

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**Algunos factores asociados al grado de ansiedad
preoperatorio inmediato en cirugía electiva. Hospital II
EsSalud Huaraz, 2017**

Tesis para obtener el Título de Especialista en Enfermería Quirúrgica

Autor:

Pérez Hoyos, Julissa Albina

Asesor:

Mg. Trujillo Roldan, Liz

Chimbote – Perú

2019

DEDICATORIA

A DIOS por ser él que nos ilumina cada día y por haberme dado la oportunidad de lograr este gran reto en mi vida

A mis Padres Eduardo y Amparo que me dieron la vida y que con su ejemplo siempre me motivaron para superarme y por todo el amor y el apoyo que me brindaron durante este reto.

A mi amada hija Estrella, por ser mi mayor orgullo, mi felicidad, mi fuerza y mi fuente de inspiración para poder superarme cada día más.

A mi amado esposo Marcos, por su amor incondicional y apoyo durante el largo camino que me toco recorrer para el logro de esta satisfacción profesional y personal.

A mis hermanos Eduardo, Milton y Frank, por ser parte de mi vida y por todo su apoyo.

Julissa A. Pérez Hoyos

AGRADECIMIENTO

A los pacientes del Hospital II EsSalud Huaraz por su colaboración, comprensión y participación desinteresada en la realización del presente trabajo de investigación

Agradezco a la Universidad San Pedro Chimbote, por permitirme realizar mis estudios de Especialidad en Enfermería Quirúrgica y donde he crecido personal y profesionalmente.

A mi asesora de tesis Mg. Liz Trujillo Roldan por su asesoramiento y apoyo para la realización y culminación del presente trabajo.

Julissa A. Pérez Hoyos

DERECHOS DE AUTORÍA Y DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, Julissa Albina Pérez Hoyos, con Documento de Identidad N° 40132879, autora de la tesis titulada “Algunos factores asociados al grado de ansiedad preoperatorio inmediato en cirugía electiva. Hospital II EsSalud Huaraz, 2017” y a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, declaro bajo juramento que:

1. La presente tesis es de mi autoría. Por lo cual otorgo a la Universidad San Pedro la facultad de comunicar, divulgar, publicar y reproducir parcial o totalmente la tesis en soportes analógicos o digitales, debiendo indicar que la autoría o creación de la tesis corresponde a mi persona.
2. He respetado las normas internacionales de cita y referencias para las fuentes consultadas, establecidas por la Universidad San Pedro, respetando de esa manera los derechos de autor.
3. La presente tesis no ha sido publicada ni presentada con anterioridad para obtener grado académico título profesional alguno.
4. Los datos presentados en los resultados son reales; no fueron falseados, duplicados ni copiados; por tanto, los resultados que se exponen en la presente tesis se constituirán en aportes teóricos y prácticos a la realidad investigada.
5. En tal sentido de identificarse fraude plagio, auto plagio, piratería o falsificación asumo la responsabilidad y las consecuencias que de mi accionar deviene, sometiéndome a las disposiciones contenidas en las normas académicas de la Universidad San Pedro.

Chimbote, Octubre 01 de 2019.

INDICE DE CONTENIDOS

TEMA	Pág.
Dedicatoria	<i>i</i>
Agradecimientos	<i>ii</i>
Derechos de autoría y declaración de autenticidad	<i>iii</i>
Índice de contenidos	<i>iv</i>
Índice de tablas	<i>vi</i>
Índice de figuras	<i>viii</i>
Palabras clave	<i>x</i>
Resumen	<i>xi</i>
Abstrac	<i>xii</i>
INTRODUCCION	1
1. Antecedentes y fundamentación científica	1
2. Justificación de la investigación	24
3. Problema	25
4. Conceptualización y operacionalización de las variables	26
5. Hipótesis	28
6. Objetivos	28
METODOLOGIA	29
1. Tipo y Diseño de Investigación	29
2. Población y muestra	30
3. Técnicas e instrumentos de investigación	31

4. Procesamiento y análisis de la información	35
RESULTADOS	36
ANALISIS Y DISCUSION	43
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
Conclusiones	53
Recomendaciones	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	55
ANEXOS	62

INDICE DE TABLAS

TABLA 01:	Pág.
Distribución de pacientes de cirugía electiva según factores sociodemográficos, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	36
TABLA 02:	
Distribución de pacientes de cirugía electiva según factores familiares, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	37
TABLA 03:	
Distribución de pacientes de cirugía electiva según antecedentes quirúrgicos, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	38
TABLA 04:	
Distribución del grado de ansiedad en pacientes de cirugía electiva, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	39
TABLA 05:	
Relación entre factores sociodemográficos y grado de ansiedad en pacientes de cirugía electiva, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	40
TABLA 06:	
Relación entre factores familiares y grado de ansiedad en pacientes de cirugía electiva, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	41

TABLA 07:

Relación entre antecedentes quirúrgicos y grado de ansiedad en
pacientes de cirugía electiva, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.

42

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 01:	Pág.
Distribución de pacientes de cirugía electiva según edad, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	76
FIGURA 02:	
Distribución de pacientes de cirugía electiva según sexo, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	77
FIGURA 03:	
Distribución de pacientes de cirugía electiva según grado de instrucción, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	78
FIGURA 04:	
Distribución de pacientes de cirugía electiva según ocupación, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	79
FIGURA 05:	
Distribución de pacientes de cirugía electiva según estado civil, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	80

FIGURA 06:	
Distribución de pacientes de cirugía electiva según religión, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	81
FIGURA 07:	
Distribución de pacientes de cirugía electiva según ingreso familiar, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	82
FIGURA 08:	
Distribución de pacientes de cirugía electiva según tipo de familia, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	83
FIGURA 09:	
Distribución de pacientes de cirugía electiva según funcionamiento familiar, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	84
FIGURA 10:	
Distribución de pacientes de cirugía electiva según antecedentes quirúrgicos, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	85
FIGURA 11:	
Distribución del grado de ansiedad en pacientes de cirugía electiva en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017.	86

PALABRAS CLAVES:

Tema	Ansiedad, factores
Especialidad	Enfermería

KEY WORDS:

Topic	Anxiety, factors
Specialty	Nursing

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

- Desarrollo del cuidado Enfermero.

AREA

- Ciencias Médicas y de Salud

SUB AREA

- Ciencias de la Salud

DISCIPLINA

- Enfermería

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado: Algunos factores asociados al grado de ansiedad preoperatorio inmediato en cirugía electiva. Hospital II EsSalud Huaraz 2017, planteó el objetivo de determinar los factores asociados al grado de ansiedad preoperatoria de los pacientes de cirugía electiva. Es una investigación tipo cuantitativa y transversal correlacional no experimental. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Factores asociados al Grado de Ansiedad Preoperatorio Inmediato en Cirugía Electiva y la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad del Dr. William Zung. El estudio se realizó a los pacientes programados a cirugía electiva del servicio de Cirugía del Hospital II Es Salud Huaraz durante el mes de Noviembre 2017, que fueron 40. Se obtuvieron los siguientes resultados: en los pacientes de cirugía electiva del Hospital II EsSalud Huaraz prevalece el grado de ansiedad preoperatorio inmediato leve a moderado (47.5%); y existe un grado alto de asociación entre las variables edad, sexo, tipo de familia y antecedentes quirúrgicos y el grado de ansiedad, por lo que se rechaza la hipótesis nula que afirma que estas variables no están asociadas.

Palabras clave: ansiedad, factores.

ABSTRACT

The present research work entitled: Some factors associated with the degree of immediate preoperative anxiety in elective surgery. Hospital II EsSalud Huaraz 2017, proposed the objective of determining the factors associated with the degree of preoperative anxiety in elective surgery patients. It is a non-experimental quantitative and transversal correlation research. The instruments used were the Questionnaire of Factors associated with the Degree of Immediate Preoperative Anxiety in Elective Surgery and the Self-Assessment Scale of Anxiety of Dr. William Zung. The study was carried out on patients scheduled for elective surgery of the Hospital II Es Salud Huaraz surgery service during the month of November 2017, which were 40. The following results were obtained: elective surgery patients at Hospital II EsSalud Huaraz prevails the degree of mild to moderate immediate preoperative anxiety (47.5%); and there is a high degree of association between the variables age, sex, kind of family and surgical history and the degree of anxiety, so the null hypothesis that these variables are not associated is rejected.

Keywords: anxiety, factors.

INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (2011), anualmente más de 234 millones de pacientes se someten a cirugía en el mundo y se estima que del 50 al 75% desarrollan algún grado de ansiedad durante el periodo preoperatorio; es decir, cada año, aproximadamente, de 2,5 a 3,75 millones de pacientes sufren ansiedad antes de someterse a cirugía. Es por ello, que el manejo y la adecuada comprensión de la ansiedad antes de la cirugía son importantes ya que altos niveles de ansiedad pueden inducir resultados psicológicos y fisiológicos adversos.

