



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Nivel de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio : Hospital de Chancay, noviembre-diciembre 2008

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico

AUTOR

Rocío Caridad del Pilar Mejía Rodríguez

LIMA – PERÚ
2009

DEDICATORIA:

DEDICATORIA A MI FAMILIA, por su apoyo incondicional en todo momento para salir adelante.

A LA PERSONA QUE AMO, MARTIN, por su paciencia y tolerancia

A LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA que cada vez más se engrandece.

A DIOS por existir y permitir seguir avanzando en la vida.

INDICE

Resumen.....	6
Presentación.....	7
Capítulo I: El Problema	8
1.1 Planteamiento del problema.....	8
1.2 Formulación del problema.....	10
1.3 Objetivos.....	11
1.3.1 Objetivo principal.....	11
1.3.2 Objetivos específicos.....	11
1.4 Justificación.....	11
1.5 Propósito.....	12
1.6 Marco teórico.....	13
1.6.1 Antecedentes.....	13
1.7 Base teórica.....	15
1.8 Hipótesis.....	35
1.9 Definición operacional de términos.....	35
1.10 Operacionazación de variables.....	35
Capitulo II: Material y método.....	36
II. 1 A. Nivel tipo y método.....	36
II. 1 B. Unidad de estudio.....	36
II. 1 C. Población.....	36
II. 1 D. Muestra del estudio.....	36
II. 1 E. Técnicas e instrumentos de recojo de datos.....	37
II. 1 F. Plan de recojo de proceso y presentación de datos.....	38
II. 1 G. Análisis e interpretación de datos.....	38
II. 1 H. Consideraciones éticas.....	39
Capitulo III: Resultados y discusión.....	40
Conclusiones, recomendaciones y limitaciones.....	47
Recomendaciones.....	49
Bibliografía.....	50
ANEXOS.....	55
Operacionalización de variables.....	56
Tabla de concordancia.....	57
Modelo de consentimiento informado.....	60

Resultados de varianza y R de Person Ansiedad estado.	63
Resultados de varianza y R de Person Ansiedad Rasgo.	63
Resultados de media y desviación standart.....	64
Categorizacion de la variable Ansiedad.	65
Confiabilidad del instrumento.	66

Resumen.

El objetivo del presente estudio fue el de identificar la ansiedad de los pacientes en el pre operatorio programados para cirugía, así como evidenciamos el nivel de ansiedad por dimensiones y la tendencia que existe de acuerdo a sexo del paciente, hallándose un alto nivel de significancia, tanto el grado de ansiedad media con tendencia a alta, siendo mayor en mujeres.

La identificación de este factor de riesgo permitirá un mejor manejo de la ansiedad para así direccionar la atención del paciente a disminuir estas cifras.

Al responder la pregunta de investigación, los resultados demuestran que existe un nivel medio de grado de ansiedad con tendencia a aumentar en pacientes durante el periodo preoperatorio del Hospital de Chancay durante los meses de noviembre y diciembre del 2008.

La prevalencia del nivel de ansiedad de la muestra fue de 78% considerándose alta. La prevalencia de ansiedad en mujeres fue de 56% dentro del nivel medio a alto de ansiedad evidenciado.

Presentación.

Los aspectos relacionados con el estudio, han sido considerados en diferentes estudios, es decir, el estudio de la ansiedad por un lado, y por otro, del preoperatorio en cirugías específicas; en esta oportunidad se trata de evidenciar cuan importante es la evaluación de la ansiedad antes de que el paciente sea sometido a una cirugía, independientemente, de que tipo de cirugía implica. Para obtener los logros de los objetivos de esta tesis, decidí estructurarla en tres grandes partes: un primer capítulo que consta del problema, el planteamiento, objetivos, base teórica, etc., dentro del cual también encontraremos las hipótesis enunciadas y la operacionalización de términos. Luego se procede a delimitar la metodología de estudio y la población a estudiar, todo esto, en el segundo capítulo. Por último en la tercera parte, se llevara a cabo el análisis general de los resultados obtenidos, dando lugar a las conclusiones, y proponiendo algunas recomendaciones a seguir dirigido a la institución donde se realizó el estudio respectivo.

Capítulo I: El Problema

1.1 Planteamiento del problema.

El conocimiento y la necesidad de tener información sobre el nivel de Ansiedad en el periodo preoperatorio aun no son conocidos en nuestro medio. La cirugía es una de las modalidades de terapia médica más importante.

La ansiedad se define como un sentimiento difuso, vago y muy desagradable de temor y aprehensión. El individuo que experimenta una reacción de ansiedad severa no está consciente de sus síntomas. Su ansiedad “flota libremente” y muestra una combinación de síntomas notables: pulso cardiaco acelerado, insuficiencia respiratoria, diarrea, pérdida de apetito, desmayos, vahídos, sudoración micción muy frecuente, insomnio y temblores. (1)

Dado la gran incidencia de los trastornos de ansiedad en nuestra sociedad, que afectan al 15% de la población a lo largo de su vida, (2) se han convertido en los trastornos psicológicos más frecuentes y se hace cada vez más necesaria la formación de especialistas para abordar con eficacia este tipo de problemas.

Una cirugía constituye una amenaza potencial o real para la integridad de la persona, y por lo tanto, puede producir reacciones de estrés fisiológico o psicológico. (3) Los temores referentes al dolor, a la desfiguración o a la

incapacidad permanente pueden ser reales o pueden estar influenciados por mitos, falta de información o historias espeluznantes contadas por algunos amigos. Es posible también que los pacientes tengan preocupaciones relacionadas con la hospitalización, como la seguridad de su trabajo, la pérdida de ingresos y el cuidado de su familia.

La capacidad del paciente adulto mayor para tolerar las cirugías depende de los cambios fisiológicos que han ocurrido durante el proceso de envejecimiento, de la duración del procedimiento quirúrgico y de la presencia de uno o más enfermedades crónicas

Una cirugía es una experiencia estresante ya que implica una amenaza a la integridad del organismo y, a veces, una amenaza a la vida misma. El dolor es un elemento frecuente en los casos de cirugía. (3)

Un paciente ansioso responde de diferente manera que un paciente no ansioso, la inserción de un catéter endovenoso, puede resultar dificultoso si el paciente se encuentra ansioso por la vasoconstricción periférica (4, 5), en pacientes ansiosos se requieren mayores dosis de agentes de inducción (6, 7) y la anestesia puede fluctuar con reacciones autonómicas en la fase de mantenimiento (8, 9), la incidencia de pacientes ansiosos es desconocido, pero se calcula que debe estar entre un 60 a un 80% (10, 11),

Las enfermeras pueden ayudar a los pacientes a comprender el factor de estrés, a buscar alivio para el dolor y a regresar a un funcionamiento óptimo. Es necesario evaluar el grado de ansiedad que siente el paciente. Es posible que los pacientes no puedan identificar las preocupaciones

específicas, y en consecuencia es necesario hacer una exploración más profunda. Si la enfermera identifica las claves, a partir del comportamiento del paciente, que indica la presencia de ansiedad moderada o severa, es necesario validar estas complicaciones con el paciente. Si la información obtenida indica que el paciente se encuentra en exceso ansioso o si el paciente describe el temor de morir mientras se encuentra en cirugía, es necesario informar al médico; puede también posponerse la cirugía en estos casos.

Actualmente en la unidad de Centro Quirúrgico del Hospital de Chancay se evidencia que los pacientes programados para una cirugía ya sea mayor o menor; no cuentan con una previa evaluación del grado de ansiedad, lo cual se torna un problema potencial en el periodo pre y post operatorio.

1.2 Formulación del problema.

¿Cuál es el nivel de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio del Hospital de Chancay en el año 2008?

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo principal.

- Determinar el nivel de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio, del Hospital de Chancay en el año 2008

1.3.2 Objetivos específicos.

1. Identificar el nivel de ansiedad durante el periodo preoperatorio.
2. Identificar el nivel de ansiedad de acuerdo a sus 2 dimensiones: ansiedad – estado y ansiedad – rasgo.
3. Identificar la tendencia que existe entre el nivel de ansiedad y el sexo del paciente.

1.4 Justificación.

La aplicación de la evaluación del nivel de ansiedad requiere de un conocimiento y de una responsabilidad profesional, que hacen necesario que todas las personas involucradas en el área de la salud tengamos un claro conocimiento de la aplicación de ciertos instrumentos y predecir la ansiedad en el periodo pre operatorio.

Además sabemos que la ansiedad ocasiona trastornos a nivel central produciendo respuestas neurotransmisoras implicadas en los estados de ansiedad y la activación del sistema adrenergico, dando origen a diferentes manifestaciones psicofísicas como es el sentimiento de temor, alerta al peligro y miedo a perder.

Es por ello que se considera importante el resultado de la evaluación del nivel de ansiedad porque podemos minimizar riesgos y complicaciones en el paciente., proporcionando cuidados específicos, siendo indispensable que antes de cualquier procedimiento invasivo, el paciente reciba un trato amable, cordial, expresándole palabras que le den seguridad y confianza, a fin de minimizar el grado de ansiedad, nerviosismo o depresión que presentan ante esta situación.

1.5 Propósito.

Por medio de este proyecto se propone instalar escalas de evaluación que existen en el manejo de ansiedad y que se ajusten al tipo de usuarios como parte de la atención pre operatoria y así poder mejorar la calidad en la atención del paciente mediante una intervención personalizada, de acuerdo a los resultados que logren proporcionar dichas escalas.

