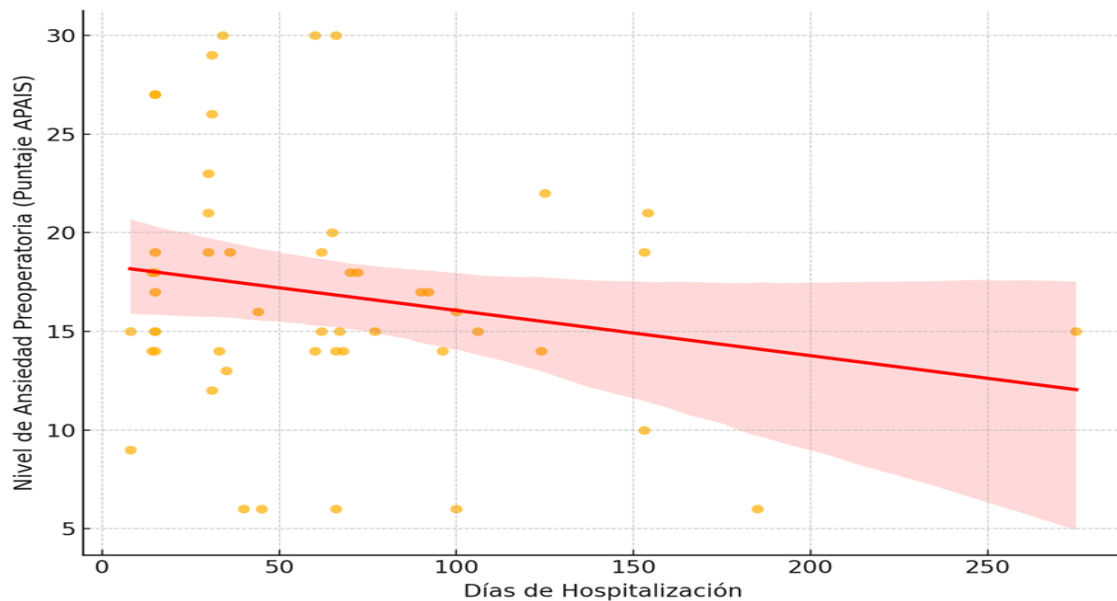
El gráfico de dispersión entre la edad y el nivel de ansiedad preoperatoria (medido con la escala APAIS) mostró una relación positiva muy débil ($r = 0.089$) sin significancia estadística ($p = 0.536$). Esto indica que, en la muestra analizada, la edad no se relaciona significativamente con la ansiedad reportada por los pacientes antes de una cirugía cardiovascular.

Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Caumo et al. (2001), quienes en su estudio sobre factores de riesgo para ansiedad preoperatoria no encontraron que la edad fuera un predictor significativo. Del mismo modo, Gómez-Urquiza et al. (2017), en un estudio realizado en pacientes sometidos a cirugía cardíaca,

concluyeron que la edad no fue una variable asociada con niveles elevados de ansiedad preoperatoria.

Otros estudios como los de Millar et al. (1995) y Maranets y Kain (1999) han sugerido que, si bien pueden observarse tendencias, como una leve disminución de la ansiedad con el aumento de la edad, estas no son generalmente estadísticamente significativas. Esto respalda la idea de que la ansiedad preoperatoria se ve más influida por factores como el sexo, la falta de información, el tipo de cirugía, o la experiencia previa en contextos hospitalarios, más que por la edad cronológica del paciente, igualmente así lo reporta Macías et al., (2021) quien reconoce que los pacientes que enfrentan una intervención de alto riesgo suelen experimentar ansiedad debido a la falta de información o a la incertidumbre sobre el procedimiento y la recuperación.

Figura 3: Relación entre Días de Hospitalización y Ansiedad Preoperatoria.



Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024).

Discusión: Relación entre Días de Hospitalización y Ansiedad

El gráfico de dispersión entre los días de hospitalización y los niveles de ansiedad preoperatoria (medidos con la escala APAIS) reveló una correlación muy débil y estadísticamente no significativa ($r = -0.195$, $p = 0.169$). Esto indica que, en esta muestra, el número de días que los pacientes permanecen hospitalizados antes de la cirugía cardiovascular no guarda una relación concluyente con su nivel de ansiedad.

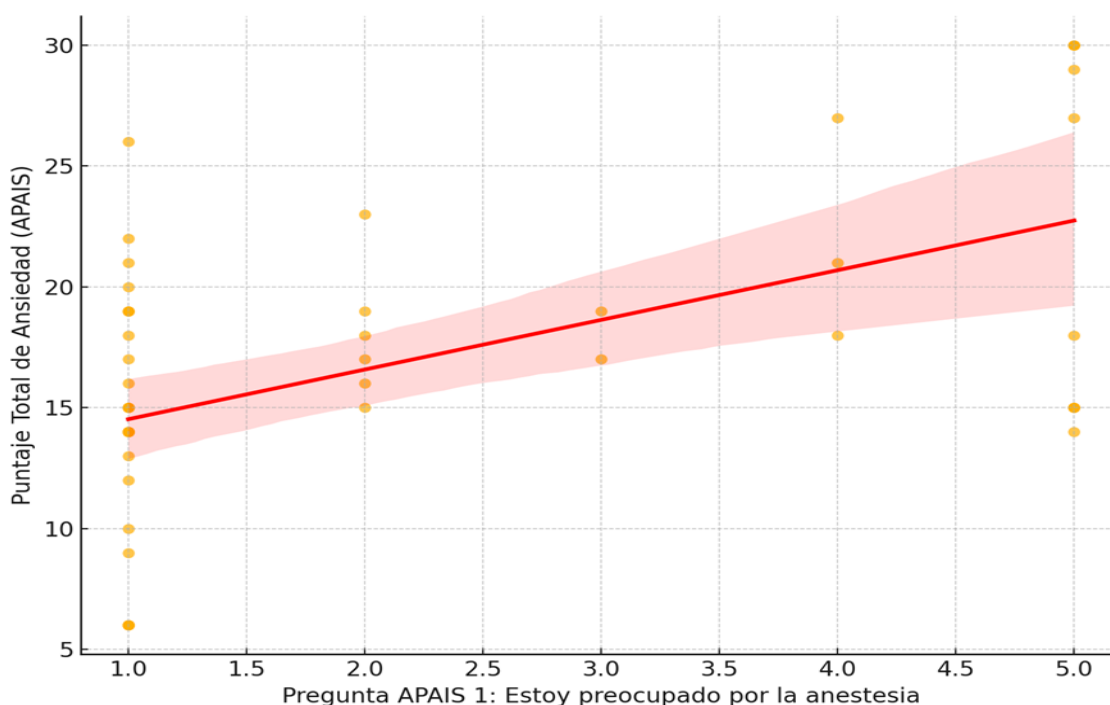
Estudios previos han mostrado resultados similares. Por ejemplo, el trabajo de González-María et al. (2021) indica que, si bien la estancia hospitalaria puede ser un factor estresante, no necesariamente predice la intensidad de la ansiedad preoperatoria. De igual forma, investigaciones como la de Patiño-Masó et al. (2022) sugieren que el nivel de ansiedad puede estar más influenciado por factores personales como el acceso a la información, el apoyo emocional, y la calidad de la comunicación con el equipo de salud, más que por la duración de la hospitalización en sí.

En este estudio, la ausencia de una relación significativa podría deberse a que los pacientes experimentan un umbral de adaptación emocional dentro del entorno hospitalario.

Es decir, más allá de cierto número de días, la ansiedad podría estabilizarse o verse modulada por otros factores como la atención recibida o los mecanismos individuales de afrontamiento.

En consecuencia, aunque los días de hospitalización pueden representar una carga emocional, su efecto sobre la ansiedad preoperatoria no es lineal ni directo. Estos hallazgos refuerzan la importancia de una atención de enfermería empática y personalizada, centrada en las necesidades emocionales del paciente, independientemente del tiempo que permanezca hospitalizado.

Figura 4: Relación entre "Estoy preocupado por la anestesia" y Ansiedad Preoperatoria Total.



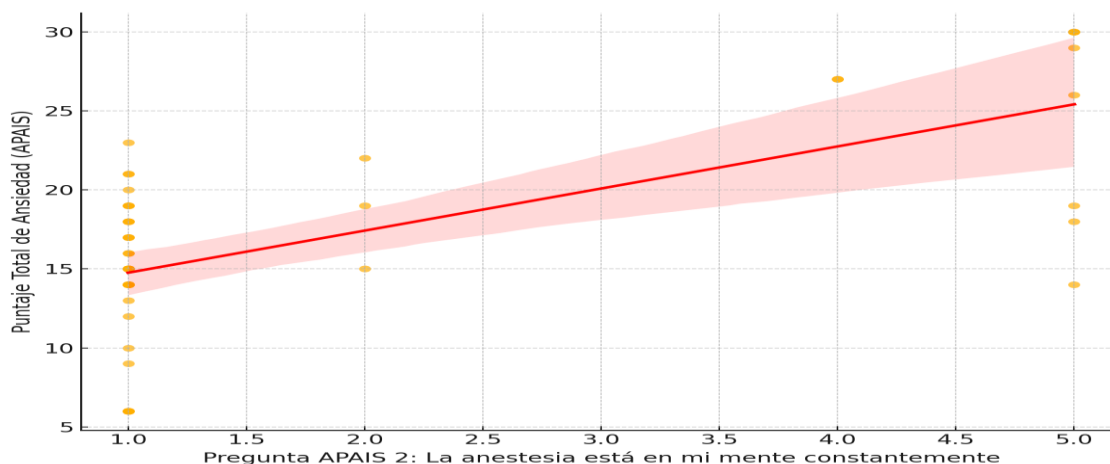
Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024).

El análisis de la relación entre la pregunta "Estoy preocupado por la anestesia" del cuestionario APAIS y el puntaje total de ansiedad preoperatoria (AP TOTAL) reveló una correlación moderada y positiva ($r = 0.540$), con un valor p de 0.00004, lo que indica que esta relación es estadísticamente significativa.

"Estoy preocupado por la anestesia" evalúa directamente el nivel de preocupación del paciente con respecto a la anestesia, y su alta correlación con el puntaje total demuestra que esta dimensión específica de ansiedad tiene un fuerte impacto en la percepción global del paciente frente a la cirugía. Este resultado concuerda con lo planteado por Moerman et al. (1996), creadores del APAIS, quienes identificaron que las preguntas relacionadas con la anestesia son predictoras sólidas del nivel total de ansiedad.

Asimismo, otros estudios como el de González-María et al. (2021) han demostrado que las preocupaciones específicas, como el miedo a la anestesia o al procedimiento quirúrgico, suelen representar los principales factores generadores de ansiedad preoperatoria. Por tanto, la evaluación detallada de estos ítems individuales es crucial para diseñar intervenciones más precisas desde la enfermería. Igualmente, permite reconocer que los pacientes cardíacos pueden presentar de manera efectiva niveles de ansiedad, esto coincide con lo expuesto por Martínez et al., (2020) el acompañamiento emocional y la comunicación efectiva entre enfermera y paciente son intervenciones efectivas para reducir los niveles de ansiedad.

Figura 5: Relación entre AP2 "La Anestesia está en mi mente" y Ansiedad Preoperatoria Total.



Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024).

Discusión: Relación entre AP2 "La Anestesia está en mi mente constantemente" y Ansiedad Preoperatoria Total.

El análisis de la relación entre la pregunta APAIS 2: "La anestesia está en mi mente constantemente" y el puntaje total de ansiedad preoperatoria (AP TOTAL), mostró una correlación moderada a alta, positiva y estadísticamente significativa ($r = 0.654$, $p < 0.000001$).

