

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE ANSIEDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL
PACIENTE QUIRÚRGICO PROGRAMADO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA
GENERAL DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ -
ESSALUD – HUANCAYO, 2016.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

AUTORAS:

**BETTY LUZ NAVARRO GÓNGORA
CAMILA MAYRA PARIONA ENCISO
ERLINDA HILARIA URBANO GALLARDO**

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JULIO CÉSAR CALDERÓN CRUZ | PRESIDENTE |
| ➤ DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN | SECRETARIA |
| ➤ MG. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO

Nº de Libro: 01

Nº de Acta de Sustentación: 063, 064, 065-2017

Fecha de Aprobación de Tesis: 28/05/2017

Resolución Decanato N° 1112-2017-D/FCS de fecha 24 de Mayo del 2017 de designación de Jurado Examinador de Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A mi padre, In memoriam, por su constante presencia espiritual, quien sigue guiando mis pasos.

A mi esposo e hijos, por ser la inspiración y motivo para seguir adelante.

Betty

A Dios, por guiar mis pasos día a día y brindarme salud.

A mí amada hija Almendra, por ser el motivo de lucha constante en mi vida.

A mí querido esposo Alan, por apoyarme incondicionalmente.

A mis padres, por creer siempre en mí, ser un ejemplo de vida y apoyarme siempre.

Camila

A mi padre, In memoriam, por su constante presencia espiritual, quien por su temprana no pudo ver mi objetivo alcanzado.

A mis hijos Luis y Lan, por comprenderme y su apoyo incondicional durante este proceso.

Erlinda

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a Dios, por estar presente día a día en nuestras vidas, cuidándonos e iluminándonos en nuestras actividades.

A nuestras familias por ser el pilar de nuestra carrera.

A nuestras asesoras de tesis quien supieron guiarnos y dedicar el tiempo necesario para realizar este trabajo de investigación.

A los pacientes y familiares, por la colaboración y apoyo brindado en la elaboración de este trabajo.

INDICE

	Pág.
INDICE	
INTRODUCCIÓN	
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1. Identificación del problema.	9
1.2. Formulación del problema.	13
1.3. Objetivos de la investigación: General y Específico.	14
1.4. Justificación.	15
II. MARCO TEÓRICO.	18
2.1. Antecedentes del estudio.	18
2.2. Bases epistémicas.	32
III. VARIABLES E HIPÓTESIS.	82
3.1. Definición de variables	82
3.2. Operacionalización de variables.	83
3.3. Hipótesis general e hipótesis específicas.	84
IV. METODOLOGÍA.	85
4.1. Tipo de investigación.	85
4.2. Diseño de la investigación.	86
4.3. Población y Muestra.	86
4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.	88
4.5. Procedimientos de recolección de datos.	93
4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos.	93
V. RESULTADOS.	94
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	98
6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados.	98
6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares.	101
VII. CONCLUSIONES.	109
VIII. RECOMENDACIONES.	110
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	111
ANEXOS.	116

TABLAS DE CONTENIDO

	Pág.
TABLA N° 5.1 Relación entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento del paciente quirúrgico programado del servicio de cirugía general del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud – Huancayo, 2016.	94
TABLA N° 5.2 Relación entre el nivel de ansiedad con los niveles de afrontamiento centrados en el problema de pacientes quirúrgicos programados del servicio de cirugía general del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud – Huancayo, 2016.	95
TABLA N° 5.3 Relación entre el nivel de ansiedad con los niveles de afrontamiento centrados en las emociones de pacientes quirúrgicos programados del servicio de cirugía general del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud – Huancayo, 2016.	96
TABLA N° 5.4 Relación entre el nivel de ansiedad con otras estrategias de afrontamiento de pacientes quirúrgicos programados del servicio de cirugía general del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – Essalud - Huancayo, 2016.	97
TABLA N° 6.1.1 Relación entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento del paciente quirúrgico programado del servicio de cirugía general del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – Essalud – Huancayo, 2016.	98
TABLA N° 6.2.2 Relación entre el nivel de ansiedad con los niveles de afrontamiento centrados en el problema de pacientes quirúrgicos programados del servicio de cirugía general del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud – Huancayo, 2016.	99
TABLA N° 6.3.3 Relación entre el nivel de ansiedad con los niveles de afrontamiento centrados en las emociones de pacientes quirúrgicos programados del servicio de cirugía general del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud – Huancayo, 2016.	99
TABLA N° 6.4.4 Relación entre el nivel de ansiedad con otras estrategias de afrontamiento de pacientes quirúrgicos programados del servicio de cirugía general del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud - Huancayo, 2016.	100

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es determinar la relación entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - EsSalud Huancayo 2016. El estudio es de tipo descriptivo, prospectivo, transversal, con enfoque cuantitativo y diseño correlacional, la población está conformada por 145 pacientes atendidos en el servicio de cirugía, la muestra fue de tipo proporcional llegando a 106 pacientes, Los instrumentos utilizados fueron para evaluar la ansiedad, el inventario de ansiedad Estado Rasgo y para evaluar el afrontamiento se usó el Inventario de Estimación de Afrontamiento – COPE, la técnica fue la encuesta en ambas variables, la correlación fue medida mediante el análisis de χ^2 ya que trata de variables ordinales. Los hallazgos más importantes fueron los niveles de ansiedad bastante altos, como se evidencia en los resultados el 45.36% presentó ansiedad moderada seguida del 29.2% de pacientes con ansiedad severa, y un 25.5% de ansiedad leve. Se halló mayor ansiedad con preocupación por posibles complicaciones de la operación, el pensar que tal vez queden peor después de la operación, no tener confianza en sí mismo, no están seguros que la operación vaya bien, sentirse bastante ansiosos por que esto pase lo más pronto posible, les gustaría bastante recibir una información lo más completa posible sobre la anestesia, les gustaría bastante recibir mayor información completa respecto a la intervención, están ansiosos por separarse de sus familiares debido a la operación. Las estrategias de afrontamiento fueron evaluadas en las tres dimensiones encontrándose relación altamente significativa con el nivel de ansiedad, lo cual pone en evidencia que a menores recursos de afrontamiento es mayor la ansiedad encontrada. ($p \leq 0.01$).

PALABRAS CLAVE: Nivel de ansiedad, Estrategias de Afrontamiento, Paciente Quirúrgico Programado.

ABSTRACT

The objective of the present investigation is to determine the relationship between the level of anxiety and the coping strategies of the programmed surgical patient of the General Surgery Service of the Ramiro Prialé National Hospital - EsSalud Huancayo 2016. The study is descriptive, prospective, transversal, With a quantitative approach and correlational design, the population is made up of 145 patients attended in the surgery service, the sample was of proportional type reaching 106 patients, The instruments used were to evaluate the anxiety, the inventory of anxiety state trait and for COPD, the technique was the survey in both variables, the correlation was measured by the analysis of chi2 since it deals with ordinal variables. The most important findings were the high anxiety levels, as evidenced in the results, 45.36% presented moderate anxiety followed by 29.2% of patients with severe anxiety, and 25.5% mild anxiety. Increased anxiety was found with concern about possible complications of the operation, thinking that they may get worse after the operation, not having self-confidence, not being sure the operation is going well, feeling quite anxious for this to happen As soon as possible, they would like to receive the most complete information about the anesthesia, they would like to receive more complete information about the intervention, they are anxious to be separated from their relatives due to the operation. Levels of coping Coping strategies were evaluated in all three dimensions, finding a highly significant relationship with the level of anxiety, which shows that the lower coping resources are higher anxiety found. ($P \leq 0.01$).

KEY WORDS: Anxiety Level, Coping Strategies, Scheduled Surgical Patient.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación del problema.

Según la OMS los trastornos mentales comunes están elevándose en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, la cantidad de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Aproximadamente un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos elevan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad.¹

La OMS indica que la expansión de los servicios de salud mental contribuirá a lograr una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015: «De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar».²

El Perú no es ajeno a esta realidad pues un estudio hecho por el Instituto Nacional de Salud nos muestra la prevalencia anual de 18 trastornos mentales según, sus correlatos sociodemográficos y la frecuencia de utilización de servicios de salud mental de la población de 18 a 65 años de edad, residente en áreas urbanas de cinco ciudades

del Perú, para lo cual utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSMIV y el CIE-10. Se realizó con una muestra probabilística multietápica en Lima, Arequipa, Huancayo, Iquitos y Chiclayo entre julio del 2004 y diciembre del 2005, y los resultados fueron que la prevalencia de trastornos mentales en los últimos doce meses, fue de 13,5% siendo más frecuentes los de ansiedad (7,9%), estado de ánimo (3,5%), control de impulsos (3,5%) y uso de sustancias (1,7%). Este estudio pone en evidencia que los trastornos de salud mental requieren dirigir la atención y recursos hacia la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades mentales en el Perú.³

En una intervención quirúrgica se produce, en distinta medida, ansiedad y estrés. Si lo hace en grado medio, se potencia un estado de alerta positivo que actúa como activador y motivador de la acción; pero si sobrepasa el umbral, desencadena aspectos negativos de la ansiedad que afectan en la evolución y recuperación del post-operatorio.³

Podemos considerar desde un punto de vista médico general que la ansiedad es una actitud de alerta excesiva que se expresa tanto en el plano psico-relacional como vegetativo-somático. Es posible, por tanto, dos aspectos de la ansiedad: la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo.³

La ansiedad-estado (A-E) está considerada como un estado o

condición emocional del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprensión. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.³

La ansiedad-rasgo (A-R) expresa una propensión ansiosa relativamente estable, por la que difieren los sujetos en su percepción de las situaciones como amenazadoras y que consecuentemente eleva su ansiedad-estado.³

La situación de hospitalización genera un gran estrés, provocando un impacto en su vida habitual, que se manifiesta con un alto índice de ansiedad en los pacientes. Los agentes estresantes o desencadenantes de la ansiedad en el paciente pueden ser múltiples; la enfermedad y la hospitalización, las expectativas con respecto a los cuidados, tratamientos e intervenciones a las que tiene que ser sometido, sin embargo, tendremos en cuenta al paciente quirúrgico programado.

En el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud – Huancayo a menudo se observa que los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica presentan distintas reacciones entre ellos sudoración, irritabilidad, cefalea, náuseas, disnea, taquicardia, desconcentración, palpitaciones, etc., que evidencian altos niveles de ansiedad en el pre y postquirúrgico, que dan lugar a una serie de complicaciones sobre todo en el postoperatorio tales como el

incremento del dolor, retraso en la cicatrización, incremento en la estancia hospitalaria que conlleva al incremento de los gastos sanitarios.

En el servicio de cirugía general se observa que el anestesiólogo evalúa de manera breve y enfocado en los resultados de exámenes auxiliares registrados en la Historia Clínica que se requieren para la intervención quirúrgica omitiendo la valoración del nivel de ansiedad del paciente, por consiguiente, es frecuente que exista discordancia entre la valoración del nivel de ansiedad por parte del médico y el nivel de ansiedad expresado por el paciente a través de preguntas que debieron ser aclaradas durante la visita pre anestésica y que impide que el paciente tenga una información completa que le permita disminuir el nivel de ansiedad y enfrentar el acto quirúrgico de la mejor manera, por tanto el personal de enfermería asume un rol muy importante la de establecer una relación de ayuda para favorecer en la disminución del nivel de ansiedad que produce en el paciente el acto quirúrgico, utilizando entre otras habilidades, la comunicación verbal y no verbal. Para esto, contamos con la presencia de la enfermera durante el pre quirúrgico que permite entablar una relación más directa y expresar aquello que le preocupa e interesa realmente al paciente previo a la intervención.

Los pacientes muestran distintas formas de reacción y/o afrontamiento

ya que lo que es considerado estresante para unos no lo es para otros, originando en ellos un intento de adaptarse a esta situación y desarrollen una serie de estrategias de afrontamiento para enfrentar las exigencias propias del acto quirúrgico, buscando el alivio de su estado de ansiedad; sin embargo, una gran parte de pacientes adoptan estrategias inadecuadas el cual nos lleva a la pregunta ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento del paciente quirúrgico programado en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – Es Salud Huancayo 2016?.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento del paciente quirúrgico programado en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016?

- ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad con otras estrategias de afrontamiento, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016?

1.3. Objetivos de la investigación.

1.3.1. Objetivo general.

Determinar la relación entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento del paciente quirúrgico programado en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- Describir la relación entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016.

- Determinar la relación entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016.
- Describir la relación entre el nivel de ansiedad con otras estrategias de afrontamiento, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016.

1.4. Justificación.

1.4.1. Justificación legal

El resguardo de la salud es un aspecto tipificado en la Constitución Política del Perú. Los trastornos ansioso o depresivo se diagnostican poco, porque el que los padece tolera no le da la importancia necesaria o porque la enfermedad se somatiza con otros síntomas, sin embargo, los pacientes que padecen de alguna enfermedad mental deberán ser tratados con los mismos derechos con que se les trata a todos los individuos. Se conoce que a partir de diferentes legislaciones se propicia garantizar las atenciones de la salud, es por ellos que el presente estudio trata de identificar las características de la depresión y la ansiedad.

1.4.2. Justificación teórica.

A través de esta investigación se realizará como aporte teórico sobre la ansiedad de los pacientes y su relación con las estrategias de afrontamiento del paciente quirúrgico programado del servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Es salud – Huancayo 2016. Esta investigación permitirá un mejor manejo de los pacientes en cuanto a disminuir sus temores y angustias que entraña el hecho de enfrentar a la incertidumbre que ocasiona una intervención quirúrgica.

1.4.3. Justificación tecnológica

La identificación del nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento, permitirá establecer estrategias de evaluación sistematizada con el uso de la tecnología informática, generando información que pueda ser monitoreada desde el servicio. Esto permitirá un mejor control del trato de los profesionales de enfermería con los pacientes y del mismo modo crear indicadores de calidad para una cirugía segura.

1.4.4. Justificación económica

La identificación de los resultados del nivel de ansiedad en los pacientes pre quirúrgicos y las distintas estrategias de afrontamiento que asuman, beneficiará a los pacientes, familiares y personal de salud, disminuyendo y evitando complicaciones

postoperatorias como y la estancia hospitalaria y en consecuencia evita que genera un gasto en salud y el ahorro económico de la institución en recurso humano, tratamiento, materiales e insumos.

1.4.5. Justificación social

La identificación de las características de la ansiedad y de las estrategias de afrontamiento, nos llevara a la creación de diferentes estrategias de salud que permitan un mejor control de la ansiedad.

1.4.6. Justificación práctica.

Con esta investigación se pretende incrementar el actuar de la enfermera en bien de la salud mental de los pacientes que afrontan el significado que representa para ellos una intervención quirúrgica.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A Nivel Internacional

Mensorio, C., Costa-Junior, A., en su investigación titulada **“Intervención psicológica a candidatos de cirugía bariátrica en un Hospital Público de Brasil”** en el año 2016. Se investigó un programa de intervención psicológica a pacientes candidatos a cirugía bariátrica, evaluando estrategias de afrontamiento adoptadas, manifestaciones de ansiedad y cambios de estilo de vida, comparándolos a un grupo control. El programa cognitivo-conductual consiste en doce sesiones de grupo en el que se abordan cuestiones relacionadas con el proceso de cambio de hábitos y la preparación para la cirugía. La comparación entre las evaluaciones pre y post intervención y entre grupos mostró tendencias de mejoría en el grupo experimental; sin embargo, las variables de ansiedad empeoraron en algunos pacientes. Se destaca la importancia del tratamiento psicológico continuo como promotor de las habilidades necesarias para hacer frente a situaciones adversas de la obesidad y del tratamiento. Se sugiere para futuras intervenciones estudios con muestras más grandes, y mayor atención a variables de ansiedad.⁴

Ortiz, J., Suwei, W., et al., en su investigación titulada

“Educación del paciente preoperatorio: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad?” en Houston – EE.UU en el año 2015. Utilizó como instrumento una encuesta (Encuesta A) en inglés y español se administró a todos los pacientes de la clínica preoperatoria anestesiología adulto durante un periodo de 4 semanas. Se analizaron los datos y luego una limosna educación del paciente fue desarrollado en inglés y español para ayudar con las principales preocupaciones de nuestros pacientes. Una segunda encuesta (Encuesta B) se administró que se completó después de que el folleto de educación había sido puesto en uso en la clínica. La encuesta solicitó información demográfica básica e incluyó preguntas sobre la satisfacción con respecto a la comprensión de la anestesia, así como las preocupaciones con respecto a la cirugía y el dolor. Reporta en sus resultados que en los pacientes que recibieron el folleto, mejoría estadísticamente significativa se encontró en las preguntas que preguntaron sobre la satisfacción con respecto a la comprensión del tipo de anestesia, las opciones para el control del dolor, lo que los pacientes tienen que hacer en el día de la cirugía, y la cantidad de la información dada en relación con el plan anestésico. No hubo diferencias en la ansiedad relacionada con la cirugía en los pacientes que recibieron el material educativo en comparación con los pacientes que no lo hicieron.

Y concluye que los Folletos educativos para pacientes mejoraron la satisfacción del paciente con respecto a su conocimiento del proceso perioperatorio, pero no redujeron la ansiedad relacionada con la cirugía.⁵

Calsinski, C., et al., en su investigación titulada **“Acogimiento y síntomas de ansiedad en los pacientes antes de la cirugía cardíaca”** en Brasilia - Brasil en el año 2014. El objetivo fue comparar la frecuencia y la intensidad de los síntomas de ansiedad en pacientes en el preoperatorio de cirugía cardíaca que recibieron comportamiento empático de las enfermeras o familiares o aquellos que no recibieron ningún tipo específico de acogida. Se trata de un ensayo clínico aleatorizado. La Muestra estuvo constituida por 66 pacientes de cirugía cardíaca preoperatoria, que eran divididos en tres grupos: el comportamiento empático de las enfermeras, comportamiento empático específico y comportamiento empático de la familia. La ansiedad se evaluó en dos puntos de tiempo: antes y después de la intervención. El instrumento utilizado fue desarrollado y validado por Suriano, que comprende 19 características definitorias de la ansiedad-diagnóstico de enfermería. Reporta que se observó que la reducción de los síntomas de ansiedad en el grupo que recibió el comportamiento fue empática de familiares en comparación con los otros dos grupos. Los

resultados sugieren que el fomento de la participación de los miembros de la familia puede contribuir a la reducción de los síntomas de ansiedad en los pacientes de preoperatorio de cirugía cardíaca.⁶

Batista dos Santos, M., et al., en su investigación titulada **“La ansiedad, la depresión y el estrés en el paciente quirúrgico preoperatorio”** en Coimbra – Portugal en el año 2014. La ansiedad, la depresión y el estrés son comunes en los pacientes durante la hospitalización, por lo tanto, su evaluación sigue siendo importante en diferentes contextos sanitarios. Objetivos: Identificar los niveles de ansiedad, depresión y estrés en pacientes quirúrgicos preoperatorios y su correlación con analizan algunas variables sociodemográficas y clínicas. Metodología: Estudio descriptivo correlacional se realizó en una muestra de 100 pacientes, el día antes de la cirugía, utilizando el cuestionario para la caracterización socio-demográfica y la Depresión, Ansiedad y el Estrés Escala-21. Reporta La muestra consistió en su mayoría de las mujeres casadas, con una edad media de 48.41 años. Los participantes mostraron bajos niveles de preoperatorio la ansiedad, la depresión y el estrés. Hubo diferencias significativas en los tres estados emocionales acuerdo con el diagnóstico clínico, en los niveles de depresión de acuerdo con las calificaciones académicas y la duración de la

estancia hospitalaria, y en los niveles de estrés de acuerdo con el tipo de cirugía. Conclusión: Los resultados mostraron que las enfermeras tienen que ser más proactivos en la evaluación y la intervención en los estados emocionales.⁷

Machado dos Santos, M., et al., en su investigación titulada **“La percepción de los pacientes sometidos a cirugía ortognática en la atención postoperatoria”** Sao Paulo – Brasil en el año 2012. Reporta que la ansiedad y la preocupación de ellos los pacientes por su falta de información acerca de ella provocaron cirugía ortognática el desarrollo de este estudio, que tuvo como objetivo identificar las necesidades de información sobre el postoperatorio del cuidado del paciente. Es una Investigación cualitativa exploratoria, usar su técnica del grupo de enfoque para recoger datos. Los pacientes en el postoperatorio de cirugía ortognática ambulatorio de cirugía invitadas traumatismos maxilofaciales y fueron a participar en el grupo. Los datos sometidos al análisis de contenido y entre ellos cuestiones que plantean frecuentemente mal si menciono el largo tiempo de recuperación, estas dificultades relacionadas alimentación con la, la higiene y la reducción de los signos y después de la operación síntomas.⁸

Naranjo K., Salazar J. en su investigación titulada

“Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de AMSTERDAM realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los Hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha marzo – octubre 2012” en Quito – Ecuador en el año 2012. El objetivo fue realizar la Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de AMSTERDAM donde se calcula una muestra con un nivel de confianza del 95% y un poder del 80%. Se utilizaron como parámetros un porcentaje de ansiedad de 50%, tomando un valor de ansiedad en el grupo experimental de 25% lo cual resulta en una muestra mínima de 55 pacientes por cada grupo con asignación 1 a 1 (50% - 50%), este cálculo se lo realizó en el Iceberg Sim beta 4.0.3. Universo: Pacientes de cirugía programada para Cirugía General, Ginecología, Traumatología, Cirugía Vascular, Otorrinolaringología, Proctología, Urología, y Oftalmología, estado físico I y II según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología. Tamaño de la muestra: 294 pacientes Variables: Edad, Sexo, Escolaridad, Tipo de establecimiento, Cirugía previa, Conoce al Cirujano, Conoce al Anestesiólogo. Resultados: El 60.2 % de los pacientes presentan

ansiedad, no se encontró relación significativa con las variables demográficas, la visita pre anestésica se comporta como factor protector de la ansiedad con una p 0.00046, al igual que el conocer al anesthesiólogo con una p 0.00026, el 71% de los pacientes que recibieron la visita pre anestésica se encontraron satisfecho con la realización de la misma.⁹

A Nivel Nacional

Gil N., en su investigación titulada **“Efectividad de un Programa Educativo de Enfermería en el Nivel de Ansiedad Preoperatoria, en Pacientes Programados a Trabeculectomía Electiva en el Instituto Regional de Oftalmología de Trujillo”** En Trujillo – Perú en el año 2015. El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar la efectividad de un programa educativo de enfermería, en el nivel de ansiedad preoperatoria, en pacientes programados a trabeculectomía electiva, que acudieron al Instituto Regional de Oftalmología de Trujillo en el 2013. La metodología es cuantitativa de diseño cuasi experimental, con un solo grupo. La muestra total estuvo conformada por treinta pacientes. Para la recolección de datos, se aplicó la escala de ansiedad e información de Ámsterdam (APAIS), modificada a través de la validez del contenido y se realizaron los ajustes al contexto donde se aplicó. Los resultados que se obtuvieron antes del

programa educativo fueron, 66,7% nivel alto de ansiedad, seguido de un 33,3%, nivel moderado de ansiedad; modificándose estos resultados después del programa educativo, el 80,0% de los pacientes presentaron un nivel moderado de ansiedad, seguido por un 20,0% de pacientes que presentaron un nivel mínimo de ansiedad. Lo cual evidencia que el programa educativo de enfermería demostró ser efectivo con alta significancia estadística ($p < 0,05$).¹⁰

Quijano S., en su investigación titulada **“Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013”** en Lima - Perú en el año 2015. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes en el preoperatorio. La técnica fue la encuesta y el instrumento la Escala de Valoración de la Ansiedad de Spielberger (IDARE). Resultados: Del 100% (30), 70% (21) refiere que el nivel de ansiedad es medio, seguido de 17% (05) alto y 13% (04) es bajo; en la dimensión síntomas negativos 80% (24) es medio, 13% (04) bajo y 7% (02) alto, y en la dimensión síntomas positivos 50% (15) es medio, 27% (08) bajo y 23% (07) bajo. Conclusiones: El nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía del HNDM, el mayor porcentaje manifiesta que es medio; según los síntomas

negativos referido a que se sienten algo alterados, preocupados por posibles desgracias futuras, están poco nerviosos, tristes, aturdidos y sobre excitados, y según los síntomas positivos referido a que se sienten algo seguros y confortados.¹¹

Alarcón, S., en su investigación titulada **“Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en el centro especializado de enfermedades renales”** en Lima – Perú en el año 2014. El objetivo fue determinar las estrategias de afrontamiento más utilizadas en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en el centro especializado de enfermedades renales. Material y Método. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo, de corte transversal. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario de (COPE) modificado, aplicado previo consentimiento informado. Resultados. En el presente estudio participaron 63 pacientes, en relación al tipo de estrategia 79% (50) utilizan más las estrategias centradas en la emoción, 21% (13) las estrategias centradas en el problema. En cuanto a la estrategia de afrontamiento centradas en la emoción del 100%(63), 75%(47) siempre “buscan la ayuda de Dios” siendo parte de la estrategia acudir a la religión, 63%(40) siempre “intentan conseguir apoyo emocional de amigos o familiares”.

