

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y APOYO SOCIAL
PERCIBIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y
PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA MAYOR, HOSPITAL III
EsSALUD – PUNO, 2019.”**

TESIS

PRESENTADA POR:

ANA LULIANA HUANCA QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO - PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

“NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA MAYOR,
HOSPITAL III EsSALUD – PUNO, 2019.”

PRESENTADA POR:

ANA LULIANA HUANCA QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR EL JURADO FIRMANTE CONFORMADO POR:



PRESIDENTE:



Dra. Narda Estela Calsin Chirinos

PRIMER MIEMBRO:




Mtro. Nelva Enriqueta Chirinos Gallegos

SEGUNDO MIEMBRO:



Mg. Luz Marina Caballero Apaza

DIRECTOR / ASESOR:



M.Sc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo

Área: Salud del adulto.

Tema: Ciencias de la salud.

Fecha de sustentación: 14 enero de 2020

DEDICATORIA

*A Dios, por darme salud, vida y
por hacerme ver las cosas de un
modo más humano y de servicio,
por fomentar en mí, el deseo de
superación para lograr mis objetivos.*

*A mis padres Wilfredo y Virginia,
por su esfuerzo y apoyo constante,
por emplear sus vidas en ofrecerme lo
mejor e incentivar mi formación como
persona y profesional.*

*A mis hermanos, Viviana y Fredy
por su paciencia, por sus consejos
y por estar a mi lado cuando más
los necesitaba.*

*A mi sobrino Aaron Ronaldo,
por formar parte de mi vida
y ser el motivo de mis alegrías.*

¡Para ustedes!

AGRADECIMIENTO

- A la Universidad Nacional del Altiplano, forjadora de profesionales competentes y a la facultad de Enfermería por permitirme aprender en sus claustros y fortalecer mi formación profesional.
- A los catedráticos de la facultad de Enfermería, quienes brindaron sus conocimientos y experiencias para formar profesionales con visión.
- A mi asesora M.Sc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo, quien, con sus años de experiencia, me apoyó de forma incondicional para la elaboración y culminación del presente trabajo de investigación.
- A los pacientes del servicio de cirugía del Hospital III EsSalud - Puno, por su colaboración desinteresada. A mis amigos por su apoyo incondicional y por ser partícipes de este logro.

Muchas gracias.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	8
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.....	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	12
1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
1.3.HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION.....	19
1.4.JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓ.....	19
1.5.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LITERATURA.....	22
2.1. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1.1. BASES TEORICAS DE LA ANSIEDAD.....	22
2.1.2. BASES TEORICAS DEL APOYO SOCIAL.....	28
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	36
2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTICACIÓN.....	38
CAPÍTULO 3: MATERIALES Y MÉTODOS	47
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INESTIGACIÓN.....	47
3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	47
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	47

3.4.	VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	49
3.5.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	51
3.5.1.	TÉCNICA:.....	51
3.5.2.	INSTRUMENTOS:.....	51
3.6.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	54
3.6.1.	PROCEDIMIENTO:.....	54
3.6.2.	PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:.....	56
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DICUSIÓN		58
4.1.	RESULTADOS.....	58
4.2.	DISCUSION.....	62
CONCLUSIONES		68
RECOMENDACIONES.....		69
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		71
ANEXO.....		82

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Nivel de ansiedad (rasgo- estado) preoperatoria en pacientes hospitalizados y programados para cirugía mayor en el Hospital III EsSalud – Puno, 2019.	58
TABLA 2: Apoyo social percibido en pacientes hospitalizados y programados para cirugía mayor en el Hospital III EsSalud – Puno, 2019.	59
TABLA 3: Asociación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y el apoyo social percibido en pacientes hospitalizados y programados para cirugía mayor en el Hospital III EsSalud – Puno, 2019.	59
TABLA 4: Asociación entre las dimensiones del nivel de ansiedad preoperatoria y las dimensiones de apoyo social percibido en pacientes hospitalizados y programados para cirugía mayor en el Hospital III EsSalud – Puno, 2019.	60
TABLA ANEXA 1: Nivel de ansiedad según características personales en pacientes hospitalizados y programados para cirugía mayor en el Hospital III EsSalud – Puno, 2019.	82
TABLA ANEXA 2: Nivel de ansiedad según antecedentes quirúrgicos en pacientes hospitalizados y programados para cirugía mayor en el Hospital III EsSalud – Puno, 2019.	83
TABLA ANEXA 3: Amigos o familiares cercanos con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo que se le ocurre.	84

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA ANEXA N° 1: Nivel de ansiedad (rasgo - estado) preoperatoria en pacientes hospitalizados y programados para cirugía mayor en el Hospital III EsSalud – Puno, 2019.....	85
FIGURA ANEXA N° 2: Apoyo social percibido en pacientes hospitalizados y programados para cirugía mayor en el Hospital III EsSalud – Puno, 2019.	85

ACRÓNIMOS

- APAIS** : Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale.
- ASSQ** : Anxious Self-Statements Questionnaire.
- BAI** : Beck Anxiety Inventory.
- CAS** : Escala Clinica de Ansiedad.
- EMSM** : Estudio Mundial de Salud Mental.
- HAS** : Escala de Ansiedad de Hamilton.
- HADS** : Hospital Anxiety and Depression Scale.
- INIEM** : Instituto Materno Infantil del Estado de México.
- IPRESS** : Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- MOS** : Medical Outcomes Survey (encuesta de resultados médicos).
- MSPSS** : Multidimensional Scale of Perceived Social Support.
- OMS** : Organización Mundial de la Salud.
- STAI** : El State-Trait Anxiety Inventory (Inventario de ansiedad por rasgos estatales) .
- SUSALUD:** Superintendencia Nacional de Salud.

RESUMEN

El presente estudio realizado en pacientes programados a cirugía mayor del Hospital III EsSalud Puno, tuvo como objetivo determinar la asociación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y el apoyo social percibido, fue de tipo cuantitativo con método descriptivo, correlacional y corte transversal; la población muestra estuvo conformada por todos los pacientes programados para una intervención quirúrgica específica en el servicio de cirugía general entre los meses de abril a julio del 2019, tiempo que permitió alcanzar la muestra de 127 pacientes; la técnica empleada fue la entrevista y los instrumentos fueron: El State-Trait Anxiety Inventory - STAI (Inventario de ansiedad por rasgos estatales) y el cuestionario de Medical Outcomes Survey - MOS (encuesta de resultados médicos), el análisis estadístico se realizó mediante la prueba chi cuadrado para determinar la relación entre las variables con un nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$). Los resultados fueron: el nivel de ansiedad preoperatoria (estado) fue moderada con 62.99%, la ansiedad preoperatoria (rasgo) también fue moderada con 60.63%; con relación al apoyo social, el parámetro de apoyo emocional es percibido como escaso en el 70.87% de pacientes, en cuanto al apoyo instrumental es percibido como adecuado en 60.63%, en la interacción social la mayor parte de pacientes percibe que el apoyo es escaso en 51.97% y con relación al apoyo afectivo la mayoría indicó que es adecuado en 60.63%; en términos globales los pacientes indicaron un nivel escaso de apoyo social con el 66.93%. Se concluye que existe un nivel de significancia ($p = 0.002$), para el apoyo emocional y la ansiedad rasgo, significando que la mayoría de pacientes percibe, que a menor apoyo emocional mayor es el nivel de ansiedad; en el resto de variables analizadas no existe asociación estadística.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad preoperatoria, apoyo social, pacientes.

ABSTRACT

The present study conducted in patients scheduled for major surgery of Hospital III EsSalud Puno, aimed to determine the association between the level of preoperative anxiety and perceived social support, was quantitative type with descriptive, correlational and cross-sectional method; The sample population consisted of all the patients scheduled for a specific surgical intervention in the general surgery service between the months of April to July of 2019, which allowed the sample of 127 patients to be reached; The technique used was the interview and the instruments were: The State-Trait Anxiety Inventory - STAI (State Trait Anxiety Inventory) and the Medical Outcomes Survey - MOS questionnaire, the statistical analysis was performed using the chi-square test to determine the relationship between the variables with a 95% confidence level ($p < 0.05$). The results were: the level of preoperative anxiety (status) was moderate with 62.99%, preoperative anxiety (trait) was also moderate with 60.63%; in relation to social support, the emotional support parameter is perceived as scarce in 70.87% of patients, in terms of instrumental support it is perceived as adequate in 60.63%, in social interaction most patients perceive that support is scarce in 51.97% and in relation to affective support the majority indicated that it is adequate in 60.63%; In global terms, patients indicated a low level of social support with 66.93%. It is concluded that there is a level of significance ($p = 0.002$), for emotional support and trait anxiety, meaning that the majority of patients perceive that the lower the emotional support, the higher the level of anxiety; in the rest of the variables analyzed there is no statistical association.

KEYWORDS: Preoperative anxiety, social support, patients.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y de hecho constituye una respuesta habitual a diferentes circunstancias cotidianas estresantes(1).

Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi revelan que las enfermedades y los trastornos mentales más comunes son la ansiedad y depresión, estos datos se confirman tras los hallazgos de otros países que indican que hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida(2); un artículo realizado por Campillo afirma que la OMS revela que el 3,6% de la población mundial el 2015 padecía trastornos de ansiedad. Sin embargo, la ansiedad no patológica se presenta con mucha más frecuencia es por ello que todas las personas la llegamos a experimentar. Una entrevista realizada a la Dr. Marta Redondo indica que "Lo más importante es diferenciar la ansiedad de la ansiedad patológica, la primera es una emoción natural, que tenemos todos los seres humanos y que es adaptativa, es decir, es necesaria porque sirve para prepararnos ante una posible amenaza"(3).

En el año 2005 el Estudio Mundial de Salud Mental (EMSM) realizado en el Perú a través de una Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, determinó una prevalencia de 13,5% de trastornos mentales en la población peruana, siendo la más frecuentes la ansiedad con 7,9%(4). En este contexto, la ansiedad es una reacción

compleja que enfrenta todo paciente frente a situaciones y estímulos(5), siendo muy prevalente en los procedimientos quirúrgicos(5,8).

Referente a ello la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) en relación a la IPRESS vinculadas a EsSalud revela que en el primer trimestre del año 2019 se han efectuado 96 840 intervenciones quirúrgicas a nivel nacional; respecto al primer trimestre del 2018, 24 redes asistenciales incrementaron sus intervenciones quirúrgicas, las que muestran un mayor crecimiento son: Huánuco (32,9%), Madre de Dios (24,1%), Ica (18%), Cajamarca y Loreto (16%), Moyobamba, Ucayali y Puno tuvieron aumentos mayores al 10%(10).

Por otra parte, en la destreza clínica el estado emocional del paciente en muchas ocasiones no es tomado en cuenta, ya que el trabajo en este aspecto no es fácil para el personal de salud, puesto que las distintas expresiones, manifestaciones y adaptaciones del paciente no siempre son las que se esperan, porque eso depende de las vivencias, historias de enfermedad y características personales(11).

Por consiguiente la ansiedad preoperatoria comienza tan pronto como el procedimiento es planificado y va incrementándose a medida que se aproxima el día de la cirugía(12), tanto el paciente como sus familiares o cuidadores primarios se ven comprometidos en este proceso, ya que pueden experimentar diversas alteraciones emocionales(13).

En este entender los pacientes ansiosos suelen hacer más dificultosa la preparación preoperatoria puesto que la realización de procedimientos pre quirúrgicos pueden ser impedidos por ellos mismos, esta situación es expresada como un incómodo estado psicológico asociado a respuestas fisiológicas que incluyen taquicardia, hipertensión,

elevación temperatura, sudoración, náuseas, entre otras(14). Por lo general esta situación conduce al ser humano a experimentar una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad; este estado influye en el aspecto emocional del paciente, tal es así que, en un paciente ansioso que va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico, la colocación e inserción de una vía periférica puede resultar difícil por la vasoconstricción periférica, muchas veces se requieren mayores dosis de agentes de inducción y mantenimiento de la anestesia(15), con lo cual los efectos secundarios negativos de tales medicamentos también se incrementarían (somnolencia, hipotensión, depresión del centro respiratorio, entre otros), influyendo en el proceso recuperativo del paciente, puesto que la ansiedad preoperatoria causa niveles elevados de cortisol(16), lo que se asocia con un mayor tiempo de curación de la herida operatoria, disminución de las respuestas inmunes, mayores tasas de infección, así como desequilibrios de líquidos y electrolitos con posibles repercusiones peri operatorias y postoperatorias(17)(18).

Se evidenciaron estudios a nivel nacional que confirman la elevada prevalencia de niveles altos de ansiedad preoperatoria, y resaltan en algunos casos los efectos benéficos de la comunicación, sin embargo, queda incierto el papel del apoyo social en la minimización de la ansiedad preoperatoria; En Lambayeque Rodriguez J., Mayo L. y Coronado J. revelan que el 60% de los pacientes tienen ansiedad, solo el 5% alcanzaron un nivel alto; además afirmaron que existe asociación entre los factores de predisposición biológica con los niveles de ansiedad(19); por otro lado en Loreto, García RG. y Argumedo MR. Indican que el 54.0% de pacientes del sexo femenino son más propensas a presentar ansiedad patológica; según la edad el 24.7% de pacientes menores de 20 años presentan niveles de ansiedad alta en función al resto de la población de estudio(20).

En Huánuco, Arévalo V. Evaluó la ansiedad a nivel global, donde el 57% de ellos presentaron ansiedad leve, también se evaluó la ansiedad estado según los ítems del instrumento aplicado, dando como resultado que 42% de los pacientes indicaron sentirse atados (como oprimidos), 40%, refirieron sentirse bastante calmados y un 38% de ellos revelaron sentirse algo nerviosos. En lo que respecta a la ansiedad rasgo, los ítems del instrumento indicaron que los pacientes refirieron que el 62% no se siente triste (melancólico), un 58% no suelen afrontar las crisis o dificultades previo a la cirugía. (21); otro estudio realizado en Juliaca por Arana A. y Castro P. Revelaron que el 69.8% de pacientes pre quirúrgicos tuvieron un nivel de ansiedad alto, el 24.4% tuvieron un nivel de ansiedad medio, y el 5.8% presentaron un nivel de ansiedad bajo(22).

Por otro lado, diversos factores de riesgo han sido ampliamente asociados al incremento de la frecuencia de ansiedad preoperatoria en pacientes programados como el ser de sexo femenino, tener algún trastornos psiquiátrico o condición médica preexistente asociada, incertidumbre sobre los resultados del procedimiento, pérdida de independencia y privacidad, miedo a la recuperación y la muerte(14,23,25); por lo que se han diseñado estrategias para afrontar las mismas, consiguiéndose poco éxito(8,26). En Puno, Chambi F. en su estudio factores personales y nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios de colecistectomía laparoscópica determinó la relación entre los factores personales y el nivel de ansiedad preoperatorio, encontró que el nivel de ansiedad en el 54.167% de pacientes fue moderado, 27.083% leve y 18.75% intenso; los pacientes con antecedente quirúrgico presentaron ansiedad leve con un 20.8% y un 37.5% sin antecedente quirúrgico presentaron ansiedad moderada (13).