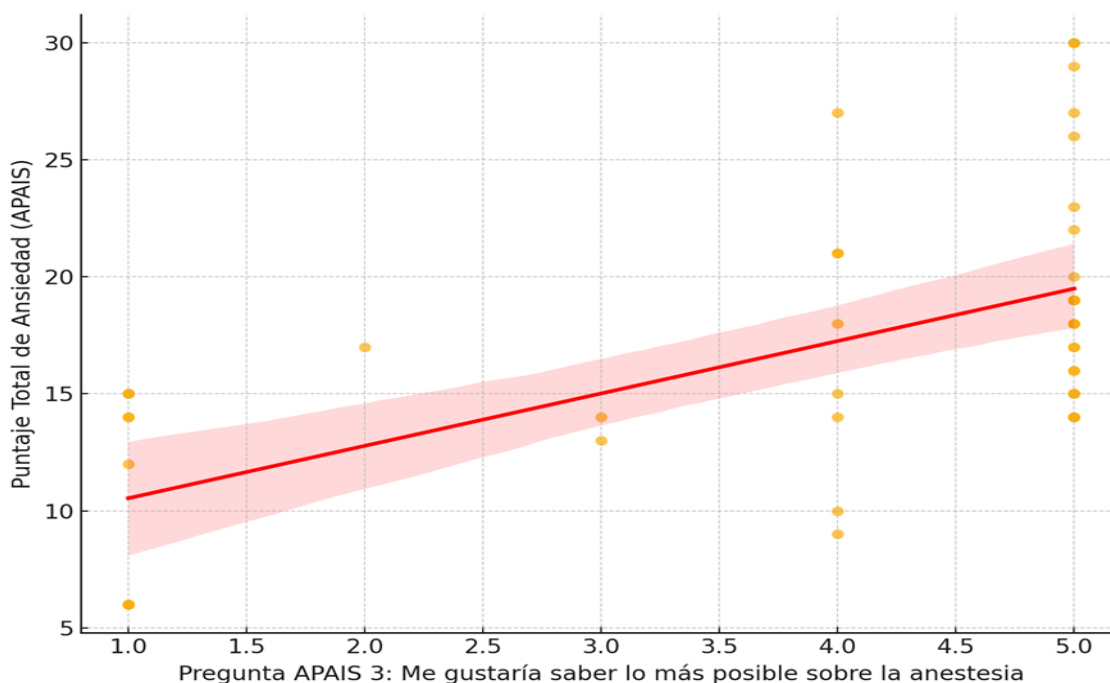
Este resultado indica que los pacientes que manifiestan una preocupación constante por la anestesia tienden a presentar niveles más elevados de ansiedad preoperatoria en general. El hallazgo es coherente con la validación del instrumento realizada por Moerman et al. (1996), en la cual los ítems relacionados con la ansiedad por la anestesia resultaron altamente predictivos del nivel total de ansiedad.

De acuerdo con estudios como el de Gómez-Urquiza et al. (2017) y Patiño-Masó et al. (2022), los pensamientos intrusivos y constantes relacionados con el procedimiento anestésico suelen ser un factor de ansiedad persistente en pacientes prequirúrgicos. Por tanto, evaluar específicamente esta dimensión permite anticipar casos con mayor vulnerabilidad emocional antes de la cirugía.

Se verifica que los pacientes hospitalizados presentan niveles de ansiedad, esto coincide con Watson, (2012), quien reconoce las necesidades emocionales de los pacientes, particularmente en momentos de alta ansiedad, como en el contexto preoperatorio. Se destaca entonces, que los pacientes pueden presentar en su estado de salud problemas relacionados con la ansiedad, como una necesidad emocional que en forma recurrente afecta a los pacientes cardíacos, siendo necesario dentro de este orden que se preste el apoyo de enfermería.

Se debe considerar de manera expresa, tratar los niveles de ansiedad con una práctica de enfermería conveniente, que pueda servir de manera pertinente para aminorar los niveles de vulnerabilidad e indefensión del paciente, en otras fases del tratamiento profesional. Este hallazgo apoya el desarrollo de programas de enfermería preoperatoria que incluyan la valoración estructurada del pensamiento constante sobre la anestesia como un componente crítico de la ansiedad prequirúrgica.

Figura 6: Relación entre AP3 "Me gustaría saber lo más posible sobre la anestesia y Ansiedad Preoperatoria Total.



Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024).

El análisis de la relación entre la pregunta APAIS 3: "Me gustaría saber lo más posible sobre la anestesia" y el puntaje total de ansiedad preoperatoria (AP TOTAL), mostró una correlación moderada y positiva ($r = 0.588$) con una significancia estadística alta ($p < 0.00001$).

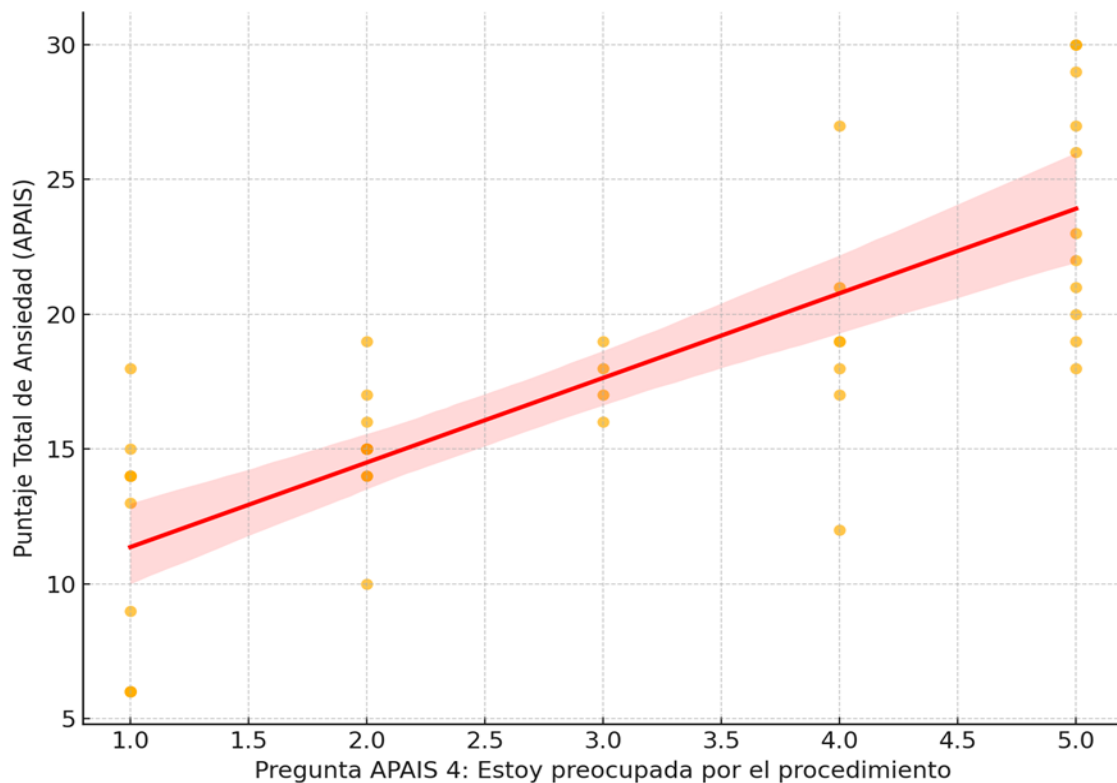
Este hallazgo indica que los pacientes que desean más información sobre la anestesia tienden a presentar niveles más elevados de ansiedad. Este resultado es coherente con lo descrito por Moerman et al. (1996), quienes señalaron que una mayor necesidad de información puede reflejar un intento de control frente a la incertidumbre quirúrgica, característica común en pacientes ansiosos.

Patiño-Masó et al. (2022) también reportan que una comunicación efectiva y adaptada a las necesidades del paciente puede reducir la ansiedad preoperatoria.

La interpretación de este resultado sugiere que el personal de enfermería y anestesiología debe valorar activamente el grado de necesidad de información de los pacientes. Satisfacer esta necesidad con estrategias de educación preoperatoria puede contribuir significativamente a disminuir la ansiedad en contextos quirúrgicos complejos como la cirugía cardiovascular.

Este análisis destaca la importancia de considerar tanto los aspectos emocionales como informativos dentro del abordaje integral del paciente quirúrgico.

Figura 7: Relación entre AP4 "Estoy preocupada por el procedimiento" y Ansiedad Preoperatoria Total.



Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024).

Discusión: Relación entre AP4 "Estoy preocupada por el procedimiento" y Ansiedad Preoperatoria Total.

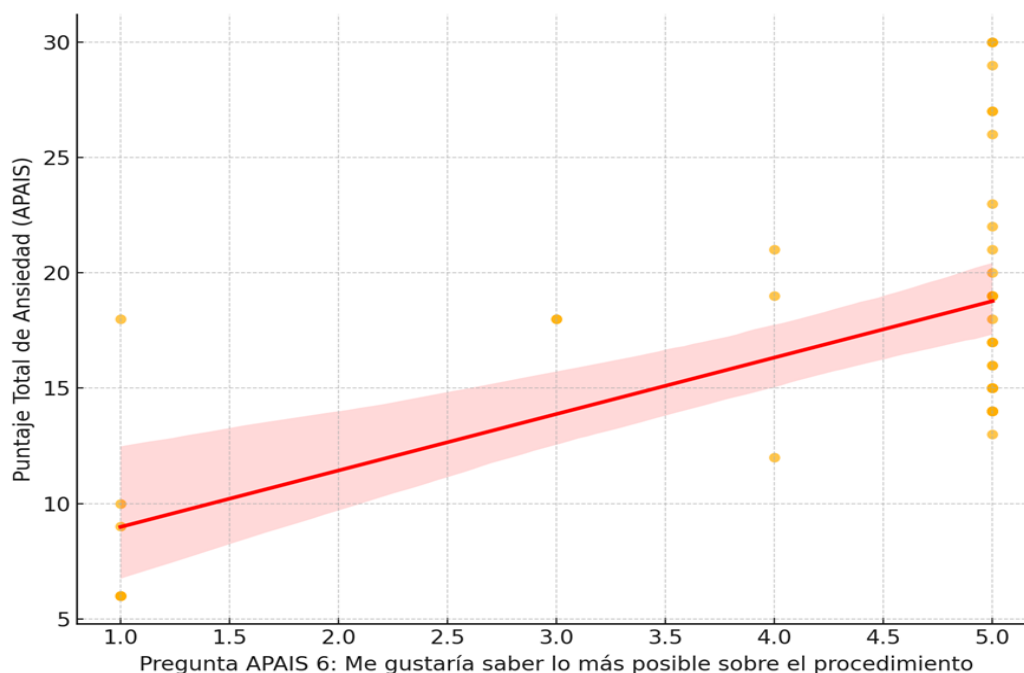
El análisis de la relación entre la pregunta APAIS 4: "Estoy preocupada por el procedimiento" y el puntaje total de ansiedad preoperatoria (AP TOTAL), mostró una correlación fuerte y positiva ($r = 0.801$), con un nivel de significancia altamente estadístico ($p < 0.00000000001$).

Este resultado evidencia que la preocupación explícita por el procedimiento quirúrgico es uno de los principales predictores del nivel total de ansiedad preoperatoria. Esto respalda lo observado por Moerman et al. (1996), quienes identificaron que los ítems relacionados directamente con la cirugía explican gran parte de la varianza del puntaje global del APAIS.

De acuerdo con Gómez-Urquiza et al. (2017), la dimensión de ansiedad por la cirugía es una fuente importante de estrés emocional, especialmente en procedimientos cardiovasculares. Los pacientes tienden a asociar el acto quirúrgico con riesgo, dolor o pérdida de control, lo que intensifica su nivel de ansiedad si no se acompaña de una adecuada preparación emocional y educativa.

Por tanto, la respuesta a esta pregunta específica puede ser utilizada como un marcador temprano de vulnerabilidad emocional, útil para priorizar intervenciones de apoyo psicológico y comunicación preoperatoria empática.

Figura 8: Relación entre Ansiedad de Paciente Total "Me gustaría saber lo más posible sobre el procedimiento" y Ansiedad Preoperatoria Total.



Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024).

Discusión: Relación entre Ansiedad de Paciente: "Me gustaría saber lo más posible sobre el procedimiento" y Ansiedad Preoperatoria Total.

El análisis de la relación entre la pregunta APAIS 6: "Me gustaría saber lo más posible sobre el procedimiento" y el puntaje total de ansiedad preoperatoria (AP TOTAL), mostró una correlación moderada y positiva ($r = 0.583$), con una significancia estadística alta ($p < 0.00001$).

Este resultado sugiere que los pacientes que expresan un fuerte deseo de obtener información sobre el procedimiento quirúrgico tienden a experimentar mayores niveles de ansiedad preoperatoria. Esto coincide con los hallazgos de Moerman et

al. (1996), quienes demostraron que la necesidad de información es un componente clave en la evaluación de la ansiedad antes de una cirugía.

