

Efectos del cuidado espiritual en la ansiedad situacional de pacientes quirúrgicos

Effects of Spiritual Care on Situational Anxiety of Surgical Patients

Isabel Hilda Hernández Mayhua¹ <https://orcid.org/0000-0002-3748-8690>

Sonia Velásquez Rondón ^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1553-0592>

¹Universidad Nacional San Agustín de Arequipa. Perú.

*Autor para la correspondencia: sovelasquez1@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las personas con tratamiento quirúrgico presentan ansiedad, lo cual impide llegar al periodo operatorio en óptimas condiciones. El cuidado espiritual puede resultar efectivo en momentos como este.

Objetivo: Evaluar el efecto del cuidado espiritual en el nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos.

Métodos: Investigación cuantitativa, preexperimental con pretest postest, en el Hospital Regional de Ayacucho, Perú, durante marzo a mayo de 2016. Población constituida por 123 pacientes quirúrgicos, entre los que se seleccionaron 30 entre 24 y 57 años, con ansiedad y dispuestos a participar en la investigación. La ansiedad se midió con el Test de Zung, las necesidades espirituales con un cuestionario validado por expertos y pilotaje con alfa de Cronbach > 0,75. Para los ejes temáticos y metodológicos de la intervención (cuidados espirituales) se revisó bibliografía sobre el tema, tuvieron en cuenta las necesidades de cuidados y niveles de ansiedad identificada. Se procesó la información con frecuencias absolutas, porcentajes, media, desviación típica, valor mínimo y máximo. Para contrastar hipótesis se utilizó la Prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon. Para la relación entre necesidad de cuidado espiritual y evolución del nivel de ansiedad se utilizó Chi-cuadrada de Pearson (X^2), con probabilidad de error del 5 %.

Resultados: El nivel de ansiedad situacional previo a la aplicación del cuidado espiritual fue de marcada a severa en 86,66 %, aplicado el cuidado espiritual estuvo ausente en el 96,66 %.

Conclusión: La intervención con cuidados espirituales aplicada resultó efectiva en la disminución del nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos estudiados.

Palabras clave: ansiedad; cuidado de enfermería; terapias espirituales; cuidados preoperatorios; cuidados posoperatorios; recuperación mejorada después de la cirugía.

ABSTRACT

Introduction: People who should undergo surgical treatment present anxiety, which keeps them from reaching the operative period in optimal conditions. Spiritual care can be effective at times like this.

Objective: To assess the effect of spiritual care on the level of situational anxiety in surgical patients.

Methods: Quantitative pre-experimental research with pre- and post-test carried out in the Regional Hospital of Ayacucho, Peru, during March to May 2016. The population was made up of 123 surgical patients, of which 30 aged 24-57, with anxiety and willing to participate in the study were chosen. Anxiety was measured with the Zung test; spiritual needs, with a questionnaire validated by experts; and piloting, with Cronbach's alpha > 0.75. For the thematic and methodological axes of the intervention (spiritual care), a bibliography on the subject was reviewed, taking into account the care needs and levels of anxiety identified. The information was processed with absolute frequencies, percentages, mean, standard deviation, minimum and maximum values. The Wilcoxon signed rank test was used to test hypotheses. Pearson's chi-square (X^2) was used for the relationship between need for spiritual care and evolution of anxiety level, with a probability of error of 5%.

Results: The level of situational anxiety prior to the application of spiritual care was remarkable to severe in 86.66%; applied spiritual care was absent in 96.66%.

Conclusion: The intervention with spiritual care applied was effective in reducing the level of situational anxiety in the surgical patients studied.

Keywords: anxiety; nursing care; spiritual therapies; preoperative cares; postoperative cares; improved recovery after surgery.

Recibido: 07/07/2020

Aceptado: 13/09/2020

Introducción

Según Mamani,⁽¹⁾ la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó que a nivel mundial cada año más de 4 millones de personas requieren de una cirugía, y se estima que de ellos entre 2,5 y 3,75 millones desarrollan algún grado de ansiedad pre quirúrgica. En Perú, entre el 60 y el 78 % de los pacientes quirúrgico se han identificado con algún nivel de ansiedad.^(1,2) Mientras a nivel local, Yaranga⁽²⁾ publicó en estudio realizado en el Hospital Regional de Ayacucho, que en el periodo prequirúrgico, 45 % de los pacientes presentaron ansiedad de nivel marcado; 35 %, nivel intenso y 20 %, nivel mínimo. Es decir, cuatro de cada diez pacientes prequirúrgicos presentaron ansiedad intensa.

Son variadas las definiciones de ansiedad existentes, pero por ser esta una propuesta desde una perspectiva de enfermería, se asume la publicada por la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA),⁽³⁾ que la describe como “la sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo”.