Asimismo, el Perú no está ajeno de dicha problemática ya que el aumento de la ansiedad preoperatoria presenta resultados tales como menor satisfacción del paciente y de los familiares, una recuperación psicológica postoperatoria más problemática.

Según el MINSA (2016), un 60% de todos los pacientes sometidos a cirugía pueden presentar cambios postoperatorios negativos del comportamiento incluso 2 semanas tras la cirugía con efectos psicológicos de larga duración que interfieren con su normal desarrollo, y aumento del grado de ansiedad preoperatoria con más dolor postoperatorio y mayores necesidades analgésicas.

Toda intervención quirúrgica va precedida de alguna forma de reacción emocional, sea manifiesta u oculta, normal o anormal. Cualquiera que sea la magnitud de la misma y ante la falta de conocimientos sobre la cirugía, ocasiona al paciente y a su familia una serie de alteraciones en su comportamiento, presentando ansiedad y temor ante el fracaso de la cirugía, que se manifiesta de diferentes maneras, pues la personalidad del paciente influye en el grado de ansiedad, depresión, temor, aceptación y adaptación. (Arias, 2012, p. 269).

1. Antecedentes y fundamentación científica

Al realizar la revisión de antecedentes del estudio se ha encontrado algunos trabajos relacionados. Así tenemos que: En el ámbito internacional se reportan las siguientes investigaciones relacionadas al presente trabajo:

Analuisa, (2015), en Ecuador realizó un estudio titulado “Ansiedad del Paciente previo al Proceso Quirúrgico”. Con el objetivo de diseñar una estrategia de instrucción educativa para disminuir el nivel de ansiedad en el paciente del área de cirugía del Hospital IESS de la ciudad de Ambato. Su metodología fue un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 40 pacientes y 10 enfermeras. Se aplicó encuestas para información sobre la ansiedad preoperatoria y guía de observación para los/as enfermeras. Los resultados fueron los siguientes: El nivel de ansiedad que presentan los pacientes es: bajo un 55%, medio 42% y alto 3%. Los factores asociados a la aparición o aumento de la ansiedad son la edad, género, nivel de educación, etnia, estado civil, cirugías y que la información y educación de la enfermera es indispensable para disminuir la ansiedad.

Hinojosa, (2013), en Ecuador realizó un estudio titulado “Importancia de la intervención de enfermería en el área psicológica para disminuir el grado de ansiedad y sus complicaciones en el periodo preoperatorio de Abril a Septiembre 2013 en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Ecuador”,. Con el objetivo de evaluar la importancia de la intervención de enfermería y su influencia en el nivel de ansiedad preoperatoria de los pacientes del área de cirugía. Su metodología fue un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. Se trabajó con 30 licenciadas en enfermería y con una población de 70 pacientes en fase preoperatoria, a quienes se les realizó una visita de enfermería donde se les brindó la información necesaria previa a la cirugía. Para evaluar el estado de ansiedad se utilizó la escala de IDARE (Inventario de Ansiedad, Rasgos y Estado). Los resultados fueron los siguientes: En la fase preoperatoria los grados de ansiedad fueron: Muy alto 11%, alto 31%, medio 21%, bajo 21% y muy bajo 6%. Luego de haber recibido la visita de enfermería los grados de ansiedad fueron: Muy alto 7%, alto 9%, medio 31%, bajo 36% y muy bajo 17%. Por lo que la intervención de enfermería sí influyó positivamente en los pacientes quirúrgicos disminuyendo su grado de ansiedad.

Gallego, (2013), en España realizó un estudio titulado “Grado de ansiedad en los pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Obispo Polanco de Teruel”. Con el objetivo de Investigar los niveles preoperatorios de ansiedad y conocer la influencia de determinados factores de en los pacientes intervenidos en la unidad de cirugía mayor ambulatoria del Hospital Obispo Polanco de Teruel. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 101 pacientes operados en el periodo comprendido entre el 12 de Noviembre y el 21 de Diciembre. La técnica fue la encuesta y se aplicó un cuestionario donde se registraron las variables sociodemográficas y algunas variables clínicas de cada paciente. El nivel de ansiedad se evaluó durante el preoperatorio con el Inventario Ansiedad-Estado de Spielberger. Los resultados fueron los siguientes: Se encontró una ansiedad significativa en 10 pacientes (9,9%) y una ansiedad moderada en 15 pacientes (14,9%). El 75,2% de los pacientes no presento ansiedad. Se observó una relación entre la puntuación STAI y las variables edad (con una correlación negativa), especialidad quirúrgica, premedicación sedante e intervenciones previas. Los pacientes con los niveles más altos de ansiedad fueron los procedentes de la especialidad de ginecología, los más jóvenes, los no premedicados y los que no habían tenido intervenciones anteriores.

Alfonso, (2012), en Colombia realizó un estudio titulado “Efecto de una sesión informativa en los niveles de ansiedad de los pacientes con enfermedad coronaria a quienes se les realizo cateterismo cardiaco en una Institución de IV Nivel de Atención” Colombia. Se planteó el objetivo de determinar el efecto de una sesión informativa en los niveles de ansiedad en el paciente hospitalizado con enfermedad coronaria a quien se les realizó cateterismo cardiaco en una institución de cuarto nivel, en el Hospital Universitario San Ignacio durante el periodo comprendido entre Julio y Noviembre de 2012. El tipo de estudio fue cuasi experimental, puesto que se determinó el efecto de una sesión informativa (variable independiente) en la ansiedad (variable dependiente) de un grupo de 30

pacientes a quienes se les realizó un cateterismo cardiaco. Se realizó una medición antes y después de la sesión informativa por medio del instrumento STAI para determinar si existe un cambio estadísticamente significativo en los niveles de ansiedad pre y pos sesión informativa; Resultados: Según el nivel de ansiedad/estado, antes de la sesión informativa, el estudio evidencia que hubo mayor frecuencia de pacientes que presentaron nivel leve de ansiedad, con un porcentaje del 76%, y un 23.3% con nivel moderado de ansiedad. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en la disminución de los niveles de ansiedad moderado (21.1%) después de la sesión informativa.

En el ámbito nacional se reportan las siguientes investigaciones relacionadas al presente trabajo:

Moreyra, (2016), en Ayacucho realizó un estudio titulado “Nivel de ansiedad en las gestantes programadas para cesáreas en el Hospital de Apoyo Huanta Ayacucho – 2016”. Con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad en las gestantes programadas para cesáreas en el Hospital de Apoyo Huanta, Ayacucho 2016. El tipo de estudio fue cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 32 gestantes encuestadas que ingresaron a sala de operaciones. La técnica que se utilizó para recolectar los datos fue la encuesta. El instrumento fue la Escala de Ansiedad de Hamilton. Los resultados fueron los siguientes: el 93.7% (30) presentaron ansiedad de intensidad media y el 6.3% (2) presentaron ansiedad elevada. En relación a los aspectos psicológicos un 78.1% de las gestantes presentaron ansiedad media, el 12.5% ansiedad elevada y un 9.4% ansiedad ligera. En cuanto a los aspectos cognitivos un 90.6% de las gestantes presentaron ansiedad media y el 9.4% ansiedad elevada; en cuanto a los aspectos fisiológicos el 62.5% de las gestantes presentaron ansiedad de intensidad media, y el 37.5% ansiedad elevada. Se concluye que un alto porcentaje de gestantes encuestadas programadas para cesárea presentaron un nivel de ansiedad de intensidad media.

Torres, (2014), en Lima realizó un estudio titulado “Ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía Centro Quirúrgico Clínica El Golf Lima, Perú – 2014”. Con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía del Centro Quirúrgico de la Clínica El Golf 2014. El tipo de estudio fue cuantitativo, de método descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 75 pacientes programados para cirugía. La técnica fue la encuesta y el instrumento la Escala de Ansiedad de Hamilton. Los resultados de este estudio fueron los siguientes: El 34% de los pacientes tuvieron ansiedad leve, el 1% ansiedad moderada y el 65% no presentaron ansiedad. Ninguno tuvo ansiedad grave.

Quijano, (2013), en Lima realizó un estudio titulado “Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013”. Con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía del HNDM – 2013. El tipo de estudio fue cuantitativo, de método descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes en el preoperatorio. La técnica fue la encuesta y el instrumento la Escala de Valoración de la Ansiedad de Spielberger (IDARE). Los resultados de este estudio fueron los siguientes: El 70% de los pacientes (21) refiere que el nivel de ansiedad es medio, seguido de 17% (05) con nivel de ansiedad alto y 13% (04) es bajo. En la dimensión síntomas negativos 80% (24) es medio, 13% (04) bajo y 7% (02) alto, y en la dimensión síntomas positivos 50% (15) es medio, 27% (08) bajo y 23% (07) bajo.