Dentro de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema del 100%(63), 64%(40) a menudo “hace paso a paso lo que debe hacer para superar su enfermedad” y 30%(19) que siempre “preguntan a personas con igual enfermedad lo que hicieron para superarlo”. Conclusiones. La mayoría de los pacientes utilizan como estrategias de afrontamiento aquellas que están centradas en la emoción que se evidencia por el apoyo en la religión y búsqueda de soporte emocional; seguida por un porcentaje considerable de pacientes que utilizan estrategias centradas en el problema ya que tratan de cumplir las indicaciones y buscan información para enfrentar mejor el problema.¹²

García, R., en su investigación titulada **“Nivel de ansiedad según la escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del hospital regional de Loreto julio-septiembre 2013”** en Iquitos – Perú en el año 2014. Según estadísticas de la Dirección de Salud Mental del MINSA, los problemas centrales a nivel nacional son la ansiedad y la depresión, las mismas que se presentan en todos los sectores socioeconómicos con incidencia en Lima, Arequipa, Cusco, Loreto, La Libertad y el Callao. Los casos de trastorno ansioso diagnosticado los últimos semestres del 2013 suman 97 mil 604. Estas cifras revelan que la población peruana admite tener un

problema en su estado emocional y deja de lado el estigma de ser un paciente con problemas de salud mental. Por tanto, el propósito del presente estudio fue determinar el nivel de ansiedad según la escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Julio a septiembre del 2013. El diseño usado fue de tipo Observacional, Descriptivo, de corte Transversal, Prospectivo y Correlacional, mediante el uso del test de Zung para Ansiedad, aplicado a un total de 150 pacientes de 13 a 65 años (seleccionado mediante muestreo probabilístico) que acudieron al servicio de emergencias del Hospital Regional de Loreto. Se determinó que 69 pacientes (46.0%) fueron del sexo masculino, mientras 81 pacientes (54.0%) del sexo femenino el cual fue más propenso a presentar ansiedad patológica. Según la edad los que fueron menores de 20 años representaron el 24.7% y fueron los que presentaron mayores niveles de ansiedad que el resto de la población de estudio. Dentro de los Principales Motivos de Consulta se observó que Cefalea representó el 28% y con respecto a las principales comorbilidades se encontró que la Hipertensión Arterial fue del 20%. El mayor porcentaje de la muestra presentó Ansiedad Marcada con un 46%, a su vez la asociación de la ansiedad patológica con la edad menor de 20 años, el sexo femenino, el

Alto nivel educativo, el no tener pareja, el proceder de zona urbana, el motivo de consulta, el ser estudiante o profesional fue estadísticamente significativo.¹³

Lostanau, A., en su investigación titulada **“Ansiedad rasgo y recursos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo II”** en Lima – Perú el año 2013. Reporta que la ansiedad rasgo y los recursos de afrontamiento han demostrado tener repercusiones significativas en la vivencia de la diabetes tipo II, es por ello que el presente estudio tiene como objetivo conocer la relación entre ambas variables psicológicas en un grupo de pacientes con el diagnóstico de diabetes tipo II. La muestra se encuentra conformada por 65 participantes entre 40 y 80 años provenientes de un hospital de Lima Metropolitana a quienes se les aplicó la Escala de Ansiedad Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) y el Inventario de Recursos de Afrontamiento en la versión adaptada de Valdez (1999). Los resultados mostraron correlaciones inversas y significativas entre la ansiedad rasgo y los recursos cognitivos ($r=0.33$, $p < .05$), y el puntaje global de los recursos de afrontamiento ($r=.29$, $p < .05$). Los resultados demuestran una importante relación entre ambas variables, lo cual contribuye en el conocimiento acerca del funcionamiento de estos pacientes.¹⁴

López, L., en su investigación titulada **“Ansiedad preoperatoria en pacientes del hospital regional de Loreto”** en Iquitos – Perú en el año 2012. Realizó un estudio de tipo Observacional, Descriptivo, de corte Transversal, Prospectivo y Correlacional que incluyó 102 pacientes programados para cirugía en los Departamentos de Cirugía y Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante Enero a Febrero del año 2012, en donde encontró la existencia de Ansiedad pre quirúrgica en un 28,43%, con mayor predominancia de ansiedad preoperatoria en las del sexo femenino (96,6%), En el grupo etáreo de 15 a 30 años (51,7%), los de grado de instrucción secundaria (62,1%), de estado civil conviviente (55,2%), de procedencia urbana (65,5%) y de ocupación el hogar (65,5%). Con respecto a las características quirúrgicas, se encontró más frecuencia de ansiedad preoperatoria en los que no habían tenido experiencia previa de cirugía con un 55,2%, con clasificación Goldman II un 55,2%, los que habían tenido como diagnóstico previo Gestación con indicación de cesárea un 31,0%, los que se sometieron a cirugía mayor con 86,2%, y a los que se le realizó anestesia raquídea con un 79,3%.

15

Torrejón, C., en su investigación titulada **“Ansiedad y afrontamiento en universitarios migrantes”** en Lima - Perú en el año 2011. La presente investigación tiene como objetivo

describir los niveles de ansiedad rasgo y estado y los estilos y estrategias de afrontamiento en un grupo de universitarios migrantes en Lima. Para ello se aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado IDARE y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE a 97 universitarios migrantes de primer ciclo, los cuales fueron apareados por sexo y edad con 97 no migrantes. La muestra total se conformó por 194 estudiantes. No se encontraron diferencias significativas en el grupo de migrantes frente al de no migrantes con respecto a las variables ansiedad o afrontamiento, sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas en el grupo de migrantes según número de estresores en la variable ansiedad rasgo y en el estilo de afrontamiento orientado a la emoción, así como en sus sub-escalas "focalización en las emociones" y "acudir a la religión". Por otro lado, se hallaron correlaciones significativas altas y positivas entre las variables ansiedad estado y ansiedad rasgo, así como ansiedad rasgo y afrontamiento evitativo en el grupo de migrantes. Finalmente, se hallaron correlaciones moderadas y positivas entre las variables afrontamiento orientado a la emoción y el afrontamiento orientado al problema.¹⁶

2.2. Bases Epistémicas:

2.2.1. Enfoques Teóricos

No existe una sola causa que nos pueda explicar las diferentes facetas de los trastornos ansiosos. Cada autor, de acuerdo a su punto de vista trata de explicarnos este problema desde varios enfoques.

Las teorías o enfoques más relevantes que tratan de explicar este problema son las siguientes:¹⁷

A. TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Estas tratan de explicar los síntomas en base a conflictos intra-psíquicos que no tienen una base biológica concreta.¹⁷

- **Teoría Psicodinámica.**

El creador es Freud. Tratan de explicar los síntomas en base a un conflicto inconsciente que se manifiesta entre impulsos inaceptables que surgen del individuo y que son rechazados por el súper ego produciendo tensión entre las dos esferas dando como resultado los síntomas ansiosos. Para lograr manejar estos síntomas el ego recurre a mecanismos de defensa automáticos como la negación, la sublimación, la intelectualización, la formación reactiva y el aislamiento afectivo entre otros. De

acuerdo a esta teoría al disminuir la intensidad del conflicto mediante técnicas de psicoterapia, los síntomas desaparecen.¹⁷

- **Teorías Conductistas.**

Se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se relacionan a estímulos adecuados o inadecuados adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con sucesos vividos traumáticos y por tanto amenazantes.¹⁷

- **Teorías Cognitivistas.**

Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante, existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.¹⁷

- **Teorías del defecto del desarrollo psicológico**

Normalmente el niño al ir creciendo se va acostumbrando a manejar los problemas que se le presentan en la vida en una forma adecuada. Cuando existe una madre sobreprotectora o una figura paterna de iguales características, el niño aprende a que le resuelvan los problemas sin tener que hacer mayor esfuerzo. Cuando la vida lo afronta al hecho de tener que decidir por sí mismo, no sabe qué hacer, se le produce inseguridad y aparecen los síntomas de la ansiedad. Al permitirle al individuo manejar las situaciones conflictivas va logrando un mayor control de sí mismo y los síntomas empiezan a desaparecer.¹⁷

B. TEORÍAS BIOLÓGICAS

Estas tratan de explicar la ansiedad en alteraciones bioquímicas que ocurren a nivel de los neurotransmisores y los receptores a nivel del sistema nervioso central algunas de las cuales tienen su origen en predisposiciones genéticas.¹⁷

- **Teoría del mosaico genético**

Estas teorías se han esbozado a partir de las observaciones de que en algunas familias se presentan varios miembros que tienen trastornos ansiosos. No se ha podido aislar ningún gen responsable de esta alteración y se asume que existe una etiología poli genética que va a determinar una predisposición a

desarrollar síntomas ansiosos en presencia de conflictos surgidos durante la vida. Así como otras personas tienden a deprimirse éstas tienden a angustiarse ante estímulos en que a otras personas no les produciría ninguna alteración.¹⁷

- **Teoría del déficit gabaérgico**

Esta establece que en algunos individuos existe un déficit funcional del neurotransmisor GABA que es de tipo inhibitorio y que ayuda a contrarrestar la acción de los neurotransmisores de tipo excitatorio como la dopamina (DA), norepinefrina (NE) y serotonina (SE). Se ha mencionado que puede existir un nivel normal de GABA pero que el receptor a esta sustancia se hace resistente de tal manera que no se produce la acción fisiológica esperada. El GABA se encuentra difundido en todo el cerebro de tal manera que las manifestaciones de su deficiencia son pleomórficas. Esta teoría se ve favorecida por el hecho de que los benzodíacepinas, que son medicamentos útiles en el manejo de la ansiedad, actúan elevando la disponibilidad del GABA.¹⁷

- **Teoría de la actividad noradrenérgica excesiva**

Esta teoría indica que existe un exceso de actividad noradrenérgica especialmente a nivel del locus ceruleus que es la que genera la reacción de ansiedad. Estudios hechos con electrodos implantados en esta región revelan que existe un

incremento de la actividad normal de esta región cuando el paciente está experimentando síntomas ansiosos. Cuando utilizamos medicamentos que menoran está excesiva actividad el paciente experimenta mejoría.¹⁷

- **Causas biológicas ocasionadas por algunas sustancias**

Existen algunas sustancias que pueden ocasionar síntomas que simulan un cuadro ansioso y que están directamente conectadas con el tipo y la dosis de alguna sustancia que actúa como un estimulante del sistema nervioso central. Entre éstas cabe señalar: los productos antiasmáticos a base de teofilina y otras aminas simpaticomiméticas, los productos para adelgazar, la hormona tiroidea y los corticoesteroides. Si no se logra suspender o disminuir la dosis de estos, los síntomas tenderán a persistir.¹⁷

En consumo crónico de sustancias psicodélicas como la marihuana y la cocaína, pueden asociarse a estados ansiosos que son imposibles de diferenciar de un trastorno ansioso.

- **Disfunción del sistema límbico**

El sistema límbico es una unidad funcional centro-encefálica que se compone de varias estructuras como el hipotálamo, el hipocampo, el giro del cíngulo y sus interconexiones. Desde el punto de vista evolutivo es una de las partes más antiguas del

cerebro y en los animales inferiores está íntimamente relacionado con el sentido del olfato. El primero que realizó estudios sobre este tema fue Papez en 1937, quien consideró que estas estructuras constituían un circuito neuronal. Por sus relaciones con la corteza cerebral, la sensación de angustia se hace consciente y por sus relaciones con el tálamo, se producen las alteraciones en el sistema neurovegetativo que van a ocasionar muchas de las manifestaciones periféricas de la ansiedad. El hipotálamo está relacionado con cambios endocrinos, del sistema motor, baja temperatura corporal, trastornos del sueño, cambios en el peso y el apetito, cambios menstruales y disfunciones sexuales.¹⁷

En la actualidad se considera que el sistema límbico está relacionado tanto con la génesis de los estados afectivos como con la supresión de los estímulos que son irrelevantes.

Mediante electrodos implantados profundamente en estas estructuras, se ha visto que los síntomas ansiosos se relacionan con un aumento de la actividad eléctrica a este nivel. Este aumento de actividad podría estar relacionado con un aumento de la norepinefrina.¹⁷

En algunos epilépticos del lóbulo temporal que está muy relacionado con el sistema límbico, se presentan trastornos del

comportamiento, sensación de intensa ansiedad, episodios oníricos (estados de ensoñación), sentimientos de despersonalización y cambios perceptivos en los sentidos del olfato, la vista, el oído y el gusto. Estas manifestaciones se presentan durante la descarga eléctrica y ceden cuando ésta pasa. En los estados inter-críticos, la personalidad puede ser perfectamente normal.¹⁷

- **Teoría metabólica panicogénica del lactato**

Cohen y White (1950) fueron los primeros en advertir que los pacientes con astenia neurocirculatoria, una condición relacionada estrechamente con la ansiedad, producían niveles plasmáticos de lactato más altos que los controles cuando realizaban ejercicio. Esta observación motivó a Pitts y Mc-Clune (1967) a administrar infusiones endovenosas de lactato sódico a los pacientes con un trastorno de "ansiedad" y como resultado, obtuvieron una crisis de angustia en la mayoría de estos pacientes durante la infusión. Este fenómeno ha sido replicado en numerosas ocasiones y actualmente se acepta plenamente que la infusión durante 20 minutos de 10 ml/kg de lactato sódico 0,5 molar provocará una crisis de angustia en la mayoría de pacientes con un trastorno de angustia, pero no en los sujetos control normales. Todavía no se entiende muy bien el mecanismo (Liebowitz y col., 1985a) por el que ocurre este hecho. Como

explicación se postulan un estado de activación (a r o u s a l) inespecífico que desencadenaría cognitivamente una crisis de angustia; la inducción de una alcalosis metabólica; la hipocalcemia; una alteración del cociente NAD-NADH y una hipercapnia intra-cerebral transitoria. De todas ellas, la hipercapnia intra-cerebral transitoria ha merecido un interés y una validación considerables en estudios recientes.¹⁷

- **Teoría de la hipersensibilidad al dióxido de carbono**

La hiperventilación controlada y la alcalosis respiratoria no producen crisis de angustia de forma rutinaria en los pacientes con un trastorno de angustia. Sorprendentemente, si a estos pacientes se les hace respirar aire con un 5% de dióxido de carbono presentan crisis de angustia con una frecuencia parecida a las inducidas por la infusión de lactato sódico (Gorman y col., 1984). Este fenómeno puede ser explicado parcialmente gracias a los hallazgos de Svensson y sus colaboradores, quienes mostraron cómo se producía un aumento dosis-dependiente de la descarga del locus ceruleus en las ratas a las que se hacía respirar CO₂ añadido al aire inspirado (Elam y col., 1981). Una explicación alternativa sería que los pacientes con crisis de angustia tuvieran quimiorreceptores tronculares hipersensibles al CO₂ en la médula espinal.¹⁷

Se ha formulado la teoría de las crisis de angustia por "falsa alarma de asfixia" (Klein DF, 1993). Según esta teoría, los pacientes con un trastorno de angustia son hipersensibles al CO2 debido a una extrema sensibilidad del sistema de alarma de asfixia del tronco cerebral. Esta situación sería la opuesta a la hiposensibilidad del sistema de alarma de asfixia en los casos de la enfermedad de Ondina, en la cual, los individuos afectados pueden asfixiarse mientras duermen. Klein, DF (1993) postula que esta teoría explicaría, por ejemplo, la tendencia a la presentación de los ataques de crisis de angustia durante los estados de alta concentración de CO2 como en el sueño profundo no-REM, en el período premenstrual o, a veces, en la relajación, pero no durante el parto, situación por otra parte caracterizada por una hiperventilación extrema y cogniciones potencialmente catastrofistas.¹⁷

C. TEORÍAS SOCIALES

Estas establecen que se genera un conflicto entre el individuo y el medio que lo rodea. Al no poder afrontar adecuadamente las demandas del medio se generan tensiones que van a ocasionar la aparición de los síntomas de la ansiedad.

- **Teoría de la aglomeración social**

Considera que cuando aumenta la densidad de población en una

región, el individuo necesita realizar mayores esfuerzos para poder cumplir efectivamente con las demandas que se le imponen. Se dificulta más el poder llegar a tiempo al trabajo, el poder ajustarse a un presupuesto cada vez más estrecho, adaptarse a un ámbito social cada vez más pequeño, al aumento de los fenómenos sociales como la delincuencia y la drogadicción, etc. Este concepto está relacionado con el espacio vital que tiene el ser humano y que al igual que los animales, entre más estrecho, más tensión genera y se tiende a estar más agresivo.¹⁷

Bases Científicas:

2.2.2. Ansiedad.

Definiciones de ansiedad.

Mayo (1980) define la ansiedad como una relación entre la persona, el medio ambiente y amenazando los procesos neurofisiológicos que resultan de esta relación.¹⁸

Para Dratcu y Lader (1993) La ansiedad es un fenómeno adaptativo con la duración y la intensidad adecuada y necesaria para el hombre en situaciones de confrontación que se les imponen para la vida.¹⁹

Endler (1996), señala que la ansiedad es la aprensión caracterizada por una amenaza a algún valor que el individuo

considera esencial para su existencia como persona. “La ansiedad no tiene objeto, ataca a la estructura psicológica en la que ocurre la percepción de uno mismo, distinto del mundo de los objetos, de tal forma que, en la ansiedad, se da una ruptura en la distinción que hay entre uno mismo y el objeto”.²⁰

La ansiedad como un estado emocional de miedo, o aprensión frente a un peligro o amenaza percibido por la persona se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos como: temblor. Hipertonía muscular, inquietud, hiperventilación, sudoraciones y palpitaciones.

Aparece también síntomas cognitivos como: Aprensión e inquietud psíquica, hipervigilancia, distraibilidad, pérdida de concentración e insomnio.

Goldman (1992) define la ansiedad como un “estado emocional desagradable, cuyos orígenes no son fáciles de identificar, se presenta acompañado frecuentemente de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o al agotamiento, la intensidad de la ansiedad tiene varias gradaciones, partiendo de escrúpulos menores hacia temblores perceptibles y aun pánico completo, que es la forma más extrema de ansiedad”.²¹

En este contexto, “La ansiedad es el reconocimiento de que los eventos con que nos enfrentamos se encuentran afuera del rango

del sistema de constructos propios, es decir, nos sentimos ansiosos cuando ya no podemos entendernos a nosotros mismos y a los eventos de nuestras vidas en términos de las propias experiencias pasadas”.²²

La ansiedad generalizada genera una estimulación adrenal produciendo taquicardia, sudoración, hiperventilación, tensión muscular y psicológica con la consecuente s ulceraciones gastrointestinales, pérdida de peso, cambios en la química del organismo entre otros.

Para Sarason (1996), la ansiedad “es un sentimiento de miedo y aprensión confuso, vago y muy desagradable (...). El individuo ansioso muestra combinaciones de los síntomas siguientes: ritmo cardiaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, mareo, sudoración, insomnio, micción frecuente y estremecimientos”.²³

El miedo se diferencia de la ansiedad porque las personas que tienen miedo pueden decir con facilidad a qué le temen, quienes se sienten ansiosos no están conscientes de las razones de sus temores, de modo que, aun cuando el miedo y la ansiedad comprenden reacciones similares, la causa de preocupación es aparente en el primero caso, pero no es clara en el segundo.