También se pretende que mediante este estudio, se sensibilice y motive al personal de enfermería sobre las necesidades psicoafectivas que el paciente requiere, sobre todo en los diferentes niveles de ansiedad.

De demostrarse la utilidad de conocer la presencia de ansiedad se adoptaría protocolos que sean de fácil acceso y seguro, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital De Chancay.

1.6 Marco teórico.

1.6.1 Antecedentes.

BARRANCO JUSTICIA, E, MARQUÉS RACIONERO MJ, BARRIONUEVO BARRIO R. CHD NEFROLINARES. EN ENERO- FEBRERO 2008 JAÉN INVESTIGO SOBRE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS, ¿ESTADO O RASGO? (¿SER O ESTAR?) (12)

Llegando a las siguientes conclusiones: El 35,7 % de los sujetos tienen ansiedad ante la enfermedad y el tratamiento con hemodiálisis. El 17,9 % tienen alta tendencia a la ansiedad pero solo el 8,9 % tienen niveles altos de ansiedad frente a esta situación.

La distribución de la ansiedad rasgo y estado es muy similar según el sexo. Según el tiempo en diálisis tienen mayores niveles de ansiedad rasgo los pacientes con menos de 6 meses de antigüedad y entre 5 y 10 años. Pero para la ansiedad estado tienen mayores niveles aquellos que tienen una antigüedad entre 2 y 5 años.

FINA ROSELL, MARGARITA ORIOL, OLGA ISERN, MONTSSERRAT FARO, EMILIA CHIRVECHES, MAICA SOLEY, ANNA ARNAU, PERE ROURA, GEMMA CLOTET ENFERMERÍA CLÍNICA. EFECTO DE UNA VISITA PREQUIRÚRGICA DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA SOBRE LA ANSIEDAD Y EL DOLOR. (13)

Una visita prequirúrgica estructurada de enfermería reduce la ansiedad situacional, mejora la satisfacción hacia el proceso asistencial quirúrgico y no modifica la percepción del dolor agudo postoperatorio.

ESCALA DE AMSTERDAM SOBRE ANSIEDAD Y LA ESCALA DE APAIS EN LA FASE PREOPERATORIA, GUILLERMO GONSALEZ USTAMANTE Y FREDY PINTO SAMANEZ, HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATTI MARTINS LIMA – PERU 2005 (14)

Dos factores emergieron claramente, los cuales son ansiedad y necesidad de Información.

- 1) las mujeres eran más ansiosas que hombres
- 2) los pacientes con un alto requisito de información también tenían un alto nivel de ansiedad
- 3) los pacientes que nunca habían experimentado una operación tenían un requisito de información más alto que los que tenían.

***MARÍN ROMERO, I., MARTÍNEZ GÓMEZ, P., PONSICH PUBILL, J., PUBILL GRASA, M. ENFERMERAS. SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN. HOSPITAL VALL D'HEBRON. BARCELONA. MAYO 2004**
ANSIEDAD EN PACIENTES INTERVENIDOS DE RODILLA. (PRÓTESIS TOTAL RODILLA). (15)

Los resultados del estudio no nos confirman la hipótesis de que la intervención de la enfermera en pacientes quirúrgicos disminuya significativamente la ansiedad en el proceso asistencial. Según estos resultados, pensamos que es importante tener en cuenta la personalidad de los pacientes y su individualidad. Grados elevados de ansiedad-rasgo como hemos detectado en el grupo experimental, proporcionan mayor grado de ansiedad-estado en el preoperatorio, de manera que es conveniente conocer la ansiedad-rasgo del paciente para enfocar la visita enfermera. Ésta debería ser realizada con anterioridad al ingreso y dirigida a proporcionar apoyo psicológico cuando exista ansiedad rasgo elevada.

PAQUITA ABULÍ PICART, PERE COMAS CASANOVAS, ROSA SUÑER SOLER, ARMAND GRAU MARTÍN
MEDICINA CLÍNICA
NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ENFERMOS HOSPITALIZADOS Y SU RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD (16)

La prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, sin guardar relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a una percepción subjetiva del enfermo de mayor gravedad y menor mejoría.

RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE Y SU REPERCUSIÓN EN EL ESTADO EMOCIONAL DEL PACIENTE CRÍTICO CARRILLO AG., ESQUIVEL PJ., GARCIA AC., RAMÍREZ RP., UGALDE M., BAUTISTA CG. – MÉXICO – 1997).
(17)

La conclusión final a la que llegaron los investigadores, fue que dentro de las principales causas que ocasionan ansiedad en los pacientes estaban el temor de presentar complicaciones, el temor a morir y la preocupación económica. También se observó la importancia del trabajo de la enfermera como personal que ayuda a disminuir todas las preocupaciones de los pacientes hospitalizados.

1.7 Base teórica.

➤ ANSIEDAD

1. DEFINICION

Su origen latino anxietas connota una experiencia con diversos grados de incertidumbre, agitación y pavor. El uso latino incluía una sugerencia de estrangulación que a veces esta implícita en la connotación actual. El término ansiedad pertenece al campo de la psicología con una traducción al inglés de un concepto alemán angst, término empleado por Freud, aunque nunca lo definió ni le dio un significado explicativo. (18)

Saranson (1977) argumenta que a menudo la ansiedad se define como un sentimiento difuso, vago y muy desagradable de temor y aprehensión. El individuo que experimenta una reacción de ansiedad severa no está consciente de sus síntomas. Su ansiedad “flota libremente” y muestra una combinación de síntomas notables: pulso cardíaco acelerado, insuficiencia respiratoria, diarrea, pérdida de apetito, desmayos. La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia. (21)

En la actualidad se estima que un 20.6% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, sin saberlo. (19)

La ansiedad usualmente se presenta acompañada de diversos síntomas físicos tales como:

- Fasciculaciones o temblores
- Tensión muscular, dolores de cabeza
- Sudoración
- Resequedad en la boca, dificultad para deglutir
- Dolor abdominal (puede ser el único síntoma de estrés especialmente en un niño)

Algunas veces, otros síntomas acompañan a la ansiedad:

- Mareo
- Frecuencia cardiaca rápida o irregular
- Respiración rápida
- Diarrea o necesidad frecuente de orinar
- Fatiga
- Irritabilidad, incluyendo pérdida del temperamento
- Dificultad para dormir y pesadillas
- Disminución de la capacidad de concentración
- Problemas sexuales

2. FISILOGIA

Ante esta situación, el organismo pone a funcionar el sistema adrenérgico. Por ejemplo, cuando el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento liberando señales de alerta a todo el sistema nervioso central. Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los

mecanismos que liberan adrenalina, forzando a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que están invirtiendo para conseguirla y que normalizará los valores que han disparado esa "alerta amarilla". En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado que bien pudiéramos llamar de "alerta roja".

El sistema dopaminérgico también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien preciado. En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla ante la posibilidad de la existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina.

Desde este punto de vista la ansiedad es algo sano y positivo que nos ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo. Si la cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se dan con bastante asiduidad, el organismo corre el riesgo de intoxicación por dopaminas o por catecolaminas. Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana, que requieran una actividad del organismo fuera de lo normal. (20)

En términos sicofisiológicos los síntomas de la ansiedad y el miedo son iguales. Sicológicamente la principal diferencia estriba en el grado en que la persona esté consciente del objeto de sus temores. De esta manera se

ha identificado dos dimensiones de ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad-estado. La ansiedad-rasgo o predisposición de la ansiedad es una condición del individuo que ejerce una influencia constante en su conducta. Ante una situación determinada el individuo con mayor grado de este tipo de ansiedad está más expuesto a experimentarlo. Así la intensidad de sus respuestas emocionales está en función a las características de la situación y de su personalidad.

Por su parte, la ansiedad-estado es un estado transitorio que aparece en respuesta a un estímulo y que varía en intensidad. Se caracteriza por diversas reacciones fisiológicas asociadas que en su mayoría son desagradables. (21)

3. TIPOS

Aunque hemos comenzado hablando de la ansiedad como trastorno afectivo, que como tal implica un mal funcionamiento de los procesos emocionales del individuo, para comprender mejor la extensión de este concepto es necesario hacer una distinción fundamental. Así, debemos diferenciar la ansiedad clínica o patológica y la no clínica, que será la contemplada en esta tesis.

Nos podemos acercar a la ansiedad no clínica entendiéndola de dos formas. Una primera aproximación la define como una característica disposicional y relativamente estable del individuo que nos puede indicar una propensión a la ansiedad. Este tipo de ansiedad es lo que se conoce como *ansiedad rasgo*. Por tanto, la ansiedad rasgo (también denominada,

en ocasiones, neuroticismo) es una dimensión de personalidad bien definida por numerosos autores (23, 24). La segunda forma de dirigirnos a la ansiedad no clínica es haciendo alusión a una reacción emocional puntual suscitada por un contexto amenazante o una situación estresante y que tiene una duración limitada. Esta situación transitoria constituye la *ansiedad estado* (25). Sólo 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 (26).