Huacho, (2012), en Lima realizó un estudio titulado “Nivel de ansiedad preoperatorio en hipertensos controlados a cirugía electiva Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima Febrero – Mayo 2012”. Se planteó el objetivo de determinar el nivel de ansiedad de los pacientes hipertensos controlados en fase preoperatoria a cirugía electiva. El presente estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. Se trabajó con 194 pacientes hipertensos controlados

programados a cirugía electiva, a quienes se les aplicó la escala preoperatoria de ansiedad e información de Amsterdam. Los resultados encontrados fueron que el 95.7% de los pacientes presentó algún grado de ansiedad global. El 46.85% presentó ansiedad leve y el 40.43% presentó ansiedad moderada. El 39.1% de la muestra presenta un mediano requerimiento de información y más de la mitad de los pacientes (55.6%) tiene requerimientos altos de información. Encontrándose asociación entre los niveles de ansiedad y la necesidad de información.

En el ámbito local no se reportan investigaciones relacionadas con el tema de estudio.

Intervención quirúrgica:

Se denomina cirugía (del griego χείρ *jeir* "mano" y ἔργον *érgon* "trabajo", de donde χειρουργία *jeirourguéia* "trabajo manual") a la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico. De acuerdo con la OMS (2012), cirugía mayor es todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor.

Existen dos tipos de cirugía, la electiva y la de urgencia. La cirugía electiva comprende las intervenciones quirúrgicas que se elige cuando serán realizadas. Se dispone así del tiempo necesario para efectuar su correcta programación y por esta razón se denomina también cirugía programada (Arias, 2002, p. 137).

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de ansiedad, porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican ciertos riesgos. Los enfermos deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y la cirugía, e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. Como resultado de las alternativas de ese complejo proceso de adaptación

psicológica a la cirugía, la ansiedad es un síntoma frecuente en los pacientes quirúrgicos. (Salaverría y col., 2011, p. 2).

Las reacciones del paciente ante a la intervención quirúrgica son muy diversas, desde la dependencia, la depresión, la regresión a etapas anteriores o duelo anticipado, hasta una respuesta con un nivel de ansiedad adecuado a la situación. (Arias, 2002, p. 275).

El paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente atraviesa por tres fases integradas que implican un aprendizaje psicofisiológico. Para él la primera fase está enfocada a la valoración preoperatoria y preparación para la cirugía; la segunda, comprende el procedimiento operatorio propiamente dicho y la tercera es la recuperación postoperatoria.

Período Preoperatorio Inmediato

El periodo preoperatorio es el lapso que comienza desde que se toma la decisión de someter al paciente a una intervención quirúrgica. Durante esta fase la enfermera identifica las necesidades fisiológicas, psicosociales y espirituales del paciente, así como los problemas potenciales. A continuación, el profesional enfermero lleva a cabo acciones encaminadas a resolver cada uno de los problemas que se hayan planteado, ofreciendo así una ayuda individualizada. Esta fase termina cuando el paciente se traslada a la mesa quirúrgica. (Arias, 2002, p. 201).

La decisión tomada puede ser planeada o urgente. Este periodo se clasifica con base en la magnitud de la intervención quirúrgica mayor o menor, o bien programada o de urgencia.

Preoperatorio Mediato: A partir de la decisión hasta 12 o 2 horas antes dependiendo de la intervención quirúrgica, ya sea mayor o menor respectivamente.

Preoperatorio Inmediato: De las 12 o 2 horas antes de la intervención quirúrgica, hasta la llegada a la sala de operaciones. Las acciones de enfermería

en el periodo preoperatorio inmediato tienen como objetivo preparar psíquica y físicamente al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente. (Rosales, 2004, p. 448).

Toda intervención supone una amenaza física y psíquica para el paciente. En algunas ocasiones la cirugía significará un cambio en el estilo de vida habitual del paciente o un cambio en su imagen corporal, lo que supondrá un elemento más a tener en cuenta para valorar el grado de ansiedad y temor del paciente. (Arias, 2002, p. 272).

Puesto que en la actualidad se tiende a tiempos de hospitalización de mínima duración, el periodo preoperatorio es muy breve y se deben buscar fórmulas en las que se transmita la información de forma breve y clara. (Arias, 2002, p. 272 - 275).

Factores sociodemográficos, familiares y antecedentes quirúrgicos del paciente quirúrgico.

Factores Sociodemográficos

Los factores sociales, hace referencia a todo aquello que ocurre en una sociedad o sea en un conjunto de seres humanos relacionados entre sí por algunas cosas que tienen en común. Por lo tanto, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio que se encuentren.

La demografía es el estudio de poblaciones humanas en términos de tamaño, densidad, ubicación, edad, sexo, raza, ocupación, entre otros. Los factores demográficos son características sociales de la población. También se refieren a los elementos relativos de los aspectos y modelos culturales, creencias, actitudes, etc., así como a las características de volumen de población, inmigración, natalidad, mortalidad, etc. de una sociedad. (Real Academia Española, 2013).

Los principales indicadores sociodemográficos son:

Edad: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo, y es un factor determinante en los estudios demográficos. (Valenzuela, 2008, p. 1).

Sexo: La palabra "sexo" se refiere a la división del género humano en dos grupos: mujer o hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos. La persona es o de sexo femenino o masculino. (INEI, 2012).

Grado de Instrucción: Nivel de estudios o aprendizaje obtenidos, se basa en el nivel de conocimiento y capacidades cognitivas adquiridas en un centro o institución educativa. Comprende las siguientes categorías:

- **Sin Nivel:** Es cuando la persona nunca asistió a un centro educativo o que no llegaron a concluir sus estudios primarios.
- **Primaria:** Su finalidad es proporcionar a todas las personas una formación común. Que haga posible el desarrollo de las capacidades individuales motrices, de equilibrio personal; de relación y de actuación social con la adquisición de los elementos básicos culturales. De acuerdo al sistema educativo vigente, comprende del 1° al 6° Grado.
- **Secundaria:** Es la formación integral a través de programas que ayudan a su desarrollo corporal, el auto control y el auto análisis para obtener una visión más objetiva de sí mismo y de su propia vida. De acuerdo al sistema educativo vigente, comprende del 1° al 5° año, ya sea en la modalidad de menores o de adultos.
- **Superior no universitario:** Se refiere a la persona que no ha frecuentado una universidad, sin embargo, ha realizado carreras técnicas. Comprende las Escuelas Normales, Escuelas Superiores de Educación Profesional (ESEP), Escuelas de Sub-Oficiales de las Fuerzas Armadas, Escuelas Superiores de Administración de Empresas, Institutos Superiores Tecnológicos e Institutos Superiores Pedagógicos. En todos estos casos el período de estudios tiene generalmente una duración no menor de 3 años.
- **Superior universitario:** Se refiere a la persona que ha realizado sus estudios en una universidad y es reconocido a través de un título profesional. Comprende las Universidades, Escuelas de Oficiales de las Fuerzas Armadas

y Policiales, Seminarios Religiosos, Instituto Superior de Arte del Perú, Instituto Pedagógico Nacional, Escuela de Enfermeras, Escuela de Periodismo y Academia Diplomática del Perú. En todos estos casos el periodo de estudio es no menor de 4 años. (INEI, 2012, p. 1830).

Ocupación: Ocupación es el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña una persona en un determinado trabajo, determinados por la posición en el trabajo. (Santos, 2012, p. 1). Entre las categorías de ocupación se tiene:

- **Estudiante:** Se refiere al educando o alumno dentro del ámbito académico, que estudia como su ocupación principal.
- **Empleado:** Es la persona que desempeña una ocupación predominantemente intelectual, trabaja en una institución, organismo, empresa privada o estatal, por una remuneración quincenal o mensual por su trabajo en forma de sueldo, comisión, pago en especie, etc. Ejemplo: Cobrador en una tienda comercial, un profesional que trabaja para una institución o empresa.
- **Obrero:** Es la persona que desempeña una ocupación predominantemente manual; trabaja en una empresa o negocio privado o estatal, por una remuneración semanal, quincenal o diaria en forma de salario, destajo, comisión. Ejemplo: Obrero de fábrica de zapatillas, ayudante de albañil.
- **Trabajador Independiente:** Es trabajador Independiente la persona que explota su propio negocio o que ejerce por su cuenta una profesión u oficio, no tiene trabajadores remunerados a su cargo. Ejemplo: Pintor de carteles, vendedora ambulante de fruta.
- **Empleador o Patrono:** Es la persona que explota su propia empresa o negocio o que ejerce por su cuenta una profesión u oficio y tiene uno o más trabajadores remunerados a su cargo. Ejemplo: Un Contador Público que tiene a su cargo 2 asistentes contables remunerados. (INEI, 2012, p. 1830).

- **Trabajador Familiar No Remunerado:** Es la persona que trabaja sin remuneración en una empresa o negocio familiar dirigida por un pariente que vive en el mismo hogar o fuera de él.
- **Trabajador(a) del Hogar:** Es la persona que presta sus servicios remunerados en una vivienda particular. Estos servicios están referidos a tareas específicas del hogar como: Lavandera, cocinera, ama de llaves, mayordomo, chofer, etc. (INEI, 2012, p. 1831).

Estado Civil: Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes, las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un estado a otro.