Navas (1989), define la ansiedad como un estado emocional, o sea, que es un compuesto o mezcla de sentimientos, conductas y reacciones o sensaciones fisiológicas. El autor manifiesta que la ansiedad “es un aspecto subjetivo, por ser un sentimiento o emoción cualitativamente diferente de cualquiera de otros estados emocionales tales como tristeza, depresión, coraje o pesadumbre y se caracteriza por varios grados de sentimientos de aprensión, temor, terror o nerviosismo, y en el lado más objetivo o conductual, la ansiedad es indicada por una elevada actividad del sistema nervioso autónomo y por síntomas tales como palpitations cardíacas, sudoración, perturbaciones respiratorias, y tensión muscular”.²⁴

Se puede ver que en la ansiedad están asociados aspectos subjetivos y objetivos, existen varias expectativas, sentimientos y emociones involucrados en el proceso no adaptativo del ser humano frente a una situación de peligro o amenazadora para su salud.

Papalia (1994), llega a definir la ansiedad como un “estado caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre y tensión surgidas de la anticipación de una amenaza, real o imaginaria por lo que los individuos reaccionan con grados de

ansiedad variables, que dependen de su propia predisposición a padecer ansiedad y del tipo de amenaza a la que responden”.²⁵

Spielberger (1972) “Es un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo.”

Asociación Psiquiátrica Americana (APA), (1975) “La define como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida.”

DSM-IV-TR (2001) “Es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo.”

(Tobal, 1990)

Es una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser evocada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto

(respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes.

Lang (2002)

Es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

Kiriacou y Sutcliffe (1987)

Es una respuesta del individuo con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardiaca, etc.).

Beck (1985)

Se refiere que es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas.

Lazarus (1976)

La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo

necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

2.2.1. MANIFESTACIONES DE LA ANSIEDAD:

La ansiedad implica examinar tres tipos de componentes si bien cada uno de ellos podría actuar con independencia.

- Cognitivos o de pensamiento o experiencia subjetiva. (Es el más específico). Temor y nerviosismo asociados a los pensamientos por anticipación ante un peligro.
- Respuestas fisiológicas. Aumentos frecuencia cardiaca, por ejemplo.
- De conducta Motriz. Directas (morderse los labios) o indirectas (desviar la vista del interlocutor).

Cuando la ansiedad es proporcionada al hecho causante y se manifiesta dentro de cierta normalidad no se apreciarán síntomas, o al menos en un alto grado.

Sin embargo, cuando la ansiedad supera determinados límites, tendrá consecuencias en la salud del individuo impidiendo su normal comportamiento y funcionamiento e interfiriendo de manera notable en las actividades sociales de la persona afectada. Según la predisposición biológica y psicológica de cada persona se mostrará más susceptible a unos u otros síntomas de

los mostrados a continuación, pero no todas padecerán los mismos síntomas ni por supuesto con la misma intensidad.

a) Síntomas somáticos:

- Cardiovasculares, adoptan la forma de palpitaciones, taquicardia, que pueden asociarse a dolores precordiales. Son los más frecuentes junto a los respiratorios.
- Respiratorios: Sensación de ahogo, respiración acelerada y superficial.
- Gastrointestinales: Diarrea (lo más habitual), estreñimiento, colon irritable, alteraciones del tránsito intestinal en general. Dolores abdominales, flatulencias, dispepsias, etc.
- Urinarios: micción frecuente y tenesmo vesical.
- Neurológicos: Síndromes vertiginosos, cefaleas, en ocasiones, síncope.
- Trastornos del sueño: insomnio, sensación de no descansar, despertares frecuentes.

b) Otras manifestaciones:

- Manifestaciones psicológicas como: sensación de peligro o amenaza, agobio, inquietud, temor a perder el control, obstáculos para tomar decisiones, sensación de vacío...En casos extremos, miedo a la locura o muerte.

- Manifestaciones intelectuales como: Dificultad para concentrarse, mantener atención y memoria. Sensación de confusión, preocupaciones excesivas, interpretaciones poco adecuadas.
- Manifestaciones de conducta como: impulsividad, torpeza, estado de alerta. Todos estos síntomas vienen acompañados por cambios como la expresividad corporal, rigidez, cambios en la voz, expresión facial de asombro, movimientos torpes de las manos...
- Manifestaciones sociales como: Problemas para iniciar una conversación, facilidad de quedarse en blanco al preguntar o responder, irritabilidad, dificultad para expresar sus propias opiniones.

2.2.2. NIVELES DE ANSIEDAD

El estado de ansiedad puede clasificarse por niveles o grados de intensidad leve, moderada, grave y de pánico. Cada una de ellas presenta manifestaciones diferentes que varían de intensidad y tienen una incidencia sobre las respuestas de la persona en sus diferentes dimensiones (fisiológicas, cognitivo y comportamental).

A. Según MARTÍNEZ Y CERNA (1990) clasifica la ansiedad en tres niveles:

- **ANSIEDAD LEVE**

La persona está alerta, ve, oye y domina la situación más que antes de producirse este estado; es decir, funcionan más las capacidades de percepción, observación debido a que existe más energía dedicada a la situación causante de ansiedad. Este nivel de ansiedad también se denomina ansiedad benigna o tipo ligero de ansiedad.

Reacción fisiológica: Puede presentar respiración entrecortada, ocasional frecuencia cardíaca y tensión ligeramente elevada, síntomas gástricos leves, tic facial, temblor de labios.^{26, 27}

- **ANSIEDAD MODERADA**

El campo perceptual de la persona que experimenta este nivel de ansiedad se ha limitado un poco. Ve, oye y domina la situación, menos que la ansiedad leve. Experimenta limitaciones para percibir lo que está sucediendo a su alrededor, pero puede observar si otra persona le dirige la atención hacia cualquier sitio periférico.

Reacción fisiológica: Puede presentarse respiración entrecortada frecuente, aumento de la frecuencia cardíaca, tensión arterial

elevada, boca seca, estomago revuelto, anorexia, diarrea o estreñimiento, temblor corporal, expresión facial de miedo, músculos tensos, inquietud, respuestas de sobresalto exageradas, incapacidad de relajarse, dificultad para dormir.^{28,29}

- **ANSIEDAD GRAVE**

En este nivel de ansiedad, el campo perceptual se ha reducido notoriamente, por esta razón la persona no observa lo que ocurre a su alrededor, es incapaz de hacerlo, aunque otra persona dirija su atención hacia la situación. La atención se concentra en uno o en muchos detalles dispersos y se puede distorsionar lo observado. Además, hay gran dificultad para aprender, la visión periférica está disminuido y el individuo tiene problemas para establecer una secuencia lógica entre el grupo ideal.

Reacción fisiológica: Puede presentar respiración entrecortada, sensación de ahogo o sofoco, hipotensión arterial, movimientos involuntarios, puede temblar todo el cuerpo, expresión facial de terror.^{30, 31}

B. Según Peplau, son los siguientes:

- **Leve:** La persona está en estado de alerta y percibe más que cuando está ansiosa. La conciencia, la atención y la capacidad asociativa son muy elevadas. Se perciben ciertos

cambios de conducta, que son superados fácilmente. La intensidad es mínima.

- **Moderado:** Se estrecha el campo perceptivo, pero el sujeto aún puede prestar atención si así lo desea. Puede resolver sus problemas de forma bastante normal. Hay incertidumbre, aprehensión y nerviosismo. Se incrementa la actividad, pero su conocimiento perceptual disminuye, el sujeto no se da cuenta de lo que sucede a su alrededor.
- **Severo:** El máximo nivel de ansiedad, se estrecha la capacidad de observación hasta solo advertir el objeto de la ansiedad. El campo perceptivo se estrecha considerablemente y la persona se interesa por detalles dispersos. Predomina una inatención selectiva esto en la ansiedad moderada y severa. Asimismo la personalidad tiende a disociarse a fin de escapar de su situación. La actividad mental es elevada, impidiendo que el sujeto pueda discernir y su intensidad es tan alta que puede tornarse en pánico, en donde sus pensamientos y el habla se tornan incoherentes.³²

2.2.3. ESCALAS DE ANSIEDAD

Existen diferentes pruebas para medir la existencia, el grado y el tipo de ansiedad.

Para evaluar la ansiedad en todo paciente que acude a consulta médica existen diversas escalas tales como STAI (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY QUESTIONNAIRE), Escala Visual Análoga de Ansiedad, las escalas de ansiedad de Taylor (INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD – ISRA), Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton (HAS), Inventario de Ansiedad de Beck, Pauta de Entrevista para los Trastornos de Ansiedad (ADIS – IV), Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, Escala de Autoevaluación de Zung.

La prueba de STAI, basada en la escala de Spielberger (SPIELBERGER STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY o STAI), evalúa la ansiedad vinculada a la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) y la ansiedad relacionada con el contexto quirúrgico (ansiedad-estado), pero es demasiado compleja para utilizarla rutinariamente y se reserva para la investigación.

Seguidamente se presentará información acerca de la escala de la Autoevaluación de Zung, por ser este que se utilizará para el presente estudio:

- **ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ZUNG (EAA)**

Esta escala de evaluación de la ansiedad de ZUNG (EAA) comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno

referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales.

Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala han sido escogidas para hacerlas más accesibles a la mayoría de las personas, empleando su propio lenguaje. En algunos casos, las personas pueden hacer preguntas relacionadas con el criterio a que se debe sujetar el procedimiento de marcar determinada información.

En el formato del cuestionario hay 4 columnas en blanco encabezadas por "Nunca o casi nunca", "A veces", "Con bastante frecuencia" y "siempre o casi siempre".

Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a como se ha sentido la última semana.

Los ítems tienen dirección positiva o negativa con respecto a la ansiedad, por ejemplo, la primera frase "Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre" tiene un sentido positivo, mientras que la frase "Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto", tiene un sentido negativo, pues describe la sensación opuesta a la que tienen la mayoría de las personas ansiosas, que es intranquilidad y dificultad para estarse quieto.

Además, en el formato de la Escala de ansiedad de Zung se usa un número par y no impar de respuestas posibles para que la persona no pueda marcar la columna central para dar la impresión de que pertenece al término medio.

Los ítems están concebidos en términos que se asimilan al lenguaje común de las personas ansiosas. No obstante, su significado se identifica con la terminología médica convencional que define los síntomas de ansiedad. Los síntomas de trastornos ansiosos que comprende la Escala se presentan en la siguiente tabla.

TRASTORNOS ANSIOSOS QUE MIDE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ZUNG

Afectivos	Somáticos
Desintegración mental	Temblores
Aprehensión	Dolores y molestias corporales
Ansiedad	Tendencias a la fatiga y debilidad
Miedo	Palpitaciones
Intranquilidad	Mareos
	Desmayos
	Transpiración
	Parestesias
	Náuseas y vómitos
	Frecuencia urinaria
	Bochornos
	Insomnio
	Pesadillas

Se registra el valor de cada respuesta por ítem de la escala de Zung. Posteriormente se anota el valor individual de cada ítem en el margen derecho de la tabla, sumándose dichos valores para

obtener un total, el cual es convertido en un "índice de ansiedad" en base a la siguiente ecuación:

Total / Promedio máximo de 80 x 100= Índice de ansiedad

La escala es estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa.

2.2.4. AFRONTAMIENTO

Son esquemas mentales intencionales de respuesta (cognitiva, emocional o conductual) dirigidos a manejar (dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona.

(Bossellini L, 1995).

Los aspectos principales hacen referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace en contraposición con lo que éste generalmente hace o hacia determinadas condiciones. Lo que el individuo realmente piensa o hace es analizado dentro de un contexto específico ya que los pensamientos y las acciones de afronte se hallan dirigidos hacia condiciones particulares.

Hablar de procesos de afrontamiento es hablar de un cambio en los pensamientos y actos en la medida que la interacción va desarrollándose, por ello, se dice que es un proceso cambiante.

Variabilidad interindividual

Hay grandes diferencias en cómo diferentes personas vivencian y afrontan un mismo conflicto, suceso o acontecimiento vital más o menos grave y estresante. Aunque, si se fijan bien, y se dan cuenta de la ligereza de ésta afirmación, tendrán buena parte de la respuesta a la variabilidad en el afrontamiento: los hechos que se afrontan son únicos, no se repiten, ni espacio-temporalmente, ni en el protagonista de ellos (incluso si se trata de la misma persona).

La vivencia de estrés es una experiencia subjetiva de sobrecarga (física, emocional, cognitiva) frente a una situación que rompe la estabilidad, y se prolonga en el tiempo.

Valoración

Ante un suceso potencialmente estresante, el individuo realiza dos tipos de valoraciones (Lazarus y Folkman, 1986).

Primaria

Consistente en analizar si el hecho es positivo, neutro o negativo y, además, valorar las consecuencias presentes (daños o

pérdidas) y/o futuras (amenaza futura) del mismo, y el grado de reto potencial.

Secundaria

En segundo lugar, se produce una valoración secundaria en la que el objeto de análisis son los recursos y las capacidades del organismo para afrontarlo (evaluación de los recursos y opciones de afrontamiento) y serán los que con más probabilidad susciten reacciones de estrés.

Un suceso (interno o externo) es estresante en la medida en que el sujeto lo perciba o lo valore como tal (considerando las presiones primarias percibidas, y los recursos de afrontamiento que se consideran disponibles y activables), sean cuales sean las características objetivas del mismo.

Lo que para una persona pudiera ser un obstáculo peligroso o insalvable, para otra pudiera ser parte de un ejercicio habitual (piense en las vallas de atletismo: mientras para una persona corriente sería todo un reto conseguir saltar una de ellas, el corredor de vallas simplemente "las pasa" pensando en rebajar su marca de 110 m/vallas).

La muerte del cónyuge suele suponer un profundo golpe emocional, pero para algunos pocos resulta una bendición... En

estos casos, a los 30 días de la muerte del cónyuge, un 88 % de las personas que enviudan se sienten tristes, pero sólo un 35 % presenta una depresión diagnosticable con criterios operativos estrictos (Wortman y Silver, 1989).

Según la teoría de Kübler-Ross (1969), las personas pasan por cinco fases cuando saben que van a morir: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Pero las investigaciones realizadas al respecto han demostrado que, incluso para la propia muerte, hay mucha variación de persona a persona y que el apoyo empírico para la existencia de estas fases es muy endeble (Wortman y Silver, 1987 y 1989).

Determinantes del afrontamiento (factores moduladores)

Influyen en la preferencia o en la elección de las estrategias de afrontamiento.

Personalidad

La personalidad determina un “estilo de afrontamiento”, y es un evidente determinante del afrontamiento (McCrae y Costa, 1986).

Búsqueda de sensaciones (Zuckerman, 1974)

Las personas “buscadoras de sensaciones”, según la Escala de Búsqueda de Sensaciones, son individuos a los que no les importa tomar riesgos (hacer puenting, probar drogas, tener viajes

de aventuras o vivir experiencias inusuales) y, por lo tanto, parecen tener una mayor tolerancia a la estimulación, el riesgo y los estresores que otras personas (Vázquez C., Crespo y Ring, 1992).

Sensación de control

Una de las variables más importantes que modulan los efectos de un estresor potencial es la sensación de control sobre el mismo. Multitud de investigaciones experimentales con animales y humanos han demostrado que la pérdida de sensación de control constituye un elemento crucial etiológico de la depresión y otros trastornos emocionales. El modelo de depresión de la desesperanza o indefensión aprendida propone que inevitablemente se desarrollará un estado depresivo cuando una persona perciba que no dispone de ninguna estrategia, ni ahora ni el futuro, para cambiar una situación aversiva personal (Sanz y Vázquez, 1995; Seligman, 1983), o cuando el individuo considera que absolutamente ningún modo de afrontamiento va a ser eficaz para controlar una situación negativa (Avía y Vázquez, 1998).

Optimismo

Consiste en una expectativa generalizada de que los resultados serán positivos. Las personas con una actitud optimista parecen manejar mejor los síntomas de enfermedades físicas como, por

ejemplo, cáncer o cirugía cardíaca (Scheier y Carver, 1992) y esto parece deberse a que las estrategias de estas personas suelen estar centradas en el problema, la búsqueda de apoyo social y buscar el lado positivo de la experiencia estresante. Por el contrario, las personas pesimistas se caracterizan más por el empleo de la negación y el distanciamiento del estresor, centrándose más en los sentimientos negativos producidos por el estresor (Avía y Vázquez, 1998).

Otras variables

Aunque se han propuesto muchas otras variables psicológicas que pudieran afectar la eficacia del afrontamiento (sentido del humor, sensación de coherencia de la propia vida, inteligencia, no tomarse las cosas muy en serio, etc.) ninguna de ellas ha sido objeto de una investigación profunda. No obstante, parece cada vez emerger más claramente un patrón de personalidad proclive a la buena salud y caracterizado por el optimismo, sensación de control y capacidad de adaptación (Taylor, 1991).

Algunos estudios (Lazarus y Folkman, 1986; Moos y Shaefer, 1993; Thoits, 1995) enfatizan que las habilidades sociales constituyen un recurso determinante del afrontamiento debido al papel de la actividad social en la adaptación humana. Para Lazarus y Folkman (1986) estas habilidades se refieren a la

capacidad de comunicarse y actuar con otras personas, facilitando la resolución de los problemas en cooperación social.

Medio social

Los factores del medio social juegan un importante rol (Moos y Shaefer, 1993). Lo cual es perfectamente lógico si se tiene en cuenta la influencia de la cultura y del marco legal en la mentalidad y conducta de los miembros de determinada sociedad.

Proceso de socialización

Carver, Scheier y Weintraub (1989), por su parte, asumen que la preferencia en el uso de estrategias de afrontamiento se debe más bien a factores situacionales como el proceso de socialización. Dentro de una determinada sociedad hay, claro está, una amplia variabilidad en la forma de ser y actuar de sus miembros, y, en este caso, nos referimos a las personas que van a influenciar el desarrollo del niño, en especial los padres.

Naturaleza de la situación

La naturaleza de la situación (suceso estresante) a afrontar (Billings y Moos, 1981; Lazarus y Folkman, 1986) y la actuación de otros factores estresantes simultáneos (por ejemplo, una relación difícil de pareja, dificultades económicas o enfermedades crónicas).

Recursos de afrontamiento

Recursos materiales

Disponibilidad de tiempo, educación, dinero, nivel (calidad) de vida, etc. Por ejemplo, tener dinero permite disponer de determinados recursos para afrontar una situación problemática, o puede amortiguar los potenciales efectos de un estresor (por ejemplo, ser despedido del trabajo).

Apoyo social

El apoyo social hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas en quien poder confiar (pareja, familiares o amigos). No es tanto la red social "física", o número de personas cercanas disponibles (los efectos del apoyo social parecen no ser acumulativos), como el apoyo percibido por parte de la persona (tener un amigo íntimo es mejor que tener muchos amigos o conocidos) y que el individuo sepa y esté dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo que necesita de otros (Dunkel-Schetter y cols., 1987). Los animales domésticos también pueden ser un elemento más de la red de apoyo (Culliton, 1987).

Investigaciones con humanos y animales indican que la existencia de un apoyo social efectivo es un amortiguador del estrés (Barrera, 1988) y favorece la salud:

- Disminuye la probabilidad general de presentar enfermedades: por ejemplo, herpes, infarto de miocardio, complicaciones durante el parto o trastornos psicológicos diversos, como episodios depresivos en personas vulnerables (Brown y Harris, 1978).
- Acelera la recuperación y reduce las tasas de mortalidad, aunque aún no se conocen con exactitud los mecanismos psicobiológicos que operan estos cambios (House y cols., 1988).

Por ejemplo, en un estudio longitudinal efectuado con 7000 residentes adultos de Oakland, condado de Alameda, California (Berkman y Syme, 1979), se demostró que una mayor tasa de contactos sociales estaba ligada a una mayor supervivencia, tras un seguimiento de 9 años, tanto en varones (2,3 años) como en mujeres (2,8 años), controlando la influencia de otros factores (nivel socioeconómico, salud autopercebida, o hábitos de salud). Las personas con niveles más bajos de apoyo social tenían una probabilidad de morir, durante ese período, casi tres veces superior a la de aquellos con una mayor vinculación social.

Como recurso o estrategia de afrontamiento (por ejemplo, hablar con un familiar o amigo de un problema), es uno de los mecanismos que la gente valora como más eficaces para afrontar

situaciones emocionales difíciles (Folkman y cols., 1986; Vázquez y Ring, 1992, 1996), siendo utilizado más por mujeres que por hombres (18 % frente a un 11 %, Stone y Neale, 1984). Aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en el problema (es decir, buscar consejo, información, vías de solución, etc.) no cabe duda de que este procedimiento también sirve como una importante fuente de apoyo emocional (alivio, empatía y ayuda física).

Estilos de afrontamiento

Son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son las que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Por ejemplo, algunas personas tienden, casi de forma invariable, a contarles sus problemas a los demás, mientras que otras se los guardan para sí mismos. Una clasificación discrimina entre estilo de afrontamiento activo / pasivo - evitativo y adaptativo / desadaptativo (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

Hay personas con un estilo confrontativo (activo, vigilante), que buscan información o actúan directamente ante cualquier problema, mientras que otras tienen una tendencia evitadora (pasiva, minimizadora). En general, el afrontamiento activo es

adaptativo, y el evitativo es desadaptativo; sin embargo, hay situaciones en que la "actividad" es desadaptativa, o la "pasividad" adaptativa, según su efectividad ante determinada situación. El estilo confrontativo es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite, o persiste, a lo largo del tiempo (por ejemplo, solventar situaciones de tensión continua laboral), y es útil para anticipar planes de acción ante riesgos futuros, aunque puede que tenga un coste mayor en ansiedad. El estilo evitador puede ser más útil para sucesos amenazantes a corto plazo (por ejemplo, un robo con intimidación). No obstante, los estudios longitudinales señalan que, a la larga, el estilo evitativo suele ser ineficaz para manejar circunstancias vitales complicadas (Holahan y Moos, 1987).

La mayoría de los estudios sobre afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986; Moos, 1988; Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Páez Rovira, 1993; Galán Rodríguez y Perona Garcelán, 2001) concuerdan en determinar 3 tipos generales de estrategias (dominios) de afrontamiento, que se corresponderían a otros tantos estilos de afrontamiento:

Afrontamiento cognitivo, afectivo y conductual

Por ejemplo, ante una ruptura matrimonial, uno puede acudir a los abogados, llamar a amigos para buscar soluciones, etc.