Actualmente, los criterios diagnósticos más extendidos para la clasificación de los trastornos de ansiedad son el CIE-10 (27) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su 4ª edición (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1995), en el que se clasifican los trastornos de ansiedad en 12 categorías distintas en las cuales se da cabida a los conceptos de miedo, preocupación, etc. (Tabla 2.1). Muchos de estos trastornos de ansiedad no sólo disponen de características similares, sino que también poseen un sustrato biológico compartido (28). Atendiendo a sus bases biológicas, estas categorías se podrían agrupar en otras más generales. Por una parte tendríamos la *ansiedad aguda*, que recoge trastornos de ansiedad específica, entre los que destacaremos las fobias y los ataques de pánico. Las fobias se caracterizan por la aparición de reacciones de miedo muy intensas y puntuales ante una potencial presencia (anticipación) de eventos amenazantes, cursando con evitación de la situación. Por su parte, el ataque de pánico se define como un

episodio de miedo o molestia de comienzo brusco y corta duración que cursa con diversas manifestaciones físicas (palpitaciones y sudoración, entre otras) y con un miedo a morir o padecer alguna enfermedad. Por otra parte tendríamos la *ansiedad generalizada*, que consiste en una preocupación duradera y difusa no ligada a ningún acontecimiento concreto. Por último, y en tercer lugar, el *trastorno obsesivo-compulsivo* (TOC), que se describe como la aparición de ideas obsesivas sobre distintos aspectos (por ejemplo, preocupación exagerada por la seguridad, por la higiene, etc.) a las que se siguen una serie de conductas compulsivas o rituales patológicos, que la persona piensa que debe realizar para evitar ese potencial peligro (29).

Meta categoría de ansiedad clínica	Categorías del DSM-IV
Ansiedad aguda	Trastorno de pánico Agorafobia Fobia específica Fobia social Trastorno de estrés postraumático Trastorno por estrés agudo Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

	<p>Trastorno de ansiedad no especificado</p> <p>Trastorno de ansiedad de separación</p>
Ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo

Categorías de ansiedad patológica. Modificada de Carretié (2001)

El TOC tiene una base biológica diferente a la de la ansiedad aguda y a la de la ansiedad generalizada como se puede observar la categorización en la tabla anterior.

4. CAUSAS

Ciertas drogas, tanto alucinógenas como medicinales, pueden llevar a que se presenten síntomas de ansiedad, ya sea debido a los efectos secundarios o a la abstinencia de la droga. Tales drogas comprenden: cafeína, alcohol, nicotina, remedios para el resfriado, descongestionantes, broncodilatadores para el asma, antidepresivos tricíclicos, cocaína, anfetaminas, pastillas para dietas, medicamentos para el trastorno de hiperactividad y déficit de atención, y medicamentos para la tiroides.

Una dieta deficiente (por ejemplo, niveles bajos de vitamina B12) también puede contribuir al estrés o a la ansiedad. La ansiedad por el desempeño es un tipo de ansiedad relacionada con situaciones específicas, como tomar un examen o hacer una presentación en público. El trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) se desarrolla después de un evento traumático como la guerra, una agresión física o sexual o un desastre natural. Las personas con el trastorno de ansiedad generalizada experimentan preocupación o ansiedad casi constantes acerca de muchas cosas en más de la mitad de todos los días durante 6 meses. El trastorno o los ataques de pánico involucran un miedo inexplicable y repentino, respiración rápida y aumento de las palpitaciones.

En casos muy poco comunes, un tumor de la glándula suprarrenal (feocromocitoma) puede ser la causa de ansiedad. Los síntomas son causados por una sobreproducción de hormonas responsables de los sentimientos de ansiedad. (30)

5. TRATAMIENTO

Existen varios tipos de tratamientos y terapias que tienen cierta efectividad para las personas que padecen de ansiedad y pánico. Entre ellos se incluyen:

- Fármacos ansiolíticos.
- Psicoterapia cognitivo-conductual: ésta debería ser dirigida por un psicólogo competente y experimentado. La terapia incluye técnicas de

exposición graduada (EPR o Exposición y Prevención de Respuesta), confrontación y modificación de creencias negativas o incorrectas, modificación de pensamientos negativos, técnicas para entablar autocharlas positivas, técnicas específicas para tratar con el pánico, etc.

- Reducción de estrés: puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, etc.
- Cambios en la alimentación: por ejemplo, la eliminación gradual del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos que contengan cafeína y analgésicos o drogas que contengan ésta.

Algunos pacientes informan reducciones considerables en su ansiedad sólo tomando estas medidas. En casos muy graves tal vez sea necesario utilizar fármacos durante el transcurso de la terapia psicológica, pero siempre bajo la supervisión de un profesional calificado (psiquiatra). Si la terapia psicológica da los resultados esperados, los fármacos se podrían suspender. Lo más recomendable es seguir los consejos de un profesional calificado. (21)

➤ **ANSIEDAD NORMAL Y PATOLOGICA**

Sana si nos sirve para solucionar el problema, patológica si no lo solucionamos y se cronifica.

La emoción se da en una situación en la que no es adecuado (pareja, amigos, trabajo) El problema surge cuando las emociones nos ocurren en situaciones en las que ni la lucha ni la huida son los comportamientos

adecuados. Se convierten entonces en un obstáculo para nuestro comportamiento. Estamos dando unas respuestas de activación inadecuadas. Nuestro pensamiento está acelerado, nuestros músculos tensos, la respiración agitada, nuestra emoción es negativa, pero no tenemos que luchar ni huir. Tendríamos que bajar nuestra tensión muscular, regularizar nuestra respiración, desactivar el pensamiento y sentir una sensación más positiva, pero eso no es fácil.

También será patológica si se hace crónica y, por tanto, tendemos a luchar o evitar en cada momento tanto que nos causa estrés o mucho sufrimiento.

Otro criterio de patología es la intensidad: por ejemplo si tenemos síntomas de un ataque de pánico: palpitaciones, dolores en el pecho, mareos o vértigos, náusea o problemas estomacales, sofocos o escalofríos, falta de aire o una sensación de asfixia, hormigueo o entumecimiento, estremecimiento o temblores, sensación de irrealidad, terror, sensación de falta de control o estarse volviendo loco, temor a morir, transpiración. Quienes padecen de trastornos de pánico experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso. Puede en realidad creer que está sufriendo un ataque al corazón, que está volviéndose loco o que está al borde de la muerte. Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora aún durante la noche al estar dormido, aunque no esté soñando. Producen una auténtica sensación de falta de control de la propia vida.

Cuando no sabemos de donde nos viene, ansiedad patológica: sería ansiedad que nos queremos quitar y no somos capaces:

1. Fobias (fobias específicas, fobias sociales, agorafobia), obsesiones, manías, ansiedad generalizada, etc.
2. Cuando la ansiedad se convierte en origen de la ansiedad (crisis de ansiedad). Cuando interpretamos las sensaciones corporales con independencia de lo que las originó (hipocondría). (31)

➤ **ANSIEDAD PREOPERATORIA**

El conocimiento del nivel de ansiedad del paciente en el periodo preoperatorio es importante y debe ser considerada en la fase de screening.

La difusión de la información para el público en general y la repercusión en los medios de comunicación de algunos accidentes anestésicos han contribuido a la identificación de la anestesia y de sus especificidades. (32)

Los pacientes suelen expresar temores y angustia con respecto a la anestesia. La angustia es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por un temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico. La ansiedad puede ser una característica constitucional de la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) o bien ser causada por el acto quirúrgico (ansiedad-estado). La ansiedad generada por la anestesia y la cirugía no tiene necesariamente un impacto negativo en el período peri operatorio y, en cierta medida, se trata de una disposición psicológica normal que permite al paciente afrontar mejor la intervención. Los estudios clínicos han puesto en evidencia la dificultad

para apreciar, durante la consulta preanestésica, el grado de ansiedad del paciente, dado que aunque los pacientes pueden manifestar ansiedad durante la anamnesis, los más introvertidos suelen reprimirla. (33, 34)

A menudo, el personal de Centro Quirúrgico evalúa de una manera imperfecta la ansiedad del paciente y por consiguiente, es frecuente que exista discordancia entre la valoración de la ansiedad por parte del médico y el grado de ansiedad expresado por el paciente. Además, en el paciente suelen confundirse los temores causados por la cirugía y los relacionados con la anestesia. (32) En general, la ansiedad que se expresa en la consulta es mayor en las mujeres, (35, 36) pero esto no se observa de manera sistemática en todos los estudios. No existe relación directa entre la gravedad de la afección, la importancia de la intervención y el grado de ansiedad. El impacto de la enfermedad sobre la vida familiar y social del paciente, influye en la ansiedad pre operatorio. Los antecedentes de anestesia disminuyen ligeramente la ansiedad.

La espera, en la mañana de la intervención, aumenta la ansiedad. (37) Según el estudio considerado, la concordancia entre las evaluaciones de la ansiedad realizadas durante la consulta preanestésica y la mañana de la intervención fue buena.

Los miedos que suelen expresarse en encuestas, mediante cuestionarios o interrogatorios, se refieren al dolor postoperatorio, al temor de no dormirse durante la operación, al temor de revelar informaciones de la vida privada, a las náuseas y los vómitos, y a la espera antes de la intervención.(37)

➤ **EFFECTOS DE LA CIRUGÍA EN EL PACIENTE (50)**

Una cirugía constituye una amenaza potencial o real para la integridad de la persona, y por lo tanto, puede producir reacciones de estrés fisiológico o psicológico.

Respuestas fisiológicas: Cuando la tensión causada al sistema es severa, o si existe una pérdida excesiva de sangre, los mecanismos compensatorios del organismo pueden verse sobresaturados y puede sobrevenir un shock. También pueden presentarse respuestas metabólicas: los carbohidratos y las grasas son metabolizados para producir energía. Todos estos factores desencadenan una pérdida de peso tras una cirugía mayor. Para restaurar las proteínas necesarias para la curación y volver al funcionamiento óptimo, es necesaria la ingestión de altas dosis de proteínas.