- **Conviviente:** Es la persona que vive con su pareja sin haber contraído matrimonio civil o religioso.
- **Separado(a):** Separado (de matrimonio o de convivencia) es la persona que está separado de su cónyuge y no vive en unión de hecho o convivencia.
- **Casado(a):** Es el estado civil que adquiere una persona que ha contraído matrimonio civil y/o religioso y vive con su cónyuge.
- **Viudo(a):** Persona que ha fallecido su cónyuge y no se ha vuelto a casar.
- **Divorciado(a):** Es la persona que terminó su vínculo conyugal por sentencia judicial y no se ha vuelto a casar ni vive en unión de hecho o convivencia.
- **Soltero(a):** Es la persona que nunca se ha casado ni ha vivido, ni vive en unión de hecho o convivencia. (INEI, 2012, p. 1831).

Religión: Es la opción que tiene la persona de asumir cualquier creencia religiosa. La religión es el conjunto de creencias o dogmas a cerca de la divinidad, de sentimientos, de veneración y temor hacia ella, de morales, en lo individual, social y en las prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. (Godoy, 2010, p.1).

Ingreso familiar: Es la cantidad de dinero que una persona percibe en un periodo determinado de tiempo, producto de su trabajo realizado y es compartida dentro del círculo familiar. (Vásquez, 2012, p. 1).

Factores Familiares: Son aquellas características sobre la forma de organización y roles de las familias.

- **Tipo de familia:** La familia (del latín familia) es un grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja. El Diccionario de la Lengua Española la define, entre otras cosas, como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, lo que lleva implícito los conceptos de parentesco y convivencia.

Las familias están clasificadas en los siguientes tipos:

Familia nuclear: formada por los progenitores y uno o más hijos

Familia extensa: abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.

Familia monoparental o incompleta: en la que el hijo o hijos viven con un solo progenitor (ya sea la madre o el padre).

Familia ensamblada: Una familia ensamblada, familia reconstituida o familia mixta es una familia en la cual uno o ambos miembros de la actual pareja tiene uno o varios hijos de uniones anteriores. (Lara, 2015, p. 1).

- **Funcionalidad familiar:** La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.

Familia funcional: Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo. (Land, 2008, p. 1).

Familia disfuncional: Se llama familia disfuncional a una familia que no funciona correctamente. Una familia disfuncional es aquella en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continua y regularmente, lo que lleva a sus miembros a acomodarse a tales situaciones. La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía. (Land, 2008, p. 1).

Antecedentes quirúrgicos: Se refiere si el paciente ha sido sometido a una cirugía anterior, las causas, complicaciones que pudo haber presentado en dicho evento. (Enfermería medico quirúrgica, 2008, p. 12).

Ansiedad:

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional

normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

Los síntomas físicos de la ansiedad son:

- Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
- Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.
- Respiratorios: disnea.
- Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
- Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.

Los síntomas psicológicos y conductuales incluyen:

- Preocupación, aprensión.
- Sensación de agobio.
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.
- Irritabilidad, inquietud, desasosiego.
- Conductas de evitación de determinadas situaciones.
- Inhibición o bloqueo psicomotor.
- Obsesiones o compulsiones.

(Bulbena, 2008, p. 31).

La ansiedad es una emoción compleja, que conlleva serias repercusiones psíquicas y/u orgánicas en la persona. Es muy común y puede tener su origen en el propio sujeto o estar provocada por un suceso externo si bien suele existir una íntima relación entre ambas; en cualquier caso, hay situaciones en las que el ser humano está sometido a intensas presiones que pueden ser causa de ansiedad, por ejemplo, como estar próximo a una cirugía. (Torne, 2000, p. 1).

Ansiedad preoperatoria.

Según Sampaolesi (2011), Es importante recordar que una enfermedad y una intervención quirúrgica implica un desequilibrio biológico y psicológico, y es fundamental que el paciente vuelva a encontrar su estabilidad.

La ansiedad tiende a aumentar cada vez que el tiempo de espera al día de la cirugía se prolonga, manifestándose orgánicamente por la estimulación adrenérgica, aumento de la agregación plaquetaria, mayor demanda de oxígeno miocárdico, problemas psicológicos, que pueden persistir incluso después de la operación. De esta forma, la cirugía constituye indudablemente un evento estresante, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la independencia y condiciones físicas, el dolor, la supervivencia y la recuperación lenta, la separación de la familia y el hogar, a lo que se suma la propia hospitalización, sea corta o larga el tiempo de estancia hospitalaria. (Blandino, 2004, p.1).

La ansiedad preoperatoria se asocia con una mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria, mayores niveles de dolor postoperatorio y lentitud en la recuperación. Los síntomas psicofisiológicos que usualmente acompañan la ansiedad durante los momentos del acto operatorio en ocasiones pueden persistir hasta muchos meses después de la intervención quirúrgica; incluyen taquicardias, arritmias, elevaciones de la tensión arterial, disnea, etc. (Pérez, 2000, p. 95).

Los temores que suelen asociarse a la cirugía y a la anestesia son:

- Temor a lo desconocido: que suele estar relacionado con la incertidumbre ante el resultado quirúrgico.
- Pérdida del control: Los pacientes pueden estar preocupados por sus acciones o verbalizaciones mientras están bajo los efectos de fármacos y anestésicos. Además durante la cirugía, el paciente queda en una situación de dependencia casi total en relación con el equipo asistencial.
- Ansiedad por la anestesia: miedo a una inducción desagradable o a que se produzcan imprevistos durante la anestesia.
- Miedo al dolor: por una analgesia postoperatoria inadecuada.
- Temor a la separación del grupo de apoyo habitual: el paciente queda separado de su familia y pasa a ser cuidado por extraños.
- Pérdida de la intimidad: los pacientes deben responder a preguntas personales en relación con su cuerpo y su vida privada, ser sometidos a distintas pruebas y exámenes por parte de personas extrañas y aceptar ayuda para realizar las funciones corporales.
- Dudas por la alteración de los patrones de vida: la cirugía y la recuperación interfieren de forma variable en las actividades cotidianas, sociales y profesionales de los pacientes.
- Temor a la pérdida de una parte del cuerpo: la cirugía altera la integridad física y amenaza la imagen corporal.
- Miedo al procedimiento inminente y al pronóstico que se produzca.
- Desconfianza a la incompetencia del personal médico.
- Temor a la muerte: ya que no existe ninguna intervención ni anestésico que ofrezca una total seguridad. (García, 2005, p. 208 - 209).

El grado de ansiedad y temor del paciente se debe valorar en la fase preoperatoria. Lo ideal es que esta valoración se lleve a cabo antes del día de la

operación, para reducir al mínimo los riesgos potenciales del sufrimiento psicosocial.

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

- **Nivel de Ansiedad Leve:** se caracteriza principalmente por un estado de alerta en el que la percepción y la atención de la persona están incrementadas. Sin embargo, la persona conserva la capacidad para afrontar y resolver situaciones problemáticas. A nivel fisiológico, una ansiedad leve puede provocar insomnio y sensación de malestar y agotamiento físico.
- **Nivel de Ansiedad Moderada:** provoca una disminución de la atención y de la percepción, dificultades de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva. A nivel fisiológico, la ansiedad moderada se manifiesta a través de un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial elevada, boca seca, estomago revuelto, anorexia, diarrea o estreñimiento, temblor corporal, expresión facial de miedo, músculos tensos, inquietud, respuestas de sobresalto exageradas, incapacidad de relajarse y dificultad para dormir.
- **Nivel de Ansiedad Grave:** Se caracteriza principalmente por la incapacidad de la persona para concentrarse y por una percepción muy reducida de la realidad. A nivel fisiológico, la persona puede presentar taquicardia, dolor de cabeza y/o náuseas, palpitaciones fuertes y aceleradas, dificultad para respirar, mareos y temor, entre otros.
- **Pánico:** Se caracteriza por una percepción distorsionada de la realidad, con incapacidad para comunicarse o actuar. En este punto la ansiedad alcanza su nivel más alto, se asocia con un terror profundo. Todas las hormonas relacionadas con la ansiedad, particularmente la adrenalina y noradrenalina,

han sido liberadas y nuestro cuerpo se prepara para luchar o huir. La persona es incapaz de concentrarse o aprender por sí misma, y las manifestaciones fisiológicas provocan fuertes alteraciones en el equilibrio orgánico (vómitos, agitación psicomotriz, etc.). En este nivel de ansiedad la persona pierde el control sobre sí misma y sobre el medio, necesitando ayuda profesional (Orrego, 1995, p. 25) (Díaz, 2016, p 1).

Existen diferentes escalas para medir la existencia, el grado y el tipo de ansiedad y una de ellas es la Escala de Evaluación de la Ansiedad de ZUNG (EAA).

La Escala de Evaluación de la Ansiedad de ZUNG (EAA) comprende un cuestionario de 20 oraciones o ítems, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos. En el formato del cuestionario hay 4 columnas en blanco encabezadas por “Nunca, casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”.