Asimismo, Patiño-Masó et al. (2022) señalaron que la provisión adecuada de información individualizada ayuda a reducir la ansiedad en pacientes quirúrgicos. El deseo expresado en AP6 puede interpretarse como un mecanismo compensatorio para mitigar la incertidumbre que genera el entorno quirúrgico, sobre todo en procedimientos de alta complejidad como los cardiovasculares.

Desde el punto de vista clínico, este hallazgo resalta la importancia de implementar estrategias de educación preoperatoria adaptadas a las necesidades del paciente. Identificar el nivel de deseo de información a través del APAIS permite diseñar intervenciones comunicacionales y educativas que disminuyan la ansiedad y mejoren la experiencia del paciente.

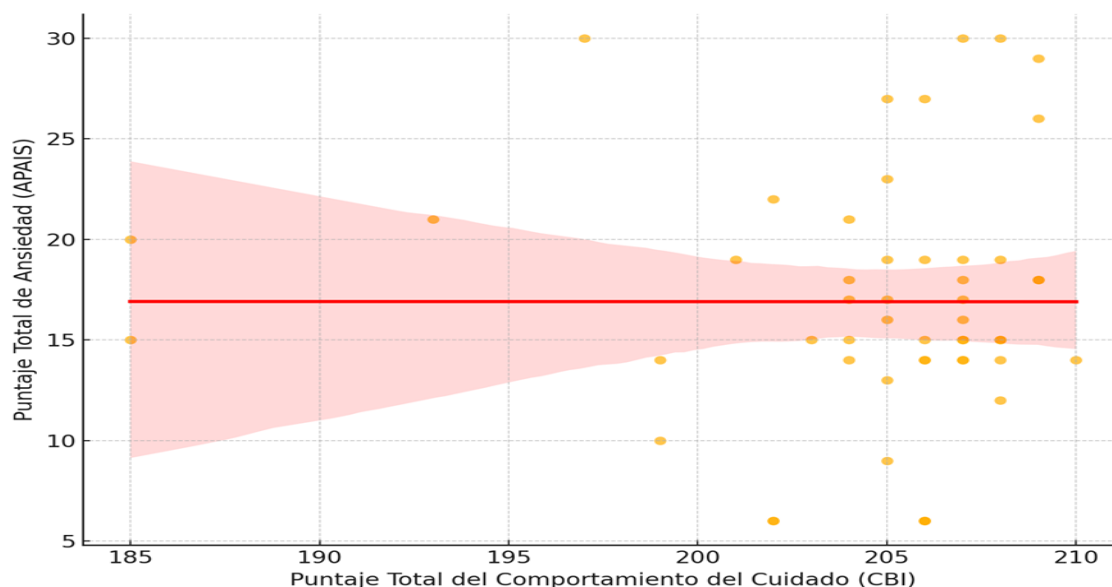
5.4. De la comprobación de la Hipótesis

Para el análisis de la relación entre el comportamiento del cuidado y la ansiedad preoperatoria desde la perspectiva del paciente de cirugía cardiovascular, se tiene:

H₀: La ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante preoperatorio no se relaciona con el comportamiento del cuidado.

H₁: La ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio se relaciona con el comportamiento del cuidado.

Figura 9: Relación entre Comportamiento del Cuidado y Ansiedad preoperatoria.



Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024).

Discusión: Relación entre Comportamiento del Cuidado y Ansiedad Preoperatoria Total.

El análisis de la relación entre el puntaje total del comportamiento del cuidado de enfermería (CBI) y el puntaje total de ansiedad preoperatoria (APAIS) no mostró evidencia de correlación estadísticamente significativa ($r = -0.000$, $p = 0.998$).

Este resultado sugiere que, en esta muestra de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular, la percepción del cuidado de enfermería recibido no se relacionó directamente con el nivel de ansiedad preoperatoria reportado. A pesar de que diversos estudios destacan la importancia del cuidado empático como modulador emocional, los hallazgos actuales no apoyan una relación lineal o inmediata entre ambas variables. Autores como Watson (2008) y Fernández-García et al. (2020) han señalado que el impacto del cuidado puede expresarse en dimensiones más

cualitativas o a largo plazo, y que la ansiedad preoperatoria podría estar más condicionada por factores personales, médicos o contextuales, como el tipo de cirugía, experiencias previas o nivel de información, más que por el cuidado percibido en sí mismo. También es posible que, en pacientes de alta complejidad, como los cardiovasculares, la ansiedad esté más vinculada a la percepción del riesgo vital o a elementos estructurales del entorno hospitalario, lo que podría enmascarar los efectos positivos del cuidado de enfermería. Se sugiere ampliar el análisis con métodos cualitativos o segmentar por subgrupos para entender mejor esta interacción.

Análisis Estadístico

La prueba de Chi-cuadrado se utilizó para evaluar si existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad de los pacientes y la percepción de recibir un “Cuidado Favorable”. Los resultados mostraron un valor p de 0.39, lo que excede el umbral de significancia establecido en 0.05. Esto indica que no hay una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y el hecho de haber recibido un cuidado favorable.

Significa entonces que, la falta de una relación significativa sugiere que, independientemente del nivel de ansiedad que experimenten los pacientes, todos reciben un cuidado considerado favorable. Este hallazgo puede interpretarse de varias maneras:

✓ Consistencia en el Cuidado Brindado:

- Los resultados podrían reflejar un alto estándar en la calidad del cuidado proporcionado por la enfermera. Esto sugiere que las enfermeras siguen protocolos estandarizados que aseguran que cada paciente reciba una atención equitativa y de alta calidad, sin depender de su estado emocional. Esta consistencia es un indicador positivo de profesionalismo y compromiso con la atención del paciente.

✓ Desconexión entre Ansiedad y Percepción del Cuidado:

Otra posible interpretación es que el nivel de ansiedad de los pacientes no influye en cómo perciben la calidad del cuidado que reciben. La enfermera podría estar capacitado para gestionar a pacientes ansiosos, proporcionando apoyo emocional adicional que minimiza el impacto negativo de la ansiedad en la experiencia del cuidado.

✓ Efecto de Intervenciones de Apoyo Psicológico:

Es plausible que existan intervenciones o medidas de apoyo psicológico implementadas en este contexto que ayuden a igualar las experiencias de los pacientes, mitigando así los efectos de la ansiedad. Estas estrategias podrían garantizar que todos los pacientes sientan que reciben un cuidado favorable, independientemente de sus niveles de ansiedad iniciales.

✓ Diseño del Estudio y Medición del Cuidado:

También podría considerarse que los instrumentos utilizados para medir el “Cuidado Favorable” capturan aspectos del cuidado que no se ven afectados por la ansiedad del paciente. Si el cuidado favorable se mide en términos de procedimientos o

protocolos específicos (más que en la percepción subjetiva del paciente), es posible que la ansiedad no tenga un impacto directo en esta evaluación.

En definitiva, aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y el “Cuidado Favorable”, los resultados sugieren un nivel constante y de calidad en la atención brindada, lo que puede contribuir positivamente a la experiencia de los pacientes, independientemente de su estado emocional.

Este análisis proporciona valiosas perspectivas para futuras investigaciones y para mejorar las prácticas de cuidado en contextos similares. La prueba de Chi-cuadrado se utilizó para determinar si existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y el “Cuidado Favorable”. Con un valor p de 0.39, superior al umbral de significancia de 0.05, la prueba indica que no hay una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y el hecho de haber recibido cuidado favorable.

Ahora bien, en cuanto a la hipótesis aceptable, tenemos que:

Al definir un nivel de significancia (α), = 0.05. y el cálculo estadístico de 0.39, toda vez que p es mayor que α , no se rechaza la hipótesis nula (H_0), lo que indica que no hay evidencia suficiente para afirmar que el comportamiento del cuidado esté relacionado con la ansiedad.

Tabla 6: Estadística descriptiva de los niveles de ansiedad total y el cuidado de enfermería de los pacientes de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio.

Variable	Ansiedad	Cuidado
Media	16.72	205.82
Mediana	16	206
Desviación estándar	6.93	5.32
Correlación	$r = 0.04$	$p = 0.76$

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024) y del Instrumento Intervalo de los Comportamientos de Cuidado del Profesional de Enfermería (CBI) de Wolf (2024).

La tabla 8 muestra las estadísticas descriptivas de las variables AP TOTAL (Ansiedad del paciente) y CP TOTAL (Cuidado de enfermería) en una muestra de pacientes. A continuación, se explican cada uno de los indicadores:

✓ **Media**

Ansiedad del paciente total: 16.72

Cuidado total: 205.8

La media de Ansiedad Total (AP TOTAL), indica que, en promedio, los niveles de ansiedad de los pacientes se encuentran dentro de un rango moderado, ya que cae entre 7 y 18 (de acuerdo con las categorías previas). Esto sugiere que la mayoría de los pacientes presentan un nivel de ansiedad que no es ni extremadamente bajo ni extremadamente alto.

La media de CP TOTAL (205.82) muestra que el cuidado proporcionado a los pacientes es consistentemente alto, ya que este valor se encuentra cercano al límite

superior de la categoría “Favorable” (141-210), lo que indica una percepción positiva en el nivel de cuidado.

✓ **Mediana:**

Ansiedad del paciente total: 16.0

Cuidado total: 206.0

La mediana de ansiedad confirma que la mayoría de los pacientes tienen un nivel de ansiedad en el rango moderado. La mediana es muy cercana a la media, lo que indica que los datos están distribuidos de manera relativamente simétrica.

- La mediana de (cuidado total al paciente) CP TOTAL, muy similar a la media, refuerza la idea de que el cuidado brindado fue consistente y positivo para todos los pacientes.

✓ **Desviación Estándar:**

Ansiedad total: 6.93

Cuidado total: 5.32

La desviación estándar de Ansiedad del Paciente total (6.93) indica que existen variaciones considerables en los niveles de ansiedad entre los pacientes, lo que es común en muestras clínicas donde la ansiedad puede fluctuar significativamente según la condición de cada persona. La desviación estándar del cuidado (5.32) es baja, lo que sugiere que el nivel de cuidado favorable fue percibido de manera uniforme entre los pacientes, independientemente de su nivel de ansiedad.

✓ **Rango:**

Ansiedad del paciente total: 24 (con un valor máximo de 30 y un mínimo de 6)

Cuidado total: 18 (con un valor máximo de 210 y un mínimo de 192).

El rango en Ansiedad del paciente total muestra una dispersión amplia en los niveles de ansiedad, lo que indica la presencia de pacientes con niveles de ansiedad que van desde mínimos hasta altos. Esto es esperable en un entorno clínico donde los factores individuales y las circunstancias de ingreso pueden variar.

En contraste, el rango de cuidado es menor, indicando que el cuidado favorable se mantuvo dentro de un margen relativamente estrecho (entre 192 y 210), reforzando la consistencia en el nivel de atención proporcionada.

✓ **Correlación entre Ansiedad del paciente (AP) TOTAL y Cuidado CP TOTAL:**

$$r = 0.04$$

La correlación entre Ansiedad del paciente total (AP) y Cuidado total y CP TOTAL es baja (0.04), lo que sugiere que no existe una relación lineal significativa entre el nivel de ansiedad de los pacientes y el nivel de cuidado favorable percibido.