Respuestas psicológicas: existen diferentes formas en que las personas pueden percibir el significado de una cirugía y, por tanto, existen diferentes respuestas. El temor a lo desconocido es lo más común. Si el diagnóstico es incierto, es frecuente el temor a la enfermedad maligna, sin importar la probabilidad de presencia. **Los temores referentes a la anestesia** están relacionados normalmente con la muerte “dormirse y no volverse a despertar”.

Los temores referentes al dolor, a la desfiguración o a la incapacidad permanente pueden ser reales o pueden estar influidos por mitos, falta de información o historias espeluznantes contadas por algunos amigos. Es posible también que el paciente tenga preocupaciones relacionadas con la

hospitalización, como la seguridad de su trabajo, la pérdida de ingresos y el cuidado de su familia.

La capacidad de los pacientes ancianos para tolerar las cirugías depende de los cambios fisiológicos que han ocurrido durante el proceso de envejecimiento, de la duración del procedimiento quirúrgico y de la presencia de uno o más enfermedades crónicas.

➤ **INTERVENCION PREOPERATORIA(50)**

La cirugía es una de las modalidades de terapia médica más importante. Una cirugía es una experiencia estresante ya que implica una amenaza a la integridad del organismo y, a veces, una amenaza a la vida misma. El dolor es un elemento frecuente en los casos de cirugía.

Las enfermeras pueden ayudar a los pacientes a comprender el factor de estrés, a buscar alivio para el dolor y a regresar a un funcionamiento óptimo.

Conocimiento del paciente: Es necesario evaluar el grado de ansiedad que siente el paciente. Es posible que los pacientes no puedan identificar las preocupaciones específicas, y en consecuencia es necesario hacer una exploración más profunda. Si la enfermera identifica las claves, a partir del comportamiento del paciente, que indica la presencia de ansiedad moderada o severa, es necesario validar estas complicaciones con el paciente. Si la información obtenida indica que el paciente se encuentra en exceso ansioso o si el paciente describe el temor de morir mientras se

encuentra en cirugía, es necesario informar al médico; puede también posponerse la cirugía en estos casos.

Estado fisiológico: Debe reunirse información durante el periodo preoperatorio acerca del estado fisiológico del paciente para obtener los datos de base que se utilizarán en las comparaciones intraoperatorias y postoperatorias y para identificar los potenciales problemas posteriores a la cirugía que necesitan una intervención prequirúrgica. A menudo, los pacientes necesitan que se les explique la razón por la que se realizan tantas pruebas.

Capacidad de comunicación: La información relacionada con los sentidos y con el idioma indica la capacidad del paciente para comprender instrucciones y recibir apoyo durante la experiencia preoperatoria.

Oxigenación: La información sobre la respiración reviste gran importancia para determinar la capacidad de la persona para expandir sus pulmones, y la capacidad para llevar a cabo ejercicios de respiración profunda.

Nutrición: La relación estatura/peso indica si el paciente tiene sobrepeso o déficit del mismo. Condiciones como el aporte nutricional inadecuado, las náuseas, la anorexia y el mal estado de la boca y de los dientes influyen sobre la ingestión nutricional preoperatoria y son factores que deberán ser considerados en el postoperatorio.

Eliminación: La disminución de actividades después de una cirugía predispone al paciente al estreñimiento.

Actividad: La capacidad del paciente para moverse y caminar en el periodo preoperatorio determinara las acciones que deben tomarse para aumentar la movilidad al máximo.

Comodidad: Es necesario aclarar las rutinas al paciente para evitar cualquier malentendido. Deben explicarse, también, las diferentes modalidades del tratamiento del dolor, dependiendo del manejo esperado.

Intervenciones para lograr los resultados esperados en los pacientes:

Preparación psicológica del paciente para la cirugía: Saber que la enfermera se preocupa y se interesa por el paciente ayuda a reducir la ansiedad. Si la persona sabe también que la ansiedad es una reacción normal ante la amenaza de la cirugía, eso puede ser útil para eliminar la reflexión autoimpuesta "no tengo porque estar nervioso".

La enseñanza constituye una de las funciones más importantes de las enfermeras durante el periodo preoperatorio, que puede empezar varios días antes de la cirugía. Estas enseñanzas ayudan a aliviar el nivel de ansiedad cuando el paciente sabe que esperar. Si se espera hasta que el paciente se haya recuperado lo suficiente de la agresión que representa la cirugía para dar comienzo al proceso de enseñanza, esto representa una pérdida de tiempo considerable e incluso una menor efectividad del aprendizaje

➤ **PRUEBAS PARA MEDIR LA ANSIEDAD PREOPERATORIA**

Puntuación de evaluación de la ansiedad pre operatoria "Ámsterdam preoperative anxiety and information scale" (APAIS), esta puntuación

incluye seis preguntas a las que el paciente debe responder según una escala de 5 puntos, de 1= absolutamente no a 5 = enormemente. Cuatro preguntas evalúan la ansiedad en relación con la anestesia y la intervención (puntuación total de 4 a 20) y dos preguntas se refieren a la demanda de información (puntuación total de 2 a 10) (Moerman, 1996).

- Estoy inquieto con respecto a la anestesia
- Pienso continuamente en la anestesia
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia
- Estoy inquieto con respecto a la intervención
- Pienso continuamente en la intervención
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención

El tipo y el grado de ansiedad se determinan mediante pruebas específicas. La prueba de referencia se basa en la escala de Spielberger (Spielberger state-trait anxiety inventory o STAI), pero es demasiado compleja para utilizarla rutinariamente y se reserva para la investigación.

(38,39) Este cuestionario evalúa la ansiedad vinculada a la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) y la ansiedad relacionada con el contexto quirúrgico (estado ansiedad). Se han propuesto otras pruebas, algunas de las cuales han sido establecidas específicamente para la anestesia. Las más utilizadas son la Hospital anxiety and depression scale (HAD), (40) la Ámsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) (41) y la escala visual analógica. La escala APAIS se basa en un cuestionamiento

simplificado que comprende seis preguntas, cuatro de las cuales evalúan la ansiedad y dos, el deseo de información. Los resultados de esta prueba simple concuerdan bastante bien con los de una puntuación validada como la de Spielberger. La escala visual analógica (EVA), como la empleada para evaluar el dolor, puede ser de utilidad, a pesar de ser menos precisa para valorar la ansiedad; algunos estudios han constatado una buena correlación con las pruebas más complejas. Así, un valor de EVA > 60 mm (en una escala de 0 a 100 mm) indica una ansiedad inhabitual que es preciso tener en cuenta. (42)

En la práctica, no es realista preconizar el uso sistemático de pruebas para apreciar el grado de ansiedad del paciente. La utilización de la escala visual analógica es una solución aceptable. La actitud empática y atenta de la enfermera y la información que se proporciona al paciente juegan un papel esencial para apaciguar los eventuales temores, expresados o no. Ciertos tipos de cirugía que conciernen a la propia imagen del paciente pueden necesitar un manejo psicológico particular. La consulta puede tener un efecto tranquilizador, sobre todo si es la primera cirugía en la vida del paciente. Si la personalidad y el nivel sociocultural del paciente lo permiten, la enfermera debe establecer con él una relación de confianza, darle un papel activo y hacerle participar en las decisiones terapéuticas (50)

➤ **ANSIEDAD EN HOMBRES Y MUJERES**

Las mujeres son fundamentales en todas las esferas de la sociedad. Sin embargo, debido a la gran cantidad de funciones que han de desempeñar

en la misma, corren un mayor riesgo de padecer problemas mentales que el resto de los miembros de su comunidad. Las mujeres han de asumir la gran responsabilidad que entraña el hecho de ser esposas, madres y cuidadoras de los demás. Constituyen una parte cada vez más esencial de la población activa. De hecho, entre un cuarto y un tercio de los hogares cuentan con ellas como principal fuente de ingresos (43).

Las investigaciones sobre los problemas mentales, de comportamiento y sociales más generalizados en la comunidad han revelado que las mujeres son más propensas que los hombres a padecer trastornos mentales específicos. Los más comunes son la ansiedad, la depresión, las secuelas de la violencia doméstica y sexual, y el consumo de sustancias, que está aumentando vertiginosamente. Las tasas de prevalencia de la depresión y de los trastornos de ansiedad, así como del agotamiento psicológico, son más elevadas en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Estos datos coinciden en una serie de estudios realizados en diferentes países y asentamientos (36).

Se han tratado de explicar las diferencias entre los sexos respecto a los trastornos mentales en función de los diferentes comportamientos de los hombres y las mujeres en el momento de buscar ayuda, de las diferencias biológicas, de las causas sociales y de la distinta forma de reconocer y enfrentarse al agotamiento (44). Según Blue et al, 1995, todos estos factores pueden contribuir a que las tasas de depresión o de problemas psicológicos sean más elevadas entre las mujeres, pero las causas sociales parecen ser las más importantes. Las mujeres que viven en malas

condiciones sociales y ambientales, con un bajo nivel de educación y de ingresos, y con unas difíciles relaciones familiares y conyugales, son mucho más propensas a padecer trastornos mentales que el resto. Estos autores concluyen que el efecto combinado del género y la baja condición socioeconómica determina de manera decisiva la mala salud mental (45).