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

Los ítems tienen dirección positiva o negativa. Los que evalúan una dirección positiva son los ítems número: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10,11,12,14,15,16,18 y el 20.

Los que evalúan una dirección negativa son los ítems número: 5, 9, 13, 17 y el 19.

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

El valor de cada respuesta por ítem de la escala de Zung se puede observar en el Anexo 5. Posteriormente se anota el valor individual de cada ítem en el margen derecho de la tabla, sumándose dichos valores para obtener un total, el cual es convertido en un “Índice de Escala de Ansiedad” (Anexo 6).

La escala es estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa. El índice de la Escala de Ansiedad orienta sobre “cuál es el grado de ansiedad de la persona”, en términos de una definición operacional:

Menos de 45: Dentro de límites normales. No hay ansiedad.

45 – 59: Presencia de ansiedad leve a moderada.

60 – 74: Presencia de ansiedad marcada o severa.

75 a más: Presencia de ansiedad en grado máximo. (García, 2013. p. 37 - 41).

A pesar de que el campo principal de la práctica de la enfermera quirúrgica es la zona de quirófanos, la función peri operatoria también incluye fases de atención preoperatoria y postoperatoria, que dan continuidad a la atención total del paciente.

Modelo de los Sistemas de Betty Neuman:

El presente trabajo de investigación se sustenta en el Modelo de los Sistemas de Betty Neuman. Es un planteamiento de sistemas dinámico y abierto para el cuidado del cliente, originalmente creado para proporcionar un centro unificador con la intención de definir el problema de la enfermería y entender al cliente cuando interacciona con el entorno. El cliente como sistema puede definirse como una persona, familia, grupo, comunidad u objeto de estudio.

Los clientes son considerados como un todo cuyas partes están en interacción dinámica. El modelo considera simultáneamente todas las variables que afectan al sistema del cliente: fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. (Raile, 2011. p. 311)

El sistema cliente consta de cinco variables (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual) en interacción con el entorno. La variable fisiológica hace referencia a la estructura y a la función del organismo. La variable psicológica hace referencia a los procesos mentales en interacción con el entorno. La variable sociocultural hace referencia a los efectos y a las influencias de

condiciones sociales y culturales. La variable de desarrollo hace referencia a los procesos y a las actividades relacionadas con la edad. La variable espiritual hace referencia a creencias e influencias espirituales. (Raile, 2011. p. 312)

El “**Modelo de los Sistemas**” de Neuman, está basado en la Teoría General de Sistemas y refleja la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos en interacción entre ellos y con el entorno. Dentro de este modelo, Neuman sintetiza el conocimiento a partir de varias disciplinas e incorpora sus creencias filosóficas y su experiencia enfermera, especialmente en el campo de la salud mental.

El Modelo aprovecha elementos de la Teoría Gestalt, que describe la homeostasis como un proceso a partir del cual un organismo mantiene el equilibrio y, en consecuencia, la salud cuando las condiciones varían. Neuman describe el ajuste como el proceso que permite al organismo satisfacer sus necesidades. Dado que existen muchas necesidades y cada una de ellas puede provocar la pérdida del equilibrio o de la estabilidad en el paciente, el proceso de ajuste es dinámico y continuo. La vida se caracteriza por un cambio continuo del equilibrio al desequilibrio del organismo. Cuando el proceso estabilizador falla hasta cierto punto o cuando el organismo permanece en un estado no armónico durante demasiado tiempo puede producirse la enfermedad. Si el organismo no puede compensar la enfermedad, puede morir.

Neuman utilizó la definición de estrés de Selye, que consiste en la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga. El estrés aumenta la necesidad de reajuste. Esta demanda no es específica; requiere la adaptación al problema, independientemente de la naturaleza del mismo. Por tanto, la esencia del estrés es la demanda no específica de la actividad. Los elementos estresantes, que pueden ser positivos o negativos, son los estímulos consecuencias del estrés que producen tensión. (Raile, 2011. p. 310)

Este modelo está organizado alrededor de la reducción de tensión, se ocupa primordialmente de los efectos y de las reacciones ante la tensión o ansiedad, en el desarrollo y mantenimiento de la salud.

Para la siguiente investigación se utilizan algunos aspectos de la teoría de Betty Neuman, donde se plantea los siguientes conceptos:

Sistema cliente: En el estudio se considera al paciente de cirugía electiva en fase preoperatoria del Hospital II Huaraz, como un sistema abierto con características fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales, dinámico que interacciona con su entorno. Durante el proceso salud – enfermedad, el paciente va a adquirir experiencias que van a desestabilizar el sistema, en este caso, al enfrentarse a una cirugía programada. La influencia positiva o negativa que el paciente reciba de su entorno y su capacidad para afrontar esta situación, puede desembocar en un grado de ansiedad. Por ello, se considera el acto operatorio como un elemento estresante, que va a generar una situación de ansiedad en el paciente de cirugía electiva, lo que puede repercutir negativamente en su salud.

El paciente también se interrelaciona con el profesional de enfermería, quien se encargará de identificar las condiciones físicas y psíquicas que puedan alterar su capacidad para tolerar esta experiencia quirúrgica y prevenir complicaciones postoperatorias, y de esta manera ayudarlo a reducir los factores que generan la ansiedad y a afrontar la intervención quirúrgica.

Entorno: Son las fuerzas internas y externas que afectan y se ven afectadas por el cliente en cualquier momento. (Raile, 2011. p. 312)

En la investigación el entorno está representado por el ambiente intrahospitalario, el personal de salud que labora en los servicios de Cirugía general del Hospital II Es Salud – Huaraz, los usuarios que comparten la habitación con el usuario en fase preoperatoria que es objeto de la investigación y los familiares que lo visitan, los cuales influyen en la adaptación del usuario frente a la cirugía, generando una actitud positiva o negativa por parte de este.

Estructura Básica: El cliente es un sistema compuesto por una estructura central rodeada de anillos concéntricos. El círculo interno del diagrama representa los factores básicos de supervivencia o los recursos de energía del cliente. Esta

estructura central consta de factores de supervivencia básicos comunes a todos los seres humanos como características innatas o genéticas.

En este caso se considera como estructura básica a las características fisiológicas del paciente programado a cirugía electiva, como la edad, sexo, y los antecedentes quirúrgicos.

Elementos Estresantes: Son estímulos productores de tensión que se generan dentro de los límites del sistema del cliente y que dan lugar a un resultado que puede ser positivo o negativo. En este estudio se consideran los siguientes:

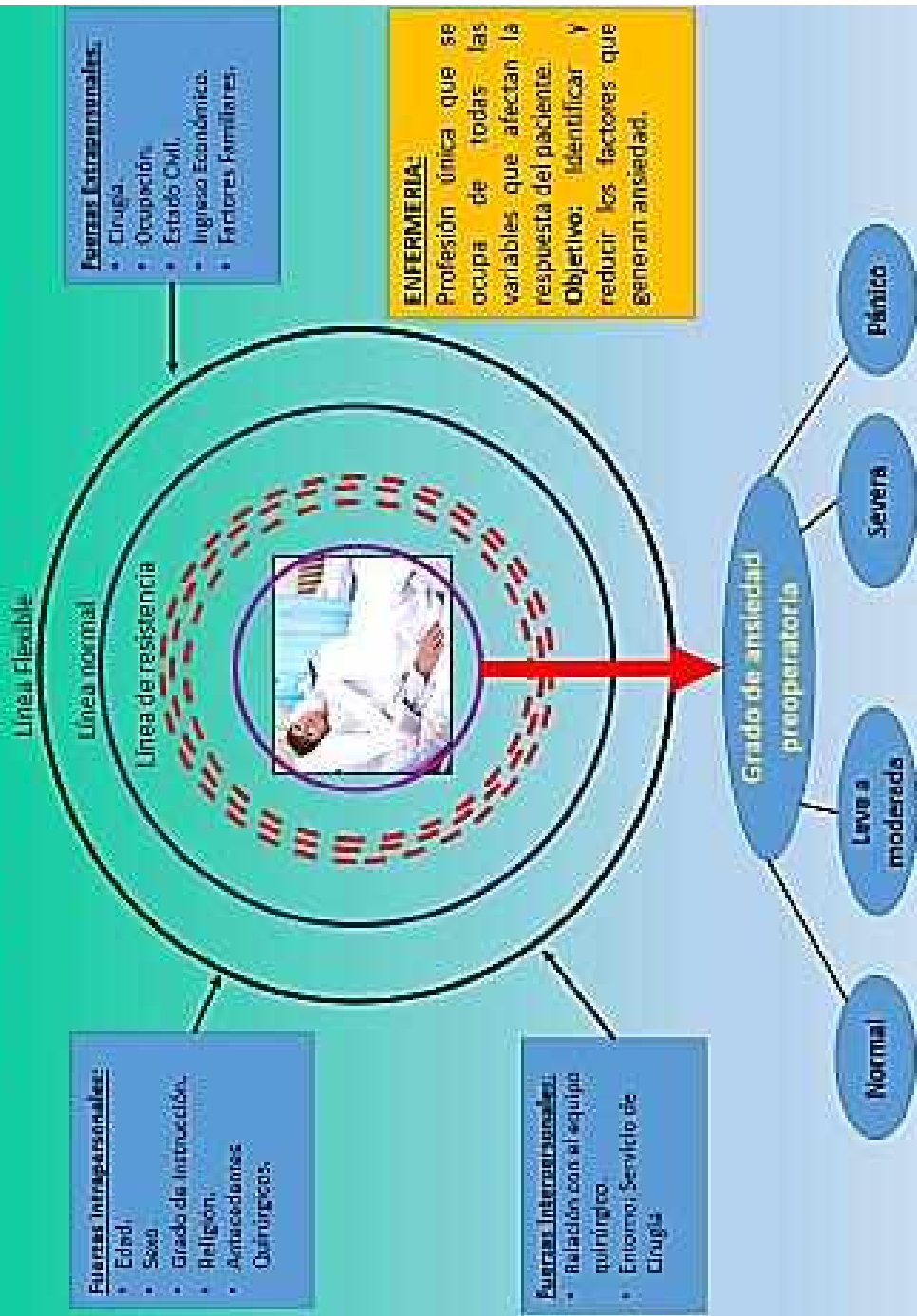
Fuerzas Intrapersonales que tienen lugar en el interior del individuo, como las variables de edad, sexo, grado de instrucción, religión y antecedentes quirúrgicos. Fuerzas Interpersonales que tienen lugar entre uno o más individuos, es decir, entre el paciente y los demás. Tenemos la relación interpersonal con el equipo quirúrgico (la información preoperatoria y los cuidados que se le brinda), familiares y el entorno del área hospitalaria de cirugía (ambiente extraño, mobiliario, temperatura, equipos biomédicos).