En consecuencia, la evidencia ha demostrado que los pacientes con mayores niveles de ansiedad preoperatoria presentan un incremento del dolor y mayor consumo

analgésicos postoperatorio, estadías hospitalarias más largas, incremento de la probabilidad de complicaciones quirúrgicas, disminución de la sensación de bienestar y problemas para cooperar con actividades de autocuidado(15); los cuales pueden interactuar adversamente en el procedimiento quirúrgico, la recuperación(25) y la satisfacción del paciente(27).

Referente al apoyo social la literatura destaca el papel amortiguador del apoyo social percibido contra el estrés, sugiriendo que la percepción de un buen nivel de apoyo social es positiva(28), influyendo en la salud y el bienestar mediante la protección de las personas de los efectos patógenos de los estresores(29,30); es por ello que la evaluación del apoyo social, en algunas investigaciones ha puesto en evidencia el efecto positivo del mismo en la vida humana sobre todo ante situaciones difíciles como la ansiedad asociada a problemas crónicos y agudos como las cirugías(23,31,32).

En las últimas tres décadas, el papel del apoyo social ha sido estudiado como mecanismo de defensa y protección contra diversas enfermedades; de hecho el apoyo social ha sido asociado favorablemente con una variedad de resultados positivos en la salud, incluida la disminución de mortalidad(33); pudiendo aumentar el sentido de autoeficacia y control en el paciente con lo que mejoraría el empoderamiento de la salud del individuo(30). Este apoyo puede percibirse a través de los propios compañeros de trabajo, amigos, familiares y hasta el propio personal de salud que interacciona con el paciente(29,30). Sin embargo, las dimensiones del apoyo social no han sido claramente establecidas en estas investigaciones. No obstante, es de esperar que los pacientes que perciben un alto grado de apoyo social, muy

probablemente experimenten niveles más bajos de ansiedad, en comparación con los pacientes que perciben bajos niveles de apoyo social.

Durante el desarrollo de las prácticas clínicas tanto en el internado como en las diversas asignaturas cursadas anteriormente, desarrollados en los hospitales Honorio Delgado Espinoza – Arequipa, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno, Hospital III EsSalud – Puno y Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca, se observó una cantidad considerable de pacientes que son sometidos a diversas intervenciones quirúrgicas, por lo que se pudo identificar la expresión de distintas emociones como: miedo, llanto, inseguridad, pero sobretodo nerviosismo y ansiedad que fueron los que predominaron horas antes de efectuarse la cirugía, lo cual compromete la familia y a su entorno social; en muchas ocasiones el miedo puede ser confundida con la ansiedad, incluso suelen ser usadas como sinónimos ya que son emociones similares; el miedo, se presenta como un sentimiento de peligro, el cual hace que la persona tema por su vida, probablemente por la falta de conocimiento referente al acto quirúrgico, por otro lado, la ansiedad, se genera cuando una situación se presenta como amenaza haciendo que los intereses personales como una imagen social, el desempeño de actividades, entre otras, se encuentran afectadas. Las expresiones más comunes en los pacientes durante la etapa preoperatoria son: ¿Cuánto demorará la cirugía?, ¿Cuántos días me voy a quedar?, ¿Podré hacer mis actividades normalmente?, ¿Cuánto tiempo me tengo que cuidar?, “¿puedo irme a la casa mañana mismo?, tengo que cuidar a mis hijos y a mis animalitos” ¿Podría haber complicaciones?, ¿me quedara una cicatriz grande?, entre otros.

Durante la etapa de interacción con los pacientes se pudo observar que en el periodo

de preparación pre operatoria existen casos de suspensiones quirúrgicas horas antes de la cirugía, las causas más frecuentes fueron: intervenciones quirúrgicas no programadas provenientes del servicio de emergencia, en donde los pacientes ya hospitalizados tienen que esperar la reprogramación de su cirugía, lo cual crea incertidumbre y aumento de su nivel de ansiedad, en consecuencia a ello, los familiares de los pacientes hospitalizados se ven en la necesidad de tomar decisiones al respecto, muchos de ellos solicitan el alta de su paciente para adquirir atención médica en clínicas particulares, otro de los sucesos es porque cuando el paciente recibe la noticia de su intervención quirúrgica suele experimentar niveles de ansiedad elevados generando pensamientos negativos que lo llevan a encontrar una manera de escape discreta (fuga del paciente), en ocasiones se genera llanto excesivo, desvanecimientos, sensación de que les falta el aire, entre otros; cuando este tipo de eventos sucede el profesional de enfermería se ve en la necesidad de reportar dichas incidencias, las cuales se apuntan en la historia clínica, específicamente en la hoja de notas de enfermería que es un documento legal donde se reportan los sucesos presentados durante el turno de trabajo.

Por la experiencia vivida y por el contacto directo con los pacientes algunos de ellos referían que no cuentan con la presencia de familiares cercanos (padres y hermanos), porque sus familiares no viven en la región o han iniciado una vida independiente, por motivos de trabajo o por problemas familiares, lo que evidencia un bajo apoyo social de los familiares, otro motivo por el cual los pacientes no estuvieron acompañados de un familiar es por las normas del hospital, ya que la visita de los familiares es limitada por un tiempo determinado, durante la noche se genera la incertidumbre de saber si va a necesitar ayuda para usar los servicios higiénicos y

ponerse de pie, si se terminará el frasco de solución intravenosas, entre otros.

El apoyo emocional constituye un efecto positivo frente a situaciones percibidas como amenazantes puesto que su principal característica es la empatía lo cual brinda la seguridad y confianza en el paciente; es por ello que se propone realizar el presente trabajo de investigación con la finalidad de identificar si existe asociación entre el nivel de ansiedad y el apoyo social en pacientes programados a cirugía mayor, lo cual ayudará al profesional de enfermería a brindar una atención multidisciplinaria e integral, y poner énfasis en el aspecto psicológico no solamente del paciente, sino también de su familia o cuidadores, lo cual ayudará a disminuir sus niveles de ansiedad brindándole apoyo y seguridad.

1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y apoyo social percibido en los pacientes hospitalizados y programados para cirugía mayor en el Hospital III EsSalud – Puno, 2019?

1.3.HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION

Si existe asociación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y el apoyo social percibido.

1.4.JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se ha demostrado que todas las personas que van a ser sometidas a algún procedimiento quirúrgico presentan algún grado de ansiedad, siendo influyente en el proceso post-operatorio.

Como consecuencia y por la frecuencia incrementada de niveles altos de ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos, es recomendable que los profesionales de

enfermería identifiquen el tipo de ansiedad que el paciente posee ya que a consecuencia de ello pueden experimentar un "excesivo" nivel de ansiedad de tal manera que el profesional pueda abordarlo a tiempo dado que este tipo de pacientes va a requerir una atención extra y un manejo apropiado en el periodo preoperatorio, con la finalidad de evitar posibles complicaciones quirúrgicas innecesarias; el cuidado emocional que brinda el profesional de enfermería al paciente en el preoperatorio es de suma importancia, en este tipo de eventos también se considera la intervención emocional por parte de familiares y amigos ya que puede lograr un resultado positivo frente a su proceso recuperativo; estudios citados ponen en evidencia el notable incremento de intervenciones quirúrgicas, no solamente a nivel nacional, sino también a nivel de nuestra región, donde SUSALUD revela que Puno que ha incrementado los índices porcentuales en cuanto a la realización de intervenciones quirúrgicas, con un incremento del 10% a comparación del año 2018; es por ello que se propone el siguiente estudio de investigación el nivel de ansiedad que presenta el paciente, este último medido con un instrumento altamente confiable y válido como el STAI, el cual mide dos conceptos independientes de la ansiedad (rasgo y estado), la primera mide el nivel de ansiedad relativamente estable en el tiempo y espacio caracterizado por una propensión ansiosa, y la segunda mide el nivel de ansiedad transitorio y poco duradero, estos resultados permitirán demostrar su relación con el nivel de apoyo social percibido en todas sus dimensiones (emocional, instrumental, afectivo y social), el cual no ha sido abordado formalmente, en estudios locales, y en consecuencia su rol no ha sido claramente establecido. Lo que se espera es que los pacientes que perciben un alto grado de apoyo social, experimenten niveles más bajos de ansiedad, esto permite proponer la implementación de tácticas orientadas al soporte social en este tipo de pacientes, identificando cuales son las dimensiones del apoyo

social más afectadas en consecuencia a la ansiedad que experimentan, para que el profesional de enfermería, mediante su intervención informativa y educativa pueda realizar acciones y proponer estrategias que incluyan la participación activa de la familia porque los cambios que atravesaran en este proceso incluirán modificaciones en las actividades cotidianas; algunas de las intervenciones a realizar podrían ser el brindar información acerca de los procesos diagnóstico-terapéutico y asesoramiento sobre cuidados básicos, asegurar la comunicación y crear una organización familiar que ayuden al paciente al afrontamiento del evento de tal manera que pueda disminuir las respuestas somáticas negativas lo cual lo beneficiará para su recuperación total durante todo el periodo operatorio.

1.5.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y el apoyo social percibido en pacientes hospitalizados y programados cirugía mayor, Hospital III EsSalud – Puno, 2019.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Establecer el nivel de ansiedad (rasgo y estado) preoperatoria en pacientes hospitalizados y programados para cirugía mayor.
- B. Evaluar las dimensiones de apoyo social percibido en pacientes hospitalizados y programados para cirugía mayor.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. BASES TEORICAS DE LA ANSIEDAD.

2.1.1.1.DEFINICIÓN

Ivette, A., Hernández, H., Bascope, L., Antonio, J., Sánchez, G. definen que “la ansiedad es una condición emocional transitoria, consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, temor y elevación de la actividad del sistema nervioso autónomo. Puede ser una característica que forma parte de la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) o bien, ser causada por un evento importante como es el acto quirúrgico (ansiedad-estado)”(34).

López, R. define que “la ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos o psiquiátricos”(35).

Una recopilación de datos, realizada por Sierra, J. Ortega, V. y Zubeida, I. indica que según la Real Academia Española (vigésima primera edición), la palabra ansiedad proviene del latín anxietas, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, entonces llegaron a la conclusión de que “la ansiedad hace referencia a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente”(36).

Spielberger , Pollans y Worden(37) definen el estado de ansiedad como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo. No obstante, algunos autores que han trabajado en una línea más experimental han preferido definiciones más operativas, tal como la referida por Han (38), para el cual la ansiedad puede ser definida de forma tan simplista como la reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún estímulo nocivo.

Entonces podemos definir que la ansiedad es una sensación normal que experimentamos las personas en algún momento de peligro o preocupación, es un estado de salud displacentero que es acompañada de cambios somáticos y psíquicos, lo cual se puede presentar como una reacción adaptativa, como síntoma o síndrome que acompaña a una variedad de padecimientos médicos y psiquiátricos. Todos los seres humanos padecen, de alguna forma, diferentes niveles de ansiedad; sin embargo, la ansiedad puede ser beneficiosa para el individuo, ya que puede permitir un mayor estado de alerta e impulsarlo a realizar acciones que bajo otras circunstancias no realizaría. (35,39,40). Una propiedad importante de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria. Esto quiere decir que la respuesta de ansiedad posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo. Esto concede a la ansiedad un valor funcional importante, ya que posee una utilidad biológico-adaptativa.

En ocasiones, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del

funcionamiento psicosocial y fisiológico; lo cual termina por interferir con las actividades normales de la persona.

En esta investigación, se considera como ansiedad a la alteración psíquica caracterizada por manifestaciones fisiológicas, motoras y psico-emocionales de temor o miedo frente a una situación no habitual programada, como lo son las cirugías mayores.

2.1.1.2.MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La ansiedad es un sentimiento innato al ser humano, es por ello que no existe persona que no la haya experimentado, esta situación muchas veces interfiere con el desarrollo de actividades diarias(41), en esta situación se hace evidente la activación del sistema nervioso simpático y del eje hipotálamohipófisis – adrenal(40).

Los resultados de este problema generalizado pueden verse en términos de efectos psicológicos y fisiológicos, con implicaciones para la recuperación después de procedimientos quirúrgicos, son:

Entre los síntomas más comunes de la ansiedad a nivel fisiológico están la sudoración, disminución del umbral del dolor(por lo tanto la percepción consiente del dolor es más evidente), la tensión muscular, pueden surgir temblores, sacudidas, inquietud motora y dolores o entumecimientos musculares, las palpitaciones o taquicardia, las molestias en el estómago, náuseas, diarrea, las dificultades respiratorias, la sequedad de boca, las dificultades para tragar, los dolores de cabeza, los mareos y las náuseas(38,42).

2.1.1.3. CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD

Nuestra sociedad se encuentra en una etapa de cambios, una etapa de globalización en donde la demanda social se hace cada vez más frecuente, los términos de ansiedad y estrés se escuchan a diario tal es así, que estos términos no son desconocidos para nadie; sin embargo, el concepto de ansiedad tiene dos clasificaciones, la ansiedad “normal o no clínica” y “patológica o clínica”(43) el presente estudio se enfoca básicamente a la ansiedad “no clínica” y sus principales características.

A. Ansiedad no clínica: se presenta como una emoción psicobiológica básica, la cual tiene un principio adaptativo ante un desafío o peligro, actual o futuro, el cual estimula conductas apropiadas para superar una determinada situación; la duración depende de la magnitud y la factible resolución de la situación ansiogénica(43).

El Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (STAI) es un instrumento psicométrico creado para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad estado(44).

- **Ansiedad rasgo:** La ansiedad rasgo fue conceptualizada por Spielberger (1966), como un comportamiento predispuesto del individuo a percibir un extenso número de situaciones o circunstancias como amenazantes, a pesar de no ser objetivamente peligrosas, esta tendencia va acompañada de una personalidad que tiene como característica una reacción emocional intensa o alta sensibilidad y como consecuencia lo lleva a elevar su ansiedad estado(A/E).

Entonces la ansiedad rasgo es una condición del individuo que determina cómo se siente la mayor parte del tiempo (generalmente) lo cual ejerce una influencia constante en su conducta, sus respuestas emocionales se

presentan en función a las características de la situación y de su personalidad; como concepto psicológico esta forma de ansiedad posee características análogas a los constructos que Atkinson llama “motivos” (que son disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algún estímulo de la situación), y que Campebell alude como “disposiciones comportamentales adquiridas” (residuos de experiencias pasadas que predisponen tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar unas tendencias de respuesta vinculada al objeto).(36,44,45).

- **Ansiedad-estado:** es la segunda forma de ansiedad no clínica, caracterizada por sentimientos subjetivos que son percibidos de manera consciente como tensión y aprehensión, es así como se presenta hiperactividad del sistema nervioso autónomo (sudoración, aumento de temperatura, frecuencia cardíaca, etc.).

La ansiedad estado se refiere a un estado emocional momentáneo que tiene una duración limitada y que varía en intensidad a través del tiempo, es decir, que el sujeto puede percibirse a sí mismo ansioso o no ansioso, esta situación suele suscitarse por un contexto amenazante o una situación estresante en un momento determinado, se caracteriza por diversas reacciones fisiológicas asociadas, que en su mayoría son desagradables. (36,44,45).