(estrategias dirigidas a solucionar el problema), pero también cabe salir más de casa para no sentirse tan mal, intentar no pensar en los años pasados, etc. (estrategias dirigidas a aliviar el malestar que produce la situación).

A veces, el empleo de una estrategia de solución de problemas tiene por sí misma repercusiones favorables en la regulación emocional. Por ejemplo, si alguien presenta una denuncia por observar basura en su barrio, esto puede ser una estrategia eficaz para solucionar el problema y, a la vez, reducir su ira o malestar. Pero puede suceder lo contrario. Por ejemplo, una estrategia aparentemente eficaz para la regulación de la ira (por ejemplo, dar un grito a una persona), puede dejar el problema tal como estaba e incluso crear otros nuevos (por ejemplo, rechazo por parte de la otra persona).

El uso de unas estrategias de afrontamiento u otras depende también de la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones (Forsythe y Compas, 1987). En general, un

afrontamiento óptimo requiere la capacidad de usar, de forma flexible, múltiples estrategias.

Estrategias de afrontamiento

Se han ido sucediendo, a lo largo de las últimas décadas, los estudios destinados a descubrir cuáles son las estrategias genéricas de afrontamiento: Rippere* (1977), Coyne y cols., (1981), WOC (Escala de Modos de Afrontamiento, de Folkman y Lazarus, 1985), Moos (1988), COPE (Inventario de Respuestas de Afrontamiento, de Carver, Scheier y Weintraub, 1989), CSI (Inventario de Estrategias de Afrontamiento, de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989, adaptación española de Cano, Rodríguez y García, 2006), Frydenberg y Lewis (1996), CID* (Inventario de Afrontamiento de Depresión, de Vázquez y Ring, 1996) * Estos dos estudios analizan sólo cómo la gente afronta una situación anímica negativa.

Afrontamiento cognitivo

Buscar un significado al suceso (comprenderlo); valorarlo de manera que resulte menos aversivo, o enfrentarlo mentalmente.

Aceptación (reconocer, respetar, tolerar)

“Uno no se queja del agua porque está mojada, ni de las rocas porque son duras... La persona que se autorrealiza encara la

naturaleza humana en sí mismo y en los demás de la misma manera en que el niño mira al mundo con ojos muy abiertos, inocentes y sin crítica, simplemente apreciando y observando lo que corresponde y sin discutir las cosas ni pretender que sean diferentes" (Abraham Maslow).

"Cuando el cliente experimenta la actitud de aceptación que el terapeuta tiene hacia él, es capaz de asumir y experimentar esta misma actitud hacia sí mismo. Luego, cuando comienza a aceptarse, respetarse y amarse a sí mismo, es capaz de experimentar estas actitudes hacia los demás" (Carl Rogers).

La actitud de aceptación (incondicional) implica una superación del amor condicionado (aceptación condicionada) de la infancia: "Te quiero si (a condición de que)".

Anticipación

Anticipar problemas o situaciones conflictivas posibles, considerando las reacciones emocionales y las respuestas o soluciones alternativas. La idea es evitar un estado de preocupación (ansiedad) presente, e inmunizarse para una situación futura posible, a semejanza del objetivo preventivo de las vacunas; pero, en éste caso, sin nocividad posible, puesto que no alteran el cuerpo.

Autoanálisis (autoobservación, autocrítica)

Reflexionar sobre los propios pensamientos, motivaciones, sentimientos y comportamientos, reconociendo la propia responsabilidad en el origen (ocurrencia), mantenimiento o manejo del problema (situación estresante), y actuar en base a ésta reflexión. La relajación o la meditación son técnicas que pueden optimizar éste análisis porque amplían el campo de conciencia.

Humor

El sentido del humor permite afrontar conflictos, o situaciones potencialmente angustiantes, de forma humorística, acentuando los aspectos cómicos o irónicos.

En otros casos, una expresión de humor (por ejemplo, un chiste) es una formación de compromiso (forma que adopta lo reprimido para ser admitido en lo consciente, a semejanza del síntoma, los lapsus o los sueños) en la que se satisfacen, a la vez, el deseo inconsciente y las exigencias defensivas. Respecto a algunas personas, usted podría tener como primera impresión la de una permanente amabilidad y felicidad, porque siempre están riendo, pero ya saben, las apariencias engañan:

- Una especie de risa falsa al final de cada frase, puede tener el efecto psicológico subliminal de decir al oyente, "Estoy

realmente atemorizado por los conflictos, así que, por favor, no tome en serio todo lo que digo, no sea que se ofenda y se encare conmigo".

- La risa puede encubrir un impulso agresivo: "Vaya, casi le derramo el café encima (seguido de una risa)". Esta persona podría tener mucho resentimiento residual desde la infancia, por la forma en que los padres lo (mal) trataron, por lo que causar ahora sufrimiento a alguien proporciona una satisfacción inconsciente por las injusticias sufridas de niño. Así pues, su risa revela la verdad: estaría inconscientemente encantado de derramar el café sobre usted.

Planificación (planeamiento)

Pensar y estudiar el problema, analizando los diferentes puntos de vista u opciones, y desarrollar estrategias para solucionarlo.

Poder mental (J.M.M.V.)

Esta propuesta incluye técnicas metafísicas que se centran directamente en el poder del pensamiento: Visualizaciones, Afirmaciones, Peticiones, Decretos u Oraciones.

La Metafísica esotérica es la ciencia que va "más allá de la Física", y que se ocupa de "lo invisible y sin forma". Se divide en 3 campos de estudio: Ontología, que estudia el Ser ("Yo Soy"), Teología, que

estudia a Dios en manifestación (“Yo Soy el que Soy”), y Gnoseología, que estudia el conocimiento en sí mismo (“Yo sé lo que Soy”).

Preocupación

Se trata de una preocupación (improductiva) por la felicidad futura (“Preocuparme por lo que está pasando”), relacionada con la afectividad negativa (tendencia a estar angustiado, a preocuparse, al pesimismo, y a estados de infelicidad o depresivos).

Reestructuración mental (J.M.M.V.)

Situarse en un contexto de ayuda, proyectada hacia un cambio positivo de la personalidad. El ejemplo más representativo es una Psicoterapia, ya sea online o presencial, que considere la realidad del Inconsciente. En el caso de que el cliente (quizás también el terapeuta) viva la psicoterapia únicamente como fuente de apoyo emocional, hablaríamos de Apoyo social.

Reevaluación positiva

Modificar el significado de la situación estresante, especialmente atendiendo a los posibles aspectos positivos que tenga, o haya tenido (fijarse en lo positivo), que expresa optimismo, y una tendencia a ver el lado positivo de las cosas y considerarse

afortunado. Por ejemplo, considerar el problema de forma relativa, y como un estímulo para el desarrollo personal.

Afrontamiento afectivo

Centrarse en mantener el equilibrio afectivo, o aminorar el impacto emocional de la situación estresante.

Agresión pasiva

Expresión de agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Muchas veces se da como respuesta a una demanda de acción o desempeño independiente, o a la falta de satisfacción de deseos de independencia, pero puede ser adaptativo para personas en situaciones de subordinación, donde la comunicación directa y asertiva está castigada, por lo que no es posible expresar asertividad de una forma más abierta (un subordinado respecto a su jefe, relaciones de abusos o maltrato).

Hostilidad o resentimiento latente hacia los demás (a menudo ira hacia el padre)

Aquí la agresión pasiva se entiende como mecanismo de defensa, ya que la agresividad se ha desvinculado de su motivo o de su objeto, pudiendo haber conciencia o no del sentimiento.

Sumisión (educación, respeto, bondad) aparente

- "Lo siento muchísimo, perdóname, pero es que el autobús llegó tarde" (sobre todo si lo dice una persona muy habituada a llegar tarde).

Quejas y rechazo de ayuda (DSM IV TR)

Expresión de quejas o demandas repetidas de ayuda (referidas a síntomas físicos o psicológicos, o problemas de la vida diaria), seguidas por el rechazo a cualquier sugerencia, consejo u ofrecimiento de ayuda.

- Un cliente potencial de psicoterapia realiza la primera sesión, que es gratuita, en la que se recrea ampliamente, centrado en sus problemas, y más allá del tiempo establecido para una sesión de encuadre. Al final de la sesión, le dice al psicólogo que "se tiene que pensar" si hacer psicoterapia, porque la consulta está bastante lejos de su casa, y, a lo mejor, lo "único" que tiene que hacer es "quererse más a sí mismo".

Aislamiento social (retirada social)

Retirarse de la interacción social (respecto a familiares, amigos, compañeros y personas significativas), ya sea desde una necesidad positiva de afrontar los problemas desde la soledad, ya sea una huida de los demás por reserva (para que no conozcan

su problema ("Guardar mis sentimientos para mí solo"), o ambas cosas.

Apoyo social

Acudir a otras personas cercanas (pareja, familiares, amigos), organizaciones (peticiones) o grupos (organizando o formando parte de ellos), profesionales (abogados, psicólogos, sanadores, etc.) o líderes espirituales, para buscar apoyo instrumental (por ejemplo, dinero), información, apoyo emocional o apoyo espiritual (donde el fenómeno más saliente es el de la sugestión). Implica compartir los problemas con otros, pero sin tratar de hacerles responsables de ellos (sin culpar a los que nos ayudan o apoyan - Afiliación, DSM IV TR-).

Autocontrol (control emocional)

Esfuerzos para controlar y ocultar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

Catarsis (descarga emocional)

Liberar las emociones, expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos (llorar, gritar, liberar la agresividad), puede ser eficaz para afrontar determinadas situaciones difíciles. A semejanza del método catártico psicoanalítico (descarga de las emociones - por ejemplo, llanto -

vinculadas a un acontecimiento traumático inconsciente, a través de su vivencia en el presente), hablar, comunicar nuestras preocupaciones, expresar las emociones, tiene el efecto de reducir tanto la probabilidad de que se produzcan rumiaciones obsesivas, con el paso del tiempo, como de somatizar y de que aparezca un incremento en la actividad fisiológica (Pennebaker y Susman, 1988).

Es curioso, aunque no sorprendente (por la fuerza expresiva de la palabra escrita, como queda demostrado por la efectividad de la Psicoterapia Online), que el uso de un diario, en el que se detallen por escrito las preocupaciones, mejora de manera significativa el funcionamiento inmunológico en diversas variables de los sujetos (Pennebaker y cols., 1988).

Escape/evitación (distanciamiento, desconexión cognitiva, evasión)

Apartarse del problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que afecte emocionalmente (“Saco el problema de mi mente”), empleo de un pensamiento irreal (o mágico) improductivo (“Ojalá hubiese desaparecido esta situación”), o de un pensamiento desiderativo (deseo de que la realidad no fuera estresante, fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras - esperanza -), realizar actividades como

distracción (diversiones relajantes como ver televisión, oír música, leer un libro o tocar un instrumento musical; conductas de autocuidado, como arreglarse, vestirse bien, o hacer deporte; ordenar cosas, salir con amigos - o solo - a divertirse), o estrategias reductoras de tensión (paliativas) como comer, fumar, beber alcohol, o usar otras drogas o medicamentos.

La retirada de la interacción con el mundo (retirada apática), en lugar de hacer frente a los problemas y retos con la adopción de acciones eficaces, es un componente clave de todas las adicciones. El sentimiento de falta de amor verdadero de los padres, lleva a recurrir (induce) a la autosatisfacción a través de sustancias (por ejemplo, drogas), conductas (por ejemplo, ludopatías), o el propio cuerpo (por ejemplo, adicción al sexo) con lo que se evita dar amor verdadero a otros.

Supresión

Consiste en la evitación intencional de ideas, recuerdos (pensar en problemas), deseos, sentimientos, impulsos o experiencias que son desagradables (que producen malestar). Es un mecanismo consciente que tendría lugar a nivel de la "segunda censura", que Freud sitúa entre el consciente y el preconscious. Es una exclusión fuera del campo de conciencia actual, y donde desempeñan una función primordial las motivaciones morales. El

contenido suprimido se convierte en preconscious y no en inconsciente (es la acepción más frecuente, existente desde "La interpretación de los sueños", 1900). El afecto no es transpuesto al inconsciente (no puede hablarse en rigor de afecto inconsciente), sino inhibido, abolido (sentido que se encuentra, sobre todo, en la teoría freudiana de la represión: sólo corresponde en el sistema inconsciente "... a un rudimento que no ha llegado a desarrollarse").

La vida en sociedad a veces requiere que el individuo aplaque la satisfacción de sus necesidades. Una persona puede estar convencida de que, para evitar males mayores, debe postergar, quizá indefinidamente, la expresión de una conducta (verbal, motriz, etc.) y, por tanto, la satisfacción de la necesidad percibida que subyace a la misma.

- Un ejemplo de supresión es cuando una persona inhibe pensamientos sexuales (hay una necesidad sexual percibida) cuando interactúa con compañeros de trabajo atractivos, para no poner en riesgo su puesto de trabajo, y, por tanto, su fuente de ingresos y su nivel de vida (que es un mal mayor).

Afrontamiento conductual

Afrontar la situación estresante de forma directa, a través de un proceso que optimice el resultado, o bien no reaccionar de

ninguna manera, ni empleando ninguna estrategia de las anteriores.

Afrontamiento directo (confrontación)

Afrontar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.

Autoafirmación (respuesta asertiva)

Reacción que expresa directamente los pensamientos o sentimientos de forma no agresiva, coercitiva, ni manipuladora (asertividad).

Falta de afrontamiento (renuncia, desconexión comportamental)

Refleja la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema, debido a la percepción de falta de control sobre el mismo, o a considerarlo irresoluble, y la tendencia a desarrollar síntomas psicossomáticos, o reacciones depresivas: "No tengo forma de afrontar la situación".

Postergación (refrenar el afrontamiento)

Esperar hasta que aparezca la ocasión adecuada para actuar, postergar todo tipo de actividades hasta adquirir mayor y mejor información sobre la situación.

El Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE), es un instrumento desarrollado en los Estados Unidos de Norteamérica por Carver et al. en 1989 fue desarrollado para evaluar una amplia gama de respuestas de afrontamiento de acuerdo al modelo teórico de Lazarus y al modelo de autorregulación conductual con la finalidad de evaluar los estilos de afrontamiento que las personas utilizan en situaciones estresantes. El objetivo del inventario de Estimación de Afrontamiento (COPE) es conocer cómo las personas reaccionan o responden cuando enfrentan a situaciones difíciles o estresantes.

El COPE, está conformado por 56 ítems y que corresponden a las 14 estrategias de afrontamiento que los mismos autores proponen.

Además, estas estrategias de afrontamiento se encuentran distribuidas en:

(a) **estrategias de afrontamiento centradas en el problema** con 20 ítems,

(b) **estrategias de afrontamiento centradas en la emoción** con 20 ítems y

(c) **otras estrategias de afrontamiento** con 16 ítems. El instrumento es de tipo Likert con 4 puntos de calificación:

Puntaje 1 "nunca hago eso"

Puntaje 2 "a veces hago eso"

Puntaje 3 “a menudo hago eso”

Puntaje 4 “siempre hago eso”

2.3. Definición de términos

Ansiedad. – se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Para la medicina, es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no permite la relajación y el descanso del paciente.

Estrategias de Afrontamiento. - hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente. Se trata de un término propio de la psicología y especialmente vinculado al estrés.

Paciente Quirúrgico. - es aquel que va a someterse, está siendo sometido o ha sido sometido a una intervención quirúrgica.

III. VARIABLES E HIPÓTESIS.

3.1. Definición de variables.

Variable 1.

Nivel de ansiedad.

Variable 2.

Estrategias de afrontamiento.

3.2. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO	ESCALA VALORATIVA
VARIABLE 1: Nivel de ansiedad	Emoción, conducta que se presentan ante una sensación de amenaza o peligro.	Rasgo	• Ítem del 1 al 17	ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD ESTADO - RASGO DE SPIELBERGER	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad leve • Ansiedad moderada • Ansiedad severa
		Estado	• Ítem del 18 al 46		
VARIABLE 2: Estrategias de afrontamiento	Se considera al afrontamiento como un proceso variable, donde el individuo varía de estrategia usada de acuerdo a las demandas psicológicas y ambientales que le afectan en cada momento determinado.	Estrategias de afrontamiento centradas en el problema.	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento activo. • Planificación de actividades. • Supresión de actividades distractoras. • Postergación del afrontamiento • Búsqueda de soporte social por razones instrumentales. 	INVENTARIO DE ESTIMACIÓN DE AFRONTAMIENTO - COPE (Carver y colb., 1989)	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca hago eso • A veces hago eso • A menudo hago eso • Siempre hago eso
		Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de soporte social por razones emocionales. • Reinterpretación positiva y crecimiento. • Aceptación. • Acudir a la religión. • Centrarse en las emociones y liberarlas. 		
		Otras Estrategias adicionales de afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Negación. • Desconexión mental. • Humor. • Desconexión conductual. 		

3.3. Hipótesis general e hipótesis específicas:

3.3.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento del paciente quirúrgico del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - EsSalud Huancayo.

3.3.2. Hipótesis específicas.

- Existe relación significativa entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General- EsSalud Huancayo 2016.
- Existe relación significativa entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General EsSalud Huancayo 2016.
- Existe relación significativa entre el nivel de ansiedad con otras estrategias de afrontamiento, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General EsSalud Huancayo 2016.

IV. METODOLOGÍA.

4.1. Tipo de investigación.

La tipificación de este estudio en función de sus características y variables de estudio es:

- **Según el objeto de estudio se clasifica como:**

Investigación aplicada, debido a que se utilizaron los resultados en la práctica, generando programas educativos dirigidos al control de la ansiedad y al manejo adecuado de esta alteración de parte de los profesionales de la salud.

- **Según las veces con que se aplican los instrumentos de obtención de datos**

Investigación transversal: esto es debido a que se aplicaron los instrumentos en una sola oportunidad haciendo un corte en el tiempo.

- **Según el análisis de la información**

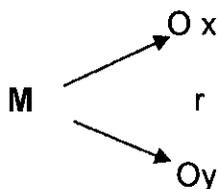
Investigación descriptiva: debido a que se verificó la fuerza de asociación o atracción entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento.

- **Según su ubicación temporal**

Investigación prospectiva: porque se evaluaron hechos que ocurren en el presente.

4.2. Diseño de investigación.

El Diseño metodológico de la investigación es correlacional y responde al siguiente esquema:



Donde:

M = Muestra de pacientes que serán sometidos a cirugía programada.

Ox = Nivel de ansiedad.

r = Variable relacional.

Oy = Estrategias de afrontamiento.

4.3. Población y muestra.

4.3.1. Población (N)

La población referencial de estudio está conformada por 145 pacientes atendidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud de Huancayo en un trimestre.

4.3.2. Muestra.

El tipo de muestreo utilizado es el probabilístico aleatorio simple ya que se aplicó los instrumentos según la demanda al servicio de hospitalización y a una intervención quirúrgica.

- **Tamaño de la muestra.**

El tamaño de la muestra: se halló con la aplicación de la fórmula para proporciones, que nos indica un tamaño de muestra de 106 pacientes que serán sometidos a intervención quirúrgica.

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

Dónde:

n= Tamaño de muestra.

Z = Valor estandarizado al 95%. = 1.96

p = Probabilidad de éxito = 0.5

q = Probabilidad de fracaso = 0.5

e = Margen de error = 0.05

N = Población Total = 145

Reemplazando valores:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)(145)}{(0.05)^2 (144) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{139.26}{1.32} = 105.5$$

La muestra calculada es de 106 pacientes.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

4.4.1. Técnica.

Encuesta:

A través de esta técnica se recogió la información de cada paciente respectivo y se indicó como registrar sus respuestas frente a cada proposición y pregunta formulada en cada instrumento.

4.4.2. Instrumento.

Para la investigación se utilizaron 2 cuestionarios que nos permitió determinar la relación entre las variables de estudio.

- **Inventario de Ansiedad Rasgo _ Estado (IDARE)**

Autores: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene.

Descripción: El IDARE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), autoaplicada.

Cada una de ellas tiene 20 ítems . En el IDARE-E, hay 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. En la Escala de Estado, se le orienta al sujeto

que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, y cómo se siente generalmente en relación a los ítems de la Escala de ansiedad como rasgo.

Existen diferentes versiones al español de la prueba, siendo una de las más utilizadas la de Ch. Spielberger , R. Díaz Guerrero y otros (1966)

Aplicación: Evidentemente, en todas las escalas que son autodescriptivas, como ésta, el sujeto puede tergiversar la información, por lo que se necesita un buen rapport, de manera que el sujeto describa sus verdaderos sentimientos y comportamientos. Por otro lado, es necesario que el sujeto tenga una escolaridad de 9º. grado para que pueda comprender las proposiciones cuando se aplica de manera autoadministrada. No obstante, es posible utilizarla de manera heteroaplicada (el examinador lee los ítems y las alternativas de respuestas) en cuyo caso se ha utilizado con éxito en pacientes con menos escolaridad, ancianos con deterioro cognitivo leve, pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, etc.

Corrección e Interpretación: Para calificar se debe conocer el puntaje alcanzado en cada ítem. Se debe utilizar la clave, a manera de saber que grupos de anotaciones se suman, a partir de que algunas proposiciones están formuladas de manera directa, como evaluando la ansiedad (Ej. Estoy nervioso) y otras

de manera inversa (Ej. Estoy calmado). Se utiliza posteriormente una fórmula, cuyo resultado final permite ubicar al sujeto en distintos niveles de ansiedad para cada escala, siendo Baja, Moderada o Alta.

Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, que toman valores de 20 a 80 pts. En algunas versiones al español, no existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad, sin embargo, en la validación que se realizó en población cubana en 1986, se pudo establecer la puntuación 45 como punto de corte para la ansiedad alta, tanto estado como rasgo.

Resumen: Estrategia de calificación IDARE, cuyos baremos han sido calculados según la escala de estandares, quedando las siguientes puntuaciones.

A. Estado

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20= B$$

$$(A-B)+50=$$

___ Alto (≥ 97)

___ Medio (75-97)

___ Bajo (≤ 74)

A. Rasgo

$$22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40 =A$$

$$21+26+27+30+33+35+39 =B (A-B)+35=$$

___ Alto ($> = 97$)

___ Medio (75-97)

___ Bajo ($< = 74$)

Para el presente estudio esta escala ha sido modificada a fin de evaluar de manera específica los momentos de mayor o menor intensidad de ansiedad en los pacientes hospitalizados y en espera de una pre cirugía, presentándose 36 ítems. por tal motivo la modificatoria de este estudio hay sido llevada a validación por juicio de expertos, los cuales se presentan en anexos.