De acuerdo a los resultados de un estudio publicado por la revista *Psychiatric Genetics*, un grupo de científicos demostró que las mujeres sufren más ansiedad que los hombres porque tienen un nivel más bajo del químico (COMT) que controla ese estado de ánimo (enzima catecol-O-metiltransferasa)

El hecho de tener menos de esta sustancia, hace que una persona se sienta más ansiosa y tensa. El estudio indica que las mujeres tienen una versión diferente del gen que produce esa enzima y, por lo tanto, tienen más probabilidades de preocuparse.

Científicos del Instituto Nacional de Alcohólicos y Abuso de Alcohol encontraron que las mujeres que tenían una variación particular del gen Val 158Met obtuvieron un mayor puntaje en estudios de ansiedad. Destacaron también que todas las mujeres –no sólo aquellas con la variante de este gen– son personas que de por sí se preocupan más que los hombres. Un estudio hecho en el mismo laboratorio, encontró que esta variante de gen también se asocia con altos niveles de respuesta cerebral al dolor y estrés. (46)

1.8 Hipótesis.

- Existe niveles de ansiedad en pacientes durante la fase pre operatoria los cuales pueden ser medibles.
- Al aumentar el grado de ansiedad de tipo rasgo, existe también un aumento en la Ansiedad Estado,
- Se evidencia una tendencia mayor de ansiedad en pacientes de sexo femenino.

1.9 Definición operacional de términos.

Nivel de ansiedad: Manifestaciones psico emocionales y físicos que expresa todo paciente mayor de 15 años antes de ingresar a la intervención quirúrgica programada, el cual será medido mediante la escala de **SPIELBERGER en ALTO, MEDIO Y BAJO.**

Periodo preoperatorio: Tiempo que transcurre antes de una cirugía programada, siendo considerada 24 horas previas a la cirugía propiamente dicha. Esta información será obtenida mediante la programación quirúrgica diaria de pacientes plasmadas en pizarra y en registro de cirugías programadas.

1.10 Operacionalización de variables.

La variable a operacionalizar es Ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio; el cual se detallará e el anexo N°1

Capitulo II: Material y método.

II. 1 A. Nivel tipo y método.

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal ya que se describirá los hechos tal y como se presentan en un tiempo y espacio determinado.

Se aplicara las escalas a todos los pacientes en el periodo preoperatorio.

II. 1 B. Unidad de estudio.

Pacientes mayores de 15 años con indicación quirúrgica del Hospital De Chancay en el periodo de estudio.

Se realizará un estudio clínico No experimental, descriptivo transversal en pacientes del Hospital De Chancay. Entre los meses de Noviembre y Diciembre del 2008

II. 1 C. Población.

La población estará conformada por los pacientes mayores de 15 años que tendrán indicación quirúrgica, se les aplicara la ficha de recolección de datos.

II. 1 D. Muestra del estudio.

Se considerara a todos los pacientes con Indicación quirúrgica en el periodo de estudio de noviembre del 2008 y que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con indicación quirúrgica en el periodo de estudio, con historia clínica, atendidos o referidos al hospital
- Adultos mayores de 15 años a más de ambos sexos.
- Pacientes con patología quirúrgica
- Pacientes que acepten participar firmando el consentimiento informado.
- Pacientes ASA I y II

Criterios de exclusión:

- Pacientes con demencia u otra patología que le impida describir su estado de dolor (sordera, retardo mental)
- Pacientes con infección, sepsis y/o trastornos de coagulación.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

II. 1 E. Técnicas e instrumentos de recojo de datos.

Para medir el grado de ansiedad se utilizo la técnica de la entrevista estructurada, para lo cual se aplico la ESCALA DE STAI sobre ansiedad rasgo – estado.

Para validar el instrumento a utilizar se llevo a cabo el juicio de expertos, los cuales fueron siete, las observaciones se tomaron en cuenta para la elaboración del instrumento final mediante la prueba binomial.

Así también para la validación de constructo se utilizó el coeficiente de correlación: r de Pearson, por lo que se obtuvo una validez aprobatoria, por encima del estándar (0.2) por cada enunciado.

En cuanto a la confiabilidad del instrumento se aplicó la Prueba de α de Cronbach teniendo como resultado 0,89.

II. 1 F. Plan de recojo de proceso y presentación de datos.

La recolección de datos se aplicó al grupo de pacientes programados a una cirugía, previo consentimiento para su aplicación, durante el mes de Noviembre del año 2008.

Para el procesamiento de datos se utilizó la tabla tripartita, considerando ítems positivos y negativos.

II. 1 G. Análisis e interpretación de datos.

A pesar de que se encuentra determinada los niveles de ansiedad para la escala de Spielberger, se aplicó la Prueba de Estaciones considerando niveles Alto, Medio y Bajo.

El desarrollo de los resultados de la investigación se logró mediante la presentación de tablas y gráficos adecuados a la variable de estudio, las cuales responden, a su vez, a las hipótesis, confrontados con trabajos de investigación anteriores que se relacionan directa e indirectamente.

II. 1 H. Consideraciones éticas.

Esta investigación se desarrolla dentro del marco ético, mediante el consentimiento informado que se proporcionó a cada paciente, donde autorizan la aplicación del examen correspondiente.

A los sujetos de la muestra se les aclaró que, sin temor y con absoluta libertad, pueden aceptar o rechazar el ser sujetos de investigación y suspender la experiencia en cualquier momento.

El investigador les explicó claramente los objetivos de la investigación a los sujetos de la muestra.

Se mantiene el anonimato de los pacientes lo cual se les informó en el proceso de análisis de los datos.

Capítulo III: Resultados y discusión.

Concluida la recolección de datos, estas fueron procesadas de tal forma que se presentan en gráficos a fin de poder presentar el análisis e interpretación respectiva, así tenemos que:

Del total de la población entrevistada que viene a ser 32 pacientes (100%), 22 (69 %) son de sexo femenino y 10 (31%) son de sexo masculino; los cuales fluctúan entre los 21 años y 76 años de edad; considerando que de ellos, solo uno (4.5%) fue sometido a una cirugía menor, y la diferencia, es decir 22 (95.5%), fueron sometidos a una cirugía mayor. A su vez podemos identificar que del total de la población entrevistada (32- 100%), 16 (50 %) no fueron sometidos a cirugías anteriores, siendo la misma proporción (16 – 50 %) los que fueron sometidos a cirugías anteriores.

TABLA N° 01

**NIVEL DE ANSIEDAD QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DURANTE EL
PERIODO PRE OPERATORIO
HOSPITAL DE CHANCAY
NOVIEMBRE- DICIEMBRE
LIMA – PERU
2008**

NIVEL DE ANSIEDAD	NRO DE PACIENTES	PORCENTAJE
A. ALTA	7	22%
A. MEDIA	18	56%
A. BAJA	7	22%
TOTAL	32	100%

En la tabla N° 1 referente al nivel de ansiedad que presenta el paciente durante la fase operatoria se observa que:

Del 100% de la población total que corresponde a 32 pacientes, el 56% (18) poseen un nivel de ansiedad media, así también, podemos observar que tanto el numero de pacientes dentro del nivel de ansiedad alta es igual que el numero de paciente dentro del nivel de ansiedad baja 22% (7).

De acuerdo a la literatura una cirugía constituye una amenaza potencial o real para la integridad de la persona, y por lo tanto, puede producir reacciones de estrés fisiológico o psicológico. Lo cual da lugar a producir cierto nivel de

ansiedad, frente a algo desconocido o procedimiento invasivo que pudiera ser sometido.

Desde este punto de vista la ansiedad es algo sano y positivo que nos ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa.

Bibliográficamente se demuestra que cierto grado de ansiedad es bueno, ya que se acompaña de un estado de alerta, para poder encarar a las dificultades y evitar peligros.

No obstante cabe resaltar, la intervención de enfermería en esta fase, para lograr así, menores niveles de ansiedad.

De esta manera, podemos evidenciar mediante el resultado de esta tabla que existe un grado de ansiedad media en la mayoría de pacientes durante el preoperatorio, el cual puede ir en aumento, dando lugar posteriormente a un nivel de ansiedad alta.

TABLA N° 02

**NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN DIMENSIONES ESTADO – RASGO QUE
PRESENTAN LOS PACIENTES DURANTE EL PERIODO PRE OPERATORIO
HOSPITAL DE CHANCAY
NOVIEMBRE- DICIEMBRE
LIMA – PERU
2008**

NIVEL DE ANSIEDAD	ANSIEDAD ESTADO		ANSIEDAD RASGO	
	NRO. PACIENTES	%	NRO. PACIENTES	%
A, ALTA	8	25%	7	22%
A. MEDIA	19	59%	17	53%
A. BAJA	5	16%	8	25%
TOTAL	32	100%	32	100%

En la tabla N° referente al nivel de ansiedad de acuerdo a las dimensiones estado – rasgo se observa lo siguiente:

Del total de la población estudiada, que son 32 pacientes (100%), en cuanto a la dimensión Estado el 59% (19) corresponde al nivel de ansiedad media, así mismo, el 25% (8) se encuentra dentro del nivel de ansiedad alta, y por ultimo, en menor proporción se encuentra el 16% (5) dentro del nivel de ansiedad baja.

También se evidencia dentro del total de la población entrevistada (32 – 100%), que corresponde a la dimensión Rasgo, el 53% (17) de pacientes poseen un nivel de ansiedad media, 25% (8) de pacientes con un nivel de ansiedad baja y por ultimo un 22% (7) de pacientes con un nivel de ansiedad alta.