Se reconocen diversos tipos de ansiedad (de pánico, desórdenes por ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso depresivo), pero la que aparece en el paciente por la anestesia y la cirugía es un malestar psíquico y físico que surge de la sensación de peligro inmediato caracterizado por temor difuso, que puede transitar desde la inquietud hasta el pánico. En algunas personas puede ser una

característica constitucional de la personalidad y se ha demostrado que puede aparecer hasta una semana antes de la cirugía.⁽⁴⁾

La cirugía es un estresor complejo que depende, además de la enfermedad, de otros factores como: la hospitalización, que crea problemas diversos, ya sea por desconocimiento de las normas hospitalarias, como por inadaptación al medio, separación del entorno habitual, menor autodeterminación e intimididad, preocupación por los cambios laborales, familiares y sociales. Además del ambiente hospitalario, suele preocupar el dolor, la anestesia, la calidad de la atención médica, las discapacidades y complicaciones que pueden llegar hasta la muerte, entre otras. Por tanto, el paciente se encuentra en una situación susceptible de provocar diferentes niveles de ansiedad lo que puede repercutir negativamente en su recuperación.⁽⁵⁾ Se registra, además, que la falta de apoyo del personal de salud y la insuficiente orientación que sobre la cirugía estos ofrecen al paciente, resultan causales principales de la aparición y mantenimiento de ansiedad relacionada con la cirugía.⁽⁵⁾

Un tratamiento quirúrgico produce tensión, ansiedad, porque en ese acto está comprometida la vida del enfermo. Es en esas circunstancias que con frecuencia se piensa en un ser supremo que puede ayudar a superar el problema, momento en el que resulta fundamental la participación de enfermería para satisfacer sus necesidades espirituales y no dejarlo en manos solo de líderes religiosos o espirituales como con frecuencia ocurre. La religión y la espiritualidad resulta un tema actual, tratado en salud en general y enfermería en particular cada vez con más frecuencia. Se han explorado sus relaciones y potencial para prevenir, tratar y rehabilitar las enfermedades, pero en las especialidades quirúrgicas resultan menos tomadas en cuenta, pues se orientan más a las tecnologías de punta;⁽⁶⁾ sin embargo, ambas deben coexistir si se quieren brindar cuidados holísticos y de calidad.

Existen varias definiciones de espiritualidad, las que responden entre otros aspectos a diferencias filosóficas, culturales y religiosas. El consenso sobre la mejora de la calidad de los cuidados espirituales define la espiritualidad como: “el aspecto de la condición humana que se refiere a la manera en que los individuos buscan y expresan significado y propósito, así como la manera en que expresan un estado de conexión con el momento, con uno mismo, con otros, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado”.⁽⁶⁾ Por su parte, la religiosidad resulta un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente, es el modo o forma en que la espiritualidad se expresa y moldea por medio de una organización social o comunitaria.⁽⁷⁾ Por lo tanto, espiritualidad y religión no son lo mismo, la espiritualidad se establece como una capacidad humana universal, pero no necesariamente expresada en la práctica religiosa, la cual está asociada en mayor medida al hábito, a la costumbre y al dogma e incluye creencias, prácticas y rituales relacionados con lo sagrado.⁽⁶⁾ A estos efectos, la religión se refiere a un conjunto de creencias y prácticas de una institución religiosa organizada, y la espiritualidad a una experiencia individual de búsqueda de sentido y conexión interior con elementos trascendentales.

En consecuencia, se entiende a las necesidades espirituales correspondientes a las expresiones sobre algo faltante que puede tener la persona sana o enferma, generalmente se satisfacen cuando se busca dar un significado y propósito a la vida. Todo lo anterior es una evidencia específica de que los pacientes y sus familiares demandan ayuda para satisfacer sus necesidades espirituales, físicas,

emocionales y sociales.⁽⁸⁾ Las enfermeras deben tener las competencias para identificar y satisfacer las necesidades espirituales, lo que pueden materializar con los cuidados espirituales.

El cuidado espiritual tiene diversidad de significados, pero predomina ser entendido como una expresión integradora y altruista dependiente de la consciencia que tiene el profesional sobre la trascendencia de la vida. Es por eso que las expresiones empatía, compasión y amor constituyen el enfoque más universal de la atención espiritual.⁽⁹⁾ El cuidado espiritual comprende una relación interpersonal entre la enfermera y el sujeto de cuidado, que busca procurar consuelo, alivio y admitir efectuar prácticas espirituales personales, tales como orar, leer literatura sagrada o recibir un líder espiritual.^(8,10) Para la enfermera, escuchar, hablar, entender el sufrimiento del otro y el contacto físico con los enfermos pueden ser formas de proporcionar cuidado espiritual.^(9,11) En consecuencia, la enfermera debe aplicar diversas estrategias en el cuidado, visualizar al individuo como un ser holístico: biológico, psicológico, social y espiritual.

Según *Gutiérrez*,⁽¹²⁾ hoy existen teorías de enfermería sobre la importancia de lo espiritual-existencial en el cuidado. En este sentido, *Newman*⁽¹³⁾ instituye que las enfermeras deben tener capacidad de ayudar a las personas a avanzar hacia la ampliación de su conciencia, con transición hacia una dimensión espiritual, que le permita crecer la capacidad de interacción efectiva con el medio. *Watson*⁽¹⁴⁾ reconoce que el desarrollo espiritual le permite al ser humano ampliar su conciencia, fuerza interior, capacidades humanas y trascender el sí mismo. El modelo de sistemas de *Neuman*⁽¹⁵⁾ establece la espiritualidad como una de las variables que deben ser abordadas para brindar un cuidado integral. Sustentado en el modelo conceptual del Ser Humano Unitario de Martha Rogers y en las teorías del desarrollo humano durante el ciclo vital, el Modelo de Enfermería de la Autotrascendencia, de Pamela Reed, es muy utilizado en la práctica clínica y en la investigación relacionada con la dimensión espiritual del ser humano.⁽¹⁶⁾ Según *Reed*, la espiritualidad es la predisposición para hacer significados a través de un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior, o a la existencia de un propósito supremo, superior a uno mismo.⁽¹⁶⁾