Inventario de Estimación de Afrontamiento – COPE

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de afrontamiento COPE de Carver, adaptado por Casuso (1996) y ha sido utilizado en varias investigaciones que han corroborado su utilidad, validez y confiabilidad, el instrumento es de tipo Likert con 4 puntos de calificación:

Puntaje 1 “nunca hago eso”

Puntaje 2 “a veces hago eso”

Puntaje 3 “a menudo hago eso”

Puntaje 4 “siempre hago eso”

La primera parte del instrumento es la presentación, en el cual se mencionan los objetivos del estudio, datos socio demográficos, instrucciones y los enunciados de acuerdo a las dimensiones e indicadores.

ÁREAS	ESTRATEGIAS	ÍTEMS
Estrategias de afrontamiento centradas en el problema. (10 ítems)	Afrontamiento activo.	1, 15
	Planificación de actividades.	2, 16
	Supresión de actividades distractoras.	3, 17
	Postergación del afrontamiento.	4, 18
	Búsqueda de soporte social por razones instrumentales.	5, 19
Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. (10 ítems),	Búsqueda de soporte social por razones emocionales.	6, 20
	Reinterpretación positiva y crecimiento.	7, 21
	Aceptación.	8, 22
	Acudir a la religión.	9, 23
	Negación.	10, 24
Otras estrategias adicionales de afrontamiento. (8 ítems)	Centrarse en las emociones y liberarlas.	11, 25
	Desconexión mental.	12, 26
	Humor.	13, 27
	Desconexión conductual.	14, 28

Los niveles de afrontamiento fueron calculados mediante la aplicación de la escala de Stanones encontrándose el siguiente baremo:

- Nivel bajo de afrontamiento: 0 - 59
- Nivel medio de afrontamiento: 60 - 70
- Nivel alto de afrontamiento: 71 - 112

4.5. Procedimiento de recolección de datos.

- Se realizaron las coordinaciones respectivas a fin de obtener la autorización de los directivos para la realización del estudio.
- Se realizaron las visitas al servicio de cirugía a fin de encontrar a los pacientes para poder realizar la encuesta.
- Se les hizo firmar un consentimiento informado individualizado antes de encuestar a los pacientes.
- Se preparó el material para la recolección de la información.

4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos.

Para el análisis e interpretación de datos se aplicó la estadística descriptiva porque nos permitió describir cada una de las variables según número de casos y porcentajes para el análisis de los datos. Además, se utilizó la estadística inferencial, que permitió inferir el comportamiento de las variables, los cuales fueron procesados electrónicamente en el SPSS 23. Para los datos obtenidos se elaboró una sábana de tabulación electrónica en el SPSS 23, y luego se vació la información en esta sábana electrónica y posteriormente se aplicó la prueba de Chi^2 para correlacionar las variables de estudio.

V. RESULTADOS

TABLA N° 5.1

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD CON LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO PROGRAMADO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ – ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

			NIVEL DE AFRONTAMIENTO			Total
			NIVEL BAJO DE AFRONTAMIENTO	NIVEL MEDIO DE AFRONTAMIENTO	NIVEL ALTO DE AFRONTAMIENTO	
NIVELES DE ANSIEDAD	ANSIEDAD LEVE	N°	9	4	14	27
		%	8,5%	3,8%	13,2%	25,5%
	ANSIEDAD MODERADA	N°	19	25	4	48
		%	17,9%	23,6%	3,8%	45,3%
	ANSIEDAD SEVERA	N°	29	2	0	31
		%	27,4%	1,9%	0,0%	29,2%
Total		N°	57	31	18	106
		%	53,8%	29,2%	17,0%	100,0%

Fuente: Encuesta propia

El 25.5% de los pacientes presentan ansiedad leve, de este porcentaje el 13.2% presenta un nivel de afrontamiento alto, así mismo se observa que del 45.3% de los que presentan ansiedad moderada el 23.6% presenta un nivel de afrontamiento medio, en el caso del 29.2% de pacientes con ansiedad severa, el 27.4% presentan ansiedad severa.

TABLA N° 5.2

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD CON LOS NIVELES DE AFRONTAMIENTO CENTRADOS EN EL PROBLEMA DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ-ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

			NIVELES DE ANSIEDAD			Total
			ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA	
Niveles de afrontamiento centrados en el problema	bajo	N	2	30	22	54
		%	1,9%	28,3%	20,8%	50,9%
	medio	N	7	18	6	31
		%	6,6%	17,0%	5,7%	29,2%
	alto	N	18	0	3	21
		%	17,0%	0,0%	2,8%	19,8%
Total		N	27	48	31	106
		%	25,5%	45,3%	29,2%	100,0%

Fuente: Encuesta propia

Del 50.9% de los pacientes con nivel de afrontamiento bajo centrados en el problema el 28.3% presenta ansiedad moderada en 28.3% y ansiedad severa el 20.8%, contrariamente a esto, del 19.8% de los pacientes con nivel de afrontamiento centrados en el problema alto, el 17% presenta ansiedad leve. En el caso del 29.2% de los pacientes con afrontamiento medio el 17% posee ansiedad moderada.

TABLA N° 5.3

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD CON LOS NIVELES DE AFRONTAMIENTO CENTRADOS EN LAS EMOCIONES DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ-ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

			NIVELES DE ANSIEDAD			Total
			ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA	
Niveles de afrontamiento centrados en la emoción	bajo	N	1	30	28	59
		%	0,9%	28,3%	26,4%	55,7%
	medio	N	7	17	1	25
		%	6,6%	16,0%	0,9%	23,6%
	alto	N	19	1	2	22
		%	17,9%	0,9%	1,9%	20,8%
Total		N	27	48	31	106
		%	25,5%	45,3%	29,2%	100,0%

Fuente: Encuesta Propia

Los resultados muestran que el 55.7% presentan un nivel bajo de afrontamiento centrados en la emoción, de ellos el 26.4% presentan ansiedad severa y el 28.3% presentan ansiedad moderada. En el caso de los pacientes con el nivel de afrontamiento medio que llega al 23.6% de ellos el 16% presentan ansiedad moderada, así mismo el 20.8% de los que presentan nivel de afrontamiento alto, el 17.9% tienen ansiedad leve.

TABLA N° 5.4

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD CON OTRAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ – ESSALUD - HUANCAYO, 2016.

			NIVELES DE ANSIEDAD			Total
			ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA	
Otras estrategias de afrontamiento	Nivel bajo	N	4	32	26	62
		%	3,8%	30,2%	24,5%	58,5%
	Nivel medio	N	8	13	4	25
		%	7,5%	12,3%	3,8%	23,6%
	Nivel alto	N	15	3	1	19
		%	14,2%	2,8%	0,9%	17,9%
Total		N	27	48	31	106
		%	25,5%	45,3%	29,2%	100,0%

Fuente: Encuesta propia

El 58.5% de los pacientes con nivel bajo con otras estrategias de afrontamiento, el 24.5% presentan ansiedad severa, del 23.6% de los pacientes con nivel medio de afrontamiento el 12.3% presenta ansiedad moderada, en el caso de los pacientes con nivel alto de afrontamiento que es el 17.9% el 14.2% presenta ansiedad leve.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de hipótesis con resultados.

TABLA N° 6.1.1

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD CON LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO PROGRAMADO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ – ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,718 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	54,796	4	,000
Asociación lineal por lineal	31,665	1	,000
N de casos válidos	106		

a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,58.

La prueba de hipótesis aplicada indica que existe una relación altamente significativa entre los niveles de afrontamiento y los niveles de ansiedad, siendo esta altamente significativa ya que se obtuvo un $P < 0.01$, con ello queda demostrada la asociación entre estas dos variables, además las proporciones obtenidas nos indican que a medida que los niveles de afrontamiento son bajos, los niveles de ansiedad se elevan.

TABLA N° 6.2.2

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD CON LOS NIVELES DE AFRONTAMIENTO CENTRADOS EN EL PROBLEMA DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ - ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57,038 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	60,837	4	,000
Asociación lineal por lineal	31,951	1	,000
N de casos válidos	106		
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,35.			

La relación de los niveles de ansiedad con los niveles de afrontamiento centrados en el problema, es altamente significativa según los resultados de la prueba de hipótesis obtenida, donde se evidencia una probabilidad de error menor de 0.01, con lo cual queda demostrada la hipótesis específica planteada para esta dimensión del afrontamiento.

TABLA N° 6.3.3

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD CON LOS NIVELES DE AFRONTAMIENTO CENTRADOS EN LAS EMOCIONES DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ-ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	71,693 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	76,941	4	,000
Asociación lineal por lineal	48,388	1	,000
N de casos válidos	106		
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,60.			

Con el resultado que se muestra de la prueba de hipótesis para la relación entre el nivel de ansiedad y el nivel de afrontamiento centrados en la emoción, de acuerdo al P valor obtenido, se demuestra que existe una relación altamente significativa entre estas dos variables.

TABLA N° 6.4.4

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD CON OTRAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ - ESSALUD - HUANCAYO, 2016.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,653 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	42,736	4	,000
Asociación lineal por lineal	33,750	1	,000
N de casos válidos	106		
a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,84.			

Según los resultados obtenidos en la prueba de hipótesis, existe una relación altamente significativa entre el nivel de ansiedad y nivel de afrontamiento de otras estrategias, esta relación es altamente significativa según la significación bilateral menor a 0.01 quedando comprobada la tercera hipótesis específica presentada en este estudio.

6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares

La ansiedad es una situación esperada en pacientes que son hospitalizados y tratados en entornos distintos al ambiente familiar, sin embargo esta ansiedad si no es adecuadamente controlada se convierte en un aspecto que pone en riesgo la vida del paciente, ya que suele alcanzar niveles muy altos que repercuten en los procesos de enfermedad, esto se suele agudizar cuando el paciente es sometido a acto quirúrgico, en este estudio se ha encontrado niveles de ansiedad bastante altos, como se evidencia en los resultados el 45.36% presentó ansiedad moderada seguida del 29.2% de pacientes con ansiedad severa, y un 25.5% de ansiedad leve. También se encontró que al 17.92% de los pacientes están bastante contrariados ya que tienen duda de que la operación sea el camino correcto para calmar sus dolencias o recuperar su salud.

Como se evidencia el estado de ansiedad del paciente no solo se debe a una situación normal y esperada, sino que está fuertemente influenciada por un inadecuado trato y poca comunicación con el mismo respecto a la información que debe recibir del acto quirúrgico.

Estos resultados han sido disentidos con los aspectos que provocan una ansiedad mayor, se observa principalmente que el 25.47% están bastante preocupados por posibles complicaciones

de la operación, el 43.40% se encuentran angustiados, ya que piensan que tal vez queden peor después -de la operación, el 32.8% no tiene confianza en sí mismo, no están seguros que la operación vaya bien. El 40.57% refiere sentirse bastante ansiosos por que esto pase lo más pronto posible, al 51.89% le preocupa bastante esta enfermedad. Al 63.21% le gustaría bastante recibir una información lo más completa posible sobre la anestesia, el 52.83% así mismo refieren que les gustaría bastante recibir mayor información completa respecto a la intervención. El 43.40% refieren que se sienten bastante ansiosos por separarse de sus familiares debido a la operación. Para el 51.89% quieren saber bastante si los que conforman el equipo quirúrgico tienen experiencia operando, el 52.83 de pacientes refieren sentirse bastante angustiados al saber que sus familiares no pueden permanecer con ellos durante la operación, el 48.11% están bastante angustiados por saber cuándo abandonarán el hospital, la desesperación para que el momento de la operación pase lo más antes posible, esto afecta al 49.6% de los pacientes, así mismo el temor al dolor que puede ocasionar la operación con el 60.4%, así mismo el 58.4% se siente ansioso por la incertidumbre de no saber cómo quedará después de la operación, el 42.5% se siente con mucha ansiedad porque no recibieron la información suficiente de parte del personal de salud, por lo que el no saber qué ocurrirá en el momento de la operación, los afecta

negativamente generando en ellos miedo y ansiedad a lo desconocido.

Ortiz, J., Suwei, W., et al., quien concluye que los folletos educativos que desarrollo para que los pacientes mejoraran la satisfacción del paciente con respecto a su conocimiento del proceso perioperatorio, pero no redujeron la ansiedad relacionada con la cirugía.⁵ esto nos indica que la ansiedad en un momento tan difícil, donde se pone en riesgo hasta la vida del paciente, no es una emoción que pueda disminuir con una lectura, más bien requiere de toda una intervención integral desde el trato que recibe con los familiares, con el personal de salud y con los mismos pacientes, hasta el trato con psicólogos que trabajen utilizando estrategias para disminuir esta ansiedad.

Calsinski, C., et al., por su parte reporta que se observó que la existe una reducción de los síntomas de ansiedad cuando existe un fomento adecuado de la participación de los miembros de la familia en los pacientes de preoperatorio de cirugía cardíaca.⁶ lo cual nos ilustra la preocupación y ansiedad del paciente cuando un gran porcentaje de ellos indica que tienen ansiedad ya que estarán separados de sus familiares durante la operación, así mismo refieren que les causa ansiedad el estado de preocupación en el que se encuentran los pacientes.

Nuestros hallazgos son distintos a lo reportado por Batista dos

Santos, M., et al., donde encontró que los participantes mostraron bajos niveles de ansiedad, en el preoperatorio, así mismo fue bajo el nivel de depresión y estrés. Esto principalmente ha sido explicado por la conducta del personal de enfermería quienes son más proactivos en la evaluación y la intervención en los estados emocionales.⁷, sin embargo, en nuestro estudio los personales de salud en general no desarrollan una función adecuada que influya en el nivel de ansiedad del paciente, esto se manifiesta cuando los pacientes mencionan que tienen ansiedad por que desconocen sobre el proceso operatorio o simplemente refieren que no han recibido una orientación adecuada.

Esto último es corroborado por Machado dos Santos, M., et al., quien reporta que la ansiedad y la preocupación de los pacientes se da principalmente por falta de información del personal de salud sobre el postoperatorio del cuidado del paciente.⁸

Nuestros hallazgos son cercanos a lo hallado por Naranjo K., Salazar J. Resultados, quien encuentra que el 60.2 % de los pacientes presentan ansiedad, además este autor realiza la comprobación de la información sobre la ansiedad y propicia la visita pre anestésica del anesthesiólogo al paciente, para explicarle sobre la anestesia, este acto se comporta como factor protector de la ansiedad con una p 0.00046, al igual que el conocer al anesthesiólogo con una p 0.00026, el 71% de los pacientes que

recibieron la visita pre anestésica se encontraron satisfecho con la realización de la misma. ⁹ es por ello que en nuestro estudio se observa alta frecuencia de ansiedad provocada por el desconocimiento en relación a la anestesia.

Respecto a los resultados encontrados a nivel de las dimensiones los niveles de afrontamiento centrados en el problema, nos muestran que el 50.9% de los pacientes presentan un nivel de afrontamiento bajo, de ellos el 28.3% presenta ansiedad moderada y el 20.8% presentan ansiedad severa. En este mismo tipo de afrontamiento el 19.8% presentó un nivel de afrontamiento alto, este afrontamiento en relación a la ansiedad se ubica en un 17% de pacientes que presentan ansiedad leve y un 2.8% con ansiedad severa. ($p < 0.01$)

En referencia a las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, se observa que el 55.7% de los pacientes presentan un nivel de afrontamiento bajo, de ellos el 28.3% presentan ansiedad moderada y 26.4% de ansiedad severa, esto nos indica que, a menor nivel de afrontamiento centrado en las emociones, mayor es la ansiedad. Contrariamente a ello se observa en el 20.8% de pacientes que presentaron un nivel de afrontamiento centrado en las emociones alto, de ellos el 17.9% presenta ansiedad leve y un 0.9% presenta

ansiedad moderada, esto da a entender que las estrategias de afrontamiento logran disminuir o evitar la ansiedad. (p<0.01)

Referente a las estrategias de afrontamiento basados en otras estrategias de afrontamiento, se encontró que el 58.5% de pacientes presentan un nivel de afrontamiento bajo, de ellos el 30.2% tiene ansiedad moderada y el 24.5% ansiedad severa. Los pacientes que presentan un nivel alto en otras estrategias de afrontamiento son 17.9%, de los cuales desencadenan ansiedad leve el 14.2%. Corroborándose así que las estrategias de afrontamiento adecuadas, controlan en gran medida la aparición de la ansiedad preoperatoria en los pacientes (p<0.01)

A Nivel Nacional, nuestros resultados han sido comparados con Gil N., quien obtuvo el 66,7% nivel alto de ansiedad, seguido de un 33,3%, nivel moderado de ansiedad¹⁰ estos hallazgos son más altos en relación a nivel de ansiedad que lo hallado en nuestro estudio.

Así mismo, comparando nuestros resultados con Quijano S., Resultados, quien del 100% (30), 70% (21) refiere que el nivel de ansiedad es medio, seguido de 17% (05) alto y 13% (04) es bajo.

¹¹ al igual que en nuestro estudio el nivel de ansiedad más frecuente es el nivel medio.

Igualmente se revisaron antecedentes de estudio en relación a las estrategias de afrontamiento, así Alarcón, S., manifiesta que la mayoría de los pacientes utilizan como estrategias de afrontamiento aquellas que están centradas en la emoción que se evidencia por el apoyo en la religión y búsqueda de soporte emocional; seguida por un porcentaje considerable de pacientes que utilizan estrategias centradas en el problema ya que tratan de cumplir las indicaciones y buscan información para enfrentar mejor el problema.¹² estos hallazgos tienen la misma tendencia que en nuestros hallazgos, donde se observa que prima el afrontamiento centrado en las emociones.

A pesar que García, utilizó una escala diferente para evaluar la ansiedad, manifiesta que el mayor porcentaje de la muestra presentó Ansiedad Marcada con un 46%, esto es equivalente a la ansiedad severa con un 40% de hallazgo en este estudio.¹³

La correlación de nuestras dos variables de estudio, según los resultados encontrados es alta y significativa, lo cual quiere decir que cuando no existen adecuadas estrategias de enfrentamiento la ansiedad es alta, esto mismo halló Lostaunau, A., quien muestra según sus hallazgos una importante relación entre

ambas variables, lo cual contribuye en el conocimiento de estos pacientes.¹⁴

Nuestros hallazgos difieren con López, L., quien encontró la existencia de Ansiedad pre quirúrgica en un 28,43%, con mayor predominancia de ansiedad preoperatoria en las del sexo femenino (96,6%),¹⁵ estos resultados son menores a lo reportado en este estudio.

VII. CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados las conclusiones son:

- a) Existe una relación altamente significativa entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento se observa que cuando existe un nivel bajo de afrontamiento, genera una mayor ansiedad moderada y ansiedad severa. ($p \leq 0.01$)
- b) Existe una relación altamente significativa entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, se observa que cuando existe un nivel bajo de afrontamiento, genera una mayor ansiedad moderada y ansiedad severa. ($p \leq 0.01$)
- c) Existe una relación altamente significativa entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, ya que los resultados muestran que a un nivel bajo de afrontamiento es mayor la ansiedad moderada y la ansiedad severa. ($p \leq 0.01$)
- d) Existe una relación altamente significativa del nivel de ansiedad con otras estrategias de afrontamiento, se identifica una proporción mayor de ansiedad moderada y ansiedad severa en los pacientes que registran bajo nivel de afrontamiento. ($p \leq 0.01$)

VIII. RECOMENDACIONES

- a) Al personal de salud que brinda atención a los pacientes de manera directa se sugiere brindar mayor atención al paciente respecto a la información sobre la cirugía programada y de igual manera al personal de psicología del hospital, se le sugiere enseñar al paciente en la adquisición de estrategias de afrontamiento para controlar mejor el nivel de ansiedad y eventos recreativos que sirvan de apoyo emocional al paciente.
- b) Al director del hospital realizar eventos de capacitación y humanización sobre el trato a los pacientes en función a la ansiedad que ellos puedan presentar.
- c) Gestionar ante la gerencia la presencia de algún familiar durante el acto quirúrgico a fin de servir como un soporte psicológico al paciente.
- d) A las instituciones formadoras de profesionales de salud, realizar trabajos de investigación que traten sobre la evolución y control de la ansiedad intrahospitalaria.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, **La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%.** Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depresión-anxiety-treatment/es/>. Consultada en 6 de agosto del 2015.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, **La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%.** Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depresión-anxiety-treatment/es/>. Consultada el 6 de agosto del 2015.
3. PIAZZA, M, FIESTAS, F. **Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005.** *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. Vol. 31(1):30-8. 2014.
4. MENSORIO M., COSTA J., **Intervención psicológica a candidatos de cirugía bariátrica en un Hospital Público de Brasil.** Tesis para optar el título de magister. Universidad de Brasilia. 2016.
5. ORTIZ J., SUWEI W., **Educación del paciente preoperatorio: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad?. 2015** Houston, EE.UU. disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942015000100007&lang=en. Consultada el 10 de octubre del 2015.

6. CALSINSKI A. et. al.. **Acogimiento y síntomas de ansiedad en los Pacientes Antes de la Cirugía cardíaca. Brasilia. 2014** Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300401&lang=.es. Consultada en octubre del 2015.
7. BATISTA DOS SANTOS., M.. **La ansiedad, la depresión y el estrés en el paciente quirúrgico preoperatorio. Portugal, 2014.** Disponible en: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300002&lang=.es. Consultada en octubre del 2015.
8. MACHADO DOS SANTOS., M. RODRÍGUEZ.. **La percepción de los pacientes sometidos a cirugía ortognática en la atención postoperatoria. Sao Paulo Brasil. 2012** Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700012&lang=es. Consultada en octubre del 2015.
9. Naranjo K., Salazar J. **Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de AMSTERDAM realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los Hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha marzo – octubre 2012.** Tesis para optar el Título de Especialidad – Anestesiólogas. Quito. Universidad Central de Ecuador. 2012.
10. Gil N. **Efectividad de un Programa Educativo de Enfermería en**

el Nivel de Ansiedad Preoperatoria, en Pacientes Programados a Trabeculectomía Electiva en el Instituto Regional de Oftalmología de Trujillo. Tesis para optar el título de Magister – Ciencias de la Salud. Trujillo – Perú. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. 2015.