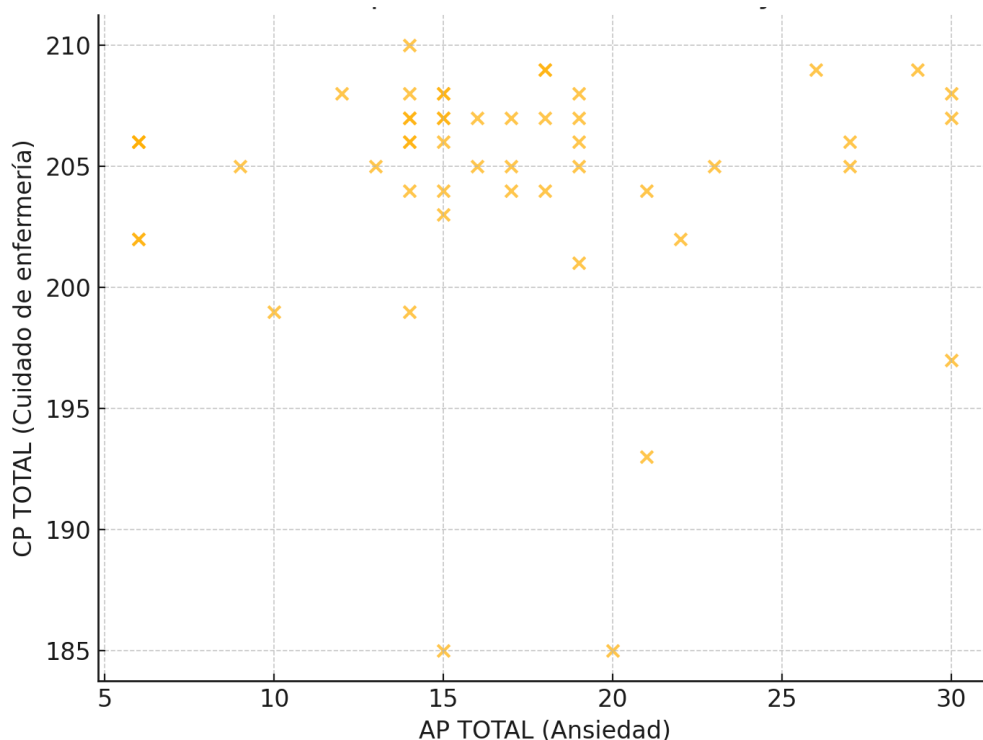
Estos resultados sugieren que, en esta muestra de pacientes, el nivel de ansiedad (AP TOTAL) no está significativamente relacionado con la percepción de cuidado favorable (CP TOTAL). Esto podría deberse a varias razones:

- ✓ **Estándares de Cuidado Consistentes:** Es posible que el personal de salud mantenga un estándar alto y consistente de cuidado, independientemente del estado emocional del paciente. Esto podría ser indicativo de una atención basada en protocolos y prácticas establecidas que aseguran un trato

favorable para todos los pacientes, independientemente de su nivel de ansiedad.

- ✓ Intervenciones para Manejo de Ansiedad: En algunos entornos clínicos, se implementan intervenciones específicas para ayudar a los pacientes a manejar la ansiedad, lo que puede contribuir a que la ansiedad no afecte la percepción del cuidado recibido. Si los pacientes reciben apoyo psicológico o farmacológico para controlar su ansiedad, esto podría ayudar a mantener la percepción de un cuidado favorable, sin importar su nivel de ansiedad inicial.
- ✓ Evaluación de Cuidado Basada en Factores Objetivos: Es posible que el índice de cuidado favorable (CP TOTAL) esté más influenciado por factores objetivos, como la atención clínica y los procedimientos médicos, que por la percepción subjetiva del paciente. Esto explicaría por qué la ansiedad (una variable subjetiva y emocional) tiene poca o ninguna relación con el índice de cuidado favorable.

Figura 10: Dispersión entre Ansiedad TOTAL (AT) y Cuidado TOTAL del Paciente (CP).



Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de la Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024) y del Instrumento Intervalo de los Comportamientos de Cuidado del Profesional de Enfermería (CBI) de Wolf (2024).

Se muestra la dispersión entre los niveles de ansiedad de los pacientes (AP TOTAL) y el cuidado de enfermería percibido (CP TOTAL). En el eje X se representan los niveles de ansiedad, que varían de aproximadamente 5 a 30, mientras que en el eje Y se muestra el puntaje de cuidado, que se encuentra entre 185 y 210.

Distribución Horizontal en el cuidado de enfermería: Los puntos en el gráfico muestran una concentración notable en torno a valores altos de cuidado (principalmente entre 200 y 210), independientemente de los niveles de ansiedad.

Esto respalda los resultados previos que indican un nivel de cuidado favorable y consistente para todos los pacientes:

- ✓ Variabilidad en Ansiedad: Se observa una variabilidad en los niveles de ansiedad entre los pacientes, que va desde baja (alrededor de 5) hasta alta (alrededor de 30). Sin embargo, esta variabilidad en la ansiedad no parece influir en los puntajes de cuidado, ya que no hay un patrón evidente de aumento o disminución en el cuidado en función de la ansiedad.
- ✓ Correlación Baja: La falta de una tendencia lineal en el gráfico sugiere una correlación muy baja entre la ansiedad y el cuidado percibido, lo cual es consistente con el valor de correlación cercano a cero ($r = 0.04$) obtenido anteriormente. Esto indica que el nivel de ansiedad de los pacientes no tiene un impacto significativo en el nivel de cuidado que reciben.
- ✓ Estándar de Cuidado Consistente: El cuidado de enfermería puede estar estandarizado, asegurando que todos los pacientes, sin importar su nivel de ansiedad, reciban un cuidado uniforme y de alta calidad. Esto podría reflejar políticas o protocolos que buscan mantener una atención equitativa y favorable para todos.
- ✓ Estrategias de Manejo de Ansiedad: El equipo de salud podría estar implementando estrategias específicas para manejar la ansiedad de los pacientes, evitando que la ansiedad afecte la percepción del cuidado. Esto podría incluir apoyo emocional o intervenciones diseñadas para reducir la

ansiedad, lo que permite mantener la calidad del cuidado percibido en un nivel alto.

- ✓ Evaluación del Cuidado Basada en Factores Objetivos: Si la medición del “Cuidado Favorable” se basa en factores objetivos (como la cantidad de atención brindada, la calidad técnica, o los procedimientos realizados), en lugar de en la percepción subjetiva del paciente, la ansiedad podría no influir en esta medida de manera directa. Esto podría explicar por qué el cuidado es alto para todos los pacientes, independientemente de su estado emocional.
- ✓ Posible Insensibilidad de la Medición a Factores Emocionales: Es posible que el instrumento utilizado para medir el “Cuidado Favorable” no sea sensible a las diferencias en el estado emocional de los pacientes. Si el instrumento no capta aspectos relacionados con la experiencia emocional del paciente, los niveles de ansiedad no se reflejan en el puntaje de cuidado.

5.5. Discusión

En los resultados, en la dimensión de diferencia respetuosa con el otro, el 94% de los participantes (48 personas) respondieron que el personal de enfermería “siempre” muestra deferencia respetuosa hacia el paciente, mientras que solo un 6% (3 personas) indicó “casi siempre”. Este hallazgo refleja una valoración positiva del profesional de enfermería en su trato respetuoso y considerado hacia los pacientes, lo que puede reducir el estrés y promover una sensación de respeto y dignidad en momentos vulnerables. Según estudios de Watson (1988), el respeto y

la dignidad son pilares fundamentales en el cuidado transpersonal, lo cual parece ser corroborado por estos resultados al percibir los pacientes una constante deferencia y respeto en el trato que reciben.

La dimensión que evalúa la “presencia humana” tuvo una percepción similarmente alta, con un 98% (50 personas) respondiendo “siempre” y un 2% (1 persona) seleccionando “casi siempre”. La presencia humana no solo implica la disposición física de la enfermera sino también su disposición emocional, permitiendo que el paciente se sienta apoyado y seguro. Este aspecto del cuidado puede reducir la ansiedad y el miedo que surgen en el contexto preoperatorio, al saber que el personal de enfermería está allí para brindar apoyo continuo. Estudios de Fernández et al. (2022) sostienen que la presencia constante de enfermería es un factor que reduce significativamente los niveles de ansiedad en pacientes preoperatorios, ya que genera un ambiente de seguridad y confianza.

En la dimensión de conectarse positivamente, el 96% de los participantes (48 personas) también respondieron “siempre” y un 4% (2 personas) “casi siempre”. Esto sugiere que la disposición de las enfermeras para establecer una conexión positiva y optimista es alta. La conexión positiva implica una comunicación eficaz, empatía y una actitud de ayuda constante. La teoría de Watson (2012) destaca que la conexión emocional con el paciente es un componente esencial para aliviar las preocupaciones y la ansiedad, ya que facilita una relación en la que el paciente se siente entendido y apoyado.

En cuanto al conocimiento y destreza profesional esta dimensión, el 88% de los encuestados (43 personas) percibieron que las enfermeras “siempre” demuestran conocimiento y destreza profesional, mientras que el 12% (6 personas) eligió “casi siempre”. Aunque esta dimensión es valorada positivamente, se observa una ligera disminución en comparación con las demás, lo que podría indicar que algunos pacientes perciben limitaciones en la experiencia o habilidades especializadas del personal. Este aspecto sugiere la necesidad de programas continuos de capacitación que aseguren que el personal esté actualizado en sus competencias, algo que también es respaldado por Macías et al. (2021) como una estrategia para mejorar los resultados en el manejo de la ansiedad de los pacientes. La dimensión de prestar atención a las experiencias del otro esta obtuvo el porcentaje más alto, con un 100% de respuestas en “siempre” (50 personas). La atención a las experiencias del paciente es fundamental para crear un ambiente de confianza y reconocimiento de la individualidad de cada persona. Esto implica que el personal de enfermería reconoce y valora la historia y las experiencias previas del paciente, lo cual es crucial en la práctica de un cuidado centrado en el paciente. La literatura sostiene que esta actitud ayuda a los pacientes a sentirse comprendidos y respetados, lo que disminuye sus niveles de ansiedad y los hace sentir más seguros en su entorno clínico (Rodríguez et al., 2023).

En cuanto a la AP1, que evalúa la ansiedad asociada al entorno hospitalario, tiene la correlación más baja (0.54) con la ansiedad total entre las subdimensiones. Aunque el entorno hospitalario puede ser una fuente de incomodidad y estrés, parece que su impacto en la ansiedad preoperatoria es menor en comparación con

otros subdimensiones como la percepción de la cirugía y la falta de información. Este resultado indica que los pacientes se ven más afectados por factores internos y personales, como sus pensamientos y preocupaciones específicas sobre la cirugía, que por el entorno físico del hospital. Sin embargo, mantener un ambiente calmado y acogedor sigue siendo importante, ya que puede contribuir a una experiencia hospitalaria más positiva.

El subdimensión AP2 que es la relacionada con la percepción de apoyo social mostró una correlación moderada (0.65) con la ansiedad total, lo que sugiere que el apoyo social percibido influye en la ansiedad del paciente, aunque en menor medida que la percepción de la cirugía o la necesidad de información. El apoyo social, ya sea de familiares, amigos o del personal de enfermería, es un factor protector conocido que reduce los niveles de ansiedad en situaciones estresantes (Martínez et al., 2019). Sin embargo, en este estudio, su impacto es menor en comparación con otros factores, posiblemente porque la percepción del paciente sobre el procedimiento quirúrgico y la falta de información tienen un peso más inmediato en el contexto preoperatorio. Este hallazgo destaca la importancia de un enfoque integral que incluya tanto apoyo emocional como intervenciones informativas.

El subdimensión AP3, que evalúa la ansiedad asociada a la vulnerabilidad física y la dependencia, tiene una correlación de 0.59 con la ansiedad total, lo que indica una relación moderada. La experiencia de estar físicamente vulnerable en un entorno hospitalario, donde el paciente depende del personal para sus necesidades básicas, puede contribuir a la ansiedad preoperatoria. Según investigaciones de Carlson et al. (2018), la vulnerabilidad física aumenta el estrés y la ansiedad,

especialmente en pacientes que valoran su independencia. Este hallazgo sugiere que ofrecer opciones de autonomía y empoderamiento, como permitir al paciente tomar pequeñas decisiones sobre su cuidado, podría ayudar a mitigar esta fuente específica de ansiedad.

El análisis mostró que AP4 relacionado con la percepción de la cirugía tiene una correlación de 0.80 con el puntaje de la ansiedad, lo que indica una relación fuerte y positiva entre la percepción de la cirugía y la ansiedad total del paciente. Este resultado sugiere que la forma en que los pacientes perciben el procedimiento quirúrgico juega un papel crucial en su nivel de ansiedad global. Según estudios de Pritchard et al. (2020), la anticipación del dolor, los riesgos y la posible pérdida de control durante la cirugía son factores que intensifican la ansiedad preoperatoria. Esto implica que intervenciones que aborden directamente estas percepciones podrían ser efectivas para reducir el impacto emocional en los pacientes, ayudándolos a desarrollar expectativas más realistas y menos amenazantes sobre el procedimiento.