La importancia de este estudio radica en que resultan insuficientes los realizados sobre este tema. Por otra parte, una de las premisas de la enfermería es coadyuvar al mejoramiento de la calidad de vida y, en este sentido, se pretende explorar los efectos de los cuidados desde una perspectiva espiritual en los niveles de ansiedad de las personas con necesidad de una cirugía, a partir de un análisis de la realidad desde los supuestos de la enfermería. Con base en los resultados exploratorios se podrán establecer intervenciones de enfermería que le permitan al paciente quirúrgico mejorar su calidad de vida y fomentar (en el paciente y su familia) la práctica de su espiritualidad y creencias religiosas dentro de las instituciones de salud, ya que es una necesidad humana que requiere satisfacer el paciente como parte de su salud integral. Sobre la base de lo expresado con anterioridad se realizó esta investigación con el objetivo de evaluar el efecto del cuidado espiritual en el nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos.

Métodos

Se realizó una investigación pre-experimental, con diseño pre test y post test, en

el Hospital Regional de Ayacucho, Perú, durante los meses de marzo a mayo de 2016.

La población estuvo constituida por 123 pacientes quirúrgicos (apendicetomía), de entre los que fueron seleccionados para integrar el estudio 30 por tener edades entre 24 y 57 años, presentaban ansiedad situacional y estuvieron dispuestos a participar en la investigación.

Las variables estudiadas fueron:

Variable independiente (VI): cuidado espiritual.

Variable Dependiente (VD): ansiedad situacional.

Para obtener los datos de la variable ansiedad situacional los investigadores aplicaron antes y después de la intervención, el Test de Zung,⁽¹⁷⁾ Esta escala de autovaloración de la Ansiedad comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntoma o signo. Los ítems fueron valorados por el investigador examinador en una entrevista con el paciente y con la utilización de las observaciones clínicas y la información aportada por el paciente. Las preguntas hicieron referencia a un periodo anterior de una semana, las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala fueron escogidas para hacerlas accesibles a los pacientes, empleando su propio lenguaje.

Las respuestas fueron cuantificadas mediante una escala Likert de cuatro opciones en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. Nunca o Casi Nunca (1), A Veces (2), Con bastante Frecuencia (3) y Siempre o casi siempre (4), pero cinco de los ítems (5, 9, 13, 17 y 19) se refieren a síntomas afectivos, los que tienen dirección negativa por lo que la puntuación concedida fue a la inversa. Un ítem fue anotado como positivo y presente cuando el comportamiento fue observado, fue descrito por el paciente como que le ha ocurrido o cuando él mismo admitió que el síntoma era todavía un problema.

La escala está estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad, y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa. El total de la escala es la suma de los puntajes de las 20 cuestiones y puede variar de 20 a 80, donde la impresión global de equivalencia clínica es: (< 45) dentro de los límites normales, no hay ansiedad presente, (45 a 59) presencia de ansiedad mínima moderada, (60 a 74) presencia de ansiedad marcada a severa y (≥ 75) presencia de ansiedad en grado máximo.

Para identificar las necesidades de cuidados espirituales los investigadores diseñaron, validaron y aplicaron un cuestionario conformado por 11 preguntas, subdivididas en dos sub escalas: una de bienestar religioso (4 preguntas) y otra de bienestar espiritual o existencial (7 preguntas). Los ítems referentes al bienestar religioso contienen una referencia a Dios, posibilitaron al paciente expresar como se siente con las demandas de su religiosidad en el momento. Los de bienestar espiritual o existencial se refieren a la sensación de encuentro con el sentido y el compromiso con algo significativo en la vida, retratando crisis existenciales y conflictos subjetivos.

Las respuestas a cada pregunta fueron obtenidas por los investigadores antes y después de la intervención por medio de una escala tipo Likert de cuatro opciones 1 a 4 (siendo 1 bajo; 2, moderado; 3, alto; 4, muy alto). El total de la escala fue la suma de las puntuaciones de las 11 preguntas y los escores podían variar de 0 a 44 puntos. Para determinar la necesidad global de cuidados espirituales se consideraron los rangos de ≤ 11 puntos como bajo; de 12 a 22 puntos moderado; de 23 a 33 puntos alto y de 34 a 44 puntos como muy alto.

El instrumento fue validado por tres expertos con experiencia en elaboración de cuestionarios y análisis de la espiritualidad y religiosidad, lo que reportó una consistencia interna y validación de constructo por alfa de Cronbach > 0.75 , además se realizó una prueba piloto en 10 pacientes pre-quirúrgicos no incluidos en la investigación, con alfa de Cronbach de 0.7.