“Ambos conceptos, en ciertos aspectos, se asemejan a las energías cenestésicas y potencial en el mundo de la física. La primera es una manifestación, en un determinado momento y con un grado de intensidad, de un proceso o reacción empírica, mientras que la segunda indica diferencias de fuerza en una disposición

latente para manifestar un determinado tipo de reacción. De la misma manera que la energía potencial presenta diferencias entre los objetos en la cantidad de energía cinestesia que puede ser liberada mediante la aplicación de fuerza apropiada, la ansiedad rasgo implica diferencias entre los sujetos en su disposición para responder a situaciones tensas con diferentes cantidades de ansiedad estado.”(44)

Cuando ambas condiciones se manifiestan de manera persistente y especialmente intensa, perturbando el funcionamiento diario del individuo, pueden constituir una patología de ansiedad o ansiedad clínica.

B. Ansiedad patológica: Cuando la ansiedad se hace permanente y afecta las actividades cotidianas de quien la padece se constituyen los denominados trastornos de ansiedad, y que tienen consecuencias negativas y muy desagradables para quienes lo padecen. Entre estos trastornos de ansiedad se encuentran las fobias, el trastorno obsesivo - compulsivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, etc.

2.1.1.4.ANSIEDAD PREOPERATORIA

A Ramsay (46) se le atribuye la primera definición de ansiedad preoperatoria como "un estado desagradable de inquietud o tensión que es secundario a un paciente preocupado por una enfermedad, hospitalización, anestesia y cirugía, o lo desconocido". De hecho , la mayoría de los pacientes que esperan una cirugía electiva o programada experimentan ansiedad y es ampliamente aceptado como una respuesta esperada (47).

Los pacientes pueden percibir el día de la cirugía como el día más grande y más peligroso de sus vidas. El grado en que cada paciente manifiesta ansiedad

relacionada con experiencias futuras depende de muchos factores; estos incluyen la edad, el sexo, el tipo y la extensión de la cirugía propuesta, la experiencia quirúrgica previa y la susceptibilidad personal a situaciones estresantes(48).

La ansiedad preoperatoria se asocia con problemas como el acceso venoso difícil, el retraso de la relajación de la mandíbula y la tos durante la inducción de la anestesia, las fluctuaciones autonómicas y el aumento de la necesidad de anestesia. También se ha correlacionado con el aumento del dolor, las náuseas y los vómitos en el postoperatorio, la recuperación prolongada y el mayor riesgo de infección(49).

2.1.1.5.IMPACTO DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA

La ansiedad preoperatoria es reconocida como un factor de riesgo potencial y prevenible para las complicaciones postoperatorias. Con más de 312.9 millones de operaciones que se realizan cada año en todo el mundo(50), es necesario evaluar mejor la percepción y los resultados post operatorios de cada paciente en forma individual. se estima que entre 25% y 80% de los pacientes ingresados en el hospital a alguna cirugía programada menor o mayor, experimentan Ansiedad preoperatoria (51,52) y la ansiedad influye negativamente en la recuperación del paciente, esta afirmación ha sido corroborada por expertos clínicos para abordar la ansiedad perioperatoria a la luz de los cambios en la farmacología de la anestesia, las costumbres sociales de la sociedad moderna y los cambios en la organización del cuidado de la salud(53,54).

2.1.2. BASES TEORICAS DEL APOYO SOCIAL.

2.1.2.1.DEFINICIÓN

Ortego, M. y López G. En una publicación realizada en la Universidad de Cantabria (España) definen al apoyo social como “el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.).”(55)

Para Dura, E. y Garcés, J. básicamente “el apoyo social refuerza el sentido de valía y ser querido del individuo, el percibirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo social” (56).

Williams y Giles, conceptualizan al apoyo social como aquellas acciones y comportamientos emprendidos por otros para ayudar a una persona a lograr metas personales o para satisfacer las demandas de una situación dada (57). Al surgir en el contexto de las relaciones interpersonales, el apoyo social promueve la autoaceptación y la autoestima y satisface las necesidades de afecto, intimidad y comunicación con los demás. Los individuos solicitan y brindan apoyo social como un medio para minimizar la incertidumbre sobre las condiciones de salud y recuperar el control sobre sus situaciones. La evidencia sugiere que el apoyo social se relaciona positivamente con la salud mental y física(58,59).

2.1.2.2.ANTECEDENTE HISTÓRICO DEL APOYO SOCIAL:

El hombre desde su aparición y estancia en la tierra, se ha diferenciado por su capacidad de socialización, su concretización cultural y su instinto de supervivencia; con el pasar de los años ha adquirido principios de ayuda y solidaridad (valores civiles), con estas características el hombre se fue formando como un ser de apoyo para los grupos humanos.

El hombre, por naturaleza tiene el propósito el poder unirse a grupos y comunidades, para poder desarrollar sus valores y su capacidad de apoyo en un aspecto recíproco. A pesar de las circunstancias desagradables suscitadas a través de la historia, las personas han tratado de ser empáticos en los tiempos de guerra, desastres naturales y enfermedades, donde lamentablemente han perdido familiares y personas que han sido su apoyo incondicional a lo largo de años; en consecuencia, estas situaciones han hecho que familiares de las víctimas sean consolados, por el apoyo integral.

El apoyo social, se adquiere desde el nacimiento hasta la muerte, se hace presente en las circunstancias patológicas, donde las emociones surgen y oscilan sentimientos que motivan a estar pendiente del familiar, pareja, hijo o amistad que pasa por un momento delicado en algún centro de salud. El brindar apoyo social, en situaciones extremas (riesgo, peligro y/o dolor) permite que los soportes proporcionen estabilidad emocional por dos motivos principalmente como los afrontes de la vida corta y las experiencias similares vividas; las cuales también sirven como una lección de aprendizaje reforzar su capacidad de afronte. “Durkheim (1897), propone que la ruptura y/o separación de los lazos sociales producen pérdidas en los mismos recursos sociales, las normas de debilitamiento y los valores sociales” (60)

2.1.2.3. CARACTERÍSTICAS DEL APOYO SOCIAL:

Existen algunos rasgos dentro del apoyo social, esto con la finalidad de tener alguna idea de cómo se debe actuar en frente a una circunstancia determinada y

así ayudar a los demás. Entre las características que Ronnar (1987) propone se encuentran las siguientes:

- Entablar empatía para promover un acercamiento.
- Proponer alternativas a las personas en vulnerabilidad.
- Dejar que la persona exprese sus sentimientos.
- Generar un ambiente cálido.
- No caer en el juego de la victimización.

2.1.2.4.DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL

En 1998 Paulo, Fisher y Nadler, afirmaron que las dimensiones evalúan el apoyo social para que se presente una relación con la satisfacción dentro de la salud de personas. Es así como llegan a proponer cuatro tipos de apoyo social en las cuales destacan las diversas percepciones con la intención de consolidar las 'transmisiones' del soporte; todos estos tipos son considerados como formas potenciales de apoyo y su capacidad para tener influencia en la salud debe ser considerada de manera empírica. (60,63)Entre las dimensiones tenemos:

- **Apoyo emocional/ informacional:**

Esta dimensión comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza, se trata de un recurso interpersonal con un efecto muy potencial el cual es para contrarrestar las amenazas a las que está expuesta la autoestima de las personas y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando alguien requiere apoyo y una persona se las ofrece se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional.

- **Apoyo instrumental:**

Esta dimensión es llamada también apoyo tangible o material, se presenta a través de la ayuda directa de índole material (dinero) sin intereses o un servicio de préstamo que ayude a solucionar los problemas (deudas y/o adquisiciones), también incluye actividades prácticas (en situación de enfermedad como la limpieza de la casa, el cuidado de los niños, transporte, etc). El apoyo instrumental puede tener consecuencias como definiciones no positivas. (necesitas ayuda y no eres autosuficiente, no tienes capacidad, etc).

- **Interacción social positiva:**

La dimensión interacción social se relaciona con pasar tiempo con personas del entorno social al que se pertenece, se manifiesta con momentos de armonía, relajación y la disponibilidad para distraerse, divertirse, etc. Estas actividades suelen ser agradables y joviales, suelen darse de acuerdo a la disponibilidad del tiempo que el grupo tenga.

- **Apoyo afectivo:**

Esta dimensión se refiere a las expresiones de afecto y amor que son ofrecidas a un individuo o a un grupo cercano o íntimo, los cuales suelen ser la familia, amigos, socios, colegas, etc.

2.1.2.5.EL APOYO SOCIAL Y LA SALUD

El apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que lo hace sentirse mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente; a su vez, esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera más positiva con las otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar el estrés. La combinación de estos factores tendrá efectos positivos en su bienestar emocional y en su salud física al aumentar su resistencia a las enfermedades y reforzar también sus redes sociales de apoyo.

Además, el apoyo social podría tener una influencia directa en la morbilidad y la mortalidad como resultado de sus efectos en los sistemas neuroendocrino, inmunológico y cardiovascular.

El apoyo social se relaciona positivamente con el estado de salud y con la recuperación de la enfermedad.

El mecanismo por el cual el apoyo social trabaja para proteger la salud, sin embargo, es un tema de debate. Algunos investigadores han sugerido que el apoyo social tiene efectos directos y positivos en la salud (por ejemplo, al satisfacer necesidades sociales básicas e inducir efectos positivos en el funcionamiento del sistema inmunológico⁽⁶⁴⁾, otros han propuesto que el apoyo social funciona para promover salud actuando como un amortiguador para eventos estresantes de la vida.⁽⁶⁵⁾ Una diferencia clave en los efectos directos y los modelos de amortiguamiento del apoyo social radica en el tiempo supuesto del apoyo. Dentro del modelo de efectos directos, se implica un flujo continuo de apoyo social, mientras que, dentro del modelo de amortiguamiento, se supone que el apoyo social se proporciona en respuesta a eventos de salud específicos que inducen estrés.⁽⁶⁶⁾

Recientemente, Thoits⁽⁶⁷⁾ ha extendido el trabajo anterior sobre el control del estrés y el apoyo social para proponer que, en el contexto de la salud, el apoyo social sea proporcionado por dos categorías o personas: (a) miembros primarios, los cuales serían representados por familiares, amigos u otras personas significativas cercanas al paciente y que conocen el factor estresante que afronta al individuo angustiado; sin embargo ninguno de estos posee experiencia en el

manejo de este tipo de eventos estresantes y (b) miembros secundarios, que sí poseen experiencia previa (de primera mano) con el factor estresante dado su cercanía con el paciente y su factor estresante, lo cual mitigaría con mayor eficacia el estrés en este tipo de pacientes, brindándoles la fuente de apoyo social más indicada.

2.1.2.6.APOYO SOCIAL Y ESTRÉS QUIRÚRGICO

Hay muchos factores que influyen en el estado psicológico del paciente preoperatorio y tienen un efecto significativo en el éxito del proceso de recuperación. El apoyo familiar parece desempeñar un papel importante ya que las familias pueden ofrecer una variedad de canales para disipar la ansiedad del paciente. DuPertuis, Aldwin y Bosse(68) encontraron que un fuerte apoyo social tiene efectos positivos en la salud general. Varios autores han estudiado los mecanismos fisiológicos que explican la relación entre el apoyo social percibido y la salud (59), y la mayoría han concluido que un fuerte apoyo social percibido está vinculado a una respuesta más positiva del sistema inmunitario(69). Al mismo tiempo, otros investigadores han demostrado una relación clara entre el apoyo social percibido y el sistema neuroendocrino, encontrando niveles más altos de cortisol en casos con poca o muy poca percepción. apoyo social(70).

Se han ofrecido algunas perspectivas generales o modelos sobre la forma en que funciona el apoyo social, especialmente en relación con el estrés pre quirúrgico. La primera, conocida como el modelo de amortiguación, sugiere que el apoyo social sirve como una fuente de protección (amortiguador) contra los efectos nocivos del estrés. De acuerdo a ella, el apoyo social permite a las personas valorar

al estresor como menos amenazante y afrontarlo mejor. Como resultado, los individuos bajo estrés que perciben poco apoyo social experimentarán efectos negativos en su salud, mientras que tales efectos se verán reducidos o estarán ausentes en individuos con altos niveles de apoyo social. La segunda perspectiva, conocida como modelo de efectos principales, enfatiza el valor del apoyo social con independencia del estrés y afirma que dicho apoyo es un recurso útil y positivo que proporciona beneficios significativos aunque la persona no esté expuesta al estrés(69).

Por lo tanto, el apoyo social crearía un sentimiento de bienestar y de seguridad que puede ser especialmente importante en momentos de estrés, y sus efectos benéficos pueden operar durante las fases de valoración y de afrontamiento del proceso de estrés, sobre todo ante eventos quirúrgicos.

Así también, aunque los efectos generalmente positivos del apoyo social en el bienestar emocional y en la salud están bien documentados, no existe total acuerdo respecto a cuáles son las fuentes más efectivas de apoyo social, si los miembros de la familia, amigos, compañeros o aun los superiores.

Pero, podría ser que el apoyo efectivo no dependa necesariamente del tipo de relación entre el apoyado y el apoyador, sino del grado en que el potencial apoyador tenga experiencia personal previa con el problema o la crisis que experimenta el individuo a ser apoyado; en otras palabras, los individuos que reciben asistencia de otros que hayan pasado por una situación similar pueden sufrir menores consecuencias emocionales negativas (o de salud), comparados

con los individuos sin apoyo disponible por parte de otros similares, lo cual se aprecia claramente en estudios con pacientes quirúrgicos(71). Es posible entonces preguntarse qué efectos tendría en un paciente que espera someterse a una cirugía el compartir el cuarto de hospital con diversos tipos de pacientes; específicamente, si le es mejor compartir la habitación con un paciente que también va a ser sometido a cirugía, o con un paciente que ya fue sometido a una intervención quirúrgica similar.

2.2.MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. ANSIEDAD:

Es una parte presente en todos los seres humanos, todas las personas sienten algún grado de ansiedad en un momento determinado, siendo ésta una respuesta adaptativa. Por consiguiente, el término ansiedad se refiere a la combinación de distintas expresiones tanto físicas y mentales que no son imputables a peligros reales, sino que se muestran en forma de crisis o como un estado constante y difuso, lo conlleva a una situación de pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico.(36)

2.2.2. ANSIEDAD PREOPERATORIA:

La ansiedad preoperatoria es un estado emocional transitorio en donde suelen aflorar sentimientos como tensión, aprensión, nerviosismo y temor en una máxima intensidad; esto se debe al miedo y a las circunstancias que envuelven la intervención quirúrgica como lo son: el miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia, a los cambios corporales, a la posibilidad de morir y principalmente a la anestesia(72).

Los procedimientos quirúrgicos generan gran ansiedad en el paciente, por lo que la atención en especial para el profesional de enfermería debe enfocarse a disminuir la ansiedad, de tal manera que la frecuencia de infecciones intrahospitalarias, la estadía hospitalaria y el nivel del dolor disminuyan, lo cual se puede lograr utilizando métodos para disminuirla como: brindar una atención hospitalaria adecuada y utilizar la comunicación terapéutica(73).

2.2.3. APOYO SOCIAL:

El apoyo social es un proceso participativo en el que el sujeto consigue ayuda emocional, instrumental o económica dependiendo de la red social en la que se encuentre. Se ha definido que el apoyo social tiene un papel decisivo durante los procesos de adaptación a la enfermedad y en el restablecimiento de salud, pues puede prevenir la aparición de efectos psicológicos adversos y respuestas comportamentales asociadas al estrés psicológico(63).