11. Quijano S. **Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013.** Tesis para optar título de Enfermería. Lima – Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015.
12. ALARCÓN OCHOA, S. **Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en el Centro Especializado de Enfermedades Renales.** Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-782313>.
Consultada en noviembre del 2015.
13. GARCÍA, R. **Nivel de ansiedad según la escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Regional de Loreto julio-septiembre 2013.** Tesis para optar el Título de Médico – Cirujano. Iquitos. Universidad Nacional De La Amazonía Peruana. 2014.
14. LOSTAUNAU, A.. **Ansiedad Rasgo y recursos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo II.** Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima.

Pontificia Universidad Católica del Perú.2013.

15. LÓPEZ L. **Ansiedad preoperatoria en pacientes del Hospital Regional de Loreto**. Tesis para optar el Título de Médico – Cirujano. Iquitos. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2012.
16. TORREJÓN C. **Ansiedad y afrontamiento en universitarios migrantes**. Tesis para el título de Licenciado en psicología clínica. Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. 2011.
17. HALES, R. **Tratado de Psiquiatría**. Segunda edición. Editorial Ancora S.A. Cap. 14. "Trastornos de ansiedad" pág. 523. Año 1996. Versión Online.
18. MAYO, R. **El significado de la ansiedad**. Río de Janeiro: Zahar. 1980. tapa. 3, p. 66-103: interpretación biológica de la ansiedad.
19. DRATCU, L.; LADER, M. **Ansiedad: concepto, clasificación y biología: Una interpretación contemporánea de la literatura**. J. Bras. Psiquiatr, V. 42, no. 1, p. 19-32, 1993.
20. ENDLER, N. S. **State-trait coping, state-trait anxiety and academic performance. Personality and Individual Differences**; 16 (5). Pág. 16. 1996
21. GOLDMAN, H. **Review of general psychiatry**. USA: Prentice Hall International Inc. Pág. 16.1992

22. ENGLER, B. **Introducción a las teorías de la personalidad.**
México: Mc Graw-Hill / Interamericana Editores. Pág. 17. 1996.
23. SARASON, I. G., SARASON, B. R. **Psicología anormal. El problema de la conducta inadaptada.** México: Prentice Hall Hispanoamericana. Pág. 17. 1996.
24. NAVAS, J. **Ansiedad en la toma de exámenes: Algunas explicaciones cognoscitivas-conductuales. Revista de Aprendizaje y Comportamiento.** 7 (1). Pág. 18. 1989.
25. PAPALIA, D. E. **Psicología.** Madrid: Editorial Mc Graw-Hill. Pág. 18. 1994.
26. MARTÍNEZ G. **Valoración del Estado de Salud.** Edit. OPS-OMS. Washington. EE.UU. America. 1990
27. COOK J. "Enfermería Psiquiátrica". 2da Edición. Ed. Interamericana. España. Pp323. 1990.
28. S/A "El aborto y la salud mental de la mujer". Estudios revisados por el Gobierno de los Estados Unidos. Ansiedad y Aborto.
29. Op. cit (23).pp 320
30. Op. cit (24).pp 19
31. Op. cit (23).pp 320
32. Cano V., A. "Ansiedad" (en línea) (02-02-2006),
URL:<http://www.ucm.es/info/seas/fag/index.htm>

**ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

“NIVEL DE ANSIEDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO PROGRAMADO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ - ESSALUD – HUANCAYO, 2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				METODOLOGÍA
			VARIABLES	CONCEPTOS	DIMENSIÓN	INDICADORES	
<p>Problema general. ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento del paciente quirúrgico programado en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé - Es Salud Huancayo 2016?</p> <p>Problemas específicos • ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, del paciente quirúrgico programado del Servicio</p>	<p>Objetivo general. • Determinar la relación entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento del paciente quirúrgico programado en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016.</p> <p>Objetivos específicos. • Describir la relación entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento</p>	<p>Hipótesis general • Existe relación altamente significativa entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento del paciente quirúrgico del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - EsSalud Huancayo 2016.</p> <p>Hipótesis específicas. • Existe relación altamente significativa entre</p>	<p>VARIABLE 1: Nivel de ansiedad</p>	<p>Tendencia a percibir situaciones como más amenazantes (ansiedad rasgo) y un periodo caracterizado por un sentimiento de tensión, aprensión y aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, pudiendo variar tanto en el tiempo como en la ansiedad. (Spielberg,</p>	<p>• Ansiedad leve • Ansiedad moderada • Ansiedad severa</p>	<p>• Ítem del 1 al 46</p>	<p>• Tipo de investigación <ul style="list-style-type: none"> ▾ Correlacional ▾ Prospectivo. ▾ Transversal </p> <p>• Diseño de la investigación <ul style="list-style-type: none"> ▾ No experimental, correlacional y transversal. </p> <p>• Población 145 pacientes que reúnen los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>• Muestra <ul style="list-style-type: none"> ▾ Tamaño de la muestra: se halló con la fórmula de proporciones que nos da 106 pacientes. </p> <p>• Técnicas e Instrumentos</p>

<p>de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016? • ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad con otras estrategias de afrontamiento, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016? 	<p>centradas en el problema, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016. • Describir la relación entre el nivel de ansiedad con otras 	<p>el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General - EsSalud Huancayo 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación altamente significativa entre el nivel de ansiedad con las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General <p>EsSalud Huancayo 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación 	<p>VARIABLE 2: Estrategias de afrontamiento</p>	<p>Gorsuch y Lushene, 1970).</p> <p>Se considera al afrontamiento como un proceso variable, donde el individuo varía de estrategia usada de acuerdo a las demandas psicológicas y ambientales que le afectan en cada momento determinado. (Folkman y Geer, 2000, Lazarus y Folkman, 1986 y 1987).</p>	<p>Estrategias de afrontamiento centradas en el problema.</p> <p>Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento activo. • Planificación de actividades. • Supresión de actividades distractoras. • Postergación del afrontamiento • Búsqueda de soporte social por razones instrumentales. • Búsqueda de soporte social por razones emocionales. • Reinterpretación positiva y crecimiento. • Aceptación. • Acudir a la religión. • Centrarse en las emociones y liberarlas. 	<p>Técnicas: Encuesta.</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE). • Inventario de estimación de afrontamiento – COPE. • Plan de análisis e interpretación de datos <p>Para el análisis e interpretación de datos se aplicará Estadística Descriptiva porque nos permitirá describir cada una de las variables según número de casos y porcentajes para el análisis de los datos. Además, se utilizará estadística inferencial, que permitirá inferir el comportamiento de las variables, las cuales serán procesadas electrónicamente en el SPSS 23.</p>
---	--	--	--	---	---	---	--

	estrategias de afrontamiento, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Es Salud Huancayo 2016.	altamente significativa entre el nivel de ansiedad con otras estrategias de afrontamiento, del paciente quirúrgico programado del Servicio de Cirugía General EsSalud Huancayo 2016.			Otras estrategias adicionales de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Negación. • Desconexión mental. • Humor. • Desconexión conductual. 	Para los datos obtenidos se elaborará una sábana de tabulación electrónica en el SPSS 23, y luego se vaciará la información en esta sábana electrónica y posteriormente se aplicará la prueba de Chi2 para correlacionar las variables de estudio.
--	---	--	--	--	--	---	--

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A : Director del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé
Es Salud - Huancayo

De :

Asunto : Autorización para aplicar Encuesta

Me es grato dirigirme a su persona para saludarlo muy cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que se le concede de autorización para la aplicación de encuestas para el trabajo de Investigación Titulado "Nivel de Ansiedad y Estrategias de Afrontamiento del Paciente Quirúrgico Programado del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud – Huancayo, 2016". Atentamente;

DNI N°:

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD DE POSTGRADO SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES:

Edad:

Sexo:

Tipo de Cirugía: Mayor () Intermedio () Menor ()

Cirugía previa: Si () No ()

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD DE SPIELBERGER MODIFICADA PARA PACIENTES EN FASE PREOPERATORIA

(STAI-ESTADO)

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 indicando cómo se siente usted AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

N°	ÍTEMS	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1	Me siento calmado frente a la cirugía.				
2	Me siento seguro de la operación, sé que será un éxito.				
3	Estoy contrariado tal vez no sea una buena opción la cirugía.				
4	Me siento cómodo (estoy a gusto) sé que es lo único que me aliviará.				
5	Estoy preocupado por posibles complicaciones de la operación.				
6	Me siento tranquilo al saber que por fin terminare con este mal.				
7	Me siento angustiado, tal vez quede peor después de la operación.				
8	Me siento confortable, este lugar me inspira seguridad.				

9	Tengo confianza en mí mismo, estoy seguro que toda ira bien.				
10	Estoy impaciente quiero que esto pase lo más pronto posible.				
11	Me siento oprimido, tengo un extraño dolor en el pecho.				
12	Me preocupa esta enfermedad				
13	Me pone nervioso no curarme totalmente a pesar de la operación.				
14	Temo no poder hacer las mismas cosas que hacía antes de esta operación.				
15	Creo que no podré soportar el dolor producido por la operación.				
16	Temo morirme durante la operación.				
17	Me preocupan las inyecciones que me aplican.				
18	Me inquieta que me saquen sangre.				
19	Me preocupa cómo me pondrán la anestesia.				
20	Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia.				
21	Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención.				
22	Estoy ansioso por saber que se siente durante la anestesia.				
23	Me inquieta como recuperaría la consciencia después de la anestesia.				
24	Temo no poder despertarme durante la operación.				
25	Me angustia pensar en cómo será el quirófano.				
26	Me siento ansioso por separarme de mis familiares debido a la operación.				
27	Me preocupa lo que pueda sentir durante la operación				
28	No sé si me quedarán señales tras la operación.				
29	Quisiera saber si los que forman el equipo quirúrgico tienen experiencia operando.				

30	Qué comeré después de la operación.				
31	Me angustia saber que mis familiares no podrán permanecer conmigo durante mi operación.				
32	Quisiera saber cuándo podré abandonar el hospital.				
33	Me preocupa expresar miedo a la operación.				
34	Me angustia relacionarme con personas desconocidas				
35	Me preocupa que mis familiares estén nerviosos.				
36	Me esfuerzo mucho con tal de superar mi enfermedad				

ANEXO 4

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE MEDICIÓN PARA JUICIO DE EXPERTOS**

N°	Pregunta	APRECIACIÓN						OBSERVACIONES
		Jurado 1		Jurado 2		Jurado 3		
		Si	No	Si	no	Si	no	
1	El instrumento responde al planteamiento del problema	1	0	1	0	1	0	
2	El instrumento persigue los fines de los objetivos generales.	1	0	1	0	0	1	
3	El instrumento persigue a los fines de los objetivos específicos.	1	0	1	0	1	0	
4	Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento.	1	0	1	0	1	0	
5	El instrumento responde a la operacionalización de las variables.	1	0	1	0	1	0	
6	La escala utilizada es correcta.	1	0	0	1	0	1	
7	Los reactivos siguen un orden lógico.	0	1	1	0	1	0	
8	Los ítems están redactados en forma clara y precisa.	1	0	1	0	1	0	
9	El número de ítems que cubre cada dimensión es el correcto	1	0	1	0	1	0	
10	Se deben considerar otros ítems.	1	0	0	1	1	0	

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

"NIVEL DE ANSIEDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE QUIRURGICO PROGRAMADO DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PIRIALE BRIALE ES SALUD HUANCAYO, 2016"

ITEM	INDICADORA	OBSERVACIONES		
		MEDIDO		Observaciones
		SI	NO	
1	El instrumento responde al planteamiento del problema	✓		
2	El instrumento persigue las fines de los objetivos generales.	✓		
3	El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos.	✓		
4	Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento	✓		
5	El instrumento responde a la operacionalización de las variables.	✓		
6	La escala utilizada es correcta.	✓		
7	Los reactivos siguen un orden lógico		✓	
8	Las items están redactados en forma clara y precisa.	✓		
9	El número de items que cubre cada dimensión es el adecuado	✓		
10	Se deben considerar otros items.	✓		

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

"NIVEL DE ANSIEDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE QUIRURGICO PROGRAMADO DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE. BIALÉ ES SALUD – HUANCAYO, 2016"

ITEM	PREGUNTA	OBSERVACIONES		
		JURAMENTO		Observaciones
		SI	NO	
1	El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2	El instrumento persigue los fines de los objetivos generales.	X		
3	El instrumento persigue a los fines de los objetivos específicos.	X		
4	Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento.	X		
5	El instrumento responde a la operacionalización de las variables.	X		
6	La escala utilizada es correcta.		X	
7	Los resultados siguen un orden lógico.	X		
8	Los ítems están redactados en forma clara y precisa.	X		
9	El número de ítems que cubren cada dimensión es el correcto	X		
10	Se deben considerar otros ítems.		X	

Handwritten signature and official stamp of the institution.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

"NIVEL DE ANSIEDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE QUIRURGICO PROGRAMADO DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PIALÉ ESPALÉ ES SALUD - HUANCAYO, 2018"

ITEM	PREGUNTA	OBSERVACIONES		
		JURADO		Observaciones
		SI	NO	
1	El instrumento responde al planteamiento del problema.			
2	El instrumento persigue los fines de los objetivos generales.			
3	El instrumento persigue a los fines de los objetivos específicos.			
4	Las directrices que se han seguido en cuanto son adecuadas para la realización del instrumento.			
5	El instrumento responde a la operacionalización de las variables.			
6	La escala utilizada es correcta.			
7	Las escalas utilizadas están bien.			
8	Las items están redactados en forma clara y precisa.			
9	El número de items que cubren cada dimensión es el adecuado.			
10	Se deben considerar otros items.			

Escuela General de Turismo
 UPEL - Huancayo
 2018

ANEXO 5

NIVEL DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el Alpha de Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right]$$

Donde:

α : Coeficiente Alpha.

S_i^2 : Varianza de cada ítem.

S^2 : Varianza total de la fila.

K : El número de preguntas o ítems.

Σ : Sumatoria

CONFIABILIDAD GENERAL:

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.914	.914	30

CONFIABILIDAD POR ÍTEMS

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Me siento calmado frente a la cirugía	37.57	161.909	.784	.910
Me siento seguro de la operación, sé que será un éxito	37.33	159.471	.805	.920

Estoy contrariado tal vez no sea una buena opción la cirugía	37.47	160.947	.835	.910
Me siento cómodo (estoy a gusto) sé que es lo único que me aliviara	37.73	165.857	.695	.912
Estoy preocupado por posibles complicaciones de la operación	37.77	166.323	.739	.950
Me siento tranquilo al saber que por fin terminare con este mal	37.70	164.217	.779	.860
Me siento angustiado, tal vez quede peor después de la operación	37.73	169.099	.511	.856
Me siento confortable, este lugar me inspira seguridad	37.73	165.720	.703	.876
Tengo confianza en mí mismo, estoy seguro que todo ira bien	37.67	166.644	.750	.910
Estoy impaciente quiero que esto pase lo más pronto posible	37.70	164.631	.756	.864
Me siento oprimido, tengo un extraño dolor en el pecho	37.77	168.392	.610	.891
Me preocupa esta enfermedad	37.90	170.852	.695	.912
Me pone nervioso no curarme totalmente a pesar de la operación	37.97	175.413	.514	.906
Temo no poder hacer las mismas cosas que hacía antes de esta operación	37.87	169.775	.642	.863

Creo que no podré soportar el dolor producido por la operación	37.83	170.626	.556	.846
Temo morirme durante la operación	37.60	170.524	.386	.843
Me preocupan las inyecciones que me aplican	37.80	169.062	.646	.952
Me inquieta que me saquen sangre	37.73	167.237	.669	.925
Me preocupa como me pondrán la anestesia	37.57	161.909	.784	.910
Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia	37.47	160.947	.835	.910
Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención	37.77	166.323	.739	.950
Estoy ansioso por saber que se siente durante la anestesia	37.70	164.217	.779	.860
Me inquieta como recuperaré la consciencia después de la anestesia	37.73	169.099	.511	.856
Temo no poder despertarme durante la operación	37.73	165.720	.703	.876
Me angustia pensar en cómo será el quirófano	37.67	166.644	.750	.910
Me siento ansioso por separarme de mis familiares debido a la operación	37.97	173.413	.560	.916

Me preocupa lo que pueda sentir durante la operación	37.70	164.631	.756	.864
No sé si me quedarán señales tras la operación	37.77	168.392	.610	.891
Quisiera saber si los que forman el equipo quirúrgico tiene experiencia operando	37.90	171.472	.639	.820
Qué comeré después de la operación	37.90	170.852	.695	.812
Me angustia saber que mis familiares no podrán permanecer conmigo durante mi operación	37.97	175.413	.514	.843
Quisiera saber cuándo podré abandonar el hospital	37.87	169.775	.642	.842
Me preocupa expresar mi miedo a la operación	37.77	165.357	.800	.846
Me angustia relacionarme con personas desconocidas	36.60	178.524	.386	.825
Me preocupa que mis familiares estén nerviosos	36.80	169.062	.666	.842
Me esfuerzo mucho con tal de superar mi enfermedad	37.90	170.852	.695	.812

ANEXO 6

DETERMINACIÓN DE LAS CATEGORÍAS DEL NIVEL DE ANSIEDAD

Para realizar la medición de las categorías del nivel de satisfacción se procedió de la siguiente forma:

Promedio (\bar{x}): 85.87

Desviación estándar (15.31):

Nº de preguntas:

Luego se aplicó la *Escala de stanones*, donde:

$$a = 85.87 - (0.75) (15.31)$$

$$a = 85.87 - (0.75) (15.31)$$

$$a = 85.87 - 11.4825$$

$$a = 74.38$$

$$b = \bar{x} + (0.75) (S)$$

$$b = 85.87 + (0.75) (15.31)$$

$$b = 85.87 + 11.4825$$

$$b = 97.35$$

$$a = 74$$

$$b = 97$$

VALOR FINAL:

Ansiedad alta (leve): (98 a 144)

Ansiedad media (moderada): (75 – 97)

Ansiedad baja (severa): (0 – 74)

ANEXO 7

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD DE POSTGRADO SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES:

Edad:

Sexo:

Tipo de Cirugía: Mayor () Intermedio () Menor ()

Cirugía previa: Si () No ()

INVENTARIO DE ESTIMACIÓN DE AFRONTAMIENTO – COPE (Carver y colb., 1989)

INSTRUCCIONES: A continuación, se le presentará una serie de enunciados, para la cual se le pide que conteste a cada uno de ellos, sobre lo que generalmente hace o piensa según sea conveniente, marcando con un aspa (X) cada pregunta, responder solo una vez por enunciado.

N°	AFIRMACIONES	Nunca hago eso	A veces hago eso	A menudo hago eso	Siempre hago eso
1	Me esfuerzo mucho con tal de superar mi enfermedad.				
2	Hago un plan de acción.				
3	Me dedicó solamente a mi enfermedad y dejo de lado todo lo demás.				
4	Me aseguro de no empeorar las cosas actuando rápidamente sin pensar.				
5	Pregunto a personas con igual enfermedad lo que hicieron para superarla				

6	Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.				
7	Trato de entender mi enfermedad de otra manera para que se vea más positiva.				
8	Acepto mi enfermedad, y el hecho de que no pueda cambiarla				
9	Busco la ayuda de Dios.				
10	Hago como si mi enfermedad no hubiera ocurrido.				
11	Me molesto y expreso todo lo que siento.				
12	Me vuelvo al trabajo u otras actividades (ir al cine, ver Tv) que ocupe mi mente de cosas.				
13	Me río de la situación.				
14	Admito que no puedo más con mi enfermedad y dejo de hacer algo para superarla.				
15	Hago paso a paso lo que debe hacerse para superar mi enfermedad.				
16	Pienso en cómo podría enfrentar mejor mi enfermedad.				
17	No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades.				
18	Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo que me ayude a superar mi enfermedad.				
19	Hablo con personas que puedan darme más información sobre mi enfermedad.				
20	Le cuento alguien sobre cómo me siento.				
21	Aprendo algo bueno de mi enfermedad.				
22	Aprendo a vivir con mi enfermedad.				
23	Trato de encontrar consuelo en mi religión.				
24	Me digo "no puedo creer que esto me esté pasando a mí"				
25	Siento que me altero mucho y que expreso demasiado todo lo que siento.				
26	Sueño despierto sobre cosas distintas a mi enfermedad.				
27	Hago bromas al respecto.				
28	Me esfuerzo menos para superar mi enfermedad.				

ANEXO 8

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – ESCALA DE AFRONTAMIENTO

Para la validez del cuestionario se solicitó la opinión de los jueces de expertos, además de aplicar la fórmula "r de Pearson".

$$r = \frac{N \sum xy - \sum x \cdot \sum y}{\sqrt{N \sum x^2 - (\sum x)^2 \cdot N \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

ITEM	PEARSON	ITEM	PEARSON
1	0.32	15	0.31
2	0.39	16	0.29
3	0.30	17	0.35
4	0.11	18	0.47
5	0.46	19	0.47
6	0.51	20	0.64
7	0.23	21	0.37
8	0.28	22	0.09
9	0.36	23	0.37
10	0.02	24	0.17
11	0.24	25	0.32
12	0.43	26	0.40
13	0.28	27	0.02
14	0.12	28	0.07

ANEXO 9

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento: Escala Likert se procedió a utilizar la formula **alfa – crombach**:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

K = 21

K – 1= 20

Si2 = 17.2

St2 = 41.9

Reemplazando en la expresión

Se obtiene Alfa de Crombach = 0.61

Por lo tanto, el instrumento es confiable.