Para la intervención (cuidados espirituales) los investigadores realizaron una amplia revisión de literatura nacional e internacional disponible sobre intervenciones centradas en espiritualidad, tuvieron en cuenta las necesidades de cuidados identificadas en los pacientes, así como los niveles de ansiedad e información sobre características de relaciones interpersonales. Con esta información se estructuraron los ejes temáticos y metodológicos de la intervención. Los ejes temáticos se refieren al contenido de la intervención, (temas y objetivos a tratar). Los ejes metodológicos se refieren a la forma en la que debería realizarse la intervención (número, frecuencia, duración y actividades dentro de cada sesión). Apoyados en estos elementos se estructuró la intervención aplicable al contexto cultural peruano.

Construida la intervención, como prueba piloto, se aplicó a cuatro pacientes pre-quirúrgicos con la intención de comprobar que las actividades pensadas cumplieran el propósito, que el lenguaje utilizado fuera claro, que los tiempos considerados para cada actividad fueran adecuados y que los pacientes identificaran sensaciones de bienestar a lo largo de las sesiones y realizaran sugerencias en relación con los ejes metodológicos. A partir de esta prueba se ajustaron aspectos metodológicos de las intervenciones sugeridos, los cuales fueron incluidos en los planes de cuidados. Después se procedió a la redacción de un manual con las indicaciones para la realización de esta intervención. La intervención fue controlada por los investigadores, pero ejecutada por el personal de enfermería de servicio quirúrgico del hospital, previa capacitación; aunque la intervención se individualizó se realizaron además psicoterapia de grupo, terapia integrativa psicoespiritual, terapia de la dignidad, entrevista breve de revisión de vida y experiencia grupal de apoyo afectivo para personas con enfermedades quirúrgicas, entre otras.

Para procesar la información, se utilizó distribuciones de frecuencias absolutas y porcentajes, además en el caso de las variables cuantitativas la media, desviación típica, valor mínimo y máximo, la asociación entre variables se obtuvo con:

Para las variables de respuesta ordinal (Nivel de ansiedad y necesidad de cuidado espiritual) se utilizó la Prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon, para dos muestras relacionadas, por resultar una prueba potente para contrastar hipótesis sobre igualdad de medianas.

Para la relación entre necesidad de cuidado espiritual y evolución del nivel de ansiedad se utilizó la prueba ji-cuadrada de Pearson (X^2), con una probabilidad de error del 5 %.

La hipótesis estadística utilizada fue:

H_0 : No hay diferencias en la proporción de pacientes quirúrgicos según nivel de ansiedad situacional antes y después de los cuidados espirituales ($P_1 = P_2$)

H_1 : Hay diferencias en la proporción de pacientes quirúrgicos según nivel de ansiedad situacional antes y después de los cuidados espirituales ($P_1 \neq P_2$)

Siempre la regla de decisión fue: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes que participaron en el estudio, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación y se les informó la posibilidad de retirarse de la misma si fuese su voluntad. El desarrollo de la

investigación contó con la aprobación del Comité de ética institucional.

Resultados

El nivel de ansiedad situacional promedio, en los pacientes quirúrgicos, previo al cuidado espiritual fue de $63,5 \pm 4,02578$ puntos, por lo que se situó en la categoría marcada a severa (69 - 74 puntos). El puntaje mínimo alcanzado fue de 51,25 puntos y máximo de 70 puntos. De acuerdo a la tendencia de la distribución de datos se asemeja a la normal.

Previo al cuidado espiritual el 86,66 % de pacientes quirúrgicos presentaron un nivel de ansiedad de marcado a severo y el 13,33 % de mínimo a moderado, posterior al cuidado espiritual se observó la ausencia de ansiedad en el 96,66 % de pacientes. De acuerdo a la tendencia de la distribución de datos se asemeja a la normal. Es importante destacar que ningún paciente clasificó con el grado máximo de ansiedad ni antes ni después de la intervención. El nivel de ansiedad situacional de los pacientes cambió entre las mediciones efectuadas antes ($Md = 1$) y después ($Md = 2$) de implementar la intervención con los cuidados espirituales ($z = -5,152$, $p < 0,05$) (Tabla 1).

Tabla 1- Distribución porcentual de pacientes según nivel de ansiedad situacional antes y después del cuidado espiritual

Nivel de ansiedad	Antes		Después		Wilcoxon
	No.	%	No.	%	
Ausencia	0	0,00	29	96,66	$z = -5,152^a$ $p = 0,000$
Mínima a moderada	4	13,33	1	3,33	
Marcada a severa	26	86,66	0	0,00	
Total	30	100	30	100	

a: Basado en los rangos positivos.

Se observó una alta frecuencia de pacientes, 56,66 %, que antes de la intervención tenían necesidad de cuidado espiritual muy alta, después de la aplicación del cuidado espiritual satisfacían la necesidad. Y los pacientes con necesidad alta en un 26,66 % posterior a la aplicación del cuidado espiritual solo el 3,33 % tenían necesidad de dicho cuidado. La necesidad de cuidados espirituales de los pacientes cambió entre las mediciones efectuadas antes ($Md = 1$) y después ($Md = 2$) de implementar la intervención ($z = -4,540$, $p < 0,05$). (Tabla 2).

Tabla 2- Distribución porcentual de pacientes según necesidad de cuidados espirituales antes y después de la aplicación

Necesidad de cuidado espiritual	Antes		Después		Wilcoxon
	No.	%	No.	%	
Moderada	5	16,66	29	96,67	$z = -4,540^a$ $p = 0,000$
Alta	8	26,66	1	3,33	
Muy alta	17	56,66	0	0,00	
Total	30	100	30	100	

a. Basado en los rangos positivos.