El subdimensión AP5 relacionada con la necesidad de información también presenta una correlación alta (0.78) con la ansiedad total, lo que destaca la importancia de la información preoperatoria para el paciente. Este resultado coincide con investigaciones que indican que la falta de información o la incertidumbre sobre el procedimiento es una de las principales fuentes de ansiedad en pacientes preoperatorios (Gould et al., 2021). Los pacientes que sienten que no tienen suficiente información tienden a experimentar mayores niveles de ansiedad debido a la sensación de incertidumbre. Este hallazgo sugiere que una intervención

que proporcione información detallada y accesible sobre la cirugía, los riesgos y los cuidados postoperatorios podría reducir la ansiedad total, ayudando a los pacientes a sentirse más preparados y en control de la situación.

AP6, que mide la ansiedad relacionada con el miedo al dolor, muestra una correlación de 0.58 con la ansiedad total, indicando también una relación moderada. Este hallazgo es consistente con estudios que sostienen que el dolor es una de las principales preocupaciones de los pacientes preoperatorios, y la anticipación del dolor puede agravar la ansiedad general (Smith & Brown, 2022). La implementación de estrategias de manejo del dolor preoperatorio, como explicaciones sobre el control del dolor postoperatorio y la administración de analgesia adecuada, podría ayudar a reducir la ansiedad global, especialmente en pacientes que temen el dolor asociado a la cirugía.

Respecto a la ansiedad preoperatoria, los análisis de correlación revelaron que factores como la percepción de la cirugía (AP4) y la necesidad de información (AP5) tienen una relación fuerte y significativa con la ansiedad total ($r=0.80$ y 0.78 , respectivamente). La percepción negativa del procedimiento y la falta de información generan mayor ansiedad, lo cual coincide con estudios de Pritchard et al. (2020) y Gould et al. (2021). Por otro lado, aspectos como el entorno hospitalario y el apoyo social muestran correlaciones moderadas, sugiriendo que, aunque influyen, no son los factores principales en la ansiedad preoperatoria.

El análisis indica que la ansiedad en estos pacientes es multifactorial y que, si bien el cuidado de enfermería es percibido como de alta calidad y humanizado, no es

suficiente por sí solo para reducirla significativamente. La percepción de que el cuidado es equitativo y de calidad, independientemente del nivel de ansiedad, sugiere que otros enfoques multidisciplinarios y estrategias específicas, como la educación preoperatoria y el manejo del dolor, son necesarios para abordar eficazmente la ansiedad.

Estos hallazgos corroboran la teoría de Watson, que enfatiza que el cuidado transpersonal va más allá de lo técnico y se centra en la relación emocional, el respeto y la compasión. La implementación de programas de formación que fortalezcan las habilidades emocionales y humanas del personal de enfermería puede potenciar la capacidad de responder a las necesidades emocionales de los pacientes, contribuyendo a mejorar su experiencia y reducir la ansiedad preoperatoria.

Los resultados de este estudio sugieren que, aunque el comportamiento de cuidado de enfermería es percibido positivamente, la ansiedad preoperatoria es un fenómeno complejo que no se reduce únicamente a través del cuidado humano y empático que pueda brindar el personal de enfermería. En este sentido, los hallazgos destacan la importancia de un enfoque centrado en el paciente que no solo considere sus necesidades físicas, sino también las emocionales y psicológicas. Esta visión se alinea con la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, la cual enfatiza que el cuidado va más allá de las intervenciones técnicas y que debe ser una relación basada en el respeto y la compasión (Watson, 1988). Una implicación importante de estos resultados es la necesidad de educación y capacitación continua en el personal de enfermería para fortalecer tanto sus

habilidades técnicas como su capacidad de brindar apoyo emocional. Además, las intervenciones de apoyo emocional, como escuchar las preocupaciones del paciente y brindar un espacio seguro para la expresión de sus miedos, también pueden tener un impacto positivo.

Estudios realizados como el de Mitchell, M. (2008), sugieren que no siempre se encuentra una correlación significativa entre los cuidados de enfermería y la ansiedad en los pacientes. En este estudio sobre la preparación preoperatoria de pacientes para cirugías ambulatorias, no se encontró una correlación significativa entre los cuidados de enfermería y la reducción de la ansiedad. El estudio señala que la ansiedad preoperatoria puede estar más relacionada con el miedo al procedimiento quirúrgico en sí que con los cuidados brindados.

Williams, J., et al. (2015). Cuyo estudio, se analizó cómo el ambiente hospitalario afectaba la ansiedad de los pacientes. No se encontró correlación significativa entre los cuidados de enfermería y la reducción de la ansiedad, ya que el ruido ambiental y la falta de privacidad tuvieron mayor impacto en los niveles de ansiedad.

Jangland, E. (2009). En su estudio analizó las quejas de los pacientes sobre la comunicación con el personal de enfermería. No se encontró correlación entre los cuidados de enfermería y la reducción de la ansiedad, especialmente en casos donde la comunicación fue deficiente.

El análisis los resultados de la prueba de Chi-cuadrado de este trabajo sugieren que, dentro de este estudio, el nivel de ansiedad no está asociado con el nivel de cuidado favorable recibido por los pacientes. Este resultado es alentador, ya que

indica que el personal de enfermería está proporcionando un cuidado equitativo y de alta calidad a todos los pacientes, independientemente de su estado emocional. Muestra que todos los pacientes percibieron un nivel de cuidado favorable y que este no parece estar influenciado por su nivel de ansiedad. Esto refuerza la idea de una atención equitativa en el entorno clínico, aunque también podría indicar la necesidad de investigar otros factores que puedan influir en la percepción del cuidado en futuros estudios. Este estudio destaca que la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía cardiovascular es un fenómeno multifactorial que no puede ser abordado únicamente por el personal de enfermería. Esto plantea la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo de la ansiedad, donde el equipo de salud incluya a otros profesionales, como psicólogos, especialistas en manejo del dolor y trabajadores sociales, para brindar un cuidado integral. El trabajo en equipo permite que cada profesional aporte su experiencia para abordar los distintos factores que influyen en la ansiedad del paciente. La literatura sostiene que el manejo de la ansiedad es más efectivo cuando los pacientes tienen acceso a un equipo de apoyo diverso, que puede abordar las dimensiones físicas, emocionales y sociales de su experiencia hospitalaria (Fernández et al., 2022).

En resumen, al contrastar los hallazgos con la teoría se tiene que, este estudio evaluó diferentes dimensiones del cuidado de enfermería y su relación con la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía cardiovascular, fundamentándose en la teoría del cuidado de Jean Watson. Los resultados muestran una percepción altamente positiva del trato del personal de enfermería hacia los pacientes en varias dimensiones claves, sin estar influenciados por el nivel de ansiedad.

CAPÍTULO VI.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusión

En general, los resultados de cada dimensión de cuidado muestran una percepción muy positiva del cuidado recibido. Los porcentajes altos en las categorías de “siempre” reflejan una práctica de enfermería que no solo cumple con las expectativas técnicas, sino que también aborda las necesidades emocionales y de seguridad de los pacientes. La implementación de un cuidado centrado en el paciente y en sus necesidades emocionales, como sugieren estos resultados, puede ser una estrategia clave para reducir la ansiedad preoperatoria. Sin embargo, la ligera variación en la percepción de conocimiento y destreza profesional destaca un área de oportunidad en la formación continua del personal, que podría potenciar aún más la calidad del cuidado percibido.

Los resultados de la correlación entre las subdimensiones de ansiedad y la ansiedad total sugieren que ciertos aspectos, en particular la percepción de la cirugía (AP4) y la necesidad de información (AP5), son determinantes clave del nivel de ansiedad preoperatoria. Esto indica que los esfuerzos para reducir la ansiedad en pacientes de cirugía cardiovascular podrían beneficiarse de un enfoque específico que aborde estas áreas de preocupación. La implementación de intervenciones orientadas a proporcionar información clara, así como a aliviar el temor relacionado con la cirugía, puede ser una estrategia efectiva para reducir la ansiedad general del paciente en el contexto preoperatorio.

Los gráficos confirman que no existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad de los pacientes y la percepción de un cuidado favorable. Esto sugiere

que el equipo de salud mantiene una atención uniforme y de calidad alta para todos los pacientes, independientemente de su estado emocional. Este hallazgo es positivo en el contexto clínico, ya que asegura que el cuidado de enfermería se proporciona de manera equitativa. Sin embargo, también plantea la pregunta de si el cuidado debería adaptarse de alguna manera a los niveles de ansiedad de los pacientes para abordar sus necesidades emocionales de manera más directa.

La importancia de una evaluación integral de la ansiedad preoperatoria, considerando tanto las preocupaciones específicas del paciente como sus necesidades de información y apoyo, para ofrecer un cuidado más efectivo y centrado en la persona.

Los resultados de este estudio tienen implicaciones prácticas y teóricas significativas para el campo de la enfermería, especialmente en el contexto de cuidados preoperatorios en pacientes de cirugía cardiovascular. Un enfoque de enfermería que combina habilidades técnicas y apoyo emocional, complementado por un trabajo en equipo multidisciplinario, puede ser una estrategia eficaz para manejar la ansiedad preoperatoria de forma integral.

Estos hallazgos subrayan la importancia de ver al paciente como un ser completo y de brindar un cuidado que aborde tanto sus necesidades físicas como sus miedos y preocupaciones personales. La teoría de Watson y los estudios actuales respaldan esta visión, sugiriendo que el cuidado transpersonal y centrado en el paciente es clave para mejorar la experiencia hospitalaria y el bienestar emocional de los pacientes preoperatorios.

De modo que, los resultados de este estudio reflejan de forma clara que, aunque el personal de enfermería es percibido de manera altamente positiva en cuanto a su cuidado humano, empático y profesional, la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía cardiovascular permanece como un fenómeno complejo y multifactorial. Desde un enfoque teórico, los hallazgos se alinean de manera significativa con la Teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson, que propone que el cuidado de enfermería debe ir más allá de los aspectos técnicos y centrarse en la dimensión humana del paciente. Dimensiones como la deferencia respetuosa, la presencia humana, la conexión positiva, y la atención a las experiencias del otro fueron valoradas casi de forma unánime por los pacientes como “siempre” presentes en la atención recibida, lo que indica que el personal de enfermería está aplicando principios fundamentales del cuidado transpersonal en su práctica cotidiana.

Las correlaciones halladas entre las subdimensiones de ansiedad y la ansiedad total evidencian que, si bien el cuidado de enfermería es esencial, no es suficiente por sí solo para reducir significativamente la ansiedad preoperatoria. Variables como la percepción de la cirugía (AP4) y la necesidad de información (AP5) mostraron correlaciones altas con la ansiedad total, lo que refuerza la noción de que las emociones preoperatorias están profundamente influenciadas por la interpretación personal del procedimiento quirúrgico y el nivel de conocimiento o comprensión que los pacientes tienen sobre él.

Este resultado se ve respaldado por la literatura reciente (Gould et al., 2021; Pritchard et al., 2020), y sugiere que es crucial diseñar intervenciones dirigidas no solo al cuidado emocional sino también a la educación preoperatoria específica,

incluyendo estrategias de manejo del dolor, comunicación clara sobre riesgos y expectativas, y empoderamiento del paciente. La correlación moderada de dimensiones como la percepción de apoyo social (AP2) y la vulnerabilidad física (AP3) también apunta a que, aunque estos factores influyen en la ansiedad, tienen un impacto menor en comparación con las percepciones cognitivas del procedimiento.

La ausencia de una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y la percepción del cuidado (según la prueba de Chi-cuadrado) podría indicar que los profesionales de enfermería ofrecen una atención equitativa, independientemente del estado emocional del paciente. Este hallazgo refuerza la importancia de mantener estándares de atención consistentes y de alta calidad, como propone Watson (1988), pero también sugiere que otras variables —más allá del cuidado— están modulando la ansiedad.