Fuerzas Extrapersonales que se dan en el exterior del individuo, como las circunstancias económicas. (Raile, 2011. p. 312 - 313) En este caso se considera a las variables de ocupación, estado civil, ingreso económico y los factores familiares.

Para la presente investigación considero que el ser programado para una intervención quirúrgica genera en el cliente situaciones que pueden conllevar a desarrollar grados de ansiedad, por tanto es considerado la cirugía como un elemento estresante externo.

Enfermería: Es el que debe cuidar a la persona en su totalidad. Es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico. La enfermería es una profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente a la ansiedad. La intervención de enfermería tiene por objeto identificar y reducir los factores que generan ansiedad y las condiciones adversas que afectan o podrían afectar el funcionamiento óptimo en una situación determinada. (Raile, 2011. p. 314).

Modelo de Sistemas de Betty Neuman



2. Justificación de la investigación

El presente estudio de investigación es importante porque como enfermera del centro quirúrgico del Hospital II EsSalud Huaraz, he observado diariamente a pacientes que ingresan a este servicio manifestando sentimientos de angustia, nerviosismo, malestar, dudas y en algunos casos, de temor ante posibles complicaciones de la cirugía. Al conversar con los pacientes que ingresan a este servicio éstos verbalizaron sus miedos con frases como: “no me han explicado bien sobre mi operación”, “tengo miedo”, “¿no me chocará la anestesia?”, “¿Cuánto se va a demorar la operación?”, “¿Quedaré bien después que me operen?”, “¿Cuánto tiempo estaré hospitalizado?”, etc. Incluso algunos presentaron presión arterial elevada y taquicardia antes de la inducción anestésica.

Ante esta situación, se realizó este estudio que permite aportar conocimientos sobre algunos factores asociados al grado de ansiedad presentada por los pacientes sometidos a cirugía electiva en la etapa preoperatoria inmediata y poder implementar nuestras intervenciones de enfermería a futuro.

Desde el punto de vista académico, los resultados de esta investigación permiten obtener conocimientos sobre los factores sociodemográficos, familiares y antecedentes quirúrgicos de los pacientes y su grado de ansiedad antes de ser intervenidos quirúrgicamente para proponer estrategias que permitan mejorar la preparación psicológica y emocional de los pacientes en la etapa preoperatoria y por lo tanto mejorar la calidad del cuidado de Enfermería. Asimismo, servirá como referencia para la realización de futuros trabajos de investigación, mejorando los cuidados de enfermería en los diferentes campos de acción: asistencial e investigación.

Desde el punto de vista metodológico, los resultados obtenidos sirven como antecedentes para futuras investigaciones relacionadas con el tema en estudio; por otra parte, se ha de fortalecer el desarrollo de líneas de investigación del desarrollo del cuidado enfermero. Desde el punto de vista teórico, el trabajo de investigación

es importante porque se logrará conocer en mayor medida, el comportamiento de las variables: factores sociodemográficos, familiares, antecedentes quirúrgicos y el grado de ansiedad, además de su relación. Así mismo, la investigación se fundamenta en el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, que es un planteamiento de sistemas dinámico y abierto para el cuidado del cliente, que busca definir el problema de Enfermería y entender al cliente cuando interacciona con el entorno. Es el profesional de Enfermería, quien se encargará de identificar las condiciones físicas y psíquicas que puedan alterar la capacidad del paciente para tolerar la cirugía, brindarle información y cuidados. De esta manera le ayudara a reducir los factores que generan la ansiedad y a afrontar la intervención quirúrgica.

Este estudio es de gran importancia para la profesión de Enfermería como para los pacientes y para la institución.

3. Problema

La cirugía favorece la aparición de ansiedad, angustia e impotencia, tanto en el paciente como en el familiar que en su caso acuda como acompañante. Estas sensaciones irán en aumento si no existe una buena información por parte del profesional de enfermería, referente a su estado de salud, posible enfermedad y al tratamiento que debe seguir. (MINSa, 2011).

En el Hospital II EsSalud Huaraz en los últimos años se ha incrementado la demanda de pacientes con patologías que requieren resolverse quirúrgicamente. Durante el año 2016 en el Hospital II EsSalud Huaraz se realizaron 2161 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 1167 fueron intervenciones quirúrgicas programadas.

En el Hospital II Huaraz no está implementado un programa de visita pre quirúrgica por parte del personal de Enfermería de Centro Quirúrgico debido a la falta de recursos humanos.

Las licenciadas de enfermería del Servicio de Cirugía realizan la preparación preoperatoria inmediata de los pacientes de cirugía electiva limitada

por la falta de recursos humanos. La enfermera de Centro Quirúrgico recepciona al paciente al momento inmediato a la cirugía, por lo que la preparación preoperatoria también se ve limitada por el tiempo.

Ante esta situación, muchos de estos pacientes, ingresan a Centro Quirúrgico, temerosos y con desconocimiento sobre aspectos relacionados con el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio, lo que podría desembocar en un aumento del grado de ansiedad preoperatoria que influiría negativamente en el proceso quirúrgico.

En mi labor como enfermera de Centro Quirúrgico he percibido la ansiedad en diferentes grados en los pacientes programados para cirugía electiva, por lo que esta situación me ha motivado a realizar el presente estudio.

Por lo expuesto anteriormente que se decide realizar el presente estudio planteando el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados al grado de ansiedad preoperatorio inmediato en los pacientes programados a cirugía electiva en el Hospital II Es Salud Huaraz - 2017?

4. Conceptualización y operacionalización de las variables

- Variable Independiente (condicionante)

Factores Sociodemográficos

Definición Conceptual: Es el conjunto de elementos o características sociales y demográficos que afectan al paciente de cirugía de electiva.

Definición Operacional: Se operacionalizó según las siguientes dimensiones:

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción

- Ocupación
- Estado civil
- Religión
- Ingreso familiar

Factores Familiares:

Definición Conceptual: Son aquellas características sobre la forma de organización y roles de las familias de los pacientes de cirugía electiva.

Definición Operacional: Se operacionalizó según las siguientes dimensiones:

- Tipo de familia
- Funcionalidad familiar

Antecedentes quirúrgicos:

Definición Conceptual: Son las intervenciones quirúrgicas a las que se sometió anteriormente el paciente de cirugía electiva.

Definición Operacional: Se operacionalizó según las siguientes dimensiones:

- Antecedentes quirúrgicos
- Variable Dependiente (de respuesta)

Grado de ansiedad preoperatoria

Definición conceptual: Es la intensidad de la sensación de temor que el usuario percibe ante la operación inminente, como una amenaza real o potencial.

Expresada verbalmente por el paciente.

Definición Operacional: La variable se operacionalizó según las siguientes dimensiones: Síntoma o signo de ansiedad.

El lugar donde se ejecutó el proyecto fue en el Hospital EsSalud II Huaraz, con los pacientes del servicio de Cirugía durante el mes de Noviembre 2017.