2.2.4. CIRUGÍA:

La cirugía es una rama de la medicina que usa procedimientos invasivos que varían la anatomía del ser humano y como consecuencia, las funciones que cumplen normalmente los órganos, aparatos y sistemas se ven alterados. “Esta modificación es irreversible” y los resultados se sostienen en los cambios fisiológicos que el cambio anatómico induce. Actualmente el procedimiento quirúrgico continúa empleándose, en este sentido el cirujano enfrenta una gran responsabilidad porque su método implica riesgos es por ello que es muy importante que el médico tenga una experiencia amplia con la técnica que va a realizar y también es importante que tenga un buen apoyo grupal para decidir el procedimiento operatorio(74)

2.2.4. PACIENTES:

Según la Real Academia Española, paciente se define a la “persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica”(75), podemos afirmar que paciente es una persona que requiere de una atención médica para lograr el bienestar en los ejes biopsicosocial.

2.3.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A NIVEL INTERNACIONAL

Yilmaz M., Sezer H., Gürler H. y Bekar M., en Turquía el 2011, en su estudio **“Predictores de ansiedad preoperatoria en pacientes hospitalizados”**, identificaron los niveles de ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía electiva, sus factores asociados y la relación entre la ansiedad preoperatoria y el apoyo social; a través de un diseño descriptivo correlacional que incluyó a 500 pacientes en una clínica de cirugía. Como instrumentos de recolección de datos usaron una escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) y la escala de ansiedad quirúrgica (ASSQ). Concluyeron, la presencia de una relación significativa entre las características sociodemográficas de los pacientes, el nivel de ansiedad preoperatoria ($p < 0.05$), la relación entre presencia de apoyo social y disminución de la gravedad de la ansiedad ($p = 0.001$), finalmente la puntuación media de apoyo social fue de 66.38 (SD 13.69)(23).

Negromonte KK , Da Silva JI, Tavares E, Lopes L, Remigio T, Muniz SM., el 2016, en Brasil, realizaron el estudio **“Ansiedad en el período preoperatorio de cirugía cardíaca”**, de corte transversal, en una muestra de 84 pacientes, entre uno y cinco días antes de la cirugía, evaluaron el nivel de ansiedad a través del Inventario de Ansiedad de Beck, reportando que en el 59,4% (63) el nivel de ansiedad fue mínima

y el 19,8% (21) fue grave, además las mujeres tuvieron scores ($22,13 \pm 23,41$) significativamente ($p=0,003$) mayores que los hombres ($10,76 \pm 14,71$), así como los pacientes que ya habían sido sometidos a cirugía cardíaca previa. Resaltándose la importancia de reconocer la ansiedad preoperatoria e intervenir de forma oportuna(76).

Doñate Marín, M.; Litago Cortés, A.; Monge Sanz, Y. y Martínez Serrano, R. el 2015 en España, realizaron la investigación “**Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía**”, el objetivo de este estudio fue establecer la relación entre el grado de información del procedimiento quirúrgico y el nivel de ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía. La muestra fue constituida por 99 pacientes seleccionados aleatoriamente, se valoró el nivel de ansiedad preoperatoria y el grado de información previa mediante la escala APAIS y se utilizó la escala STAI-AE en algunos de los pacientes, para comprobar la veracidad de la escala APAIS. Se concluyó que las variables de: nivel educativo, tipo de cirugía, especialidad e intervención quirúrgica previa, no muestran una significación estadística ($p < 0,05$) respecto a la variable de nivel de ansiedad, además se comprobó la asociación entre el grado de información y el nivel de ansiedad(77).

Kevin Omar Ham-Armenta, el 2013, en México, desarrolló la investigación “**Nivel de ansiedad preoperatoria en las pacientes programadas para cirugía electiva en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM**”. El objetivo fue determinar la frecuencia de presentación de estados de ansiedad en pacientes programadas a cirugía electiva en el Hospital de Ginecología y Obstetricia de IMIEM; a través de un

estudio descriptivo y transversal, la muestra estuvo constituido por 75 pacientes programadas para cirugía electiva, se utilizó para recolectar los datos la escala de ansiedad preoperatoria y de necesidad de información preoperatoria de Amsterd se encontró que el 28% de pacientes presento ansiedad predominantemente moderada(73).

Quintero *et al.* el 2016 en Colombia, en su investigación sobre **“Ansiedad en el paciente pre quirúrgico: un problema que nos afecta a todos”**, determino el estado de ansiedad de los pacientes llevados a colecistectomía en un servicio de cirugía y busco la asociación entre el grado de ansiedad y el sexo; para ello tomó como muestra a 21 pacientes adultos intervenidos quirúrgicamente. Reportando que todos los pacientes intervenidos presentaron algún grado de ansiedad: en donde el 33% (7 pacientes) presentaron ansiedad leve, el 52% (11 pacientes) ansiedad moderada y 14% (3 pacientes) ansiedad severa, finalmente no encontraron asociación entre el grado de ansiedad y el sexo, o el tiempo de hospitalización previo a la realización del procedimiento quirúrgico, mientras que la presencia de antecedentes quirúrgicos generó un menor grado de ansiedad (78).

Por otro lado, en Quito-Ecuador, Naranjo K. y Salazar J. realizaron un ensayo clínico titulado **“Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los Hospitales Eugenio Espejo y Clínicas Pichincha marzo – octubre 2012”**, para el estudio se utilizó una muestra total de 294 personas, por muestreo aleatorio simple se asignó la intervención a un grupo (información

preoperatoria), el cual dio como resultado que el 60.2 % de los pacientes presentan ansiedad, pero luego de la visita pre anestésica el 71% de los pacientes se encontraron satisfecho con la realización de la misma(79).

Sin embargo ninguno de estos estudios que evaluaron ansiedad preoperatoria, con diversos instrumentos, analizaron el rol del apoyo social en la ansiedad, cuando es indiscutible el efecto protector del apoyo social en la ansiedad, según se evidencia en el meta-análisis de Harandi et al. el 2017, que incluyó a 64 estudios no heterogéneos y sin sesgo de publicación con buen nivel de calidad metodológica por AMSTAR II, que expone la correlación positiva entre el apoyo social y la salud mental, especialmente en mujeres, ancianos y pacientes sometidos a procesos quirúrgicos(80).

Otros estudios han demostrado también el rol positivo del apoyo social en cirugía, como el estudio realizado por Krohne y Slange, el 2008 en Washington, **“Influencia del apoyo social en la adaptación a la cirugía”**, demostraron que los pacientes que obtuvieron una puntuación alta en apoyo social mostraron menos ansiedad, recibiendo una dosis más bajas de narcóticos y una estancia hospitalaria más corta que los pacientes con apoyo bajo(81). Recientemente, Gilts et al (82). el 2013 en Texas identificaron al apoyo social como uno de los principales factores que predicen quién tendrá mejores resultados postoperatorios en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas por cáncer, de ahí la importancia de fortalecer toda intervención psicosocial; y Zumsleg (83), el 2015 en Boston, que evaluó el apoyo social y la resiliencia, como moduladores de los parámetros en los resultados médicos y las percepciones de recuperación después de una intervención quirúrgica, a través de la escala MOSS, y la escala de Resiliencia Breve, observando una relación positiva

significativa entre la capacidad de recuperación, la calidad de vida informada por el paciente y el nivel de apoyo social percibido.

Castellano, S. en España realizó un estudio titulado **“Influencia del apoyo social en la ansiedad y el estrés del paciente intervenido de cirugía endoscópica nasosinusal”**, este estudio fue analítico observacional correlacional de asociación, prospectivo longitudinal con muestreo por conveniencia, en el Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular de Gran Canaria, donde los resultados revelan que el porcentaje de sujetos que dicen haber percibido apoyo social de familiares durante el proceso quirúrgico fue de 24,4 %, el de amigos fue de 47,35, y el de personas relevantes fue de 36,42 %. Se obtuvo una correlación significativa inversa ($p < 0,05$) entre el apoyo social percibido de familiares, amigos y personas relevantes en relación con la ansiedad estado al ingreso. Los pacientes incluidos en el estudio presentaron una correlación significativa positiva ($p < 0,05$) entre la duración del ingreso en la unidad de hospitalización y la ansiedad estado postquirúrgica. Por último, el Apoyo social percibido de personas relevantes destacó como variable predictora con efecto directo (Beta = -0,530), sobre el tiempo de ingreso en la unidad de hospitalización como criterio.(84)

A NIVEL NACIONAL

Rodríguez J., Mayo L. y Coronado J., en Lambayeque, el 2016, en su estudio **“Factores asociados a la ansiedad del paciente en el pre operatorio inmediato en el servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque”**, determinaron los factores asociados a la ansiedad en el pre-operatorio inmediato, a través de una investigación cuantitativa correlacional, en una muestra de 80 personas.

Concluyendo que el 60% de los pacientes tienen ansiedad en donde, solo el 5% alcanzó un nivel alto, el 25% nivel medio y 30% nivel bajo, además reportaron que existe asociación entre los factores de predisposición biológica con los niveles de ansiedad(19).

En Loreto el estudio realizado por García RG. y Argumedo MR. el 2013, titulado **“Nivel de ansiedad según la escala de zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del hospital regional de Loreto Julio – Setiembre 2013”** con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad de pacientes atendidos en dicho servicio, el total de la población estudiada fue de 150 pacientes de 13 a 65 años, el cual 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. (20)

En Huánuco, Arévalo V., en su estudio, **“Nivel de Ansiedad en pacientes pre operatorios del Servicio de Cirugía del Hospital de Tingo María de abril a junio del 2015”**, determino el nivel de ansiedad en pacientes durante el periodo pre

operatorio, el estudio realizado fue de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. La muestra estuvo conformada por todos los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía de abril a junio del 2015, seleccionados por un muestreo probabilístico aleatorio simple. Para la interpretación de resultados se hizo una valoración tomando en cuenta ítems de evaluación, se obtuvo como resultado que el nivel de ansiedad en cuanto a la dimensión ansiedad estado es; 42% de los pacientes indicaron sentirse atado (como oprimido), 40%, refirieron sentirse bastante calmado y un 38% de ellos revelaron sentirse algo nervioso. En lo que respecta a la dimensión ansiedad rasgo los pacientes refirieron: 62% no sentirse triste (melancólico), un 58% no suelen afrontar las crisis o dificultades previo a la cirugía. También un 57% no están satisfechos al igual refirieron que no les rondan y molestan pensamientos sin importancia; de modo global el resultado afirma que el 57% de los pacientes demostró ansiedad leve, del 20% que evidenciaron un nivel de ansiedad severo y 19% ansiedad moderada a diferencia de un 4% de ellos no tuvieron ansiedad; en cuanto a las dimensiones los resultados aseveran que el 38% presenta ansiedad moderada en la dimensión ansiedad estado y el 46% presenta ansiedad leve en la dimensión ansiedad rasgo.(21)

A NIVEL REGIONAL

Un estudio en Juliaca, titulado “**Factores que influyen en el nivel de ansiedad en pacientes pre quirúrgicos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca de mayo a junio del 2016**”; analizó los factores de la persona, de la cirugía y de la información que influyen en el nivel de ansiedad (este último medido con el STAI) en pacientes pre quirúrgicos, el número de muestra fue 68 pacientes; los resultados revelaron que el 69.8% de pacientes pre quirúrgicos tuvieron un nivel de ansiedad

alto, el 24.4% tuvieron un nivel de ansiedad medio, y el 5.8% presentaron un nivel de ansiedad bajo.(22)

Otro estudio en Puno, titulado **“Factores personales y nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios de colecistectomía laparoscópica del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno, 2018”** el cual fue descriptivo, de corte transversal con diseño correlacional; la muestra estuvo conformada por 48 pacientes preoperatorios de colecistectomía laparoscópica de una población de 96 pacientes, quienes fueron seleccionados por muestreo probabilístico considerando criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos, la técnica fue la encuesta, teniendo como instrumento el cuestionario dividido en dos partes, una sobre factores personales y la otra sobre la escala de autoevaluación de ansiedad de Zung. El cual dio como resultado que el nivel de ansiedad en el 54.167% de pacientes fue moderado, 27.083% leve y 18.75% intenso. En cuanto a los factores personales y nivel de ansiedad; en el sexo femenino predominó la ansiedad moderada 33.3% y un 14.6% de ansiedad intensa, a diferencia del sexo masculino quienes presentaron ansiedad leve; en adultos mayores destacó la ansiedad intensa con 8.3%, en adultos el 31.2% mostró ansiedad moderada y en jóvenes 16.6% fue moderada; con respecto al estado civil los pacientes viudos 6.3% y divorciados 6.3% presentaron ansiedad intensa, solteros 33.3% y casados 16.6% ansiedad moderada; los pacientes con estudios superiores presentaron ansiedad leve 10.4%, secundaria 29.1%, primaria 20.8% ansiedad moderada y pacientes sin estudios 4.2% ansiedad intensa y moderada; finalmente los pacientes con antecedente quirúrgico presentaron ansiedad leve 20.8% y sin antecedente quirúrgico presentaron ansiedad moderada 37.5%(13).

Por lo tanto; es importante denotar que de los estudios realizados en Perú para analizar al estrés preoperatorio reportan al apoyo social como un factor asociado a la ansiedad preoperatoria, como en el estudio de Meléndez et al.(19) en Lambayeque, el 2016, el de Condori Taípe el 2014 en Huancavelica(85) y el de García De la Cruz Ricardo Gabriel, en el 2013, en Iquitos(86); por lo tanto se hace necesario poder evaluar esta variable con un instrumento adecuado, como lo es el MOSS.

CAPÍTULO 3

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es tipo cuantitativo, diseño descriptivo, correlacional y de corte transversal, el cual permitió presentar la información tal y como ha estado en el tiempo y espacio. (87)

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Este estudio se realizó en el distrito de Puno, provincia de Puno, departamento de Puno; la provincia de Puno está constituida por 108 distritos con una población de 1,415,608 habitantes(88).

La investigación se ejecutó dentro del Hospital III EsSalud, principal centro referencial perteneciente al segundo nivel de atención, presenta una población adscrita de 99,800 usuarios. Cuenta con las 4 especialidades básicas, en donde durante el último año 2018 se han realizado 810 procedimientos quirúrgicos programados en el servicio de cirugía general. (99)

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para el cálculo de muestra se utilizó la fórmula del cálculo muestral para poblaciones finitas:

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

$$n = \frac{(1.96^2)(0.5)(0.5)(810)}{(810 - 1)(0.05)^2 + (1.96^2)(0.5)(0.5)}$$

$$n = 127$$

Datos: $N =$ Número total de participantes por área= 810

$Z = 1.96$ si el nivel de confianza es del 95 %

$p =$ proporción esperada = 0.5

$q =$ proporción en contra = 0.5

$E =$ error de precisión 0.05

Del reemplazo de valores en la formula, obtenemos 127. En consecuencia, se evaluó el nivel de ansiedad y el apoyo social percibido a 127 pacientes adultos programados a cirugía, a través de un muestreo probabilístico, ejecutados entre los meses de abril a julio hasta el cumplimiento de la muestra.