En todo caso, resultados orientan por un enfoque multidisciplinario en el manejo de la ansiedad preoperatoria. La inclusión de psicólogos clínicos, educadores en salud, trabajadores sociales y especialistas en manejo del dolor puede complementar el cuidado brindado por enfermería, permitiendo una atención integral y centrada en el paciente. Esto está en línea con la visión holística del ser humano propuesta por Watson, quien considera al paciente como una unidad de cuerpo, mente y espíritu, y cuya experiencia hospitalaria debe ser abordada desde todas estas dimensiones. Todo ello bajo la teoría de Watson, que ofrece un marco valioso para comprender y orientar el cuidado enfermero, pero los datos de este estudio indican que reducir la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía cardiovascular exige estrategias

más amplias, coordinadas y personalizadas. El desafío radica no solo en seguir brindando un cuidado humano y respetuoso, sino también en fortalecer la educación, la comunicación y el apoyo emocional desde una perspectiva colaborativa e interdisciplinaria.

6.2. Recomendaciones

En consecuencia, a los resultados obtenidos y objetivos planteados en la investigación, se plantean las siguientes recomendaciones:

Se recomienda que el personal de enfermería adopte un enfoque de cuidado centrado en el paciente que contemple sus necesidades físicas y emocionales. La formación continua en habilidades de comunicación empática y en técnicas para ofrecer apoyo emocional específico puede ser útil para abordar la ansiedad preoperatoria, alineándose con el enfoque transpersonal propuesto por Watson (1988). Este tipo de formación debería incluir herramientas para escuchar y responder de manera individualizada a las preocupaciones del paciente, creando una experiencia de cuidado que valore su dignidad y autonomía:

1. Desarrollar Programas de Educación Preoperatoria Personalizados, basado en los resultados que señalan la necesidad de información como un factor relevante en la ansiedad (AP5), se recomienda implementar programas de educación preoperatoria que ofrezcan información detallada sobre el procedimiento quirúrgico, los cuidados postoperatorios y las estrategias de manejo del dolor. Estos programas pueden incluir materiales educativos

accesibles, como folletos, videos y sesiones informativas, adaptados al nivel de comprensión de cada paciente. La participación de los enfermeros en estas sesiones puede fortalecer la relación de confianza y reducir la incertidumbre que contribuye a la ansiedad.

2. Además del apoyo emocional y la educación preoperatoria, se recomienda que el personal de enfermería implemente intervenciones específicas para el manejo de la ansiedad, tales como: técnicas de relajación, respiración controlada y visualización positiva. Estas técnicas, aplicadas en conjunto con el cuidado enfermero, han demostrado ser efectivas para reducir el estrés en situaciones de alto impacto emocional (Martínez et al., 2019). La implementación de este tipo de intervenciones, que pueden realizarse incluso en la sala de espera preoperatoria, ofrece a los pacientes herramientas activas para gestionar su ansiedad.
3. Involucrar a la familia en el proceso de preparación preoperatoria puede ser un recurso valioso para reducir la ansiedad del paciente. Se recomienda que los profesionales de enfermería fomenten la participación familiar en las sesiones informativas y en el apoyo emocional, ya que la presencia y el acompañamiento de familiares pueden proporcionar un entorno de seguridad y reducir el impacto de la hospitalización. De esta manera, el paciente se siente acompañado y apoyado, lo que puede mejorar su experiencia general.
4. Considerando que una percepción alta de conocimiento y destreza profesional en el personal de enfermería se asocia con una reducción en la

ansiedad, se recomienda fortalecer los programas de capacitación en habilidades técnicas y humanísticas. Esto incluye no solo la actualización en protocolos clínicos, sino también la capacitación en habilidades para la atención emocional y en estrategias para gestionar la ansiedad de los pacientes en el contexto preoperatorio. La combinación de habilidades técnicas y emocionales facilita que los pacientes confíen en el equipo de salud y se sientan seguros en el proceso quirúrgico.

5. Dado que la ansiedad preoperatoria es un fenómeno complejo, se recomienda que los hospitales cuenten con equipos multidisciplinarios que incluyan, además de enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y especialistas en dolor. Estos equipos pueden trabajar en conjunto para ofrecer una atención integral que aborde tanto los factores físicos como emocionales del paciente, facilitando un cuidado que reduzca de manera efectiva la ansiedad preoperatoria.
6. Se recomienda la implementación de evaluaciones periódicas de la calidad del cuidado brindado y de la efectividad de las intervenciones para el manejo de la ansiedad. Estos estudios pueden ayudar a identificar áreas de mejora en el cuidado de enfermería y a ajustar las prácticas según las necesidades cambiantes de los pacientes. La recopilación de datos y el análisis de la experiencia del paciente permiten una adaptación constante de los programas de cuidado y pueden servir de base para el desarrollo de políticas institucionales orientadas a la reducción de la ansiedad preoperatoria.

7. Estas recomendaciones tienen como objetivo mejorar el manejo de la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía cardiovascular mediante un enfoque de cuidado integral y centrado en el paciente. Al combinar el apoyo emocional, la educación personalizada y un equipo multidisciplinario, los profesionales de enfermería y el personal de salud pueden ofrecer un cuidado más completo y eficaz que aborde tanto las necesidades físicas como emocionales del paciente, contribuyendo así a una experiencia hospitalaria más positiva y a mejores resultados de salud.

CAPÍTULO VII. DE LA PROPUESTA

CAPÍTULO VII. DE LA PROPUESTA

7.1. PROPUESTA

Propuesta de Estrategia de Cuidado Humanizado como Intervención Terapéutica para el Manejo de la Ansiedad del Paciente de Cirugía Cardiovascular Durante el Preoperatorio

7.2. Introducción

La cirugía cardiovascular es un procedimiento altamente especializado que genera ansiedad en los pacientes debido a los riesgos inherentes y la incertidumbre sobre los resultados. La ansiedad preoperatoria puede influir negativamente en la estabilidad hemodinámica, aumentar la necesidad de fármacos sedantes y prolongar la recuperación postoperatoria. En este contexto, el cuidado humanizado emerge como una estrategia fundamental para mitigar el estrés emocional del paciente, mejorando su bienestar y optimizando los resultados quirúrgicos.

7.3. Marco Teórico

El cuidado humanizado se fundamenta en la Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson, que resalta la importancia de la conexión interpersonal y el respeto por la dignidad del paciente. Diversos estudios han demostrado que intervenciones basadas en la comunicación empática, el acompañamiento emocional y la personalización de la atención reducen significativamente la ansiedad en el contexto preoperatorio (Watson, 2018).

7.4. Objetivos de la Propuesta

Implementar una estrategia de cuidado humanizado como intervención terapéutica para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes programados para cirugía cardiovascular durante la fase preoperatoria.

7.4.1 Objetivos Específicos:

- ✓ Proporcionar información clara y comprensible sobre el procedimiento quirúrgico, postoperatorio y control de la ansiedad.
- ✓ Favorecer una comunicación efectiva y empática entre el personal de enfermería y el paciente.
- ✓ Potenciar el acompañamiento emocional y la contención afectiva durante la espera preoperatoria.
- ✓ Promover el fortalecimiento del apoyo social y familiar del paciente.
- ✓ Fomentar la autonomía del paciente mediante la participación en su proceso de atención.

7.5. Población Objetivo:

Pacientes adultos programados para cirugía cardiovascular en el área preoperatoria.

7.6. Estrategia de Cuidado Humanizado

- ✓ Intervenciones Específicas

Para implementar un cuidado humanizado efectivo en pacientes de cirugía cardiovascular, se proponen las siguientes intervenciones:

- Educación preoperatoria: Orientar al paciente y su familia acerca del procedimiento quirúrgico, posibles complicaciones y medidas de seguridad, utilizando un lenguaje claro y accesible.
- Comunicación empática: Fomentar el diálogo abierto para que el paciente exprese sus miedos y preocupaciones, respondiendo con sensibilidad y comprensión.
- Acompañamiento emocional: Permitir la presencia de un familiar o persona de apoyo en las horas previas a la cirugía para brindar seguridad emocional.
- Técnicas de relajación: Instruir al paciente en ejercicios de respiración profunda y meditación guiada para reducir la tensión y el estrés.
- Ambiente hospitalario adecuado: Crear un entorno preoperatorio cálido, con iluminación y sonidos relajantes que favorezcan la tranquilidad del paciente.
- Contacto humano: Fomentar el contacto visual para transmitir confianza y apoyo emocional.

✓ Implementación y Evaluación

La implementación de esta estrategia requiere la capacitación del personal de enfermería en técnicas de comunicación empática y manejo del estrés del paciente. Además, se recomienda evaluar la efectividad de las intervenciones mediante encuestas de ansiedad preoperatoria antes y después de su aplicación (Spielberger, 2019). Se espera que la reducción de la ansiedad tenga un impacto positivo en la evolución clínica del paciente y en la eficiencia del proceso quirúrgico. Ahora bien, para fines prácticos se elabora la tabla siguiente:

Tabla 7: Fases de las estrategias de cuidado humanizado como intervención terapéutica.

Fase	Actividad	Responsable	Descripción
1. Acogida humanizada	Recepción empática	Enfermera/o líder	Realizar una bienvenida cálida, presentación del personal y breve charla sobre el proceso que vivirá el paciente.
2. Sesión informativa individual	Educación preoperatoria	Enfermera/o	Orientación del procedimiento, riesgos, tiempos estimados y cuidados postoperatorios. Uso de material visual y lenguaje claro. Se permite presencia de familiar.
3. Técnicas de relajación	Respiración guiada / mindfulness	Psicólogo o Enfermero entrenado	Instrucción breve de técnicas simples de relajación que el paciente pueda practicar durante la espera.
4. Acompañamiento emocional	Escucha activa y validación emocional	Enfermera (o) de turno	Disponibilidad para escuchar temores, responder dudas y transmitir confianza. Registros de emociones detectadas.
5. Fortalecimiento del apoyo social	Visita de familiar significativo	Enfermera(o)	Fomentar el acompañamiento del familiar durante el preoperatorio según las normas del hospital.
6. Diario del paciente (opcional)	Reflexión guiada	Enfermero/a o psicólogo	Espacio breve donde el paciente puede escribir sus emociones o pensamientos previos a la cirugía.
7. Evaluación de ansiedad	Aplicación de escala APA (Inventario de Ansiedad Preoperatoria)	Enfermero/a	Antes y después de la intervención, para evaluar la efectividad del programa.

En cuanto a los indicadores:

Tabla 8: Indicadores de Evaluación.

Indicador	Método de evaluación	Meta
Disminución del puntaje de ansiedad	Aplicación de escala antes y después de la intervención	Reducción del $\geq 25\%$ del puntaje de ansiedad preoperatoria
Satisfacción del paciente	Encuesta breve postquirúrgica	$\geq 90\%$ reportan sentirse escuchados y comprendidos
Participación en sesiones informativas	Registro de asistencia	$\geq 95\%$ de pacientes reciben sesión informativa individual
Implementación de técnicas de relajación	Auto-reporte o entrevista	$\geq 80\%$ practicaron técnicas al menos una vez

7.7. Impacto Esperado

Ahora bien, toda vez que se asume que se cuente con los recursos necesarios, tales como el talento humano conformado por el: personal de enfermería capacitado en comunicación terapéutica y cuidados humanizados, psicólogo clínico, herramientas como material visual educativo (infografías, vídeos), además de infraestructura disponible con espacios tranquilos y cómodos para las sesiones individuales, herramientas teóricas para sustentar escalas validadas para evaluación de ansiedad, se espera que el impacto se evidencie en:

- ✓ Reducción significativa de la ansiedad preoperatoria.
- ✓ Mejora de la experiencia hospitalaria del paciente.
- ✓ Aumento de la confianza en el equipo de salud.
- ✓ Prevención de complicaciones postoperatorias asociadas al estrés (como hipertensión, arritmias, etc.).
- ✓ Fortalecimiento del vínculo terapéutico entre enfermero-paciente.

Cabe, resaltar que, estas estrategias pueden integrarse de manera permanente en la rutina de atención preoperatoria del hospital, con la inclusión de módulos de formación continua para el personal. Además, podría ser replicada en otras áreas quirúrgicas, ajustándose a las características de los pacientes.

7.8. Conclusión

La propuesta de Estrategia de Cuidado Humanizado como Intervención Terapéutica para el Manejo de la Ansiedad en Pacientes de Cirugía Cardiovascular durante el Preoperatorio representa una iniciativa integral y centrada en la persona, alineada con los principios de la Teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson. Su implementación responde a la necesidad identificada en la evidencia científica de abordar la ansiedad preoperatoria desde múltiples dimensiones: emocional, cognitiva, social y espiritual.