La ansiedad estado esta conceptualizada como una reacción transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, concientemente percibidos de tensión y aprehensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar en el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad Rasgo señala una relativa estable propensión ansiosa, por lo que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, y a elevar consecuentemente su ansiedad Estado.

Entonces, mediante estos resultados, podemos confirmar una de las hipótesis, el cual nos dice que a manera que aumenta el nivel de ansiedad Rasgo, paralelamente resulta el aumento del nivel de Ansiedad Estado, así, como se puede observar en esta tabla.

TABLA N° 3

**NIVEL DE ANSIEDAD QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DURANTE EL PERIODO PRE- OPERATORIO SEGÚN SEXO
HOSPITAL DE CHANCAY
NOVIEMBRE – DICIEMBRE
LIMA – PERU
2008**

NIVEL DE ANSIEDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
A. ALTA	6	19%	1	3%	7	22%
A. MEDIA	12	37%	6	19%	18	56%
A. BAJA	4	13%	3	9%	7	22%
TOTAL	22	69%	10	31%	32	100%

En la tabla N° 3 respecto al nivel de ansiedad que presentan los pacientes según sexo, se evidencia que:

Del 56 % (18) de pacientes que se encuentran en el nivel de ansiedad media, el 37% (12) son de sexo femenino; también observamos, que dentro del nivel de ansiedad alta que corresponde al 22 %(7), el 19 % (6) pertenecen al sexo femenino, por lo tanto, la menor proporción se encuentra en varones, como se detalla en dicha tabla.

En general, la ansiedad que se expresa en la consulta es mayor en las mujeres, pero esto no se observa de manera sistemática en todos los estudios. El impacto de la enfermedad sobre la vida familiar y social del paciente, influye en la ansiedad preoperatorio. Partiendo de ahí, existe cierta inclinación de mayor grado

de ansiedad en mujeres, debido a la multifuncionalidad que adquiere la misma, tanto en el hogar, el trabajo, y la familia en si; considerando también, la predisposición genética que presentamos, como nos detalla la base teórica.

Cabe resaltar que el vivir en una sociedad caótica, pobre a nivel socio económico y cultural, agudiza más la presencia de trastornos en la salud mental.

Esto nos permite evidenciar el resultado de esta tabla dando lugar a un mayor número de mujeres con un nivel de ansiedad elevado con respecto a los varones, pudiendo ocasionar complicaciones durante la cirugía.

Conclusiones, recomendaciones y limitaciones.

1.- La gran mayoría de los pacientes que fueron entrevistados obtuvieron un nivel de ansiedad media (56%) por lo cual se evidencia la existencia de un grado de ansiedad con tendencia a ser alta antes de ser sometidos a una intervención quirúrgica. Esto denota que al existir cierto grado de ansiedad en los pacientes, probablemente aumente los riesgos y / o complicaciones durante la cirugía propiamente dicha.

2.- Al existir un grado elevado en la dimensión de Ansiedad Rasgo (59%) se observa también la tendencia a aumentar el grado en la ansiedad Estado (53%), por lo que al existir cierta predisposición a estar ansioso, va a direccionar la reacción en aumento frente a una situación amenazante, como es el estrés

3.- Grados elevados de ansiedad-rasgo, proporcionan mayor grado de ansiedad-estado en el preoperatorio, de manera que es conveniente conocer la ansiedad-rasgo del paciente para enfocar en que consistirá la intervención preoperatorio de enfermería.

4.- Del total de pacientes que padecen de ansiedad (78 %), la gran mayoría son de sexo femenino (56 %). Es probable que la tendencia de aumento de

ansiedad en mujeres, este relacionado con el impacto de la enfermedad y/o cirugía en la vida familiar y social del paciente., esto implica, el poder manejar óptimamente mecanismos de afrontamiento ante situaciones amenazantes, manteniendo una buena salud e higiene mental.

Recomendaciones.

1.- Realizar otras investigaciones que abarquen la fase preoperatoria, ya que no existen muchos antecedentes en nuestro país.

2.- Direccionar la atención de la enfermera de centro quirúrgico, a la intervención pre operatoria, dando mayor énfasis a las relaciones terapéuticas en el paciente.

3.- Implementar un protocolo de atención de ayuda para el paciente durante la fase pre operatoria en el cual incluya a todo el equipo quirúrgico, para así poder distinguir los factores causales, dando lugar de esta manera la posible disminución de porcentaje de ansiedad, para aliviar la ansiedad (78%).

4.- La evaluación pre- operatoria centrada en evidenciar ansiedad rasgo debería ser realizada con anterioridad al ingreso y dirigida a proporcionar apoyo psicológico cuando exista ansiedad rasgo elevada.

Bibliografía.

- 1) Moss y Adams, Relación entre la Ansiedad y trastorno temporo mandibular usando el STAI. 1984. Moix J. Emoción y cirugía. An Psicol. 1994; 10: 111-118.
- 2) Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 1994; 51: 8-19.
- 3) Enfermería medico quirurgica Curso de especialización en Enfermería quirurgica 2008.
- 4) Thyer BA, Papsdorf JD, Davis R, Vallecorsa S. Autonomic correlates of the subjective anxiety scale. J Behav Ther Exp Psychiatry 1984; 15:3-7.
- 5) Wallin BG. Neural control of human skin blood flow. J Auton Nerv Syst 1990; 30:S185-90.
- 6) Williams JGL, Jones JR. Psycho physiological responses to anesthesia and operation. JAMA 1968; 203:127-9.
- 7) Goldmann L, Ogg TW, Levey AB. Hypnosis and daycase anesthesia: a study to reduce pre-operative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. Anesthesia 1988; 43:466-9.
- 8) Tolksdorf W, Schmollinger U, Berlin J, Rey ER. Das preoperative psychics Befinden-Zusammenhange mitt anesthesiere levanten psychophysiologischen Parametern (The preoperative psychological state and its correlation to psychophysical parameters important to anesthesia). Anasth Intensivther Notfallmed (Stuttgart) 1983; 18:81-7.
- 9) Tolksdorf W, Berlin J, Rey ER, et al. Der preoperative Stre beta: Untersuchung zum Verhalten psychischer und physiologischer Stre beta parameter nichtpramedizierter Patienten in der preoperative Phase (Preoperative stress: investigation of psychological and physiological stress parameters in unpremedicated patients). Anaesthesist 1984; 33:212-7.
- 10) Norris W, Baird WLM. Preoperative anxiety: a study of the incidence and etiology. Br J Anaesth 1967; 39:503-9.

- 11) Ramsay MAE. A survey of pre-operative fear. Anesthesia 1972; 27:396-402.
- 12) Barranco justicia, e, marqués racionero mj, Barrionuevo barrio r. Chd nefrolinares. En enero- febrero 2008 Jaén investigo sobre ansiedad en los pacientes en hemodiálisis, ¿estado o rasgo?
- 13) Fina roseen, margarita oriol, Olga isern, Montserrat Faro, Emilia Chirveches, Maica Soley, Anna Arnau, Pere Roura, Gemma clotet localización: enfermería clínica, issn 1130-8621, vol. 16, Nº. 1, 2006, Págs. 3-10
- 14) Escala de Ámsterdam sobre ansiedad y la escala de APAIS en la fase preoperatoria, Guillermo González Bustamante y Freddy pinto samanes, hospital Edgardo Rebagliatti Martins lima – Perú 2005
- 15) Marín romero, i., Martínez Gómez, p., ponsich pubill, j., pubill grasa, m. Enfermeras. Servicio de traumatología y rehabilitación. Hospital vall d'hebron. Barcelona mayo 2004 ansiedad en pacientes intervenidos de rodilla.
- 16) Paquita abulí picart, pere comas casanovas, rosa suñer soler, armand grau martín localización: medicina clínica, issn 0025-7753, vol. 120, Nº. 10, 2003, Págs... 370-375 niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad
- 17) Relación enfermera paciente y su repercusión en el estado emocional del paciente crítico carrillo ag., Esquivel pj., Garcia ac., Ramírez rp., Ugalde m., bautista cg. – México – 1997
- 18) Ochoa E. F.: Psicología Médico Psicopatología y Psiquiatría. Interamericana MC Gram. – Hill. 1990. Madrid.
- 19) Llor Esteban, B. Estudio de la conducta de enfermedad en pacientes crónicos. Tesis Doctoral. 1991
- 20) Spielberger, C D; Gorsuch, R. L; Lushene, R.E. Manual STAI, Cuestionario de ansiedad estado rasgo. TEA ediciones. Madrid 2002.
- 21) Bermúdez Moreno; José. Psicología de la personalidad. UNED. Madrid 1994.
- 22) Accesado en julio 2009 <http://es.wikipedia.org/wiki/Ansiedad>

- 23) Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1985). Hypochondriasis, neuroticism, and aging. When are somatic complaints unfounded? *American Psychologist*, 40, 19-28
- 24) Eysenck, M.W. (1997). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Hove, UK: Psychology Press
- 25) Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1988). *Manual for the state-trait anxiety inventory*, 3ª ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- 26) Williams, J.M.G., Mathews, A. y MacLeod, C. (1996). The emotional stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120, 3-24
- 27) *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, en su 4ª edición (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1995)
- 28) Rauch, S.L., Van der Kol, B.A., Filser, R.E., Alpert, N.M, Orr, S.P., Savage, C.R. y cols. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives Of. General Psychiatry*, 53, 380-387. 148
- 29) Carretié, L., Mercado, F., Hinojosa, J.A., Martín-Loeches, M. y Sotillo, M. (2004b). Valence-related vigilance biases in anxiety studied through event-related potentials. *Journal Of. Affective Disorders*, 78, 119-130
- 30) Accesado julio 2008 <http:// Medline.gov / spanish />
- 31) Accesado en julio 2009 <http://www.psicoterapeutas.com>
- 32) Lichtor JL, Johanson CE, Mhoon D, Faure EA, Hassan SZ, Roizen MF. Preoperative anxiety. Does anxiety level the afternoon before the surgery predict anxiety level just before surgery? *Anesthesiology* 1987; 67 : 595-599
- 33) Anonymous. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. A report by the American Society of Anesthesiologists task force on preoperative fasting. *Anesthesiology* 1999; 90: 896-905.