ANEXO 10

TABLA N° 10.1

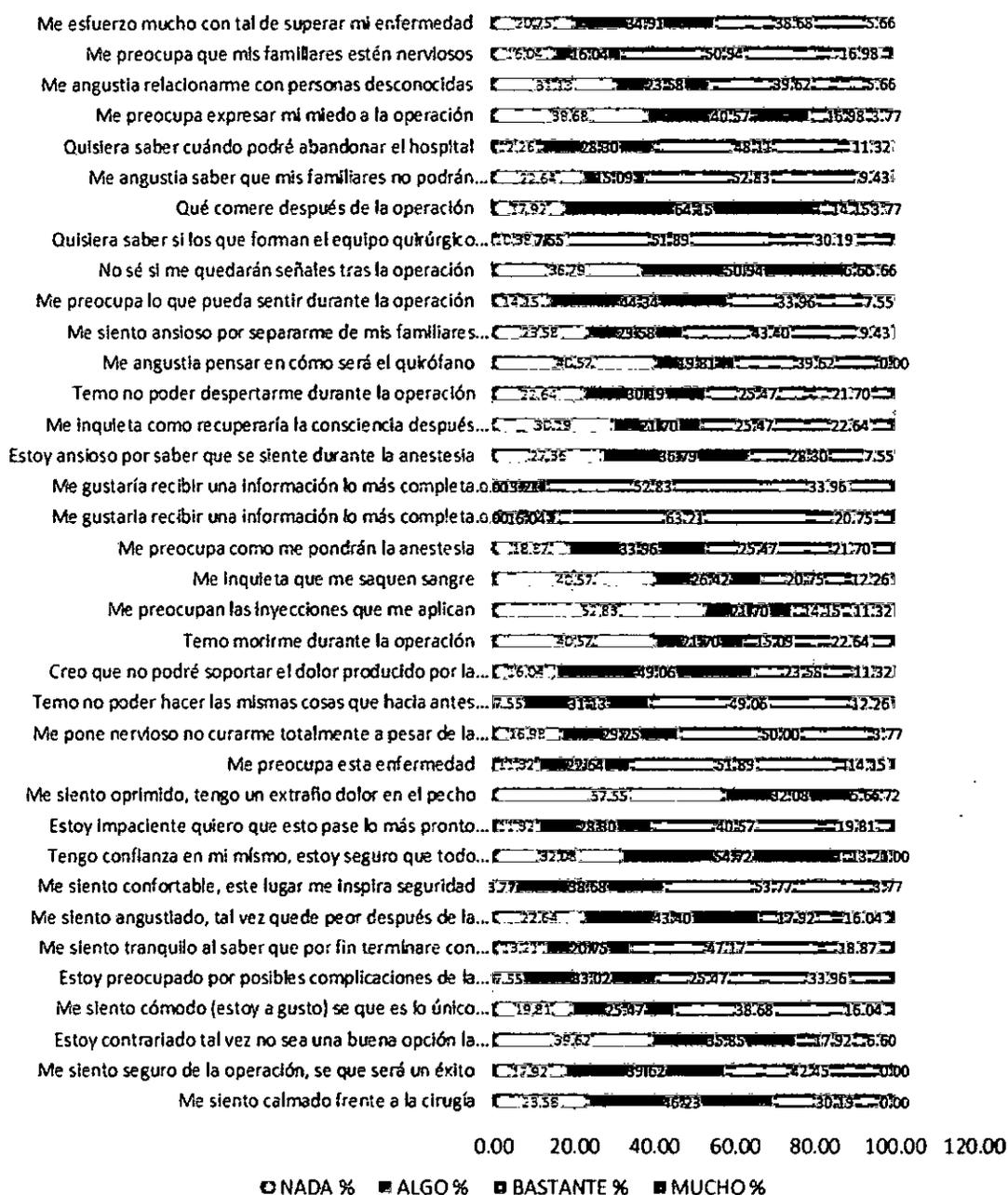
NIVEL DE ANSIEDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO PROGRAMADO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ - ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

Item	NADA		ALGO		BASTANTE		MUCHO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Me siento calmado frente a la cirugía	25	23.58	49	46.23	32	30.19	0	0.00
Me siento seguro de la operación, se que será un éxito	19	17.92	42	39.62	45	42.45	0	0.00
Estoy contrariado tal vez no sea una buena opción la cirugía	42	39.62	38	35.85	19	17.92	7	6.60
Me siento cómodo (estoy a gusto) se que es lo único que me aliviará	21	19.81	27	25.47	41	38.68	17	16.04
Estoy preocupado por posibles complicaciones de la operación	8	7.55	35	33.02	27	25.47	36	33.96
Me siento tranquilo al saber que por fin terminare con este mal	14	13.21	22	20.75	50	47.17	20	18.87
Me siento angustiado, tal vez quede peor después de la operación	24	22.64	46	43.40	19	17.92	17	16.04
Me siento confortable, este lugar me inspira seguridad	4	3.77	41	38.68	57	53.77	4	3.77
Tengo confianza en mi mismo, estoy seguro que todo ira bien	34	32.08	58	54.72	14	13.21	0	0.00
Estoy impaciente quiero que esto pase lo más pronto posible	12	11.32	30	28.30	43	40.57	21	19.81
Me siento oprimido, tengo un extraño dolor en el pecho	61	57.55	34	32.08	6	5.66	5	4.72
Me preocupa esta enfermedad	12	11.32	24	22.64	55	51.89	15	14.15
Me pone nervioso no curarme totalmente a pesar de la operación	18	16.98	31	29.25	53	50.00	4	3.77
Temo no poder hacer las mismas cosas que hacia antes de esta operación	8	7.55	33	31.13	52	49.06	13	12.26
Creo que no podré soportar el dolor producido por la operación	17	16.04	52	49.06	25	23.58	12	11.32
Temo morirme durante la operación	43	40.57	23	21.70	16	15.09	24	22.64
Me preocupan las inyecciones que me aplican	56	52.83	23	21.70	15	14.15	12	11.32
Me inquieta que me saquen sangre	43	40.57	28	26.42	22	20.75	13	12.26
Me preocupa como me pondrán la anestesia	20	18.87	36	33.96	27	25.47	23	21.70
Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia	0	0.00	17	16.04	67	63.21	22	20.75
Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención	0	0.00	14	13.21	56	52.83	36	33.96
Estoy ansioso por saber que se siente durante la anestesia	29	27.36	39	36.79	30	28.30	8	7.55
Me inquieta como recuperaré la consciencia después de la anestesia	32	30.19	23	21.70	27	25.47	24	22.64
Temo no poder despertarme durante la operación	24	22.64	32	30.19	27	25.47	23	21.70
Me angustia pensar en cómo será el quirófano	43	40.57	21	19.81	42	39.62	0	0.00
Me siento ansioso por separarme de mis familiares debido a la operación	25	23.58	25	23.58	46	43.40	10	9.43
Me preocupa lo que pueda sentir durante la operación	15	14.15	47	44.34	36	33.96	8	7.55
No sé si me quedarán señales tras la operación	39	36.79	54	50.94	7	6.60	6	5.66
Quisiera saber si los que forman el equipo quirúrgico tiene experiencia operando	11	10.38	8	7.55	55	51.89	32	30.19
Qué comeré después de la operación	19	17.92	68	64.15	15	14.15	4	3.77
Me angustia saber que mis familiares no podrán permanecer conmigo durante mi operación	24	22.64	16	15.09	56	52.83	10	9.43
Quisiera saber cuándo podré abandonar el hospital	13	12.26	30	28.30	51	48.11	12	11.32
Me preocupa expresar mi miedo a la operación	41	38.68	43	40.57	18	16.98	4	3.77
Me angustia relacionarme con personas desconocidas	33	31.13	25	23.58	42	39.62	6	5.66
Me preocupa que mis familiares estén nerviosos	17	16.04	17	16.04	54	50.94	18	16.98
Me esfuerzo mucho con tal de superar mi enfermedad	22	20.75	37	34.91	41	38.68	6	5.66

Fuente: Encuesta Propia

GRAFICO N° 10.1

NIVEL DE ANSIEDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO PROGRAMADO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.1

TABLA N° 10.2

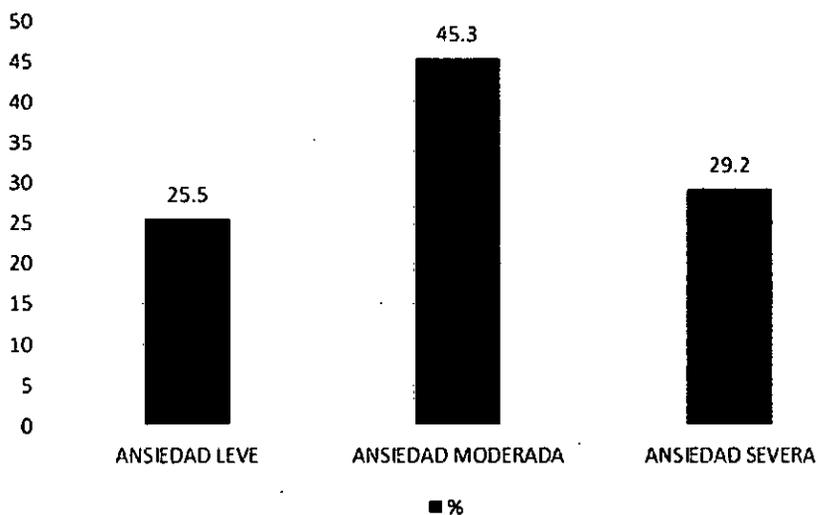
NIVELES DE ANSIEDAD DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ - ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

NIVEL DE ANSIEDAD	N°	%
ANSIEDAD LEVE	27	25.5
ANSIEDAD MODERADA	48	45.3
ANSIEDAD SEVERA	31	29.2
Total	106	100.0

Fuente: Encuesta Propia

GRAFICO N° 10.2

NIVELES DE ANSIEDAD DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ- ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.2

TABLA N° 10.3

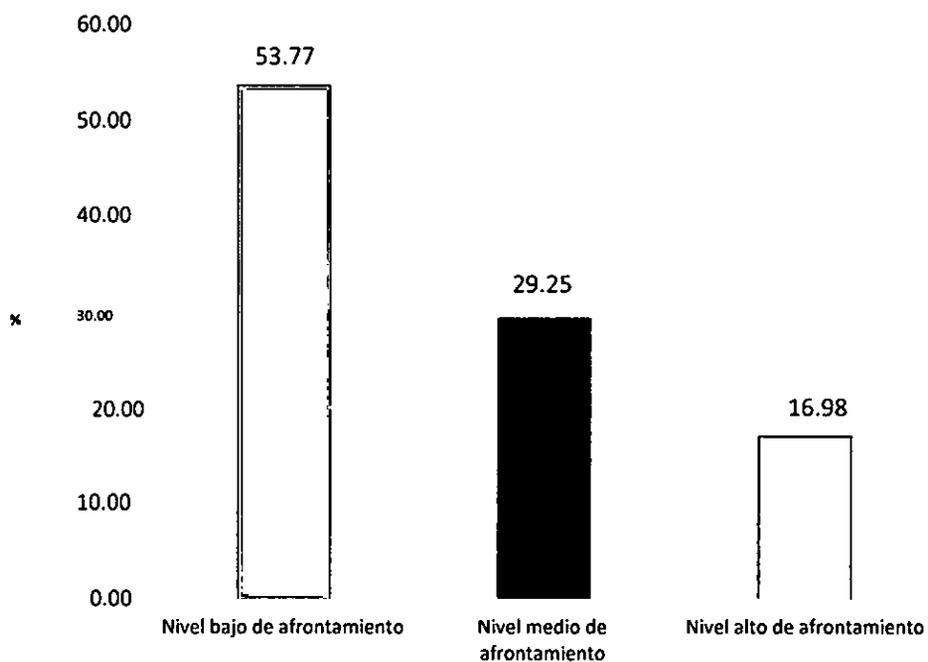
NIVELES DE AFRONTAMIENTO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ - ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

NIVELES DE AFRONTAMIENTO	N°	%
Nivel bajo de afrontamiento	57	53.77
Nivel medio de afrontamiento	31	29.25
Nivel alto de afrontamiento	18	16.98
TOTAL	106	100

Fuente: Encuesta Propia

GRAFICO N° 10.3

NIVELES DE AFRONTAMIENTO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ - ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.3

TABLA N° 10.4

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN EL PROBLEMA DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ - ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN EL PROBLEMA		Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
		Afrontamiento activo	1. Me esfuerzo mucho con tal de superar mi enfermedad.	51	48.11	32	30.19	18	16.98
15. Hago paso a paso lo que debe hacerse para superar mi enfermedad.	20		18.87	18	16.98	34	32.08	34	32.08
Planificación de actividades	2. Hago un plan de acción.	43	40.57	37	34.91	14	13.21	12	11.32
	16. Pienso en cómo podría enfrentar mejor mi enfermedad.	42	39.62	16	15.09	24	22.64	24	22.64
Supresión de actividades distractoras	3. Me dedicó solamente a mi enfermedad y dejo de lado todo lo demás.	14	13.21	22	20.75	36	33.96	34	32.08
	17. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades.	25	23.58	42	39.62	33	31.13	23	21.70
Postergación del afrontamiento	4. Me aseguro de no empeorar las cosas actuando rápidamente sin pensar.	46	43.40	29	27.36	18	16.98	13	12.26
	18. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo que me ayude a superar mi enfermedad.	15	14.15	18	16.98	37	34.91	36	33.96
Búsqueda de soporte social por razones instrumentales	5. Pregunto a personas con igual enfermedad lo que hicieron para superarla	52	49.06	31	29.25	16	15.09	7	6.60
	19. Hablo con personas que puedan darme más información sobre mi enfermedad.	35	33.02	26	24.53	25	23.58	20	18.87

Fuente: Encuesta Propia

TABLA N° 10.5

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN LA EMOCIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN LA EMOCIÓN		Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Búsqueda de soporte social por razones emocionales	6. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.	13	12.26	15	14.15	26	24.53	52	49.06
	20. Le cuento alguien sobre cómo me siento.	39	36.79	28	26.42	24	22.64	15	14.15
Reinterpretación positiva y crecimiento	7. Trato de entender mi enfermedad de otra manera para que se vea más positiva.	28	26.42	23	21.70	26	24.53	29	27.36
	21. Aprendo algo bueno de mi enfermedad.	36	33.96	32	30.19	17	16.04	21	19.81
Aceptación	8. Acepto mi enfermedad, y el hecho de que no pueda cambiarla	37	34.91	32	30.19	25	23.58	12	11.32
	22. Aprendo a vivir con mi enfermedad.	41	38.68	30	28.30	22	20.75	13	12.26
Acudir a la religión	9. Busco la ayuda de Dios.	14	13.21	24	22.64	32	30.19	36	33.96
	23. Trato de encontrar consuelo en mi religión.	15	14.15	22	20.75	34	32.08	35	33.02
Negación	10. Hago como si mi enfermedad no hubiera ocurrido.	58	54.72	23	21.70	15	14.15	10	9.43
	24. Me digo "no puedo creer que esto me esté pasando a mí"	42	39.62	33	31.13	19	17.92	12	11.32

Fuente: Encuesta Propia

TABLA N° 10.6

OTRAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

OTRAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO		Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Centrarse en las emociones y liberarlas	11. Me molesto y expreso todo lo que siento.	36	33.96	34	32.08	20	18.87	16	15.09
	25. Siento que me altero mucho y que expreso demasiado todo lo que siento.	11	10.38	19	17.92	32	30.19	44	41.51
Desconexión mental	12. Me vuelvo al trabajo u otras actividades (ir al cine, ver Tv) que ocupe mi mente de cosas.	38	35.85	31	29.25	26	24.53	11	10.38
	26. Siento que me altero mucho y que expreso demasiado todo lo que siento.	11	10.38	19	17.92	30	28.30	46	43.40
Humor	13. Me río de la situación.	41	38.68	35	33.02	19	17.92	11	10.38
	27. Hago bromas al respecto.	39	36.79	31	29.25	20	18.87	16	15.09
Desconexión conductual	14. Admito que no puedo más con mi enfermedad y dejo de hacer algo para superarla.	22	20.75	20	18.87	29	27.36	35	33.02
	28. Me esfuerzo menos para superar mi enfermedad.	10	9.43	12	11.32	49	46.23	35	33.02

Fuente: Encuesta Propia

TABLA N° 10.7

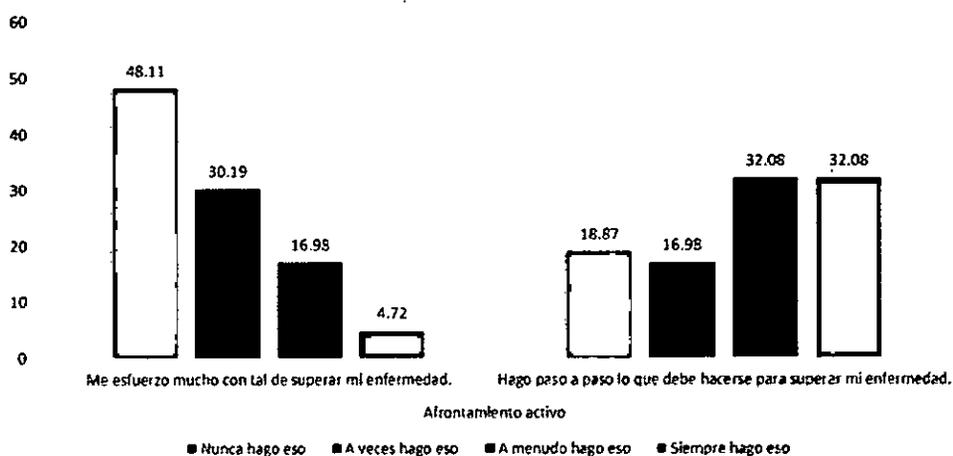
AFRONTAMIENTO ACTIVO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

Ítem	Afrontamiento activo	Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	Me esfuerzo mucho con tal de superar mi enfermedad.	51	48.11	32	30.19	18	16.98	5	4.72
15	Hago paso a paso lo que debe hacerse para superar mi enfermedad.	20	18.87	18	16.98	34	32.08	34	32.08

Fuente: Encuesta Propia

GRÁFICO N° 10.7

AFRONTAMIENTO ACTIVO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.7

TABLA N° 10.8

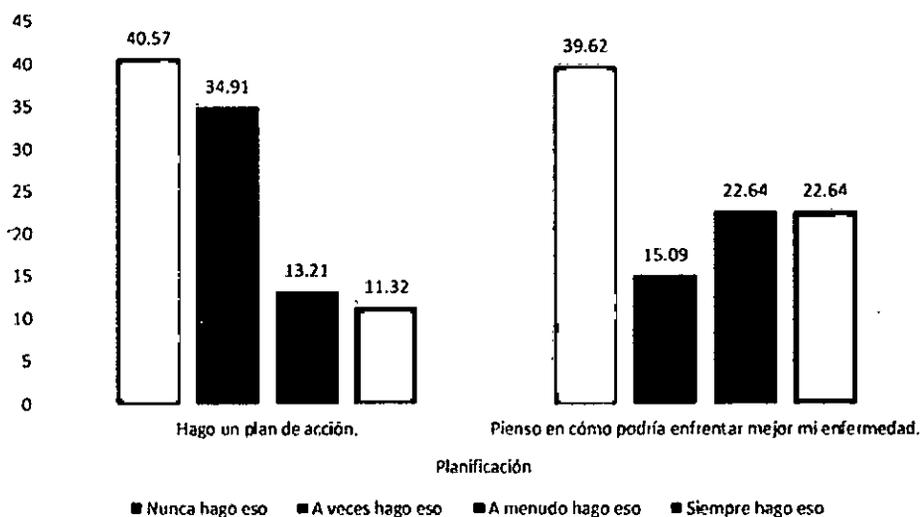
PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

item	Planificación	Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N	%	N	%	N	%	N	%
2	Hago un plan de acción.	43	40.57	37	34.91	14	13.21	12	11.32
16	Pienso en cómo podría enfrentar mejor mi enfermedad.	42	39.62	16	15.09	24	22.64	24	22.64

Fuente: Encuesta Propia

GRÁFICO N° 10.8

PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.8

TABLA N° 10.9

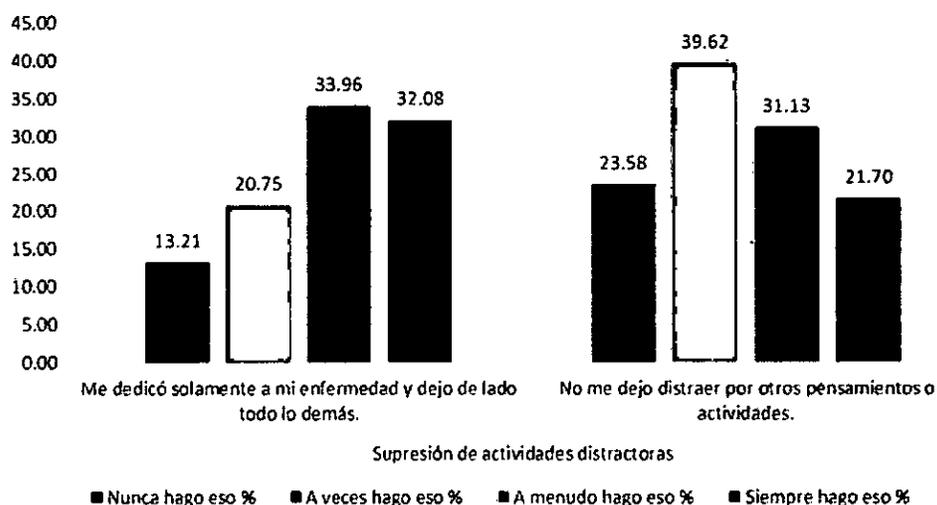
SUPRESIÓN DE ACTIVIDADES DISTRACTORAS DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

Ítem	Supresión de actividades distractoras.	Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
		3	Me dedicó solamente a mi enfermedad y dejo de lado todo lo demás.	14	13.21	22	20.75	36	33.96
17	No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades.	25	23.58	42	39.62	33	31.13	23	21.70

Fuente: Encuesta propia

GRÁFICO N° 10.9

SUPRESIÓN DE ACTIVIDADES DISTRACTORAS DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.9