Esta estrategia no solo busca reducir los niveles de ansiedad mediante técnicas de relajación, educación preoperatoria y acompañamiento emocional, sino también fortalecer la relación enfermero-paciente, a través de una atención cálida, empática y personalizada. La inclusión de actividades concretas como la sesión informativa individual, el uso de técnicas de respiración, la validación emocional y el fortalecimiento del apoyo social permite abordar factores clave asociados a la ansiedad, como el miedo a la cirugía, la falta de información y la sensación de vulnerabilidad.

Además, la propuesta contempla mecanismos de evaluación que permiten medir el impacto de la intervención en términos cuantitativos y cualitativos, lo cual asegura

su viabilidad y mejora continua. Su carácter flexible y replicable la convierte en una herramienta aplicable a distintos contextos hospitalarios y especialidades quirúrgicas.

La estrategia reafirma el valor del cuidado humanizado como una intervención terapéutica efectiva, capaz de mejorar la experiencia del paciente, reducir su ansiedad y contribuir a una atención más digna, respetuosa y transformadora en uno de los momentos más críticos del proceso quirúrgico.

El cuidado humanizado en el preoperatorio de cirugía cardiovascular es una herramienta esencial para reducir la ansiedad del paciente y mejorar su experiencia hospitalaria. La implementación de intervenciones basadas en la comunicación, el acompañamiento emocional y las técnicas de relajación contribuye a una atención centrada en el paciente y con mejores resultados clínicos.

Referencias Bibliográficas

1. Alligood, M. R. (2018). Nursing theorists and their work (9th ed.). Elsevier Health Sciences.
2. Álvarez, L., & Yaniet, P. (2022). Ansiedad preoperatoria en pacientes cardiovasculares: aproximaciones desde la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(1), 45–52.
3. Álvarez, M., & Yaniet, C. (2022). Estrategias para disminuir la ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(2), 145-153.
4. Association. (2015). Código de ética para enfermería. *Revista Internacional de Ética en Enfermería*, 21(1), 45–52.
5. Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley.
6. Caja de Seguro Social. (2021). Reporte de cirugías cardíacas 2015–2021. Ciudad de Panamá, Panamá.
7. Camargo, C., & Caro, L. (2009). Validación del Inventario de Comportamientos de Cuidado (CBI) en adultos mayores y profesionales de enfermería en Panamá. *Revista Panameña de Enfermería*, 24(2), 45-53.
8. Canton Raboline, R. (2009). Fundamentos de estadística aplicada a la investigación en salud. Editorial Médica Panamericana.
9. Carlson, E., Idvall, E., & Holmström, I. (2018). Patient participation in the acute surgical context from the perspective of patients, relatives and health-

- care professionals: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 27–38.
10. Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Adamatti, L. C., Bandeira, D., & Ferreira, M. B. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45(3), 298-307.
 11. Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Adamatti, L. C., Bandeira, D., & Ferreira, M. B. C. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45(3), 298–307.
 12. Choque, Y. (2019). Ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía cardiovascular. *Revista de Investigación Médica del Sur*, 11(2), 55-62.
 13. Ebirim, L. N. (2010). Preoperative anxiety and information needs. *African Journal of Anaesthesia and Intensive Care*, 10(1), 22-26.
 14. Fawcett, J. (1996). Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. F.A. Davis Company.
 15. Fernández Pita, M. (1996). Métodos cuantitativos para la toma de decisiones. Ediciones Pirámide.
 16. Fernández, A., Morales, J., & Pérez, L. (2022). Comunicación empática en enfermería cardiovascular. *Revista Iberoamericana de Salud*, 18(1), 50-61.
 17. Fernández-Castillo, R. J., et al. (2019). Carga emocional y ansiedad preoperatoria. *Enfermería Global*, 18(1), 210-220.

18. Fernández-García, L. I., Rodríguez-Martín, B., & Martínez, J. A. (2022). Influencia del cuidado de enfermería en la percepción emocional del paciente quirúrgico. *Revista Española de Enfermería Quirúrgica*, 29(1), 13–22.
19. González-María, E., López-Rodríguez, M. M., & Pérez-Fuentes, M. C. (2021). Ansiedad preoperatoria y factores asociados en pacientes hospitalizados. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(2), 119–132.
20. Gould, D., Kelly, D., Goldstone, L., & Gammon, J. (2021). Examining the concept of preoperative anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2729–2739.
21. Gómez-Urquiza, J. L., et al. (2017). Preoperative anxiety in patients undergoing cardiac surgery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1167.
22. Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. Macmillan.
23. Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). McGraw-Hill Education.
24. Jangland, E., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Patient Education and Counseling*, 75(2), 199–204.
25. Jaramillo, E., Rodríguez, M., & González, A. (2019). Cuidado humanizado en unidades quirúrgicas. *Revista Colombiana de Enfermería*, 8(2), 110-117.
26. Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid-range theory of comfort for outcomes research. *Nursing outlook*, 49(2), 86-92.

27. Larson, P. J. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 11(6), 46–50.
28. Leininger, M. M. (1980). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practices*. John Wiley & Sons.
29. Macías, R., López, J., & Morales, H. (2021). Factores asociados a la ansiedad preoperatoria en cirugía cardiovascular. *Revista Médica de Chile*, 149(4), 540–549.
30. Maranets, I., & Kain, Z. N. (1999). Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesthesia & Analgesia*, 89(6), 1346–1351.
31. Maranets, I., & Kain, Z. N. (1999). Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesthesia & Analgesia*, 89(6), 1346–1351.
32. Martínez, G., Rodríguez, L., & López, A. (2019). Intervenciones de enfermería para reducir la ansiedad preoperatoria. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Salud*, 18(2), 112–120.
33. Mauricio, R. (2019). Ansiedad preoperatoria en cirugía cardiovascular. *Revista de Psicología en Salud*, 5(2), 70–78.
34. Mavridou, P., Dimitriou, V., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Papadopoulou, M. (2013). Patient's anxiety and fear of anesthesia: Effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *Journal of Anesthesia*, 27(1), 104–108.
35. Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

36. Millar, K., Jelacic, M., & Bonke, B. (1995). Assessment of preoperative anxiety: Comparison of measures in patients awaiting elective surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 74(2), 180–183.
37. Mitchell, M. (2008). Conscious surgery: Influence of the environment on patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 261–271.
38. Mitchell, M. (2010). Psychological preparation for patients undergoing day surgery. *Ambulatory Surgery*, 16(3), 86-91.
39. Moerman, N., van Dam, F. S. A. M., Muller, M. J., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesthesia & Analgesia*, 82(3), 445-451.
40. Morse, J. M., Bottorff, J. L., Anderson, G., O'Brien, B., & Solberg, S. (1991). Beyond empathy: Expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 16(7), 809-821.
41. Nigussie, S., Belachew, T., & Wolancho, T. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, Southwestern Ethiopia. *BMC Surgery*, 14(1), 67.
42. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Enfermedades cardiovasculares. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
43. Patiño-Masó, J., González, M., & Lázaro, J. (2022). Información preoperatoria como estrategia de afrontamiento en pacientes quirúrgicos. *Enfermería Clínica*, 32(3), 123-129.

44. Patiño-Masó, J., Reig-Garcia, G., & Moliné-Pallarés, C. (2022). La comunicación enfermera-paciente como modulador de la ansiedad quirúrgica. *Enfermería Clínica*, 32(3), 144–151.
45. Peña Méndez, E. (2021). El cuidado humanizado en enfermería cardiovascular. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 41(1), 1-12.
46. Pritchard, M. J., Wignall, D. G., & Davis, J. E. (2020). An investigation into the impact of surgical information on anxiety levels in patients undergoing elective surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21–22), 4190–4198.
47. Rivera, D. A. (2021). Impacto del miedo preoperatorio en pacientes quirúrgicos: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 49(1), e952.
48. Rodríguez, S., Morales, R., & Sánchez, M. (2023). Comportamiento del cuidado y ansiedad preoperatoria en pacientes cardiovasculares. *Revista Científica de Enfermería*, 29(1), 35-44.
49. Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Prentice Hall.
50. Salgado, M., Valenzuela, C., & Sanhueza, O. (2015). Validación del Inventario de Comportamientos de Cuidado (CBI) en población chilena. *Revista Chilena de Enfermería*, 29(1), 55-63.
51. Salud, M. D. (1996). Reforma de los servicios de salud en América Latina: Problemas y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1(1), 1–15.
52. Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill Education.

53. Santos, B. P. (2019). Reflexiones sobre el rol de las teorías de enfermería en la práctica clínica. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 27(e3163), 1–10.
54. Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2014). Brunner & Suddarth. *Enfermería médico-quirúrgica* (12.a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
55. Smith, T. & Brown, A. (2022). Pain expectations and anxiety in surgical patients. *Pain Management Nursing*, 23(1), 14–21.
56. Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form Y)* (“self-evaluation questionnaire”). Consulting Psychologists Press.
57. Spielberger, C. D. (2019). *Anxiety: Current trends in theory and research*. Academic Press.
58. Teker, A. G. (2019). Impacto psicológico de las intervenciones cardiovasculares. *Revista Internacional de Psicología Clínica*, 27(3), 112-120.
59. Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care*. National League for Nursing.
60. Watson, J. (1998). The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly*, 11(1), 49–52.
61. Watson, J. (2004). Teoría del cuidado humano. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 13–19.
62. Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.
63. Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.

64. Watson, J. (2018). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.
65. Williams, J., Smith, L., & Jones, A. (2015). Hospital environment and patient anxiety: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19–20), 2741–2750.
66. Wolf, Z. R. (1986). The caring behaviors inventory. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 95-103.
67. Wolf, Z. R. (1998). The caring behaviors inventory: A validation study. *Journal of Nursing Measurement*, 6(1), 43-55.

ANEXOS

Anexo A: Formulario para la Recolección

Formularios para recolección de Datos

INVENTARIO DE LOS COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA (CBI) DE WOLF.

Este Instrumento fue elaborado por la Doctora Zane Wolf y validado en Panamá por la Doctora Itza Camargo 2,010.

El llenado de este instrumento implica que se ha dado el consentimiento para responderlo.

Edad: _____ Masculino _____ Femenino _____ Registro de seguro social _____

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de preguntas que describen los comportamientos de cuidado del profesional de enfermería. Elija con objetividad la respuesta marcando con una X en frente de cada ítem, teniendo en cuenta la escala de valoración, que representa la forma como brinda el cuidado el profesional de enfermería.

Enunciado	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre
1. ¿La enfermera la escuchó atentamente?					
2. ¿La enfermera le dio instrucciones o le enseñó?					
3. ¿La enfermera la trata como un individuo?					
4. ¿La enfermera le dedicó tiempo?					
5. ¿La enfermera se identificó para comunicarle sus cuidados?					
6. ¿La enfermera fue positiva con usted para que pudiera tomar decisiones sobre su cuidado?					
7. ¿La enfermera la orientó para que pueda tomar decisiones?					
8. ¿La enfermera se mostró respetuosa con usted?					
9. ¿La enfermera la respaldó ante cualquier situación relacionada a su cuidado?					
10. ¿La enfermera la llamó por su nombre o con el nombre con que le gusta ser llamada?					



11. ¿La enfermera fue honesta con usted?					
12. ¿La enfermera confía en usted?					
13. ¿La enfermera sintió simpatía o se identificó con usted?					
14. ¿La enfermera la ayudó a crecer en su cuidado?					
15. ¿La enfermera hizo que usted se sienta bien física y emocionalmente?					
16. ¿La enfermera fue sensible con usted?					
17. ¿La enfermera se muestra paciente o perseverante con usted?					
18. ¿La enfermera la ayudó ante sus necesidades?					
19. ¿Considera usted que la enfermera sabe aplicar inyecciones y hacer otros procedimientos durante la atención?					
20. ¿La enfermera demostró confianza en usted durante la atención?					
21. ¿La enfermera utilizó voz suave y delicada al comunicarse con usted?					
22. La enfermera demostró conocimientos y habilidades profesionales.					
23. ¿La enfermera estuvo pendiente de usted?					
24. ¿La enfermera utilizó el equipo y material de manera adecuada?					
25. ¿La enfermera fue cariñosa con usted?					
26. ¿La enfermera le permitió expresar sus sentimientos?					
Dimensiones y comportamiento (continuación)	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Casi Siempre	Siempre
7. ¿La enfermera la tomó en cuenta para la planeación de su cuidado?					