- 34) Hutchinson GL, Lonsdale M. Patient's desire for information about anesthesia: Australian attitudes (Correspondence). *Anaesthesia* 1993; 48: 645-646.
- 35) Badner NH, Craen RA, Paul TL, Doyle JA. Anesthesia preadmission assessment: a new approach through use of a screening questionnaire. *Can J Anaesth* 1998; 45: 87-92
- 36) Dick WF. Pre-operative screening for elective surgery. *Baillières Clin Anaesthesiol* 1998; 12: 349-371
- 37) Domar AL, Everett LL, Keller MG. Preoperative anxiety: is it a predictable entity? *Anesth Analg* 1989; 69: 763-767
- 38) Lidegaard O, Bygderman M, Milsom I, Nesheim BI, Skeldestad FE, Toivonen J. Oral contraceptives and thrombosis. From risk estimates to health impact. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 1999; 78: 142-149.
- 39) Lonsdale M, Hutchinson GL. Patient's desire for information about anesthesia: Scottish and Canadian attitudes. *Anesthesia* 1991; 46: 410-412
- 40) Leigh JM, Walker J, Janaganathan P. Effect of preoperative anesthetic visit on anxiety. *Br Med J* 1997; 2: 987-989
- 41) Kerridge R, Lee A, Latchford E, Beehan SJ, Hillman KM. The preoperative system: a new approach to managing elective surgery. *Anaesth Intensive Care* 1995; 23: 591-596.
- 42) Norris W, Baird WL. Peri-operative anxiety: a study of the incidence and etiology. *Br J Anaesth* 1967; 39: 503-509
- 43) Pan American Health Organization. (1995). *The health situation of women in Latin America*. Washington, DC.
- 44) Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression, *Acta Psychiatrica Scandinavica*. In J. Lindquist & T. Sahi (Eds.), *Depression: Preventative and Risk Factors* (Vol. 89 supplement 377, pp. 50-58). Copenhagen: Munksgaard.
- 45) Blue, I., Ducci, M. E., Jaswal, A., Ludermir, B., & Harpham, T. (1995). The mental health of low income urban women: case studies from Bombay, India; Olinda, Brazil; and Santiago, Chile. In T. Harpham & I. Blue (Eds.),

Urbanization and Mental Health in Developing Countries. Aldershot: Avebury.

- 46) Accedido Julio 1999 <http://www.mujereshoy.com>
- 47) Enfermería psiquiátrica principios y práctica, 8 edición Autor Gail Wiscarz Stuart, Michele T. Laraia
- 48) Michelle Morrison, RN, BSN, MHS. FNP. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. España: Ed. Harcourt Brace de España S.A.; 1999
- 49) Mental Health Determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence World Health Organization 211 Geneva 27 Switzerland © World Health Organization, 2000
- 50) Enfermería de adultos: un enfoque del proceso de enfermería, unidad 5, cap. 20: intervención preoperatorio, Bárbara C. Long. Wilma J. Phipps, Virginia L. Cassmeyer, 1196 Mosby ,

ANEXOS.

<p>NIVEL DE ANSIEDAD que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio</p>	<p>ansiedad-estado como la reacción ansiosa que manifiesta un sujeto, por períodos de tiempo y se presenta con cambios fisiológicos y conductuales ante una situación amenazante; mientras que la ansiedad-rasgo se presenta en diferentes sujetos los cuales son relativamente estables siendo propensos a tener respuestas ansiosas permanentemente.</p>	<p>ansiedad-estado</p> <p>ansiedad-rasgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Temor a la cirugía - Temor a la anestesia - Inseguridad por falta de información - Introverso - Inquieto - Preocupado - Poco comunicativo - Poca autoestima 	<p>Manifestaciones psico emocionales y fisiológicos que expresan los pacientes mayor de 15 años antes de ingresar a la intervención quirúrgica programada, el cual será medido mediante la escala de LA ESCALA DE STAI.</p>	<p>Nivel de ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALTA - MEDIA - BAJA
---	--	--	--	--	--

Tabla de concordancia.

**TABLA DE CONCORDANCIA
PRUEBA BINOMIAL- JUICIO DE EXPERTOS**

ITEMS	NUMERO DE JUEZ								PUNTAJE
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
5	0	1	1	1	1	1	1	1	0,035
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
7	1	0	1	0	1	1	1	1	0,035

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD DE SPIELBERGER MODIFICADA (ESTADO – RASGO)

INTRODUCCION

Buenos días, estimado usuario(a), soy la Lic. Rocío Mejía Rodríguez, actualmente estoy desarrollando un trabajo de investigación que tiene por objetivo: identificar el nivel de ansiedad que presenta el paciente durante el preoperatorio, el cual, considero un tema de importancia, puesto que se encamina a la mejora de la atención, antes de ser sometidos a una cirugía.

Agradeciendo anticipadamente su participación en responder a estos enunciados; cabe resaltar que los datos que UD. Colocara son completamente confidenciales, netamente con fines de estudio.

DATOS GENERALES

EDAD:

SEXO: M () F ()

TIPO DE CIRUGIA: MAYOR () INTERMEDIO () MENOR ()

SE OPERO ANTERIORMENTE: SI () NO ()

INSTRUCCIONES

Lea cada frase y señale la puntuación de 1 a 4 indicando cómo se siente usted AHORA MISMO en este momento, en la primera parte de los enunciados, y como se siente usted GENERALMENTE, en la segunda parte de los enunciados, colocando un aspa(x) un circulo (o). No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación.

PRIMERA PARTE

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1- Me siento calmado	1	2	3	4
2- Me encuentro inquieto	1	2	3	4
3- Me siento nervioso	1	2	3	4
4- Me encuentro descansado	1	2	3	4
5- Tengo miedo	1	2	3	4
6- Estoy relajado	1	2	3	4
7- Estoy preocupado	1	2	3	4
8- Me encuentro satisfecho	1	2	3	4
9- Me siento feliz	1	2	3	4
10- Me siento seguro	1	2	3	4
11- Me encuentro bien	1	2	3	4
12- Me siento molesto	1	2	3	4
13- Me siento agradable	1	2	3	4
14- Me encuentro atemorizado	1	2	3	4
15- Me encuentro confuso	1	2	3	4
16- Me siento animoso	1	2	3	4
17- Me siento angustiado	1	2	3	4
18- Me encuentro alegre	1	2	3	4
19- Me encuentro contrariado	1	2	3	4
20- Me siento triste	1	2	3	4

SEGUNDA PARTE

	casi nunca	algunas veces	frecuentemente	casi siempre
1- Me preocupa cometer errores	1	2	3	4
2- Siento ganas de llorar	1	2	3	4
3- Me siento desgraciado	1	2	3	4
4- Me cuesta tomar una decisión	1	2	3	4
5- Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3	4
6- Me preocupo demasiado	1	2	3	4
7- Me encuentro molesto	1	2	3	4
8 - Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3	4
9 - Me preocupan las cosas del trabajo/colegio	1	2	3	4
10- Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3	4
11- Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3	4
12- Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3	4
13- Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3	4
14- Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3	4
15- Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3	4
16- Me preocupa lo que los otros piensen de mi	1	2	3	4
17- Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3	4
18- Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3	4
19- Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3	4
20- Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3	4

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Modelo de consentimiento informado.

Yo,,
identificado con DNI, por el presente documento
dejo constancia que he sido informada acerca de la realización de un
protocolo de investigación, de los riesgos y beneficios del mismo; en
el cual se desarrollará un estudio en relación al NIVEL DE ANSIEDAD
QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DURANTE EL PERIODO
PREOPERATORIO.

Así mismo por el presente en el amplio uso de mis facultades
mentales autorizo a la investigadora a la aplicación de los métodos y
procedimientos correspondientes, siendo mi persona parte del
presente protocolo.