Criterios de selección

a. Criterios de inclusión

- Pacientes entre 18 a 59 años.
- Pacientes hospitalizados y programados para alguna cirugía mayor.
- Pacientes que aceptan participar en el estudio

b. Criterios de exclusión

- Pacientes pediátricos y geriátricos.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos o algún otro desorden mental
- Pacientes con enfermedad oncológica concomitante
- Pacientes con incapacidad verbal o cognitiva
- Pacientes analfabetos
- Pacientes para cirugía menor

3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

- **Dependiente:** Nivel de Ansiedad
- **Independiente:** Apoyo Social

Variable definición operacional	Dimensión	Indicadores	Categoría	Escala de medición
Ansiedad Manifestaciones psico emocionales y fisiológicas que expresan los Pacientes antes de ingresar a la intervención quirúrgica.	- Ansiedad rasgo.	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilidad. - Sentimiento de satisfacción. - Felicidad. - Bienestar. - Tranquilidad, serenidad, sentimiento de sosiego. - Seguridad. - Descanso. - Sentimiento de llanto. - Sensación de desengaño. - Sensación de tensión y alteración. - Preocupación excesiva. - Existencia de ideas poco importantes que causan incomodidad. - Falta de decisión. - Sensación de incapacidad para superar las dificultades. - Sentimiento de falta de confianza. - Deseo de alcanzar felicidad aparente. - Sentimiento de alejarse de las dificultades. - Sensación de cansancio. - Sensación de melancolía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sin ansiedad. - Ansiedad leve. - Ansiedad moderada. - Ansiedad severa. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 – 20 puntos. - 21 – 40 puntos. - 41 – 60 puntos. - 61 – 80 puntos.
	- Ansiedad estado.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de calma. - Quietud. - Sensación de nerviosismo. - Descanso. - Sensación de miedo. - Sensación de relajó. - Sensación de preocupación. - Satisfacción. - Sensación de felicidad. - Sentimiento de seguridad. - Bienestar. - Sentimiento de molestia. - Sensación de agrado. 		

<p>Apoyo social global Puntaje alcanzado en el test</p>	<p>Apoyo social (índice global)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional. - Apoyo instrumental. - Interacción social. - Apoyo afectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Temor. - Sensación de confusión - Sentimiento de ánimo. - Sensación de angustia. - Sensación de alegría. - Sentimiento de contrariedad. - Sensación de tristeza. <p>De la sumatoria global del puntaje alcanzado para las 19 preguntas de esta escala que es tipo Likert.</p> <p>Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alguien que le aconseje cuando tenga problemas. - Alguien que le informe y le ayude a entender una situación - Alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones. - Alguien cuyo consejo realmente desee. - Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos. - Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales. - Alguien que comprenda sus problemas. - Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama. - Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite. - Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo. - Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo. - Alguien con quien pasar un buen rato. - Alguien con quien pueda relajarse. - Alguien con quien hacer las cosas que le sirvan para olvidar sus problemas. - Alguien con quien divertirse. - Alguien que le demuestre amor y afecto. - Alguien que le abrace. - Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido. 	<p>a) Índice global: - Adecuado - Escaso</p> <p>b) Apoyo Emocional - Adecuado - Escaso</p> <p>c) Apoyo Instrumental - Adecuado - Escaso</p> <p>d) Interacción social - Adecuado - Escaso</p> <p>e) Apoyo Afectivo - Adecuado - Escaso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 57-95 puntos. - 19-56 puntos. - 24-40 puntos. - 8-23 puntos - 12-20 puntos. - 4-11 puntos. - 12-20 puntos. - 4-11 puntos. - 9-15 puntos. - 3-8 puntos
---	---	--	---	--

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnica:

La técnica empleada fue la entrevista, con el objetivo de efectuar una interacción cara a cara con el sujeto de estudio y así obtener información relevante sobre el tema de estudio.

3.5.2. Instrumentos:

- **El Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)**, para la evaluación del nivel de ansiedad, creado por Spielberger en 1970(89) y revisado en 1983(37), es uno de los autorreportes de ansiedad más usados y fiable alrededor del mundo(90). La versión en español de dicho Inventario fue publicada en el año 1975 por Spielberger, Martínez, González, Natalicio y Díaz con la asistencia de psicólogos de 10 países latinoamericanos, incluyendo el Perú. El STAI o conocido como IDARE al español, está conformado por 40 ítems separados en dos escalas de autoevaluación para medir la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado. La escala de ansiedad-rasgo está conformada por 20 ítems (7 directos y 13 inversos) en la cual se presentan afirmaciones para describir cómo se sienten generalmente las personas ante situaciones de estrés ambiental. Por su parte, la escala de ansiedad-estado está conformada por 20 ítems (10 directos y 10 inversos) en la cual se pide a los participantes indicar cómo se sienten en situaciones específicas de presión ambiental. De esta manera, los sujetos contestan a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala Likert de cuatro dimensiones que van de 1 a 4. En la escala A-Estado las opciones de respuesta en la escala Likert de intensidad son: 1- No en lo absoluto, 2-Un poco, 3-Bastante, 4-Mucho; mientras que en la escala A- Rasgo, las opciones en la escala Likert de frecuencia son: 1-Casi nunca, 2-

Algunas veces, 3- Frecuentemente, 4- Casi siempre. De este modo, la puntuación del Inventario de Autoevaluación STAI fluctúa entre una mínima de 20 y una máxima de 80 puntos, para cada una de las escalas. La confiabilidad test re-test de la escala es relativamente alta pues varía entre 0.73 y 0.86.

El STAI ha sido utilizado en el Perú por diversos investigadores. Avendaño(91) en una investigación dirigida a correlacionar ansiedad estado-rasgo y soporte social percibido en estudiantes universitarios, encontró, a través del estadístico Alfa de Cronbach, una consistencia interna de 0.92 para la escala A-Estado y 0.87 para la escala A-Rasgo. Otros estudios(92,93) en pacientes pre quirúrgicos han reportado un Alfa de Cronbach, mayor a 0.80, ello se traduce en que la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados).

- **El cuestionario MOS**, fue desarrollado por Sherbourne y Stewart(94), en 1991, diseñado como un cuestionario breve y auto-administrado en personas con problemas agudos y crónicas en los Estados Unidos. La prueba presenta un índice de confiabilidad alta, alfa de Cronbach de 0.919 para la totalidad de la misma mientras que por factor presenta las siguientes alfas: Apoyo social 0.876, apoyo afectivo 0.843 y para el apoyo instrumental 0.82. Así mismo ha sido validado en Perú por Baca(95), quien también reportó un elevado nivel de confiabilidad 0.94. El instrumento, está constituido por 20 ítems, el primero dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado(a), mide el tamaño de la red social; los demás se estructuran de acuerdo a la escala de Likert

que puntúa: 1 (nunca), 2(pocas veces), 3(algunas veces), 4 (mayoría de veces) y 5 (siempre). De este modo, la puntuación del cuestionario MOSS fluctúa entre una mínima de 19 y una máxima de 95 puntos. Así mismo de la sumatoria de los puntajes de preguntas específicas por área se conforman cuatro escalas que miden:

- **Apoyo Emocional / Informacional:** La expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información. Si se suma los puntajes de las preguntas: 3-4-8-9-13-16-17-19
- **Apoyo Instrumental:** La provisión de ayuda material que pueda recibir la persona. Si se suma los puntajes: 2- 5-12-15
- **La interacción social positiva:** La disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse. Si se suma los puntajes: 7 –11 – 14 – 18
- **Apoyo Afectivo:** Las expresiones de amor y de afecto. Si se suma los puntajes: 6 – 10 – 20

Los puntajes son evaluados de acuerdo a la siguiente tabla de puntuaciones, para evaluar como adecuada una dimensión deberá superarse el valor medio, como se aprecia en la tabla de abajo.

VALORES	MÁXIMO	MÍNIMO	MEDIO
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción Social	20	4	12
Afectivo	15	3	09
Indice Global	95	19	57

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

3.6.1. Procedimiento:

Posterior a la aprobación de ejecución del presente proyecto por las instituciones correspondientes (Universidad y Hospital), se realizó:

- Recolección de datos:
 - Se tramitó mediante una carta dirigida a la Dirección del Hospital EsSalud III – Puno, en la cual se adjuntó el perfil del proyecto de investigación a fin de dar a conocer el objetivo del estudio, con ello se solicitó el permiso respectivo para lograr acceder al campo de investigación.
 - Una vez otorgado el permiso la investigadora se presentó al servicio de cirugía, para efectuar la validación del permiso concedido por la dirección del hospital.
 - Se efectuó la entrevista con las enfermeras del servicio de cirugía exponiendo el motivo de intervención y cuáles son los objetivos de dicha actividad.
 - Posteriormente se llevó a cabo la ejecución del proyecto en el servicio de cirugía de dicho hospital; llegado el momento se procedió a identificar a los pacientes en estudio.
 - Luego la investigadora se presentó al paciente e inició explicando el propósito de la investigación y la duración promedio de la entrevista, obteniendo el consentimiento informado el cual se evidenció con una firma.
 - Se aplicó el test de STAI por un tiempo promedio de 15 minutos, luego se dio un intervalo de 5 minutos para aplicar la segunda parte del test de STAI.
 - Pasado 5 min más se procedió a aplicar el cuestionario de MOS el cual también tuvo una duración promedio de 15 minutos.

- Se agradeció a los participantes por la colaboración para poder dejar el servicio.
- **Acceso de la información:**

La información fue recolectada de manera directa cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión descritos.
- **Protección de los derechos humanos**
 - Para el desarrollo de la investigación y con el fin de mantener la confidencialidad de la información brindada, la investigadora fue la única responsable del acceso a dicha información, estando impedida bajo juramento de la exposición de los datos obtenidos.
 - Asimismo, por ser un estudio observacional no se trasgredió contra ningún artículo de los derechos humanos.
- **Aspectos metodológicos:**
 - La investigadora se presentó en el Hospital III EsSalud - Puno al servicio de cirugía llevando consigo el documento aprobado por la dirección de dicha institución; inició presentándose, indicando cual fue el motivo de la visita y explicando los objetivos del proyecto de investigación, una vez concedido el permiso se solicitó la ficha de pacientes programados y hospitalizados para alguna cirugía mayor, el cual fue concedido sin dificultad.
 - Posteriormente se llevó a cabo la recolección de datos durante cuatro meses, efectuando de 1 a 3 pacientes por día aproximadamente, tiempo que permitió alcanzar la muestra.
 - La recolección de datos se realizó un día antes de su intervención quirúrgica luego de su hospitalización: posteriormente se explicó a cada

- paciente a cerca de la participación y se les entregó para firmar el consentimiento informado cumpliendo con los principios de la bioética.
- Muchos de los pacientes intervenidos se mostraron muy colaboradores, mientras que un promedio de 40 pacientes no se mostraron muy convencidos de la participación puesto que realizaban las siguientes preguntas: ¿Cuánto tiempo tardara?, ¿Es necesario brindar mi nombre?, ¿Por qué debo de firmar?, ¿Esta información será puesta en la historia clínica?, ¿La información será publicada con nombres?, a las cuales la investigadora absolvió todas sus dudas aclarando que la intervención es completamente confidencial y con fines de estudio.
 - El llenado de las encuestas lo realizó la investigadora efectuando la entrevista personal a cada paciente, durante este proceso se pudo denotar distintas reacciones como: poco interés en algunos pacientes, agradecimiento por otros, llanto y voz entrecortada relatando hechos que afectan su estabilidad emocional.
 - Posterior a la ejecución, la investigadora paso a agradecer la participación de los pacientes y antes de retirarse absolvió las dudas acerca de la cirugía a la que serían intervenidos por medio de charlas informativas y pequeñas sesiones educativas.
 - La investigadora se reportó con la jefa del servicio para agradecer por el espacio brindado.

3.6.2. Plan de tabulación y análisis:

- Se codificaron los instrumentos con la información recolectada.
- Se trasladó la información al formato digital Microsoft Excel y el software estadístico SPSS v.25.

- De acuerdo a los objetivos estipulados en el estudio, se ordenaron mediante tablas estadísticas y medidas de resumen en porcentaje utilizando la estadística descriptiva.
- Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba chi cuadrado con un nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$). Además, se calculó el Odds Ratio, a través de un modelo de regresión logística ordinal; ello en función a que el OR es una medida estadística utilizada en estudios transversales que se utiliza para definir con mayor exactitud la posibilidad de que una condición de salud o enfermedad se presente en un grupo de población específica cuando este se encuentra expuesto a un factor de riesgo específico, por lo tanto, es una medida de tamaño de efecto muy buena para estudios de asociación.
- Se construyeron tablas de doble entrada.
- Finalmente se realizó el análisis respectivo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DICUSIÓN

4.1.RESULTADOS

OE1

TABLA 1

NIVEL DE ANSIEDAD (RASGO - ESTADO) PREOPERATORIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA MAYOR EN EL HOSPITAL III EsSALUD – PUNO, 2019

Nivel de ansiedad	Sin ansiedad		Ansiedad leve		Ansiedad moderada		Ansiedad severa		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ansiedad de estado	0	0.00	0	0.00	80	62.99	47	37.01	127	100
Ansiedad de rasgo	0	0.00	0	0.00	77	60.63	50	39.37	127	100
Total	0	0.00	0	0.00	79	62.20	48	37.80	127	100

Fuente: Test de STAI para ansiedad

A nivel global el 62.20% de los pacientes evaluados evidenciaron ansiedad moderada y 37.80% ansiedad severa; en cuanto a la dimensión estado, el 62.99% presentó ansiedad moderada y el 37.01% presentó ansiedad severa; por otro lado, para la ansiedad rasgo el 60.63% presentó ansiedad moderada y el 39.37% evidenció ansiedad severa. Lo cual refleja que no hay diferencia significativa entre sus dimensiones (ansiedad estado – ansiedad rasgo).

OE2

TABLA 2

APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA MAYOR EN EL HOSPITAL III EsSALUD – PUNO, 2019

Apoyo social	Adecuado		Escaso		Total	
	N	%	N	%	N	%
Dimensiones del apoyo						
Apoyo emocional	37	29.13	90	70.87	127	100
Apoyo instrumental	77	60.63	50	39.37	127	100
Interacción social	61	48.03	66	51.97	127	100
Apoyo afectivo	77	60.63	50	39.37	127	100
Global	42	33.07	85	66.93	127	100

Fuente: Test de apoyo social - MOS

El presente cuadro revela que el apoyo social a nivel global es escaso con un 66.93%, en donde la dimensión “apoyo emocional” destaca con un 70.87% y la “interacción social” se presenta con un 51.97%; por otro lado, el apoyo social a nivel global también indicó un nivel de apoyo adecuado con un 33.07%, siendo el “apoyo instrumental” con 60.63% y el “apoyo afectivo” con 60.63% los más relevantes.

OG

TABLA 3

ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA MAYOR HOSPITAL III EsSALUD – PUNO, 2019

Ansiedad	Ansiedad moderada		Ansiedad severa		Total	
Apoyo social	N %		N %		N %	
Adecuado	27	21.26	15	11.81	42	33.07
Escaso	48	37.80	37	29.13	85	66.93
Total	75	59.06	52	40.94	127	100.00

Fuente: Ficha de registro.

$$\chi_c^2 = 0.710 < \chi_{t(1,0.05)}^2 = 3.841 \text{ Sig. } (p = 0.447)$$

En cuanto a la evaluación global, no existe asociación estadística entre el apoyo social y el nivel de ansiedad ($p=0.447$).