Scanned with CamScanner

28. ¿La enfermera maneja con confiabilidad la información?					
29. ¿La enfermera le transmitió tranquilidad?					
30. ¿La enfermera retorna usted de manera voluntaria?					
31. ¿La enfermera habló con usted?					
32. ¿La enfermera la animó para que la llamen si tiene algún problema?					
33. ¿La enfermera demostró conocimientos sobre sus necesidades establecidas y por establecer?					
34. ¿Respondió con rapidez a su llamado?					
35. ¿La enfermera la trató como un ser humano?					
36. ¿Le ayudo a disminuir el dolor?					
37. ¿La enfermera mostró preocupación por usted?					
38. ¿Le administro las medicinas y tratamientos a tiempo?					
39. ¿Le brindo atención especial durante un procedimiento?					
40. ¿Le ayudo a mitigar los síntomas desagradables?					
41. Le dio prioridad a su atención?					
42. ¿La enfermera le brindo un buen cuidado físico?					



Firma: 

Fecha: 22-02-2024

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

1. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre: _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Identificación Personal: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____
(F/M)

Religión: _____ Ocupación: _____

Peso : _____ Talla: _____

Nivel de Escolaridad: _____

Idioma: _____ Tipo de Sangre: _____

Nacionalidad: _____

Lugar de residencia : País: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Calle /Apartamento: _____



Cirugías Realizadas		
Cirugía: 1. _____	Fecha: _____	
2. _____	_____	
3. _____	_____	
4. _____	_____	

Procedimientos Diagnósticos Realizados		
	Si	No
Electrocardiograma:	_____	_____
Ecocardiograma:	_____	_____
Cateterismo:	_____	_____
CAT:	_____	_____
Resonancias:	_____	_____
R. X de tórax	_____	_____
Perfil Cardíaco:	_____	_____
Estudios de Coagulación:	_____	_____

Medicamentos de uso diario



Firma: [Firma]
 Fecha: 22-02-2024

Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS)

Esta Escala fue elaborada por Moerman N, Muller MJ, Oosting en el año 1996.

El llenado de este instrumento implica que se ha dado el consentimiento para responderlo.

Edad: _____ Masculino _____ Femenino _____ Registro de seguro social _____

Instrucciones Lea el enunciado e indique el ítem en el cual se represente.

	De ningún modo	1	2	3	4	5	Muchísimo
1. Estoy preocupado por la anestesia							
2. La anestesia está en mi mente continuamente							
3. Me gustaría saber todo lo que pueda sobre la anestesia							
4. Estoy preocupado por el procedimiento							
5. El procedimiento está en mi mente continuamente							
6. Me gustaría saber todo lo posible sobre el procedimiento							



Firma:

[Handwritten signature]

Fecha:

22-02-2024

Anexo B: Hoja de Información (Bioética)

HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Protocolo: El cuidado del comportamiento profesional de la enfermera (o) y su relación con la ansiedad preoperatoria; desde la perspectiva del paciente de cirugía cardiovascular una visión de la ciencia del cuidado humanizado de Jean Watson. Instituto Cardiovascular y Torácico de la Ciudad de la Salud 2024.

Investigador (a) Principal: Maryleith Ortiz Ureña

Lugar del Estudio: Instituto cardiovascular y Torácico de la Ciudad de la Salud.

INFORMACIÓN QUE DEBE CONOCER ANTES DE ACEPTAR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Les estamos solicitando su participación en un estudio de investigación. Los estudios de investigación incluyen solo a las personas que deciden formar parte de este. Este documento se llama consentimiento informado. Por favor, lea cuidadosamente esta información y tome su tiempo para tomar su decisión con respecto a su participación. Siéntase libre de pedir a la persona encargada del estudio de discutir este documento de consentimiento. Puede solicitarle que le explique cualquier palabra o información que no entienda claramente sobre la naturaleza, objetivos, beneficios, y otra información importante las cuales se describen a continuación en este documento.

Este estudio está siendo realizado como trabajo de tesis de investigación como requisito para obtener el título de Maestría en Enfermería Cardiovascular en la Universidad de Panamá por la estudiante e Investigadora principal enfermera Maryleith Ortiz Ureña. Estaré siendo asesorada por la Doctora Yolanda González decana de la Universidad de Panamá. El protocolo ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad de Panamá (CBIUP), quién es garante de los derechos de los y las participantes.

Esta investigación se llevará a cabo en las salas de cardiología, semi intensivos de cardiología, Cuidados Intensivos de Cardiovascular del Instituto Cardiovascular y Torácico de la Ciudad de la Salud Diciembre-febrero 2023/ 2024.

Objetivo De Investigación

Caracterizar el cuidado de la enfermera (o) en el preoperatorio del paciente programado para cirugía cardiovascular desde la perspectiva del paciente aplicando el instrumento de Inventario de Comportamientos de Cuidado (CBI) de Wolf.

Evaluar el nivel de ansiedad del paciente durante el preoperatorio de cirugía cardíaca aplicando La Escala de Ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam APAIS.



Fecha:	
Fecha:	22-02-2024

Iniciales del Participante _____

Versión 2 Pág. 1 de 5

Analizar la correlación entre el cuidado de comportamiento profesional de la enfermera(o) con la ansiedad preoperatoria del paciente de cirugía cardíaca. Presentar una propuesta de estrategia de cuidado para la ansiedad durante el preoperatorio de cirugía cardiovascular.

Procedimientos del Estudio

Si usted forma parte en este estudio, se le solicitará que conteste de forma personal 2 Instrumentos una Escala de Ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam APAIS, la misma está conformada por un total de 6 preguntas donde usted debe de responder de forma consciente, sobre la ansiedad en el proceso preoperatorio. Y un Instrumento de Inventario de Comportamientos de Cuidado (CBI) de Wolf, el cuál consta de 42 preguntas sobre su percepción del cuidado del comportamiento del enfermero.

El tiempo que le tomará responder estas preguntas es aproximadamente 20 minutos. Si usted desea que el investigador le colabore en la lectura de las preguntas o escritura de sus respuestas, puede solicitarlo en el momento de la entrevista frente a un testigo imparcial que usted designe.

Todas las respuestas de estos instrumentos serán guardadas y protegidas.

Beneficios

Gracias a su apoyo, podremos analizar la correlación entre el cuidado de comportamiento profesional de la enfermera(o) con la ansiedad preoperatoria del paciente de cirugía cardíaca y así presentar estrategias para el cuidado de los pacientes.

Cabe aclarar que, al participar en este estudio, no habrá ningún tipo de remuneración monetario.



Firma:	
Fecha:	22-02-2024

Iniciales del Participante _____

Versión 2 Pág. 2 de 5

Riesgos

Este estudio se clasifica en la categoría de riesgo mínimo. No existen riesgos adicionales para aquellos que participan en este estudio.

Privacidad y Confidencialidad

Estos instrumentos son anónimos y su nombre no aparecerá en la misma. Se mantendrá sus respuestas de manera confidencial.

Nadie tendrá permitido ver su expediente médico.

Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. En el momento que usted solicite información relacionada con el proyecto, la investigadora y la asesora de la investigación se la podrán proporcionar

Participación Voluntaria/Retiro

Su participación en esta investigación es voluntaria. Usted no debería sentir ninguna clase de presión para tomar parte de este estudio. Si usted decide participar y luego cambia de opinión, podrá retirarse en cualquier momento o dejar de responder cualquier pregunta de la encuesta sin enfrentar ningún tipo de penalización por parte del investigador. No se le pagará para participar en esta investigación.

Se respetarán los códigos y normas internacionales durante la ejecución de la investigación, específicamente se consideran las declaraciones de Derechos Humanos, Código de Núremberg y Declaración De Helsinki.

Usted puede obtener las respuestas a sus preguntas, preocupaciones y quejas. Si durante el desarrollo de la encuesta o posterior a ella usted tiene alguna duda puede contactarse con la investigadora principal de este proyecto: Maryleith Ortiz Ureña al teléfono: 6949-8171 o para cualquier consulta sobre los aspectos bioéticos del estudio, puede contactar a Tel: (507) 523-5769 Correo electrónico: comitebioetica.invup@up.ac.pa.



Firma:	
Fecha:	22-02-2024

Iniciales del Participante _____

Versión 2 Pág. 3 de 5

Anexo C: Nota aprobación CBUP 130 2024 aprobado



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
COMITÉ DE BIOÉTICA (CBUP)

Panamá, 22 de abril de 2024
Nota N° CBUP/130/2024

Profesora

Yolanda González

Profesora asesora

Estudiante

Maryleith Ortiz

Maestría en Enfermería Cardiovascular

Facultad de Enfermería

Universidad de Panamá

Respetadas Profesora y Estudiante,

Los miembros del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá CBUP, en su reunión ordinaria del 22 de febrero del 2024, aprobaron el protocolo correspondiente a la investigación: **Comportamiento del cuidado del profesional de enfermería y su relación con la ansiedad preoperatoria; desde la perspectiva del paciente de cirugía cardiovascular fundamentado en la teoría de cuidado de Jean Watson**, con solicitud de modificaciones mínimas, mismas que fueron subsanadas y aprobadas el día 24 de abril de 2024, con la versión 2 del consentimiento informado y la versión 1 del instrumento.

Aprovechamos la oportunidad para informarle que, una vez aprobado el estudio, éste no podrá ser modificado durante su ejecución, ya que ello representaría el incumplimiento de los principios de la bioética. En el caso de requerir modificaciones, deberá solicitarse la aprobación de una enmienda o adenda de su protocolo.

Le recordamos que deberá entregar informes de progreso conforme avance la ejecución de su investigación, hasta que culmine. Luego de lo cual debe entregar un resumen de los resultados finales de esta investigación.

Atentamente

Dra. Dinora Bernal
Presidente
CBUP

cc Dr. Carlos Ramos
Director de Postgrado
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Cc: Magister Juliana Benoit
Coordinadora de Postgrado
facultad de Enfermería



2024: "Año de la política agroalimentaria a 60 años de la gesta patriótica del 9 de enero"

CIUDAD UNIVERSITARIA OCTAVIO MÉNDEZ PEREIRA
Estafeta Universitaria, Panamá, República de Panamá

Tel: (507) 523-5769 Correo electrónico: comitebioetica.invup@up.ac.pa



Página 1 | 1

Anexo D: Nota aprobación de realización de Investigación CSS

CAJA DE SEGURO SOCIAL



Apartado 08-16-06808
PANAMÁ 5, PANAMÁ

DENSYP-S-DENADOI-N-408-2024
Panamá, 15 de mayo de 2024

Licenciada
Maryleith Del Carmen Ortiz Ureña
Investigadora Principal
E. S. M.

Respetada Lic. Ortiz:

Hemos revisado la documentación del estudio: **"Título del Proyecto: Comportamiento del cuidado del profesional de enfermería y su relación con la ansiedad preoperatoria; desde la perspectiva del paciente de cirugía cardiovascular fundamentado en la teoría de cuidado de Jean Watson."**, que presentó como requisito para obtener la especialidad en Enfermería Cardiovascular.

Verificamos que su estudio recibió aprobación por parte del Comité de Bioética de la Universidad de Panamá CBUP, el 24 de abril de 2024, avalado previamente mediante Certificación de No Objeción por parte del Dr. Euriko G. Torrazza R., delegado por el Dr. Enrique Lau Cortés, Director General de la Caja de Seguro Social.

Por lo anterior la **AUTORIZAMOS** para desarrollar el estudio y a su vez se le indica su responsabilidad con el cumplimiento de las cualificaciones de su equipo interno y externo de apoyo requeridas para el desarrollo de la investigación, con los lineamientos bioéticos, de seguridad del paciente, de seguridad y confiabilidad de datos, de declaración de conflicto de interés y en general con las buenas prácticas clínicas.

Al finalizar el estudio, remitir copia del informe final con los anexos al correo investigacionescss@gmail.com. El código de su estudio es **DENADOI-SIBI-066-2024**, favor hacer referencia al mismo al consultar o enviar el informe final.

Atentamente,



Dra. Nydia Flores Chiari, MSPH
Jefa de la Sección de Investigación
y Bioética

NFCH/ahw

" 2023 : AÑO DE RESULTADOS "

   @csspanama

 (507) 513-0276

 www.css.gob.pa