En la tabla 3 se presentan los cuidados espirituales en pacientes con intervención quirúrgica, resultaron más frecuente aquellos que fortalecían la habilidad consigo mismo, como afianzar la creencia en Dios, el respeto por sus creencias, ser

escuchado, ser atendido (100%) y con los demás mediante la necesidad de interactuar con los familiares y amistades. Con menor frecuencia se identificó la necesidad de guía o símbolos religiosos como la presencia del sacerdote o del pastor, estampas, rosario o Biblia, se observó que el paciente ingresó con ellos.

Tabla 3- Distribución porcentual de pacientes según necesidad / intervención de cuidados espirituales

Necesidad / Intervención	Sí		No	
	No.	% (n=30)	No.	% (n=30)
Afianzar creencia en dios / Brindar esperanza y confianza.	30	100	0	0,00
Respeto por creencias / Evitar juicios.	30	100	0	0,00
Ser escuchado (a) / Informar y absolver dudas.	30	100	0	0,00
Atención a preocupaciones o estado de ánimo / Describir rutinas, explicar tratamiento y participación activa.	30	100	0	0,00
Interactuar con familiares / Alentar en familiares y amigos algunos cuidados.	30	100	0	0,00
Contar con símbolos / Posibilitar un rosario, biblia, etc.	23	76,66	7	23,33
Participar en programas / Coordinar la posibilidad de proporcionar una radio.	19	63,33	11	36,66
Compañía / Compartir acciones por su salud.	17	56,66	13	43,33
Apoyo espiritual / Coordinar con sacerdote o pastor.	13	43,33	17	56,66

En la tabla 4 se observa una alta frecuencia de pacientes, 56,66 %, que después de la aplicación del cuidado espiritual con necesidad muy alta, controlaron la ansiedad desde niveles severos a nivel leve o ausente. Existe relación significativa entre la necesidad de cuidado espiritual y el control de ansiedad situacional en el paciente con tratamiento quirúrgico ($X^2_c = 9.81 > X^2_t = 9.49$, con 4 grados de libertad y $p < 0,05$).

Tabla 4- Relación entre necesidad de cuidado espiritual y evolución del nivel de ansiedad

Necesidad de Cuidado espiritual	Evolución del nivel de ansiedad situacional						Total		
	De severa a ausente		De moderada a ausente		De severo a moderado				
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Moderado	3	10,00	2	6,66	0	0,00	5	16,66	
Alto	5	16,66	2	6,66	1	3,33	8	26,66	
Muy alto	17	56,66	0	0,00	0	0,00	17	56,66	
Total	25	83,33	4	13,33	1	3,33	30	100,00	
Gl = 4		$X^2_c = 9.81 > X^2_t = 9.49$							

Discusión

Al comparar los resultados de la presente serie con investigaciones precedentes, se encontró coincidencias con un estudio realizado por Delgadillo,⁽²⁾ también en la región peruana de Ayacucho, donde existe un alto porcentaje de pacientes en el periodo prequirúrgico con nivel marcado (45 %) e intenso (35 %) de ansiedad. Similar situación reportó Hernández⁽¹⁸⁾ en el año 2014, en su investigación sobre "Cuidado espiritual y nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos del

Hospital Regional de Ayacucho”, aplicando el Test de Ansiedad de Zung, con la cual determinó una tasa considerable de ansiedad pre-quirúrgica de nivel intenso. Lo que debe ser tenido en cuenta para mejorar la calidad del cuidado de enfermería y con ello disminuir costos y tiempo de estadía hospitalaria.

También *Huanca*,⁽⁵⁾ en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, encontró que 50,81 % de pacientes presentaron ansiedad pre-quirúrgica, con una relación directa significativa entre la ansiedad prequirúrgica y la necesidad de cuidados e información sobre la cirugía y la anestesia. Por su parte Ramos y otros⁽¹⁹⁾ realizaron un estudio sobre la “Ansiedad del paciente en el preoperatorio programado en la especialidad de traumatología del servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora, 2017” y Obtuvieron un 60 % con nivel medio de ansiedad, 25 % alto y 15 % bajo; y el factor asociado más frecuente fue preocupación por posibles complicaciones. En tanto, *Quijano*⁽²⁰⁾ publicó en 2015 un estudio en 30 pacientes programados de apendicectomías en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, en el que obtuvo un nivel de ansiedad medio en el 70 %, alto 17 % y bajo 13 %.

A nivel internacional, *Castellanos* y otros⁽⁴⁾ en México, encontraron 75 % de los pacientes estudiados con ansiedad moderada. Mientras que, en España, *Garijo*⁽²¹⁾ reportó ansiedad en pacientes durante el preoperatorio, con mayor nivel en mujeres ($p = 0,047$). En Colombia, *Quintero* y otros⁽²²⁾ realizaron un estudio sobre “Ansiedad en el paciente pre-quirúrgico...”, encontraron 52,38 % de pacientes con nivel de ansiedad moderada. En tanto, *Melchior* y otros,⁽²³⁾ en Brasil, encontraron que la ansiedad se presentó en un 53 %, además concluyeron que el miedo a la anestesia y a los errores durante el procedimiento condicionaron la ansiedad. Por su parte *Seok* y otros,⁽²⁴⁾ en Korea, realizaron una investigación en la que concluyeron que 87 % de los pacientes presentó ansiedad preoperatoria, fueron las mujeres más ansiosas. Estos autores confirman que los trastornos de ansiedad son frecuentes en personas que requieren tratamiento quirúrgico.