OG

TABLA 4

ASOCIACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DEL NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y LAS DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA MAYOR EN EL HOSPITAL III EsSALUD – PUNO, 2019.

Ansiedad	Ansiedad de estado		Ansiedad de rasgo	
	Probabilidad de Chi cuadrado		Probabilidad de Chi cuadrado	
Apoyo social	significancia (p)		significancia (p)	
Apoyo emocional	0.469	0.494	9.148**	0.002**
Apoyo instrumental	0.036	0.850	3.033	0.082
Interacción social	0.897	0.344	3.325	0.068
Apoyo afectivo	0.036	0.850	0.741	0.389

Significativo estadísticamente (**)

El análisis estadístico, mediante la prueba de Chi cuadrado de asociación indica existencia de diferencia estadística significativa ($p=0.002$), para la dimensión apoyo emocional y la ansiedad de rasgo, es decir, que cuando el apoyo emocional es escaso, se presenta un nivel de ansiedad rasgo severo. el resto de pares de variables analizadas no mostraron asociación estadística ($p>0.05$).

De los resultados y el análisis estadístico inferencial, permiten aprobar la hipótesis planteada en el estudio.

4.2.DISCUSION:

La ansiedad genera un estado desagradable como inquietud, preocupación, entre otras, estos sentimientos se hacen más intensos en el proceso preoperatorio ya que se activan los mecanismos fisiológicos generando una serie de síntomas; diversos estudios han afirmado existe relación entre el apoyo social y la salud, los cuales han concluido que un fuerte apoyo social percibido genera una respuesta más positiva sobre sistema inmunitario lo cual conlleva a un proceso recuperativo más corto (59)(69).

Los resultados obtenidos en la investigación ponen en evidencia que el total de pacientes en etapa preoperatoria del Hospital III EsSalud – Puno presentan ansiedad moderada y severa, lo cual concuerda con el estudio de Chambi, F. realizado en Puno, titulado “Factores personales y nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios de colecistectomía laparoscópica del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno, 2018” el cual indica que el 54.16% presenta ansiedad moderada, el 27.08% leve y el 18.75% intensa(13), ambos estudios demuestran que la ansiedad moderada presenta mayor relevancia, posiblemente porque fueron ejecutados con un año de diferencia y en la misma realidad social, donde los pacientes diagnosticados para alguna cirugía mayor implican un aumento de riesgo frente al procedimiento quirúrgico y la recuperación requiere un tiempo determinado de hospitalización (96) es por ello que son referidos a los hospitales con mayor capacidad resolutive, siendo estos: Hospital III EsSalud – Puno y Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, los cuales tienen la categoría II-2; difiere con el estudio ejecutado en Juliaca que lleva por título “Factores que influyen en el nivel de ansiedad en pacientes pre quirúrgicos en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca de mayo a junio del 2016” donde los resultados afirman que el 69.8% de pacientes pre quirúrgicos tuvieron un nivel de ansiedad alto, el 24.4%

tuvieron un nivel de ansiedad medio, y el 5.8% presentaron un nivel de ansiedad bajo(22); Arévalo, L. en su estudio titulado “nivel de ansiedad en pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Tingo María de abril a junio del 2015” afirma que el 57% de los pacientes presenta ansiedad leve, el 19% ansiedad moderada y el 4% de ellos no tuvieron ansiedad (21) al igual que el estudio de Rodriguez J., Mayo L. y Coronado J. efectuado en Lambayeque, titulado “Factores asociados a la ansiedad del paciente en el pre operatorio inmediato en el servicio de cirugía del hospital provincial docente Belén de Lambayeque - 2016” donde concluye que el 60% de los pacientes tienen ansiedad, donde solo el 5% alcanzó un nivel alto, el 25% nivel medio y 30% nivel bajo(19).

En cuanto al nivel de ansiedad por dimensiones, los resultados del estudio de Arévalo indican que un 38% de ellos tuvieron ansiedad moderada y 36% ansiedad leve en la dimensión ansiedad estado mientras que 46% de la muestra en estudio tuvieron ansiedad leve y el 30% no tuvo ansiedad en la dimensión ansiedad rasgo, los resultados hacen notoria la diferencia de sus dimensiones(21); sin embargo no concuerdan con los resultados del presente estudio, puesto que para la dimensión estado el 62.99% de los pacientes presentaron ansiedad moderada y 37.01% presenta ansiedad severa; para la dimensión rasgo el 60.63% tiene ansiedad moderada y el 39.37% tiene ansiedad severa, lo cual evidencia que no hay diferencia significativa entre estas dimensiones, es decir un paciente con ansiedad rasgo puede tener también ansiedad estado así como lo indica el estudio de Sierra el cual afirma “que la ansiedad rasgo y estado se enmascaran en varios aspectos”(36), ambos conceptos son ambivalentes pero diferentes a la vez, la ansiedad rasgo se refiere a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como

amenazantes, este tipo de personas tienden a tener una reacciones emocionales intensas; la ansiedad estado hace referencia a un estado emocional transitorio (no duradero) que varía en intensidad y duración. también como lo indican Gorsuch y Lushene “En general, los sujetos con mayor ansiedad rasgo presentarán un mayor nivel de ansiedad estado que los sujetos con menor ansiedad rasgo, porque ven muchas más situaciones amenazadoras; por lo tanto, las personas con mayor ansiedad rasgo son más propensas a responder con un aumento de ansiedad estado”(45).

Esta diferencia en los resultados de los estudios se debe probablemente porque la ejecución de ambos proyectos se realizó en realidades diferentes, con una intervalo de elaboración de cuatro años y actualmente los problemas relacionados a la ansiedad han tomado empoderamiento con el pasar del tiempo, una publicación realizada por Serrano, I. en el diario virtual “El mundo” en enero del 2019 indica que “según la OMS, alrededor de 260 millones de personas en el mundo sufrieron trastornos asociados a esta emoción durante 2017. El Consejo General de Psicología de España estima que nueve de cada 10 españoles padecieron estrés y ansiedad ese mismo año”(97), lo cual pone en evidencia que a través del tiempo los índices de ansiedad van aumentando cada vez más.

Por otro lado, también se evaluó el nivel de ansiedad referente al sexo, donde los resultados revelaron que el sexo femenino es el más afectado (ver cuadro anexo 1.1) en cuanto al nivel de ansiedad grave, lo cual concuerda con el estudio realizado por Negromonte KK, Da Silva JI, Tavares E, Lopes L, Remigio T, Muniz SM., en Brasil, titulado “Ansiedad en el período preoperatorio de cirugía cardíaca - 2016” donde reportaron que en el 59,4% tuvo ansiedad mínima y el 19,8% tuvo ansiedad grave,

donde el sexo femenino posee un mayor grado de ansiedad frente al sexo masculino (76), también concuerda con el estudio de Puno efectuado en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón ya citado, el cual afirma que en cuanto a los factores personales y nivel de ansiedad; en el sexo femenino predominó la ansiedad moderada con 33,3% y un 14.6% de ansiedad intensa mientras que en el sexo masculino tuvo como resultado que el 20.8% se presentó con ansiedad leve y moderada respectivamente(13). Se evidencia que los más altos porcentajes de ansiedad se presentan en el sexo femenino, Arenas, M. y Puigcerver, afirman que “ Las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad, aproximadamente entre 2 a 3 veces más que los hombres”(98); sin embargo es probable que este incremento se deba a que la mujer tiene un desenvolvimiento multifuncional como el de brindar el sostén emocional de la familia, cubrir las actividades de la casa, también las actividades laborales, el cuidado de los hijos y sobretodo la administración de la economía familiar.

Así también el apoyo social es determinado como un mecanismo de ayuda frente a situaciones desagradable en donde la persona se ve involucrada, estudios encontrados han demostrado que los individuos bajo estrés que perciben poco apoyo social notan efectos perjudiciales en su salud, mientras estos efectos se ven reducidos o estarán ausentes en individuos con altos niveles de apoyo social(69) esta descripción concuerda con el estudio internacional de Yilmaz M., Sezer H., Gürler H. y Bekar M., en Turquía el 2011, “Predictores de ansiedad preoperatoria en pacientes hospitalizados”, el cual afirma que hay una relación significativa entre presencia de apoyo social y disminución de la gravedad de la ansiedad ($p=0.001$) (23); también con el estudio de Castellano, titulado “influencia del apoyo social en la ansiedad y el

estrés del paciente intervenido de cirugía endoscópica nasosinusal” quien afirma que existe una correlación significativa inversa ($p < 0,05$) entre el apoyo social percibido de familiares, amigos y personas relevantes en relación con la ansiedad estado al ingreso

Ambos estudios mencionados difieren con el presente tema de investigación ya que las variables en estudio revelan que no existe asociación estadística entre el apoyo social y el nivel de ansiedad, lo cual indicaría que no hay influencia entre el nivel de ansiedad y el apoyo social percibido en pacientes durante la etapa preoperatoria; Esto se debe a que existen algunos factores no estudiados dentro de la investigación realizada que podrían generar el aumento del nivel de ansiedad de un paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, entre ellos estarían: el aspecto laboral, porque al programar a un paciente para intervención quirúrgica, este tiene que hospitalizarse entre doce a veinticuatro horas antes de la operación y tener un tiempo de recuperación que suele ser entre tres a cinco días, dependiendo del tipo de intervención al que será sometido; otro factor podría ser el aspecto económico, puesto que al programar la intervención quirúrgica no logrará desarrollar sus actividades normalmente disminuyendo su desempeño laboral y esto crearía pérdidas económicas, limitaciones para efectuar el cuidado de los hijos y las actividades del hogar, etc. También porque algunos hospitales de categoría II no cuentan con insumos suficientes para cubrir las necesidades terapéuticas, por lo tanto, el usuario tiene que adquirirlos de manera particular generando gastos económicos muchas veces excesivos y no previstos.

Sin embargo al evaluar las dimensiones del apoyo social en relación al nivel de ansiedad, los resultados obtenidos afirman que existe relación estadística, para la

dimensión apoyo emocional y la ansiedad de rasgo, lo que quiere decir, que cuando el apoyo emocional es escaso, se presenta un nivel de ansiedad rasgo grave, por lo que el profesional de enfermería debería tomar en cuenta este aspecto con el objetivo de disminuir o eliminar el nivel de ansiedad utilizando estrategias a nivel social considerando el aspecto emocional para lograrlo.

CONCLUSIONES

PRIMERA: No existe asociación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y el apoyo social percibido por los pacientes en etapa preoperatoria; sin embargo, existe asociación entre la dimensión apoyo emocional y ansiedad rasgo.

SEGUNDA: Todos los pacientes que fueron evaluados para cirugía mayor presentan ansiedad; en cuanto a la clasificación por dimensiones (rasgo y estado) la mayoría presenta ansiedad moderada y casi la tercera parte ansiedad grave, no existiendo diferencia notoria entre el grado de ansiedad en ambas dimensiones.

TERCERA: El apoyo social percibido por los pacientes del Hospital III EsSalud –Puno es escaso; siendo el apoyo emocional el más afectado y que a su vez se considera el más importante, porque engloba la empatía, confianza y el cuidado, seguido por la interacción social el cual también alcanzó un nivel escaso; por otro lado, las dimensiones apoyo instrumental y apoyo afectivo evidenciaron un nivel adecuado.

RECOMENDACIONES

1. Al Hospital III EsSalud – Puno:

Se sugiere la programación de cursos de actualización para el fortalecimiento de capacidades frente a la atención de los pacientes en la etapa preoperatoria considerando la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales tocando los temas de: ansiedad y sus dimensiones (ansiedad rasgo y ansiedad estado), educación preoperatoria, apoyo psicológico, participación familiar, entre otros, los cuales servirán para que el profesional ayude al paciente a disminuir los niveles de ansiedad.

2. A los médicos Hospital III- EsSalud – Puno:

Hacer efectiva las interconsultas con psicología y servicio social para que puedan brindar atención a los pacientes con alto nivel de ansiedad y escaso apoyo emocional.

3. A las enfermeras del servicio de cirugía:

- Informar al paciente a cerca del proceso operatorio (tipo de operación a la que será sometido, tiempo de la operación, periodo aproximado de estancia hospitalaria, tiempo probable de recuperación, cuidados postoperatorios, entre otros), a fin de disminuir el nivel de ansiedad y que el paciente se muestre colaborador desde su internamiento hasta el momento del alta médica.
- Sensibilizar a la familia durante la etapa preoperatoria, motivándolos a participar de manera activa en la recuperación de su familiar.
- Capacitar a los familiares a cerca de los cuidados post-operatorios y la importancia de los efectos positivos del apoyo social (en todas sus dimensiones) durante este proceso.

4. A los bachilleres de enfermería:

La realización de nuevos estudios de investigación que permitan evaluar la ansiedad preoperatoria (rasgo y estado), de qué manera se relacionan con el apoyo social y como poder afrontarlos tomando en cuenta las teorías y modelos de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Grupe DW, Nitschke JB. Uncertainty and Anticipation in Anxiety. *Nat Rev Neurosci.* 2013 Jul;14(7):488–501.
2. Rondón MB. SALUD MENTAL : UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ. 2006;23(4):237–8.
3. Campillo S. Ansiedad : cuatro expertos desmontan los mitos de la enfermedad mental más discutida del siglo XXI. 2018;
4. Mental MDES. Artículo Original DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ : RESULTADOS DEL ESTUDIO ANNUAL PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS AND USE OF MENTAL HEALTH SERVICES IN PERU : RESULTS OF THE WORLD MENTAL HEALTH SURVEY , 2005. 2014;31(1):6–11.
5. Delgadillo Yaranga GL. Nivel de ansiedad del paciente en el pre quirúrgico en el servicio de cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho -. 2016;
6. Y.b W, G.l F, H.t Y, A.g H. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among elective surgical patients at University of Gondar Hospital. Gondar, Northwest Ethiopia, 2017. A cross-sectional study. *Int J Surg Open.* 2018 Jan;10:21–9.
7. Matthias AT, Samarasekera DN. Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit. *Acta Anaesthesiol Taiwanica Off J Taiwan Soc Anesthesiol.* 2012 Mar;50(1):3–6.
8. Wilson CJ, Mitchelson AJ, Tzeng TH, El-Othmani MM, Saleh J, Vasdev S, et al. Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *Am J Surg.* 2016 Jul;212(1):151–9.