5. Hipótesis

- **H1:** Los factores sociodemográficos, familiares y los antecedentes quirúrgicos se asocian significativamente con el grado de ansiedad preoperatorio inmediato en los pacientes de cirugía electiva en el Hospital II EsSalud Huaraz.
- **H2:** Los factores sociodemográficos, familiares y los antecedentes quirúrgicos no se asocian significativamente con el grado de ansiedad preoperatorio inmediato en los pacientes de cirugía electiva en el Hospital II EsSalud Huaraz.

6. Objetivos

Objetivo general:

- Determinar los factores asociados al grado de ansiedad preoperatorio inmediato en los pacientes de cirugía electiva en el Hospital II Es Salud Huaraz - 2017.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores sociodemográficos en pacientes de cirugía electiva.
- Identificar los factores familiares en pacientes de cirugía electiva.
- Identificar los antecedentes quirúrgicos en pacientes de cirugía electiva.
- Identificar el grado de ansiedad preoperatorio inmediato en los pacientes de cirugía electiva.

- Establecer la relación entre los factores sociodemográficos y el grado de ansiedad preoperatorio inmediato.
- Establecer la relación entre los factores familiares y el grado de ansiedad preoperatorio inmediato.
- Establecer la relación entre los antecedentes quirúrgicos y el grado de ansiedad preoperatorio inmediato.

METODOLOGIA

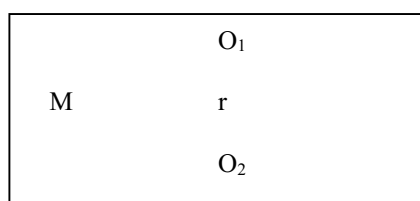
1. Tipo y diseño de investigación

- **Según la naturaleza del estudio:** Es cuantitativo. La investigación cuantitativa usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Hernández, 2010). El presente trabajo, según su naturaleza es una investigación cuantitativa porque permitirá recolectar datos de los pacientes de cirugía electiva con respecto a las variables de estudio: factores sociodemográficos, familiares y antecedentes quirúrgicos y grado de ansiedad.
- **Según el nivel que se desea alcanzar:** Es correlacional. La investigación correlacional tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. (Hernández, 2010). El presente estudio de investigación se considera correlacional, porque según lo citado por el autor, pretende conocer la relación entre las variables: factores sociodemográficos, familiares y antecedentes quirúrgicos y el grado de ansiedad. Es decir, si la distribución de los valores de una de las variables difiere en función de los valores de la otra. Busca encontrar la asociación de las variables de estudio.
- **Según el tiempo de ejecución:** Es transversal. La investigación transeccional o transversal recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Hernández, 2010). El presente estudio de investigación, es de tipo transversal porque se recolectará datos en los pacientes programados a

cirugía electiva del Hospital EsSalud II Huaraz en un solo momento y sin interrupciones.

- **Diseño:** Un diseño no experimental puede definirse como como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. (Hernández, 2010) En el presente estudio las investigadoras no harán variar de forma intencional las variables: factores sociodemográficos, familiares y antecedentes quirúrgicos y el grado de ansiedad, solo se observará las situaciones ya existentes, es decir, no se tendrá control directo sobre ellas ni mucho menos se influirá. Es correlacional ya pretende conocer la relación entre estas variables.

Responde al siguiente esquema:



Dónde:

M : Paciente programado a cirugía electiva

O₁ : Factores sociodemográficos, familiares y antecedentes quirúrgicos.

r : Relación de asociación

O₂ : Grado de ansiedad preoperatoria

2. Población y muestra

- **Unidad de análisis:**

Para el presente estudio de investigación se consideró la unidad de análisis al paciente programado a cirugía electiva del Hospital EsSalud II, Huaraz.

- **Población**

Para el presente estudio de investigación no se trabajó con muestra sino con la población total. La población estuvo conformada por 40 pacientes programado a cirugía electiva del Hospital EsSalud II Huaraz durante el mes de Noviembre, que reunieron los criterios de inclusión y exclusión, detallados a continuación.

- **Criterios de inclusión:**

- Paciente hospitalizado en el Servicio de Cirugía General.
- Paciente programado electivamente a intervención quirúrgica.
- Paciente que acepte ser parte del estudio de investigación y lo autorice a través del consentimiento informado.
- Adultos de ambos sexos.
- Que hable el idioma español.
- Pacientes orientados en tiempo, espacio y persona.

- **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes desorientados y/o en estado de coma.
- Pacientes con enfermedades psiquiátricas.
- Pacientes analfabetos.
- Pacientes menores de 18 años.

3. Técnicas e instrumentos de investigación

La técnica que se utilizó es la Encuesta.

Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación son:

- A. Para la medición de la variable independiente factores asociados se utilizó un cuestionario: Cuestionario de Factores asociados al Grado de Ansiedad Preoperatorio Inmediato en Cirugía Electiva (Anexo N° 3). El cual estuvo estructurado de la siguiente manera:

Contenia 10 ítems y se dividió en tres partes:

La primera parte corresponde a los Factores Sociodemográficos, que consta de 7 ítems que se operacionalizó en las siguientes dimensiones:

Edad: La escala de medición de intervalos:

De 18 a 35 años

36 a 59 años

De 60 a más años

Sexo: Se utilizó la escala de medición nominal:

Masculino

Femenino

Grado de instrucción: La escala de medición fue nominal:

Sin nivel de instrucción

Primaria

Secundaria

Superior no universitaria

Superior universitaria

Ocupación: La Escala de medición fue nominal:

Estudiante

Empleado

Obrero

Trabajador independiente

Empleador

Otro

Estado civil: La escala de medición fue nominal:

Conviviente

Casado(a)

Viudo(a)

Divorciado(a) o separado(a)

Soltero(a)

Religión: La escala de medición fue nominal:

Católico

Evangélico

Otros

Ingreso familiar: La escala de medición fue ordinal.

Menor de 400 nuevos soles

De 400 a 650 nuevos soles

De 650 a 850 nuevos soles

De 850 a 1100

Mayor de 1100 nuevos soles

La segunda parte correspondiente a los Factores Familiares, con 2 ítems que se operacionalizó en las dimensiones: tipo de familia y funcionamiento familiar.

Tipo de familia: La escala de medición fue nominal:

Familia nuclear: formada por los progenitores y uno o más hijos

Familia extensa: abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.

Familia monoparental o incompleta: en la que el hijo o hijos viven con un solo progenitor (ya sea la madre o el padre).

Familia ensamblada: Una familia ensamblada, familia reconstituida o familia mixta es una familia en la cual uno o ambos miembros de la actual pareja tiene uno o varios hijos de uniones anteriores.

Funcionamiento familiar: Para lo cual se aplicó el Apgar familiar clasificando a las familias como: normofuncionales (7 – 10 puntos), disfuncional leve (4 – 6 puntos) y disfunción grave (0 – 3 puntos)

La tercera parte correspondiente a los Antecedentes quirúrgicos, que consta de 1 ítems que se operacionalizó en las dimensiones:

Antecedentes quirúrgicos: Se midió en escala nominal.

Si

No

B. Para la medición de la variable dependiente: Grado de ansiedad preoperatoria, se utilizó la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad: Dr. William Zung (Anexo N° 4): Elaborado por el doctor William Zung (1971) compuesto por 20 ítems cada uno de los cuales se refiere a un síntoma o signo característico de la ansiedad, dividido en dos tipos de preguntas.

- Positivas: Ítems (n° 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20) en donde el puntaje es de 1 a 4 puntos.
- Negativas: Ítems (n° 5, 9, 13, 17, 19) en donde el puntaje es de 4 a 1 punto.

Se operacionalizó utilizando la escala ordinal en:

- Normal: usuario en fase preoperatoria que alcanza un puntaje por debajo de 45 puntos.
- Ansiedad Leve a moderada: usuario en fase preoperatoria que alcanza un puntaje de 45 -59 puntos
- Ansiedad Severa: usuario en fase preoperatoria que alcanza un puntaje de 60-74 puntos.
- Ansiedad Grado Máximo o Pánico: usuario en fase preoperatoria que alcanza un puntaje de 75 puntos a más.

Control de calidad de instrumentos

- **Confiabilidad:**

Para medir la confiabilidad de datos se realizó una prueba piloto donde se utilizó el coeficiente de alfa de Cron Bach, siendo su resultado 0,865, confiable.

- **Validez:**

En ambos cuestionarios no fue necesario el juicio de expertos ya que están validados.

4. Procesamiento y análisis de la información

En el presente estudio de investigación hizo uso del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 2.4, programa estadístico informático muy usado en las ciencias de la salud. Se utilizó medidas estadísticas de tendencia central de dispersión y de significancia.

De igual forma se procesó y ordenó la información, haciendo uso de análisis de covarianza porcentual cuya finalidad es obtener datos estadísticos observacionales correlacionales del estudio de las variables descritas. Los resultados son presentados en tablas y gráficos para su mayor entendimiento.

- **A nivel Descriptivo:** En la presentación final, el siguiente estudio hizo la presentación de datos en cuadros y gráficos correspondientes.
- **A nivel Analítico:** Se aplicó la Prueba estadística de independencia de criterio CHI CUADRADO (X^2), para determinar la relación entre ambas variables de estudio.