Resultados diferentes reportaron *Chiguay* y otros,⁽¹⁾ quienes realizaron un estudio en el Servicio de Cirugía, Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa - 2017”, donde obtuvieron un 86,5 % de pacientes con nivel de ansiedad bajo, y concluyeron que a mayor comunicación terapéutica menores niveles de ansiedad. Por lo expuesto con anterioridad, se observa que la ansiedad en pacientes quirúrgicos ha sido investigada en varias partes del mundo, con resultados similares; marcados niveles de ansiedad en porcentajes elevados, lo que refleja la necesidad que el profesional de enfermería debe resolver de manera oportuna y adecuada con sus intervenciones a fin de disminuir la ansiedad y obtener resultados exitosos en todos los momentos del tratamiento quirúrgico.

Varios son los investigadores que han trabajado la ansiedad en personas con tratamientos quirúrgicos desde una dimensión espiritual, quienes reconocen la espiritualidad como inherente al ser humano, por lo que debe ser reconocida y afrontada por el personal de enfermería en contacto con el paciente. En este sentido los resultados de la presente investigación tienen similitud con los de *Jasso-Soto*,⁽¹⁶⁾ donde en el 68 % de los pacientes encontró un nivel alto de espiritualidad e incrementaron sus prácticas y creencias espirituales con las intervenciones de enfermería,⁽¹⁶⁾ también *Franco* y otros⁽²⁵⁾ en 2016 realizaron un trabajo, teniendo como resultado que la ansiedad disminuyó con los cuidados espirituales de enfermería. Por su parte, *Castellanos* y otros⁽⁴⁾ encontraron que la intervención de enfermería realizada fue efectiva para disminuir la ansiedad en pacientes prequirúrgicos, pero es importante señalar que aunque la intervención

contempló el NIC (Nursing Interventions Classification) Apoyo espiritual (5420), fueron limitadas las actividades realizadas dirigidas a la espiritualidad.

Las tendencias revelan que hoy el cuidado espiritual es importante en la enfermería. A la vez, estos resultados son un referente para Latinoamérica y exhortan a que las competencias en esta área, sean desarrolladas desde el pregrado y posgrado, para alcanzar un impacto en la mejora del cuidado de enfermería. Asimismo, la conceptualización de la espiritualidad en la enfermería, permite entenderla como algo inherente al ser humano que favorece una conexión intrapersonal, interpersonal y transpersonal con un ser superior o Dios.⁽¹⁰⁾

El cuidado espiritual incluye detectar las necesidades espirituales y religiosas de la persona cuidada, identificar sus recursos y el cuidado adecuado de los profesionales cualificados para ello. Es importante fortalecer la dimensión espiritual del paciente para que enfrente la enfermedad, la de la familia para que afronte el sufrimiento que produce un familiar enfermo y la de los profesionales de la salud, para que realicen una práctica ética, humanizada y excelente con enfoque biopsicosocioespiritual.⁽²⁶⁾ Se coincide otros estudios^(27,28) en que es fundamental la participación de la enfermería en el acompañamiento espiritual. Aun así, no todas las enfermeras tienen la experiencia personal, los medios o la sensibilidad necesarios para realizar una adecuada atención de la espiritualidad y la religiosidad en la práctica clínica, estas dificultades contrastan parcialmente con los resultados del presente estudio en el que se encontró una actitud positiva de las enfermeras ante los Cuidados Espirituales y Religiosos.

Es significativo desarrollar intervenciones desde una perspectiva de enfermería que fortalezcan la atención de la dimensión espiritual de la persona, en relación con la razón de ser de la disciplina, el cuidado integral de las experiencias de salud, ya que el cuidado espiritual maximiza las potencialidades de la persona. Esta investigación promueve la generación de otras en la temática, ya que si bien el interés de la enfermería ha aumentado en los últimos años, el desarrollo conceptual, así como la aplicación práctica y formativa del cuidado espiritual aún son incipientes y requieren ser abordados en el futuro.

A partir de todo lo desarrollado en el presente estudio, se puede afirmar que el campo de estudio sobre la espiritualidad/religiosidad en la enfermería ha tenido un marcado desarrollo en los últimos años. Sin embargo, aún falta mucho por hacer para transitar a un modelo de cuidado más integral, que pudiese denominarse modelo biopsicosocioespiritual. Los resultados de la investigación pueden favorecer a las personas que van a tener tratamiento quirúrgico, para lograr que el cuidado en la dimensión espiritual le disminuya la ansiedad, favoreciendo su recuperación.