9. Gullich I, Ramos AB, Zan TRA, Scherer C, Mendoza-Sassi RA, Gullich I, et al. Prevalence of anxiety in patients admitted to a university hospital in southern Brazil and associated factors. *Rev Bras Epidemiol*. 2013 Sep;16(3):644–57.
10. Super Intendencia Nacional de Salud. BOLETÍN ESTADÍSTICO. Prim Trimestre 2019. 2019;I.
11. Joycee E, Jessica J, Katherine S, Zulema S. Influencia de una intervención educativa en el nivel de ansiedad de un paciente en hemodiálisis Influence of patient education on the anxiety level of a patient on hemodialysis. 2013;6(1):34–41.
12. Mitchell M. Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *J Clin Nurs*. 2003 Nov;12(6):806–15.
13. Chambi Centeno FM. FACTORES PERSONALES Y NIVEL DE ANSIEDAD DE PACIENTES PREOPERATORIOS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN-PUNO,2018. 2019;10–51.
14. Kil HK, Kim WO, Chung WY, Kim GH, Seo H, Hong J-Y. Preoperative anxiety and pain sensitivity are independent predictors of propofol and sevoflurane requirements in general anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2012 Jan;108(1):119–25.
15. Gonzales Bustamante G, Pinto Samanez F. Escala de Amsterdam sobre ansiedad y la escala de informacion APAIS en la fase preoperatoria. 2005;1–32.
16. Ismail SA, Mowafi HA. Melatonin provides anxiolysis, enhances analgesia, decreases intraocular pressure, and promotes better operating conditions during cataract surgery under topical anesthesia. *Anesth Analg*. 2009 Apr;108(4):1146–51.
17. Reyes A. Trastornos de ansiedad guia practica para diagnostico y tratamiento.

18. Cir RC, Original C. Ansiedad en el paciente prequirúrgico : un problema que nos afecta a todos. 2017;115–20.
19. Meléndez JRR, Alvarado LGM, Balarezo MMF, Maco JRC. Factores asociados a la ansiedad del paciente en el pre operatorio inmediato en el servicio de cirugía del Hospital Provincial docente Belén de Lambayeque. Salud Vida Sipanense. 2016 Dec;3(2):13–20.
20. García de la Cruz RG, Argumedo Castillo MR. Nivel de ansiedad según la escala de Zung en los pacientes que acuden a consulta de emergencia del Hospital Regional de Loreto 2013. 2014.
21. Arévalo Alva LV. Nivel de ansiedad en pacientes pre operatorios del servicio de cirugía del Hospital Tingo María de abril a junio del 2015 [Descriptivo]. [Tingo Maria]: Universidad de Huánuco; 2016.
22. Arana Delgado AE, Castro Prado P. Factores que Influyen en el Nivel de Ansiedad1. Arana Delgado AE, Castro Prado P. Factores que Influyen en el Nivel de Ansiedad en Pacientes Prequirúrgicos del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca mayo a junio del 20161. Arana Delgado AE, Castro Prado. Repos Inst - UANCV [Internet]. 2016;1. Tutelada I, Macedo EMC, Mamani UJI. Universidad. Available from: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/677>
23. Yilmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. J Clin Nurs. 2012 Apr;21(7–8):956–64.
24. Daria DU, Kumar DV. Prevalence and factors responsible for preoperative anxiety in elective surgical patients. Int J Sci Res. 2018 Jul;7(4).
25. Valenzuela Millán J, Barrera Serrano JR, Ornelas Aguirre JM. Anxiety in preoperative anesthetic procedures. Cir Cir. 2010 Apr;78(2):147–51.
26. Zengin S, Kabul S, Al B, Sarcan E, Doğan M, Yildirim C. Effects of music therapy

- on pain and anxiety in patients undergoing port catheter placement procedure. *Complement Ther Med*. 2013 Dec;21(6):689–96.
27. González-Lemonnier S, Bovaira-Forner M, Peñarrocha-Diago M, Peñarrocha-Oltra D. Relationship between preoperative anxiety and postoperative satisfaction in dental implant surgery with intravenous conscious sedation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Mar;15(2):e379-82.
 28. Vassilev I, Rogers A, Sanders C, Kennedy A, Blickem C, Protheroe J, et al. Social networks, social capital and chronic illness self-management: a realist review. *Chronic Illn*. 2011 Mar;7(1):60–86.
 29. Dour HJ, Wiley JF, Roy-Byrne P, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne CD, et al. Perceived social support mediates anxiety and depressive symptom changes following primary care intervention. *Depress Anxiety*. 2014 May;31(5):436–42.
 30. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018 May;18.
 31. Lincoln KD, Chatters LM, Taylor RJ. Social Support, Traumatic Events, and Depressive Symptoms Among African Americans. *J Marriage Fam*. 2005 Aug;67(3):754–66.
 32. Karanci AN, Dirik G. Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *J Psychosom Res*. 2003 Oct;55(4):363–9.
 33. Munns A, Watts R, Hegney D, Walker R. Effectiveness and experiences of families and support workers participating in peer-led parenting support programs delivered as home visiting programs: a comprehensive systematic review. *JBIC database Syst Rev Implement reports*. 2016 Oct;14(10):167–208.
 34. Ivette A, Hernández H, Juan A, Bascope L, Antonio J, Sánchez G. Nivel de

- ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía . Un estudio transversal descriptivo. 2016;(1).
35. Cols L-AR y. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias. Med Int Mex [Internet]. 2010;26(copyrigt):5–10. Available from:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/499_GPC_An_siedad_generalizada/IMSS-499-11-GER_AnsiedadGeneralizada.pdf
 36. Sierra JC. Ansiedad , angustia y estrés : tres conceptos a diferenciar. :10–59.
 37. D. Spielberger C. Assessment of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. South Psychol. 1985 Jan;2:6–16.
 38. Gonçalves KKN, Silva JI da, Gomes ET, Pinheiro LL de S, Figueiredo TR, Bezerra SMM da S, et al. Anxiety in the preoperative period of heart surgery. Rev Bras Enferm. 2016 Apr;69(2):397–403.
 39. Saila O, Báez K. ANSIEDAD: COMO CONTROLARLA. EUSKO JAURLARITZA [Internet]. 2002;2:1–5. Available from:
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_mental/es_4050/adjuntos/ansiedadComoControlarla_c.pdf
 40. Heinze G. La ansiedad: cómo se la concibe actualmente. Ciencia [Internet]. 2003;8–15. Available from:
https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/54_2/anisedad_como_concibe.pdf
 41. Estrada Avilés A. Trastornos de ansiedad. Doc Inf.
 42. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South

- Western Ethiopia. *BMC Surg.* 2014 Sep;14:67.
43. Mendoza CS. La ansiedad. 2016;
 44. Adaptación y Validación del Inventario Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) en Población Universitaria de la Provincia de Ñuble. 2013;
 45. Gorsuch RL, Lushene RE, Guillén-riquelme A. Cuestionario de Ansiedad. *Tea.* 2015;9:9–14.
 46. Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. *Anaesthesia.* 1972 Oct;27(4):396–402.
 47. Ayyadhah Alanazi A. Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *Br J Nurs.* 2014 Apr;23(7):387–93.
 48. Bailey L. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN J.* 2010 Oct;92(4):445-457; quiz 458-460.
 49. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences (Riyadh).* 2007 Apr;12(2):145–8.
 50. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al. Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bull World Health Organ.* 2016 Mar;94(3):201–209F.
 51. Ruis C, Wajer IH, Robe P, van Zandvoort M. Anxiety in the preoperative phase of awake brain tumor surgery. *Clin Neurol Neurosurg.* 2017 Jun;157:7–10.
 52. Hellstadius Y, Lagergren J, Zylstra J, Gossage J, Davies A, Hultman CM, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression among esophageal cancer patients prior to surgery. *Dis Esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus.* 2016 Nov;29(8):1128–34.
 53. Cserép Z, Losoncz E, Balog P, Szili-Török T, Husz A, Juhász B, et al. The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac

- surgery. *J Cardiothorac Surg.* 2012 Sep;7:86.
54. Williams JB, Alexander KP, Morin J-F, Langlois Y, Noiseux N, Perrault LP, et al. Preoperative Anxiety as a Predictor of Mortality and Major Morbidity in Patients >70 Years of Age Undergoing Cardiac Surgery. *Am J Cardiol.* 2013 Jan;111(1):137–42.
55. Ortego Mate, Maria del carmen; López González SATML. Tema 13. El apoyo social. In: ciencias psicosociales I [Internet]. open cours. p. 1–24. Available from: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_13.pdf
56. Dura E., Garcés J. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. 1991;6(2):257–71.
57. Williams A, Giles H. Communicating social support. *Lang Soc.* 1990 Dec;19(4):564–8.
58. Umberson D, Crosnoe R, Reczek C. Social Relationships and Health Behavior Across Life Course. *Annu Rev Sociol.* 2010 Aug;36:139–57.
59. Cohen S, Janicki-Deverts D. Can We Improve Our Physical Health by Altering Our Social Networks? *Perspect Psychol Sci.* 2009 Jul;4(4):375–8.
60. Figueroa Barrendos GR. APOYO SOCIAL EN LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS DEL CENTRO DE ATENCION RESIDENCIAL GERONTO GERIATRICO IGNACIA RODULFO VIUDA DE CANEVARO DEL DISTRITO DEL RIMAC, PERIODO 2018. Lima, Perú; 2018.
61. Nacional C, Trabajo DECDE. NTP 439 : El apoyo social. *le Support Soc.* 1999;439:1–9.
62. Fern R. El estudio del apoyo social y la calidad de vida desde las redes personales: el caso del dolor crónico. 2015;
63. Fachado AA, Rodríguez MM, Castro LG. Apoyo social : Mecanismos y modelos

- de influencia sobre la enfermedad crónica. 2013;118–23.
64. Pilisuk M. Delivery of Social Support: Am J Orthopsychiatry. 1982;52(1):20–31.
 65. Bataille GG. Psychotherapy and community support: community mental health systems in transition. New Dir Ment Health Serv. 1990;(46):9–18.
 66. Tramonti F, Gerini A, Stampacchia G. Relationship quality and perceived social support in persons with spinal cord injury. Spinal Cord. 2015 Feb;53(2):120–4.
 67. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. J Health Soc Behav. 2011 Jun;52(2):145–61.
 68. DuPertuis LL, Aldwin CM, Bosse R. Does the source of support matter for different health outcomes? Findings from the Normative Aging Study. J Aging Health. 2001 Nov;13(4):494–510.
 69. Cardoso-Moreno MJ, Tomás-Aragones L. The influence of perceived family support on post surgery recovery. Psychol Health Med. 2017 Jan;22(1):121–8.
 70. Eisenberger NI, Taylor SE, Gable SL, Hilmert CJ, Lieberman MD. Neural pathways link social support to attenuated neuroendocrine stress responses. Neuroimage. 2007 May;35(4):1601–12.
 71. Kulik JA, Moore PJ, Mahler HI. Stress and affiliation: hospital roommate effects on preoperative anxiety and social interaction. Heal Psychol Off J Div Heal Psychol Am Psychol Assoc. 1993 Mar;12(2):118–24.
 72. Carrillo PM, Pla AC. Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata . De la teoría a la práctica Detecting and solving pre-operative anxiety . Theory and practice. 2015;20(2):74–8.
 73. Kevin Omar. Nivel de ansiedad preoperatoria en las pacientes programadas a cirugía electiva en el hospital de ginecología y obstetricia del IMIEM, mediante la escala de APAIS y escala de Spielberg. UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL

- ESTADO DE MEXICO; 2013.
74. Rv H. El cirujano. 2017;50(1):177–84.
 75. Ayuzo C. ¿ es solo cuestión de terminología ? 2016;2015–6.
 76. Kirley K, Gonçalves N, Ingrid J, Tavares E, Ii G, Lopes L, et al. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. 2016;69(63):397–403.
 77. Doñate Marín M, Litago Cortés A, Monge Sanz Y, Martínez Serrano R. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. Enfermería Glob. 2015 Jan;14(37):170–80.
 78. Quintero A, Yasnó DA, Riveros OL, Castillo J, Borráz BA. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Rev Colomb Cirugía. 2017;32(2):115–20.
 79. “Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los Hospitales Eugeni [Ensayo Clínico]. [Ecuador]: Universidad Central del Ecuador; 2012.
 80. Harandi TF, Taghinasab MM, Nayeri TD. The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. Electron Physician. 2017 Sep;9(9):5212–22.
 81. Krohne HW, Slangen KE. Influence of social support on adaptation to surgery. Heal Psychol Off J Div Heal Psychol Am Psychol Assoc. 2005 Jan;24(1):101–5.
 82. Gilts CD, Parker PA, Pettaway CA, Cohen L. Psychosocial Moderators of Presurgical Stress Management for Men Undergoing Radical Prostatectomy. Health Psychol. 2013 Dec;32(12).
 83. Zumsteg DM. The impact of social support and resilience on surgical outcomes. 2016;

84. Castellano Santana R. INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN LA ANSIEDAD Y EL ESTRES DEL PACIENTE INTERVENIDO DE CIRUGIA ENDOSCOPICA NASOSINUSAL. Dialnet. 2019;272.
85. Condori Taipe I, Escobar Quispe AS. Efecto de la comunicación terapéutica de enfermería en el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios del servicio de cirugía, Hospital Departamental de Huancavelica - 2014. Univ Nac Huancavelica. 2015;
86. Nivel de ansiedad según la escala de zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Regional de Loreto. [Descriptivo]. [Iquitos]: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2013.
87. Hernández, R, Fernández C, Baptista P. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION [Internet]. Vol. 66, Mc Graw Hill. 2014. 126-194 p. Available from: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
88. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES Continua, 2016. 2016.
89. Natalicio, D. Development of the Spanish edition of the State-Trait Anxiety Inventory. Interamerican Journal of Psychology. Interam J Psychol. 1971;5:5, 3–4.
90. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). Arthritis Care Res (Hoboken). 2011 Nov;63 Suppl 1:S467-472.
91. Dependencia al tabaco y ansiedad rasgo-estado en estudiantes de postgrado de una Universidad privada de Lima. [Lima, Perú]: Pontificia Universidad Católica del Perú; 1999.

92. Magan IMC. Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad: rasgo – estado (IDARE). PAIAN. 2016 Jul;7(1).
93. Efectividad de una guía de intervención educativa en la disminución de la ansiedad del paciente quirúrgico en una clínica privada, Lima 2017. [Ensayo clínico]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
94. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med. 1991;32(6):705–14.
95. R DB. Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. Rev Investig en Psicol. 2016 Aug;19(1):177–90.
96. Saíz B. DEFINICIONES DE CIRUGIA MAYOR Y MEJOR. 2011;
97. Isabel Serrano R. Diario El Mundo. El Mundo. 2016;
98. Arenas M, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. Escritos Psicol. 2009;3:20–9.
99. Libro de reporte operatorio Hospital III EsSalud Puno.2018.

ANEXO

TABLA ANEXA 1

**NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PROGRAMADOS PARA ALGUNA
CIRUGIA MAYOR EN EL HOSPITAL III EsSALUD – PUNO, 2019**

Tabla anexa 1.1.

Ansiedad	Moderada	Grave	Total
Sexo	N %	N %	N %
Masculino	47 65.28	25 34.72	72 100
Femenino	28 50.90	27 49.10	55 100

Fuente: ficha de registro.

Tabla anexa 1.2.

Ansiedad	Moderada	Grave	Total
Instrucción	N %	N %	N %
Primaria	2 40	3 60	5 100
Secundaria	15 51.72	14 48.28	29 100
Carrera técnica	12 50	12 50	24 100
Carrera universitaria	37 62.71	22 37.29	59 100
Posgrado	9 90	1 10	10 100

Fuente: ficha de registro.

Tabla anexa 1.3.

Ansiedad	Moderada	Grave	Total
Estado civil	N %	N %	N %
Soltero	23 67.71	12 34.29	35 100
Casado	29 56.86	22 43.14	51 100
Viudo	5 71.43	2 28.57	7 100
Conviviente	15 50	15 50	30 100
Divorciado	3 75	1 25	4 100

Fuente: Ficha de registro

TABLA ANEXA 2

**NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PROGRAMADOS PARA ALGUNA
CIRUGIA MAYOR EN EL HOSPITAL III EsSALUD – PUNO, 2019**

Tabla anexa 2.1.