TABLA N° 10.10

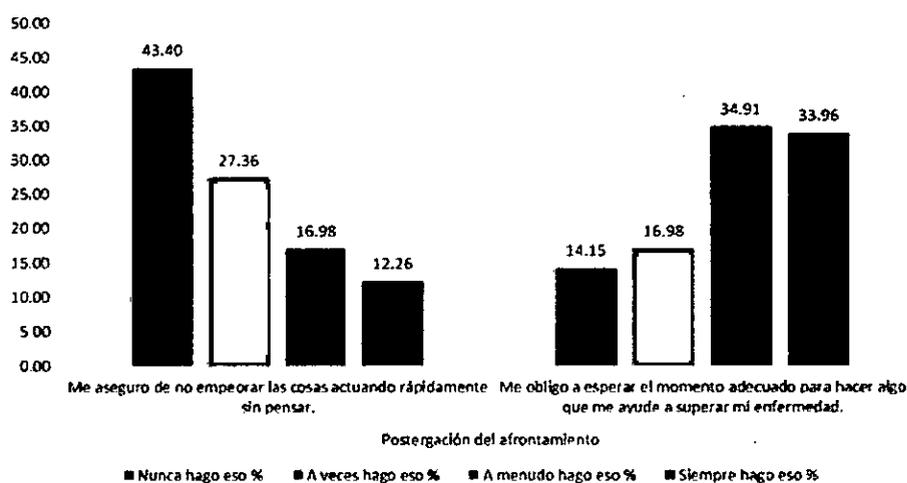
POSTERGACIÓN DEL AFRONTAMIENTO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

item	Postergación del afrontamiento	Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
4	Me aseguro de no empeorar las cosas actuando rápidamente sin pensar.	46	43.40	29	27.36	18	16.98	13	12.26
18	Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo que me ayude a superar mi enfermedad.	15	14.15	18	16.98	37	34.91	36	33.96

Fuente: Encuesta Propia

GRÁFICO N° 10.10

POSTERGACIÓN DEL AFRONTAMIENTO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.10

TABLA N° 10.11

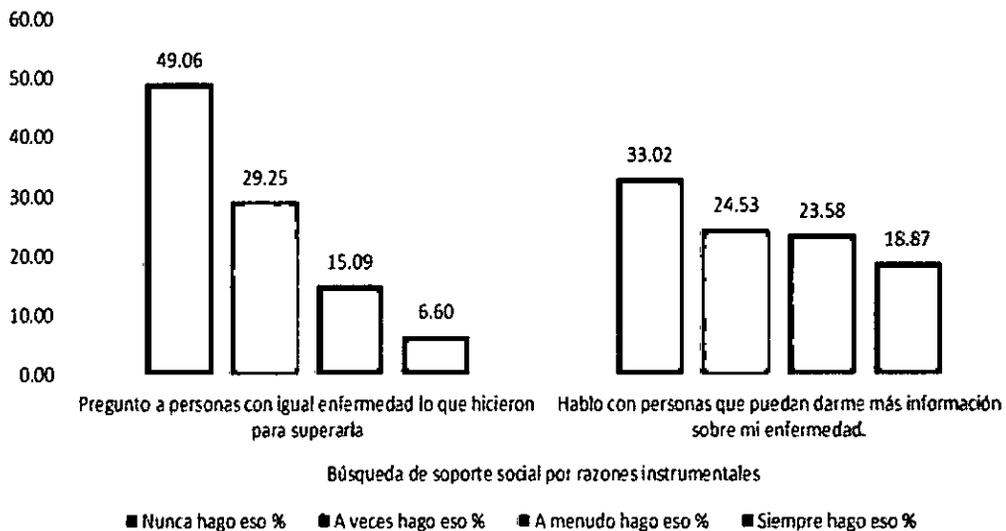
BÚSQUEDA DE SOPORTE SOCIAL POR RAZONES INSTRUMENTALES. DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

ítem	Búsqueda de soporte social por razones instrumentales.	Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
4	Pregunto a personas con igual enfermedad lo que hicieron para superarla	52	49.06	31	29.25	16	15.09	7	6.60
19	Hablo con personas que puedan darme más información sobre mi enfermedad.	35	33.02	26	24.53	25	23.58	20	18.87

Fuente: Encuesta propia

GRÁFICO N° 10.11

BÚSQUEDA DE SOPORTE SOCIAL POR RAZONES INSTRUMENTALES. DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.11

TABLA N° 10.12

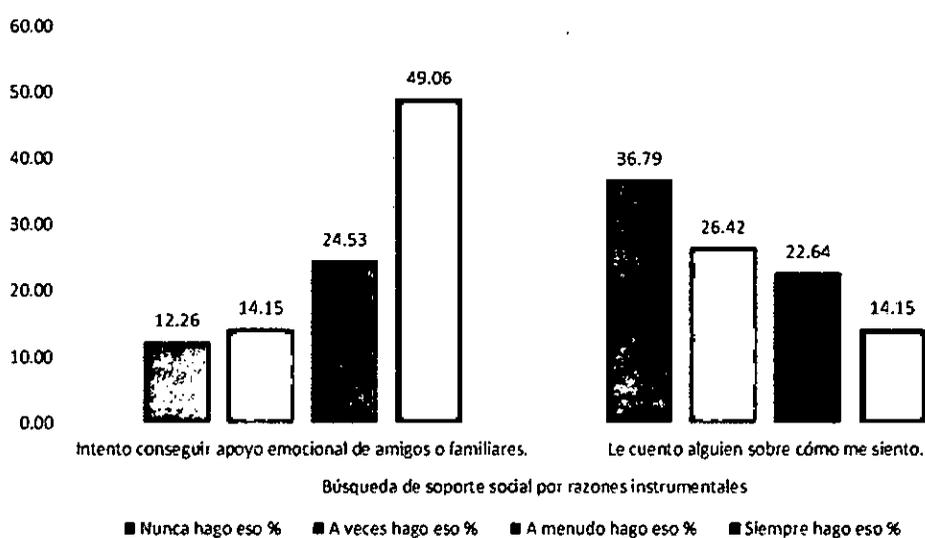
BÚSQUEDA DE SOPORTE SOCIAL POR RAZONES EMOCIONALES DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

ítem	Búsqueda de soporte social por razones emocionales	Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
6	Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.	13	12.26	15	14.15	26	24.53	52	49.06
20	Le cuento alguien sobre cómo me siento.	39	36.79	28	26.42	24	22.64	15	14.15

Fuente: Encuesta Propia

GRÁFICO N° 10.12

BÚSQUEDA DE SOPORTE SOCIAL POR RAZONES EMOCIONALES DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.12

TABLA N° 10.13

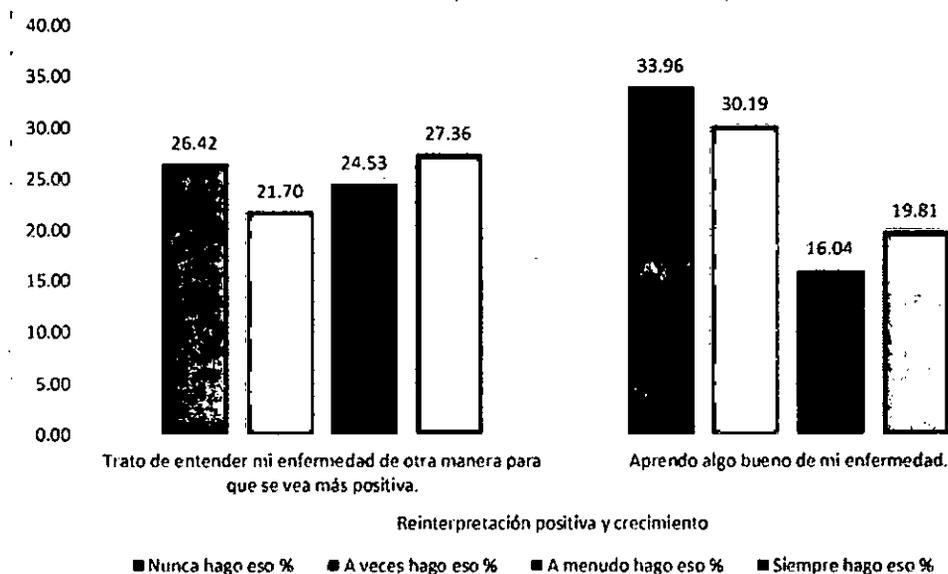
REINTERPRETACIÓN POSITIVA Y CRECIMIENTO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

ítem	Reinterpretación positiva y crecimiento	Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
7	Trato de entender mi enfermedad de otra manera para que se vea más positiva.	28	26.42	23	21.70	26	24.53	29	27.36
21	Aprendo algo bueno de mi enfermedad.	36	33.96	32	30.19	17	16.04	21	19.81

Fuente: Encuesta Propia

GRÁFICO N° 10.13

REINTERPRETACIÓN POSITIVA Y CRECIMIENTO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.13

TABLA N° 10.14

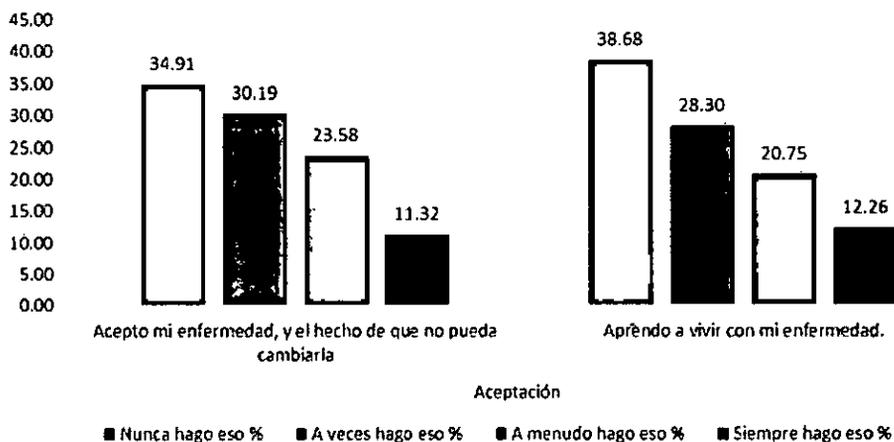
**ACEPTACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL
RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.**

ítem	Aceptación	Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
7	Acepto mi enfermedad, y el hecho de que no pueda cambiarla	37	34.91	32	30.19	25	23.58	12	11.32
21	Aprendo a vivir con mi enfermedad.	41	38.68	30	28.30	22	20.75	13	12.26

Fuente: Encuesta propia

GRÁFICO N° 10.14

**ACEPTACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL
RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.**



Fuente: Tabla N° 10.14

TABLA N° 10.15

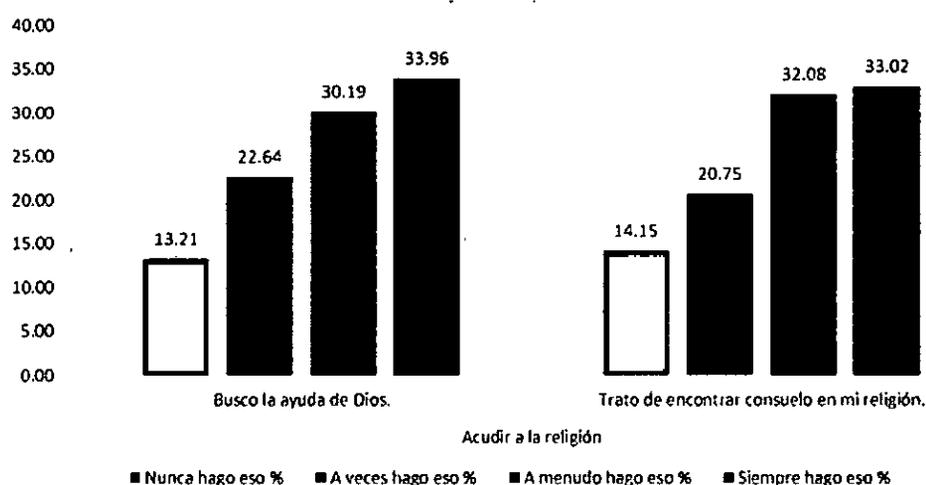
ACUDIR A LA RELIGIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

ítem	Acudir a la religión	Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
9	Busco la ayuda de Dios.	14	13.21	24	22.64	32	30.19	36	33.96
23	Trato de encontrar consuelo en mi religión.	15	14.15	22	20.75	34	32.08	35	33.02

Fuente: Encuesta Propia

GRÁFICO N° 10.15

ACUDIR A LA RELIGIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.15

TABLA N° 10.16

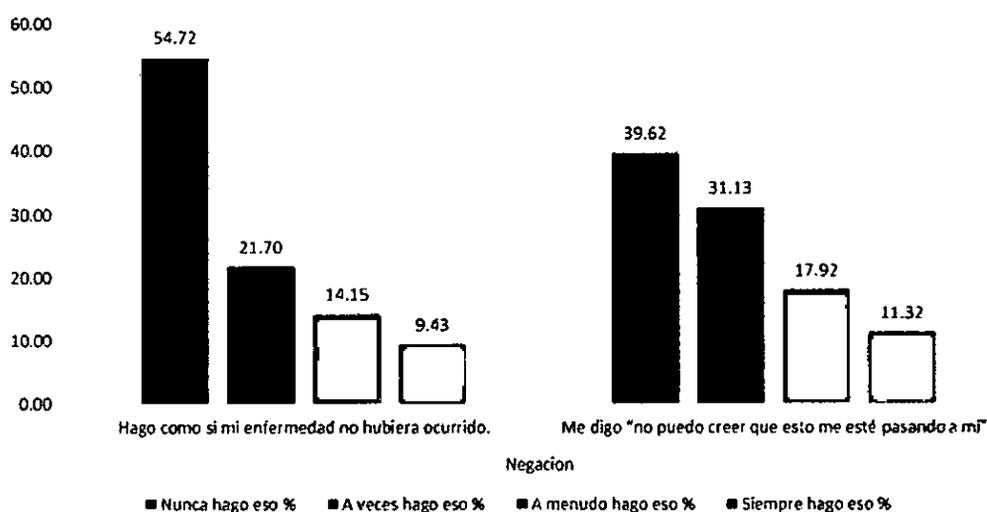
**NEGACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL
RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.**

ítem	Negación	Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
10	Hago como si mi enfermedad no hubiera ocurrido.	58	54.72	23	21.70	15	14.15	10	9.43
24	Me digo "no puedo creer que esto me esté pasando a mí"	42	39.62	33	31.13	19	17.92	12	11.32

Fuente: Encuesta propia

GRÁFICO N° 10.16

**NEGACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL
RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.**



Fuente: Tabla N° 10.16

TABLA N° 10.17

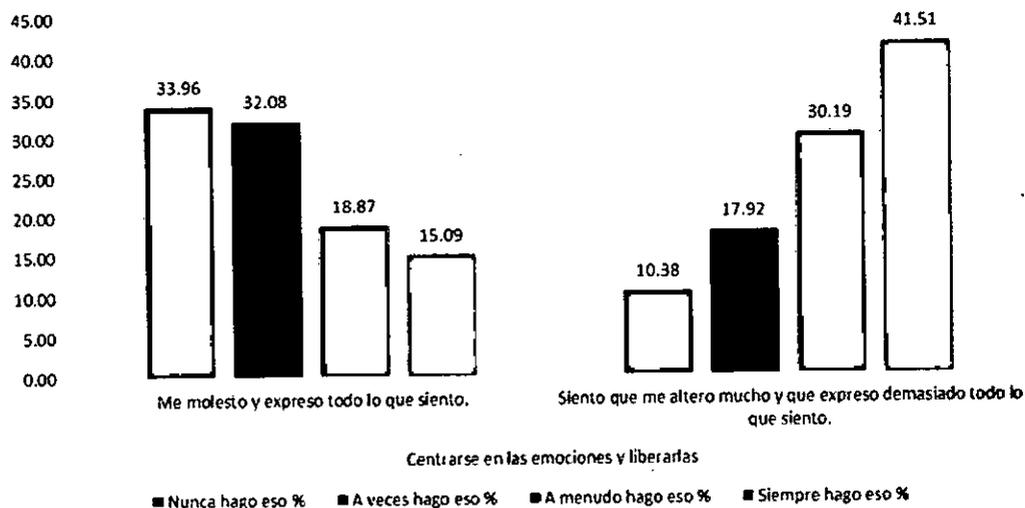
CENTRARSE EN LAS EMOCIONES Y LIBERARLAS DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

ítem	Centrarse en las emociones y liberarlas.	Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
11	Me molesto y expreso todo lo que siento.	36	33.96	34	32.08	20	18.87	16	15.09
25	Siento que me altero mucho y que expreso demasiado todo lo que siento.	11	10.38	19	17.92	32	30.19	44	41.51

Fuente: Encuesta Propia

GRÁFICO N° 10.17

CENTRARSE EN LAS EMOCIONES Y LIBERARLAS DE PACIENTES QUIRÚRGICO PROGRAMADO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.17

TABLA N° 10.18

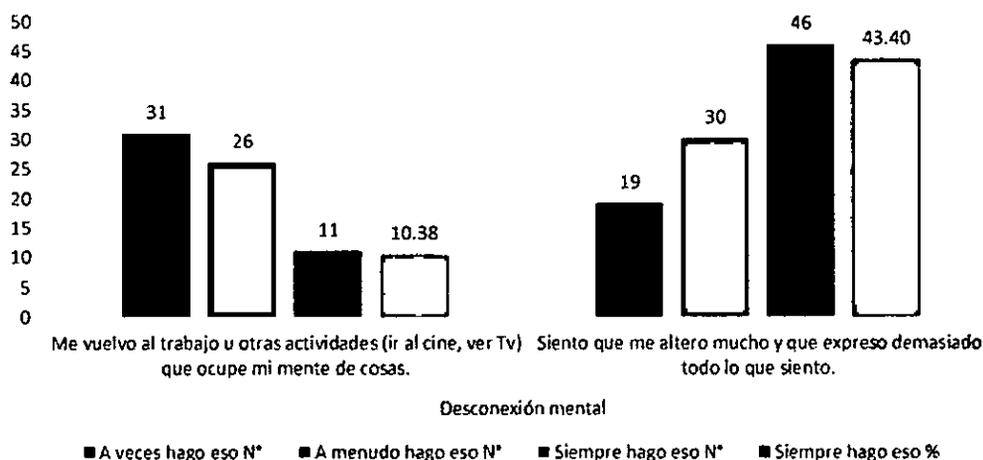
DESCONEXIÓN MENTAL DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

ítem	Desconexión mental	Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
12	Me vuelvo al trabajo u otras actividades (ir al cine, ver Tv) que ocupe mi mente de cosas.	38	35.85	31	29.25	26	24.53	11	10.38
26	Siento que me altero mucho y que expreso demasiado todo lo que siento.	11	10.38	19	17.92	30	28.30	46	43.40

Fuente: Encuesta propia

GRÁFICO N° 10.18

DESCONEXIÓN MENTAL DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.18

TABLA N° 10.19

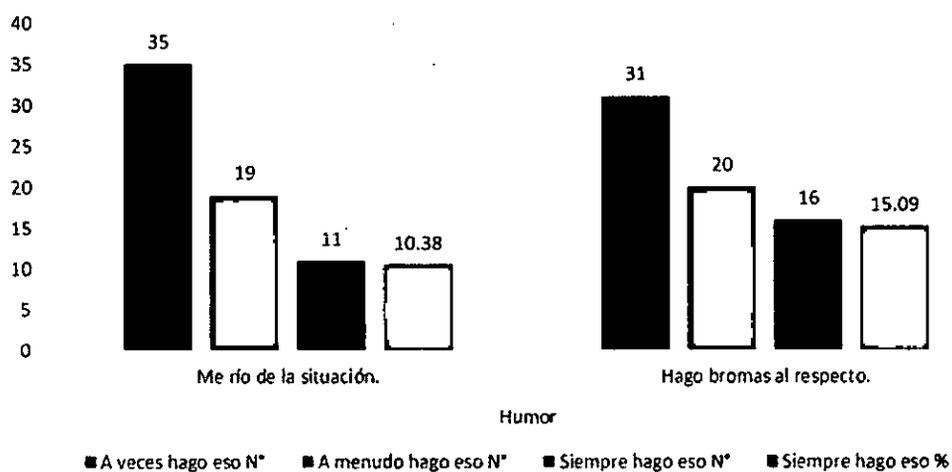
HUMOR DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

ítem	Humor	Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
13	Me río de la situación.	41	38.68	35	33.02	19	17.92	11	10.38
27	Hago bromas al respecto.	39	36.79	31	29.25	20	18.87	16	15.09

Fuente: Encuesta propia

GRÁFICO N° 10.19

HUMOR DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.19

TABLA N° 10.20

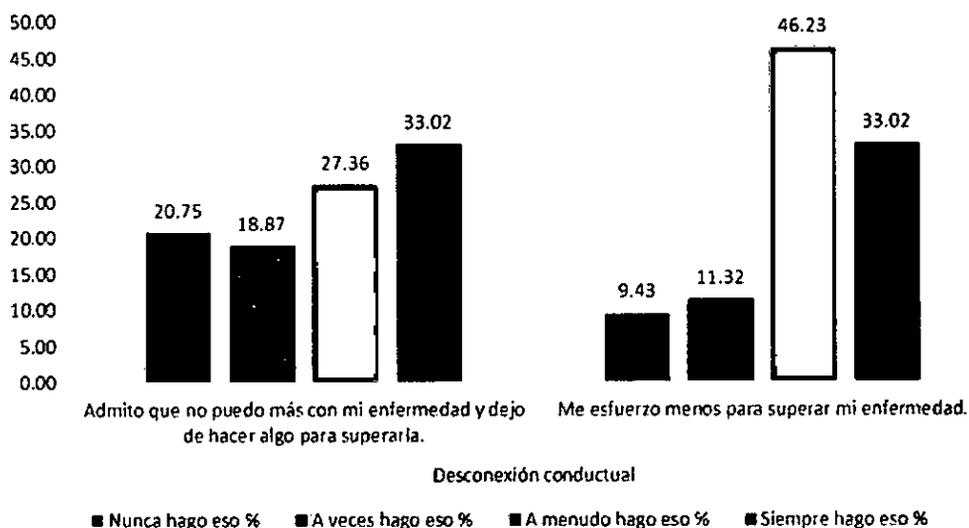
DESCONEXIÓN CONDUCTUAL DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.

item	Desconexión conductual	Nunca hago eso		A veces hago eso		A menudo hago eso		Siempre hago eso	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
14	Admito que no puedo más con mi enfermedad y dejo de hacer algo para superarla.	22	20.75	20	18.87	29	27.36	35	33.02
28	Me esfuerzo menos para superar mi enfermedad.	10	9.43	12	11.32	49	46.23	35	33.02

Fuente: Encuesta propia

GRÁFICO N° 10.20

DESCONEXIÓN CONDUCTUAL DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ ESSALUD – HUANCAYO, 2016.



Fuente: Tabla N° 10.20