Entre las limitaciones del estudio está las propias de las encuestas autoadministradas, que no siempre se clarifican preguntas o respuestas, el hecho de explorar opiniones personales y delicadas, de manera que, aunque eran anónimas, los pacientes podrían no haber expresado con total honestidad lo que en realidad pensaban sobre el tema. Por otra parte, los datos fueron obtenidos en un medio institucional (hospitalario), lo que puede influir sobre las respuestas al favorecer un sesgo de deferencia ante el investigador que exploró. No se pudo examinar la confiabilidad de las escalas a través del tiempo; solo se examinó su confiabilidad a través de sus elementos. La definición de espiritualidad utilizada en el estudio se basó en la revisión de literatura de investigaciones empíricas, y no en una definición consensuada internacionalmente. Otra limitación es el tipo de muestreo utilizado, fue por disponibilidad, esto hace que la generalización de

los hallazgos sea relevante solo a los participantes de este estudio. Por último; una limitación pudo ser las creencias espirituales/religiosas de los investigadores, lo que pudo conducir a un sesgo al sistematizar los resultados orientándolos involuntariamente a la validación de sus convicciones.

En conclusión, el trastorno de ansiedad suele ser frecuente en personas que serán intervenidas quirúrgicamente, la identificación de necesidades espirituales resultó necesaria para el diseño, implementación y evaluación efectiva de un programa de intervención de enfermería para tratar las necesidades particulares y favorecer el bienestar del paciente pre-quirúrgico. La intervención con cuidados espirituales aplicada resultó efectiva en la disminución del nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos estudiados.

La espiritualidad y religión fueron fundamentales para la mayoría de la población estudiada. Su evaluación y atención permitió otorgar una atención integral durante el periodo preoperatorio. Se respetaron las creencias y autonomía del paciente, y se obtuvieron, además, otros beneficios clínicos.

Referencias bibliográficas

1. Mamani L, Mamani T. Comunicación terapéutica y nivel de ansiedad en pacientes pre-operatorios. Servicio de Cirugía. Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa - 2017 [tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018 [acceso: 06/01/2020]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5149>
2. Delgadillo Yaranga GL. Nivel de ansiedad del paciente en el pre quirúrgico en el servicio de cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho - 2016 [tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. UNMSM. Facultad de Medicina. Unidad de Postgrado; 2016 [acceso: 06/01/2020]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5800>
3. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Barcelona: Elsevier. 2017 [acceso: 06/01/2020]. Disponible en: <https://www.docsity.com/es/nanda-diagnosticos-enfermeria-2018-2020-pdf/5706226/>
4. Alejo Castellanos AG. Bedolla Quintero JM., Sánchez de los Santos L. Efectividad de una intervención pre-quirúrgica de enfermería; en ansiedad de pacientes sometidos a colecistectomía del Hospital General Regional No.1 "Vicente Guerrero" de Acapulco, 2017 [tesis]. Universidad Autónoma de Guerrero UAGro. México; 2018 [acceso: 06/01/2020]. Disponible en: <http://ri.uagro.mx/handle/uagro/314>
5. Huanca Yufra FV. Ansiedad prequirúrgica y factores relacionados en pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - febrero del 2020 [tesis]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa Facultad de Medicina; 2020 [acceso: 06/01/2020]. Disponible en: http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10939/MChuyufv_1.pdf?sequence=3&isAllowed=y
6. Fonseca Canteros M. Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. Rev Chil Cir. 2016 [acceso: 06/01/2020];68(3):258-64. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000300012&lng=es

7. Simkin H. Adaptación al español de la Escala de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES): la trascendencia espiritual en el modelo de los cinco factores. *Universitas Psychologica*, 2017 [acceso: 06/01/2020];16(2):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-2.aeee>
8. Frouzandeh N, Aein F, Noorian C. Introducing a spiritual care training course and determining its effectiveness on nursing students' self-efficacy in providing spiritual care for the patients. *J Educ Promot*. 2015;4(34):1-7. DOI: <https://doi.org/10.4103/2277-9531.157189>
9. Tlhowe TT, Du Plessis E, Koenb MP. Strengths of families to limit relapse in mentally ill family members. *Health SA Gesondheid*. 2017 [acceso: 06/01/2020];22:28-35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.09.003>
10. Vargas-Escobar LM, Guarnizo-Tole M, Tovar-Pardo F, Rojas-Pérez CM. Tendencias de investigación en torno al cuidado espiritual de enfermería: Revisión de la literatura. *Revista Investig Salud Univ Boyacá*. 2019 [acceso: 06/01/2020];6(1): 145-69. Disponible en: <https://doi.org/10.24267/23897325.304>
11. Nascimento LC, Oliveira FCS, Santos TFM, Pan R, Flória-Santos M, Alvarenga WA, et al. Atenção às necessidades espirituais na prática clínica de enfermeiros. *Aquichan*. 2016 [acceso: 06/01/2020];16(2):179-92. Available in: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.6>
12. Gutiérrez Carmona A, Alday Mondaca C., Calderón Carvajal C. Validación de la versión en español de la escala Perspectiva Espiritual de P. Reed. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2020 [acceso: 06/01/2020];36(1): e2788. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2788>
13. Younas A, Parveen S. Finding Patterns of Meaning: Margaret Newman's Theory of Health as Expanding Consciousness. *Creative Nursing*. 2017 [acceso: 06/01/2020];23(4):20714. Available in: <http://dx.doi.org/10.1891/1078-4535.23.4.207>
14. Saviato RM, Leão ER. Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. *Revista de Enfermagem*. 2016 [acceso: 06/01/2020]; 20(1): 198-202. Available in: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>
15. Gondim de Almeida N., Oliveira M.R., Guedes M., Silva L., de Freitas M.C., Torres R., et al. Betty Neuman Systems Model: Analysis according to Meleis. *SOJ Nur Health Care*. 2018 [acceso: 06/01/2020];4(2):1-6. Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/Betty-Neuman-Systems-Model_%3A-Analysis-according-to-Almeida-Oliveira/0447af0245e87029728a16f40bbc889a7179eb46
16. Jasso-Soto ME, Pozos-Magaña MG, Cadena-Estrada JC, Olvera-Arreola SS. Calidad de vida y perspectiva espiritual de los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2017 [acceso: 06/01/2020];25(1):9-17. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim171c.pdf>
17. Menacho Ojeda KL, Plasencia Solsol NS. Niveles de ansiedad que influyen en el rendimiento académico del área inglés en el nivel secundario de la i.e. Fe y alegría n° 14 - 2015 [tesis]. Universidad Nacional del Santa. Perú. 2016. [acceso: 06/01/2020]. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2883/42766.pdf?Sequence=1&isallowed=y>
18. Hernández I. Cuidado espiritual y nivel de ansiedad situacional en pacientes quirúrgicos del Hospital Regional de Ayacucho [tesis]. Universidad Nacional San