Ansiedad	Moderada	Grave	Total
Cirugía previa	N %	N %	N %
Si	28 65.12	15 34.88	43 100
No	47 55.95	37 44.05	84 100

Fuente: ficha de registro.

Tabla anexa 2.2.

De los 43 pacientes que tienen como antecedente cirugía previa.

Ansiedad	Moderada	Grave	Total
Experiencia previa	N %	N %	N %
Satisfactoria	19 73.08	7 26.92	26 100
Desagradable	9 52.94	8 47.06	17 100

Fuente: ficha de registro.

Tabla anexa 2.3.

Ansiedad	Moderada	Grave	Total
Tipo de cirugía	N %	N %	N %
Laparotomía	10 76.92	3 23.08	13 100
Laparoscopia	17 56.67	13 43.33	30 100

Fuente: ficha de registro.

TABLA ANEXA 3

**AMIGOS O FAMILIARES CERCANOS CON LAS QUE SE SIENTE A GUSTO
Y PUEDE HABLAR ACERCA DE TODO LO QUE SE LE OCURRE**

¿Cuenta con amigos íntimos o familiares cercanos? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)	N°	%
Si	27	21.26
No	100	78.74
Total	127	100

Fuente: ficha de registro - cuestionario de MOS

FIGURAS ANEXAS

FIGURA ANEXA N° 1

NIVEL DE ANSIEDAD (RASGO - ESTADO) PREOPERATORIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PROGRAMADOS PARA ALGUNA CIRUGÍA MAYOR EN EL HOSPITAL III EsSALUD – PUNO, 2019.

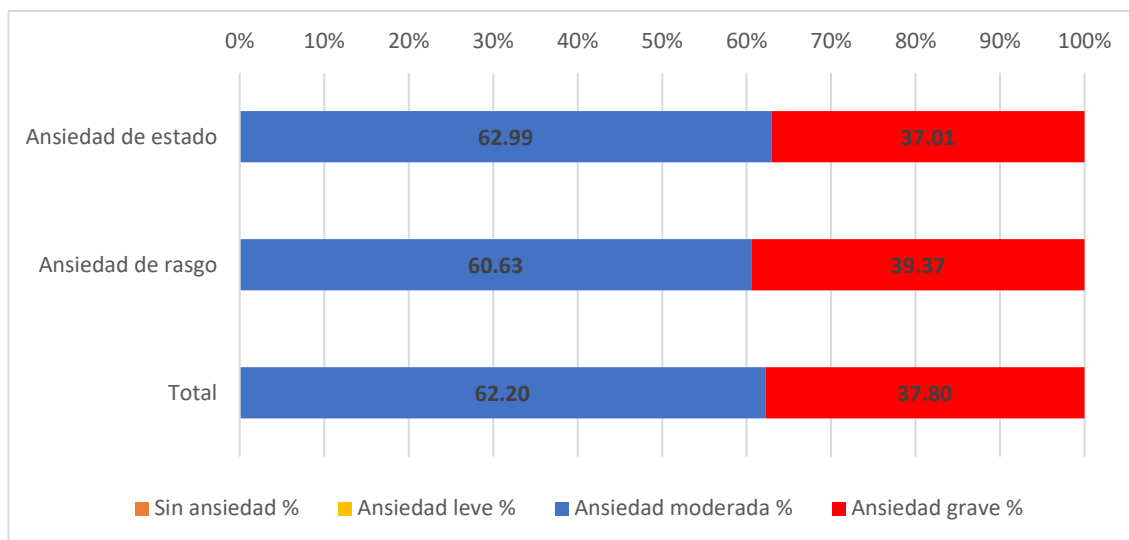
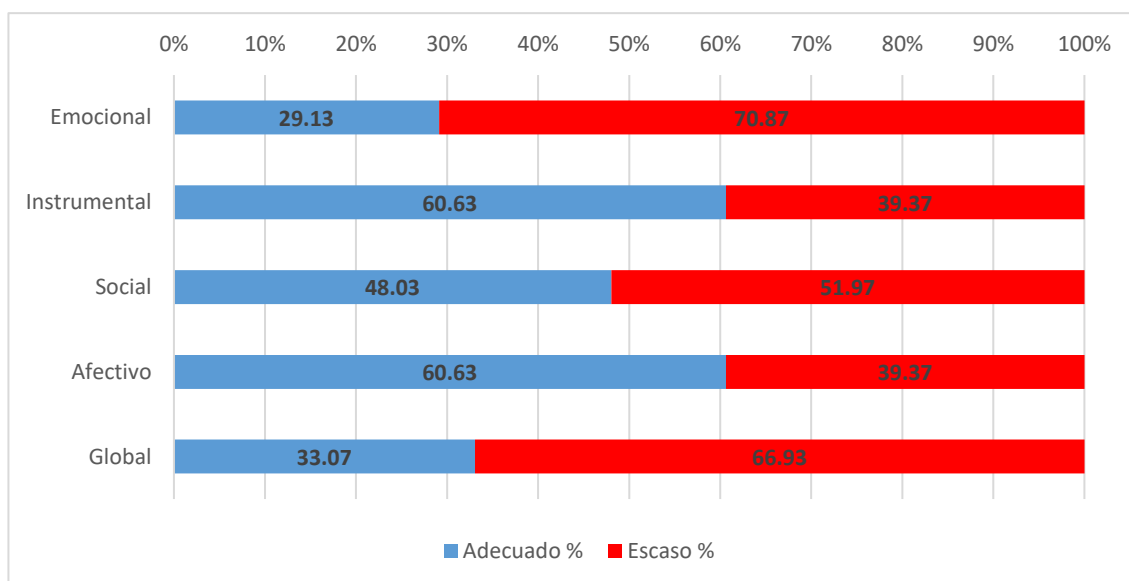


FIGURA ANEXA N° 2

APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PROGRAMADOS PARA ALGUNA CIRUGÍA MAYOR EN EL HOSPITAL III EsSALUD – PUNO, 2019



1. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO



FACULTAD DE ENFERMERIA
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

1. Nombres y Apellidos: _____
2. Edad: _____
3. Sexo:
Masculino () Femenino ()
4. Grado de instrucción:
Primaria () Secundaria () Carrera técnica () Carrera Universitaria () Posgrado ()
5. Estado civil:
Soltero () Casado () Viudo ()
Conviviente () Divorciado ()
6. Cirugía previa:
Si () No ()
7. Experiencia previa a un procedimiento quirúrgico:
Satisfactoria () Desagradable ()
8. Tipo de cirugía electiva:
Laparatomía () Laparoscopia ()

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES PREOPERATORIOS

II. Estimado paciente tenga buen día, solicito a Ud. Llenar la encuesta con sinceridad, marque con una “X” cuando considere que se ajuste a su situación actual, no hay respuestas buenas ni malas, la información proporcionada es netamente confidencial y con fines de estudio.

2.1. Actualmente:

Nº	ITEMS	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Me siento calmado.				
2	Me encuentro inquieto.				
3	Me siento nervioso.				
4	Me encuentro descansado.				
5	Tengo miedo.				
6	Estoy relajado.				
7	Estoy preocupado.				
8	Me encuentro satisfecho.				
9	Me siento feliz.				
10	Me siento seguro.				
11	Me encuentro bien.				
12	Me siento molesto.				
13	Me siento agradable.				
14	Me encuentro atemorizado.				
15	Estoy relajado.				
16	Me siento animoso.				
17	Me siento angustiado.				
18	Me encuentro alegre.				

19	Me encuentro contrariado.				
20	Me siento triste.				

2.1. En general:

N°	ITEMS	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUEENTE MENTE	CASI SIEMPRE
21	Soy una persona estable.				
22	Me siento satisfecho.				
23	Soy feliz.				
24	Me siento bien.				
25	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
26	Me siento segura .				
27	Me siento descansado.				
28	Siento ganas de llorar.				
29	Me afectan tanto los desengaños, que no me los puedo quitar de la cabeza.				
30	Cuando pienso en mis preocupaciones actuales, me pongo tenso y alterado.				
31	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.				
32	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.				
33	Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente.				
34	Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder superarlas.				
35	Me falta confianza en mí mismo.				
36	Me gustaría ser tan feliz como otros parecen serlo.				
37	Procuro evitar enfrentarme a crisis y dificultades.				
38	Me canso rápidamente.				
39	Me siento melancólico.				
40	Tomo las cosas muy a pecho.				



FACULTAD DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL EN LA ETAPA PREOPERATORIA

Nombres y Apellidos: _____

III. Por favor lea las siguientes afirmaciones que se indican a continuación y cuando haya elegido su respuesta marque como un CIRCULO uno de los números de cada fila.

1. Aproximadamente: ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tienen Ud.? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre) _____

N°	ITEMS	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2.	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama	1	2	3	4	5
3.	Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4.	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5.	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6.	Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7.	Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8.	Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9.	Alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10.	Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11.	Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12.	Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13.	. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14.	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15.	Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16.	Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17.	Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18.	Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19.	Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20.	Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5



FACULTAD DE ENFERMERIA

CONCENTIMIENTO INFORMADO

Título del trabajo: “Asociación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y el apoyo social percibido en pacientes programados para una cirugía mayor en el hospital III EsSalud – Puno.”

Estimado paciente, me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo principal determinar la asociación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y el apoyo social percibido en pacientes hospitalizados y programados para alguna cirugía mayor en el hospital III EsSalud – Puno. Su participación es voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos.

Para recabar la información se requiere el uso de sus nombres y apellidos, esta información será utilizada con fines de estudio y de manera confidencial.

He escuchado lo indicado y reconozco que al responder el cuestionario sobre “Asociación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y el apoyo social percibido en pacientes programados para una cirugía mayor en el hospital III EsSalud – Puno” estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma: _____

Nombres y Apellidos: _____

DNI: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Universidad Nacional del Altiplano - PUNO		
FACULTAD DE ENFERMERIA		
15 ABR 2019		
Registro	Fecha	
405-19		

SOLICITO: CARTA DE PRESENTACION

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UNA-PUNO:

ANA LULIANA HUANCA QUISPE, identificado con D.N.I. N°48006582, egresada de la Escuela Profesional de Enfermería con código de matrícula M°111442, con domicilio en la avenida Santa Rosa N°464, de la ciudad de Puno, a usted respetuosamente digo:

Recorro a su despacho, a fin de solicitar carta de presentación al Director del HOSPITAL III DE ESSALUD DE PUNO, para obtener información para ejecución de trabajo de investigación titulado "ASOCIACION ENTRE EL NIVEL DE ANCIEDAD PRE-OPERATORIA Y EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA UNA CIRUGIA MAYOR", desde ya le quedo eternamente reconocido por la atención que preste a mi pedido, comprometiéndome a cumplir con todas las normas del Hospital de ESSALUD.

Adjunto Acta de Aprobación de Proyecto de Tesis.

Por lo expuesto:

A Ud. Pido se sirva acceder a mi pedido.

Puno 15 de abril de 2019.

ANA LULIANA HUANCA QUISPE
D.N.I. N°48006582

Universidad Nacional del Altiplano - Puno		
FACULTAD DE ENFERMERIA		
ASUNTO:		
INFORME		
CONOCIMIENTO	ATENCION	
ESTUDIO	PUBLICACION	TRAMITE
REVISION	TRANSCRIPCION	RESOLUCION
ARCHIVO		
OTROS:		
RECMA		



Dra. Tita Flores de Quispe
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

CARTA N° 083 -UCIyD - GRAPU - ESSALUD-2019

Puno, 22 de Marzo del 2019

Señor:
DR. JHON BENITES APAZA
 Director (e) del Hospital III Puno
 Red Asistencial Puno



Presente.-

ATENCIÓN : COMITÉ DE ETICA E INVESTIGACIÓN

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE INVESTIGACIÓN.
RREFERENCIA : SOLICITUD S/N

De mi Consideración:

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de hacer de su conocimiento que LA Bachiller en Enfermería ANA LULIANA HUANCA QUISPE, de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, solicita ejecución de proyecto de Investigación "Asociación entre el Nivel de Ansiedad pre operatoria y el apoyo social percibido en pacientes programados para una cirugía mayor", por lo que solicitamos se sirva coordinar con el Comité de Ética e Investigación, para el desarrollo de la ejecución del trabajo de investigación.

Agradeciendo anticipadamente su gentil atención que le brinde a la presente, me suscribo de Usted.

Atentamente,



Alida Chávez Cortez
Lic. Alida Chávez Cortez
 Jefe de la Unidad de Capacitación, Inv. y Docencia
 RED ASISTENCIAL PUNO
 EsSalud

Ache /ache
 Archivo
 Folios (28)

NIT: 1284-2019-563

ANEXO 1



"HOJA DE RUTA"

NIT: 1234-2019-563 Pagina.....

IMPORTANTE: Mantener esta hoja de ruta como caratula del documento y utilizar el código de acción solicitada

No	FECHA	REMITENTE	ACCION	DETALLE DE ACCION	DESTINO
	19 MAR 2019			117 P 1826	Cuentas
	22 MAR 2019			PRM Nº 083-UC y D AL SECTOR P. 1847	H. II Puno
				ATENCION	CONSEJO CUENTAS CAPACITACION
	09 ABR 2019			117 P. 2241	Capacitación

Cod. Accion solicitada

- 1 Atención
- 2 Opinión
- 3 Informe
- 4 Preparar Rpta
- 5 Coordinar

Cod. Accion solicitada

- 6 supervisar
- 7 Conocimiento y fines
- 8 Visar
- 9 Archivo
- 10 Otros. aspecificar

Formato Hoja de Ruta
Res. No 1288-GG-ESSALUD-2017



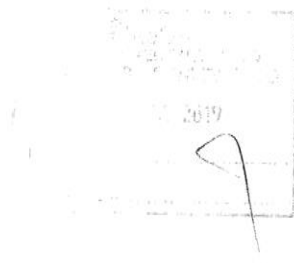
“Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad”

CARTA N° 359-DHBIIP-GRAPUNO-ESSALUD-2019

Puno, 08 de abril de 2019

Señor:

DR. JUAN CARLOS MENDOZA VELÁSQUEZ
Gerente Red Asistencial Puno
SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD



Presente. –

ATENCIÓN : OFICINA DE CAPACITACIÓN

ASUNTO: REMITO AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

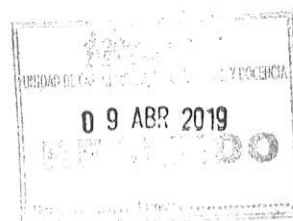
Ref.: Carta N° 004-CDI-HIIPUNO-ESSALUD-2019

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente, el motivo de la presente es remitir la autorización por el comité de investigación del Hospital Base III Puno del Proyecto de Investigación **Asociación entre el nivel de ansiedad pre operatoria y el apoyo social percibido en pacientes programados para una cirugía mayor**, se adjunta documento de referencia para su trámite respectivo.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresar mis especial estima y consideración.

Atentamente,

JBZ/ypchd
C.c. archivo
Folios (31)
NIT: 1284- 2019- 563



FOTOS ANEXAS