CHANCAY de del 2008

TABLA TRIPARTITA PARA ANSIEDAD ESTADO

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15	X16	X17	X18	X19	X20		
Nº	1-	2+	3+	4-	5+	6-	7+	8-	9-	10-	11-	12+	13-	14+	15+	16-	17+	18-	19+	20+	SUB TOTAL	
1	3	3	2	4	2	3	2	3	2	2	3	2	3	1	1	3	2	3	1	2	47	Y1
2	3	1	1	3	2	4	2	3	4	3	2	1	3	1	1	3	1	3	1	1	43	Y2
3	3	2	1	2	1	3	3	3	3	3	1	1	3	1	2	4	1	4	2	1	44	Y3
4	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	4	2	3	2	2	3	1	3	2	3	51	Y4
5	2	2	1	3	1	4	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	31	Y5
6	3	1	1	2	3	3	3	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	3	1	38	Y6
7	1	2	2	4	3	3	4	1	3	2	3	3	3	4	3	3	4	2	4	1	55	Y7
8	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	23	Y8
9	2	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	27	Y9
10	3	3	2	2	2	3	3	4	1	2	3	1	4	3	1	2	2	2	3	4	50	Y10
11	3	2	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	1	2	45	Y11
12	2	2	1	4	2	1	1	3	3	2	3	1	2	1	1	3	2	3	1	1	39	Y12
13	3	2	2	3	2	3	2	3	4	4	3	1	3	1	1	3	2	4	2	2	50	Y13
14	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	3	1	3	1	1	34	Y14
15	3	2	1	3	2	3	2	3	2	2	2	1	2	2	1	2	1	3	1	1	39	Y15
16	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	40	Y16
17	3	3	2	2	2	3	2	2	3	1	3	1	2	1	2	2	2	2	2	4	44	Y17
18	2	2	2	1	4	2	3	3	2	2	2	1	3	2	1	2	2	1	1	2	40	Y18
19	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	30	Y19
20	3	2	3	3	3	2	3	1	1	1	3	1	2	2	2	2	3	2	2	2	43	Y20
21	3	2	2	2	2	3	1	3	4	3	4	1	2	2	2	3	2	4	2	1	48	Y21
22	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	3	1	1	38	Y22
23	2	1	2	4	2	3	2	4	4	2	3	1	3	3	3	3	3	3	1	1	50	Y23
24	3	1	1	3	1	4	1	3	4	3	3	1	3	2	1	3	1	3	1	1	43	Y24
25	3	1	1	3	1	2	1	4	3	3	3	1	2	1	2	2	1	2	1	1	38	Y25
26	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	4	2	1	42	Y26
27	3	2	3	1	4	4	4	1	3	3	1	1	1	2	2	3	4	4	2	3	51	Y27
28	2	2	2	2	1	3	3	2	3	2	3	1	2	2	1	2	2	3	1	1	40	Y28
29	3	2	2	3	3	3	3	3	4	3	3	2	4	2	3	3	2	3	2	2	55	Y29
30	3	3	3	3	3	3	2	3	4	2	3	1	2	2	1	3	2	3	1	2	49	Y30
31	3	2	2	4	3	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	3	1	1	42	Y31
32	3	2	2	3	2	3	2	4	3	3	3	1	3	3	2	3	2	4	2	2	52	Y32
TOTAL	83	60	55	84	67	88	69	82	83	71	78	38	76	56	48	79	57	86	50	51	1361	

TABLA TRIPARTITA PARA ANSIEDAD RASGO

Nº	X21	X22	X23	X24	X25	X26	X27	X28	X29	X30	X31	X32	X33	X34	X35	X36	X37	X38	X39	X40	SUB TOTAL	E+R	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40			
1	2	3	2	2	3	2	2	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	3	3	1	42	Y1	89
2	2	1	2	1	2	2	1	2	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	34	Y2	77
3	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	28	Y3	72
4	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36	Y4	87
5	3	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	31	Y5	62
6	2	1	1	2	1	2	3	3	2	1	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2	37	Y6	75
7	2	4	2	2	4	4	2	4	4	3	1	4	2	2	2	2	4	2	4	4	58	Y7	113
8	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	3	2	2	31	Y8	54
9	1	2	1	3	1	1	2	1	2	1	1	2	3	3	2	1	2	2	1	1	33	Y9	60
10	2	3	1	1	2	1	2	3	2	2	1	3	1	1	2	1	2	1	3	1	35	Y10	85
11	2	4	2	2	4	4	2	1	3	2	2	2	2	3	2	1	4	1	2	2	47	Y11	92
12	1	2	1	2	4	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	4	1	1	31	Y12	70
13	2	2	1	2	2	3	2	4	2	2	2	2	4	2	4	2	3	2	2	3	48	Y13	98
14	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	36	Y14	70
15	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	3	2	2	1	29	Y15	68
16	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	4	1	1	34	Y16	74
17	3	2	1	2	4	2	2	3	4	1	2	4	2	2	1	2	1	1	2	1	42	Y17	86
18	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	4	2	1	37	Y18	77
19	2	1	1	2	2	3	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	34	Y19	64
20	1	2	1	1	3	2	2	2	2	3	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	35	Y20	78
21	4	4	3	4	1	3	1	2	2	1	4	2	2	1	2	2	2	2	2	1	45	Y21	93
22	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	3	2	1	34	Y22	72
23	2	2	1	2	2	2	2	1	3	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	33	Y23	83
24	2	2	1	2	1	3	2	2	3	1	2	2	3	1	1	2	2	3	2	1	38	Y24	81
25	1	1	1	2	3	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	31	Y25	69
26	4	2	2	3	3	2	3	1	4	4	4	2	3	3	2	1	3	3	1	1	51	Y26	93
27	2	4	3	4	3	1	4	4	2	3	2	2	3	1	1	1	2	2	3	1	48	Y27	99
28	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	27	Y28	67
29	2	4	1	2	3	2	2	2	4	2	2	4	4	4	3	2	3	3	2	1	52	Y29	107
30	4	2	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	40	Y30	89
31	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	29	Y31	71
32	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	33	Y32	85
TOTAL	68	65	44	62	70	64	56	63	71	56	53	64	69	55	53	44	67	72	59	44	1199		2560

Resultados de varianza y R de Pearson Ansiedad estado.

RESULTADOS DE VARIANZA Y r DE PEARSON POR ITEMS PARA LA ESCALA ANSIEDAD ESTADO

V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19	V20	TOTAL V
0.378	0.371	0.467	0.758	0.733	0.581	0.781	0.77	1.023	0.564	0.706	0.222	0.5	0.581	0.452	0.451	0.693	0.867	0.577	0.765	12.24

r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	r8	r9	r10	r11	r12	r13	r14	r15	r16	r17	r18	r19	r20
0.309	0.385	0.501	0.291	0.52	0.378	0.522	0.005	0.5	0.487	0.488	0.602	0.374	0.532	0.628	0.562	0.577	0.443	0.552	0.413

Resultados de varianza y R de Pearson Ansiedad Rasgo.

RESULTADOS DE VARIANZA Y r DE PEARSON POR ITEMS PARA LA ESCALA ANSIEDAD RASGO

V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32	V33	V34	V35	V36	V37	V38	V39	V40	TOTAL V
0.629	1.064	0.371	0.577	0.931	0.71	0.516	0.87	0.757	0.581	0.62	0.645	0.459	0.596	0.491	0.242	0.604	0.645	0.523	0.5	12.33

r21	r22	r23	r24	r25	r26	r27	r28	r29	r30	r31	r32	r33	r34	r35	r36	r37	r38	r39	r40
0.293	0.764	0.389	0.383	0.452	0.509	0.362	0.502	0.644	0.36	0.402	0.63	0.415	0.337	0.458	0.505	0.458	-0.16	0.577	0.401

Resultados de media y desviación Standard.

RESULTADOS DE MEDIA Y DESVIACION ESTANDAR PARA ANSIEDAD RASGO Y ESTADO

	A. E.	A. R.	E+R
MEDIA:	42.53	37.47	80
DESV. EST:	7.841	7.763	13.77

Categorización de la variable Ansiedad.

CATEGORIZACION DE LA VARIABLE ANSIEDAD

Para realizar la medición de la variable ANSIEDAD se aplicó la Escala de Estanones, lo cual se procedió de la siguiente manera:

Media o promedio (X): 80
Desviación Estándar (S): 13.76531
N| de preguntas: 32

Donde:

$$A = X - 0.75 \times S = 80 - 0.75 (13.76531) = 69.6$$

$$b = X + 0.75 \times S = 80 + 0.75 (13.76531) = 90.3$$

Entonces:

NIVEL DE ANSIEDAD ALTA > b => > 90
NIVEL DE ANSIEDAD MEDIA entre a y b => 70 y 90
NIVEL DE ANSIEDAD BAJA < a => < 70

*así mismo se aplicó la Escala de Estanones para cada dimensión de Ansiedad

ANSIEDAD ESTADO

Media o promedio (X): 42.5
Desviación Estándar (S): 7.84

Donde:

$$a = X - 0.75 \times S = 42.5 - 0.75 (7.84) = 36.626$$

$$b = X + 0.75 \times S = 42.5 + 0.75 (7.84) = 48.98$$

Entonces:

NIVEL DE ANSIEDAD ALTA > b => > 49
NIVEL DE ANSIEDAD MEDIA entre a y b => 37 y 49
NIVEL DE ANSIEDAD BAJA < a => < 37

ANSIEDAD RASGO

Media o promedio (X): 37.5

Desviación Estándar (S): 7.76

Donde:

$$a = X - 0.75 \times S = 37.5 - 0.75 (7.76) = 31.68$$

$$b = X + 0.75 \times S = 37.5 + 0.75 (7.76) = 43.32$$

Entonces:

NIVEL DE ANSIEDAD ALTA > b => > 43
NIVEL DE ANSIEDAD MEDIA entre a y b => 32 y 43
NIVEL DE ANSIEDAD BAJA < a => < 32

Confiabilidad del instrumento.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la prueba de confiabilidad del instrumento, se utilizó la prueba de ALFA DE CRONBACH (&), y se procedió de la siguiente manera:

$$\& = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\text{suma Var. (Ítem 1 al 40)}}{\text{var. Total}} \right) \quad \text{Donde } \& \text{ es } > 0.60$$

$$\& = \frac{40}{39} \left(1 - \frac{24.57}{189.484} \right) = 0.89 \Rightarrow \text{si es confiable.}$$