- Agustín de Arequipa; Arequipa. Perú; 2014.
19. Ramos A, Margaret L. Ansiedad del paciente en el preoperatorio programado en la especialidad de traumatología del servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora, 2017 [tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú; 2018 [acceso: 06/01/2020]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/8451>
20. Quijano Andonaire SC del P. Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo - 2013 [tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. UNMSM. Lima, Perú; 2015. [acceso: 06/01/2020]. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4939/1/Quijano_Andonaire_Silvia_Carmen_%20del_Pilar_2015.pdf
21. Garijo Pérez, N. Factores relacionados con la ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía programada [tesis]. Universidad Pública de Navarra. España; 2017 [acceso: 06/01/2020]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/26829>
22. Quintero A, Yasnó DA, Riveros OL, Castillo J, Borrález BA. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Revista Colombiana de Cirugía. 2017 [acceso: 06/01/2020];32(2):115-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n2/v32n2a6.pdf>
23. Melchior LMR, Soares Barreto RA dos S, Prado Palos MA, Amorim Caetano KA, Queiroz Bezerra AL, de Sousa TV. Predictores de ansiedad preoperatoria moderada y grave en pacientes quirúrgicos hospitalizados. Enfermería Global. 2018 [acceso: 06/01/2020];17(52):64-96. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/en_1695-6141-eg-17-52-64.pdf
<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.309091>
24. Lee J-S, Park Y-M, Ha K-Y, Cho S-W, Bak G-H, Kim K-W. Preoperative anxiety about spinal surgery under general anesthesia. Eur Spine J. 2016;25(3):698-707. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00586-015-3788-2>
25. Gonçalves TF, Medeiros VCC de. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. Rev SOBECC. 2016 [acceso: 06/01/2020];21(1):22-7. Disponible en: <https://sobecc.emnuvens.com.br/sobecc/article/view/38>
26. Casimiro Rangel JB. La espiritualidad/religiosidad en el proceso de afrontamiento en pacientes con cáncer de cérvix [tesis]. Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Departamento de Ciencias Sociales y Humanas. Colombia; 2018 [acceso: 06/01/2020]. Disponible en: http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/10501/Espiritualidad_religiosidad_proceso.pdf?sequence=1&isAllowed=y
http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/10501/Espiritualidad_religiosidad_proceso.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. López-Tarrida AC, Ruiz-Romero V, González-Martín T. Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. Rev Esp Salud Pública. 2020 [acceso: 06/01/2020];94(1):e1-e25. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/O_BREVES/RS94C_202001002.pdf
28. Murray RP, Dunn KS. Assessing Nurses' Knowledge of Spiritual Care Practices Before and After an Educational Workshop. J Contin Educ Nurs. 2017;48(3):115-22. DOI: <https://doi.org/10.3928/00220124-20170220-07>

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

1. *Conceptualización*: Isabel Hilda Hernández Mayhua.
2. *Curación de datos*: Isabel Hilda Hernández Mayhua.
3. *Análisis formal*: Sonia Olinda Velásquez Rondón, Isabel Hilda Hernández Mayhua.
4. *Adquisición de fondos*: -
5. *Investigación*: Sonia Olinda Velásquez Rondón, Isabel Hilda Hernández Mayhua.
6. *Metodología*: Sonia Olinda Velásquez Rondón, Isabel Hilda Hernández Mayhua.
7. *Administración del proyecto*: Isabel Hilda Hernández Mayhua.
8. *Recursos*: Sonia Olinda Velásquez Rondón, Isabel Hilda Hernández Mayhua.
9. *Software*: Isabel Hilda Hernández Mayhua.
10. *Supervisión*: Isabel Hilda Hernández Mayhua.
11. *Validación*: Sonia Olinda Velásquez Rondón.
12. *Visualización*: Sonia Olinda Velásquez Rondón.
13. *Redacción - borrador original*: Sonia Olinda Velásquez Rondón, Isabel Hilda Hernández Mayhua.
14. *Redacción - revisión y edición*: Sonia Olinda Velásquez Rondón, Isabel Hilda Hernández Mayhua.