RESULTADOS

Tabla N° 1

Distribución de pacientes de cirugía electiva según factores sociodemográficos, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

Factores sociodemográficos	N°	%
Edad		
18 - 35 años	6	15,0
36 - 59 años	24	60,0
60 a más años	10	25,0
Sexo		
Femenino	22	55,0
Masculino	18	45,0
Grado de instrucción		
Sin nivel de instrucción	0	00,0
Primaria	6	15,0
Secundaria	8	20,0
Superior no universitaria	5	12,5
Superior universitaria	21	52,5
Ocupación		
Estudiante	1	2,5
Empleado	17	42,5
Obrero	3	7,5
Trabajador independiente	6	15,0
Empleador	2	5,0
Otro	11	27,5
Estado civil		
Conviviente	10	25,0
Casado (a)	24	60,0
Viudo (a)	2	5,0
Divorciado(a) o separado(a)	1	2,5
Soltero (a)	3	7,5
Religión		
Católico	35	87,5
Evangélico	4	10,0
Otros	1	2,5
Ingreso familiar		
Menor de 400 soles	1	2,5
De 400 a 650 soles	2	5,0
De 650 a 850 soles	1	2,5
De 850 a 1100 soles	10	25,0
Mayor de 1100 soles	26	65,0
Total	40	100,0

Fuente: Cuestionario de Factores asociados al Grado de Ansiedad Preoperatorio Inmediato en Cirugía Electiva - 2017.

Tabla N° 2

Distribución de pacientes de cirugía electiva según factores familiares, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

Factores familiares	N°	%
Tipo de familia		
Familia nuclear	28	70,0
Familia extensa	8	20,0
Familia monoparental o incompleta	4	10,0
Familia mixta	0	0,0
Funcionamiento familiar		
Normofuncional	37	92,5
Disfuncional leve	3	7,5
Disfuncional grave	0	0,0
Total	40	100,0

Fuente: Cuestionario de Factores asociados al Grado de Ansiedad Preoperatorio Inmediato en Cirugía Electiva - 2017.

Tabla N° 3

Distribución de pacientes de cirugía electiva según antecedentes quirúrgicos, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

Antecedentes quirúrgicos	N°	%
Si	18	45,0
No	22	55,0
Total	40	100,0

Fuente: Cuestionario de Factores asociados al Grado de Ansiedad Preoperatorio Inmediato en Cirugía Electiva - 2017.

Tabla N° 4

Distribución del grado de ansiedad en pacientes de cirugía electiva en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

Grado de Ansiedad	N°	%
Normal	15	37,5
Leve a moderada	19	47,5
Severa	6	15,0
Pánico	0	0,0
Total	40	100,0

Fuente: Escala de Autoevaluación de la Ansiedad: Dr. William Zung - 2017.

Tabla 5: Relación entre factores sociodemográficos y grado de ansiedad en pacientes de cirugía electiva, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

Factores sociodemográficos	Grado de ansiedad								X ²	p
	Normal		Leve a moderado		Severo		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Edad										
18 - 35 años	1	16.7	1	16.7	4	66.7	6	100,0	13.877	0.008
36 - 59 años	12	50.0	11	45.8	1	4.2	24	100,0		
60 a más años	2	20.0	7	70.0	1	10.0	10	100,0		
Total	15	37.5	19	47.5	6	15.0	40	100,0		
Sexo										
Femenino	4	18.2	12	54.5	6	27.3	22	100,0	12.645	0.002
Masculino	11	61.1	7	38.9	0	0.0	18	100,0		
Total	15	37.5	19	47.5	6	15.0	40	100,0		
Grado de instrucción										
Sin nivel de instrucción	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100,0	6.022	0.421
Primaria	2	33.3	2	33.3	2	33.3	6	100,0		
Secundaria	5	62.5	2	25.0	1	12.5	8	100,0		
Superior no universitaria	2	40.0	3	60.0	0	0.0	5	100,0		
Superior universitaria	6	28.6	12	57.1	3	14.3	21	100,0		
Total	15	37.5	19	47.5	6	15.0	40	100,0		
Ocupación										
Estudiante	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100,0	17.401	0.066
Empleado	8	47.1	6	35.3	3	17.6	17	100,0		
Obrero	3	100.0	0	0.0	0	0.0	3	100,0		
Trabajador independiente	2	33,3	3	50,0	1	16,7	6	100,0		
Empleador	1	50.0	1	50.0	0	0,0	2	100,0		
Otro	1	9.1	9	81.8	1	9.1	11	100,0		
Total	15	37.5	19	47.5	6	15.0	40	100,0		
Estado civil										
Conviviente	5	50.0	3	30.0	2	20.0	10	100,0	13.458	0.097
Casado (a)	8	33.3	14	58.3	2	8.3	24	100,0		
Viudo (a)	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	100,0		
Divorciado(a) o separado(a)	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100,0		
Soltero (a)	1	33.3	0	0.0	2	66.7	3	100,0		
Total	15	37.5	19	47.5	6	15.0	40	100,0		
Religión										
Católico	14	40.0	16	45.7	5	14.3	35	100,0	1.998	0.736
Evangélico	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4	100,0		
Otros	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100,0		
Total	15	37.5	19	47.5	6	15.0	40	100,0		
Ingreso familiar										
Menor de 400 soles	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100,0	9.907	0.272
De 400 a 650 soles	0	0,0	1	50.0	1	50.0	2	100,0		
De 650 a 850 soles	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100,0		
De 850 a 1100 soles	3	30.0	5	50.0	2	20.0	10	100,0		
Mayor de 1100 soles	11	42.3	13	50.0	2	7.7	26	100,0		
Total	15	37,5	19	47,5	6	15,0	40	100,0		

Fuente: Cuestionario de Factores asociados al Grado de Ansiedad Preoperatorio Inmediato en Cirugía Electiva - 2017.

Tabla 6: Relación entre factores familiares y grado de ansiedad en pacientes de cirugía electiva, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

Factores familiares	Grado de ansiedad						X ²	p		
	<u>Normal</u>		<u>Leve a moderado</u>		<u>Severo</u>				<u>Total</u>	
	N°	%	N°	%	N°	%			N°	%
Tipo de familia										
Familia nuclear	14	50,0	10	35,7	4	14,3	28	100,0	10.5072	0.033
Familia extensa	1	12,5	5	62,5	2	25,0	8	100,0		
Familia monoparental o incompleta	0	0,0	4	100,0	0	0,0	4	100,0		
Familia mixta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100,0		
Total	15	37,5	19	47,5	6	15,0	40	100,0		
Funcionamiento familiar										
Normofuncional	14	37,8	18	48,6	5	13,5	37	100,0	0.721	0.697
Disfuncional leve	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100,0		
Disfuncional grave	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100,0		
Total	15	2,4	19	47,5	6	15,0	40	100,0		

Fuente: Cuestionario de Factores asociados al Grado de Ansiedad Preoperatorio Inmediato en Cirugía Electiva - 2017.

Tabla N° 7

Relación entre antecedentes quirúrgicos y grado de ansiedad en pacientes de cirugía electiva, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

Antecedentes quirúrgicos	Grado de ansiedad								X^2	<i>p</i>
	<u>Normal</u>		<u>Leve a moderado</u>		<u>Severo</u>		<u>Total</u>			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Si	7	38,9	11	61,1	0	0,0	18	100,0	6.202	0.045
No	8	36,4	8	36,4	6	27,2	22	100,0		
Total	15	2,4	19	47,5	6	15,0	40	100,0		

Fuente: Cuestionario de Factores asociados al Grado de Ansiedad Preoperatorio Inmediato en Cirugía Electiva - 2017.

ANALISIS Y DISCUSION

En el presente estudio, en la **Tabla N° 1** de factores sociodemográficos se puede observar que la mayoría de los pacientes encuestados (60%) pertenecen al grupo etario de 36 a 59 años. Estos resultados coinciden con Torres (2014) quien en su estudio encontró que la mayoría de los pacientes (39%) tenían entre 36 a 59 años.

Los resultados no coinciden con el estudio de Analuisa (2015) quien en su estudio la mayoría de los pacientes pertenecía al grupo de 29 a 39 años (35%), seguido del grupo de 18 a 28 años (27%). Quijano (2013) encontró que la mayoría de los pacientes (50%) tenían entre 20 a 29 años.

Gallego (2013) en su estudio encontró que la mayoría de los pacientes (22,8%) tenían entre 70 y 80 años de edad, seguido del grupo de 60 a 70 años (16,8%).

En cuanto a la variable sexo, la mayoría de los pacientes (55%) son de sexo femenino. Estos resultados coinciden con los de Analuisa (2015), ya que en su estudio la mayoría de pacientes (68%) eran de sexo femenino. También Gallego (2013) en su estudio encontró que la mayoría de los pacientes encuestados (51,5%) eran de sexo femenino. Torres (2014) y Quijano (2013) también encontraron que la mayoría de los pacientes encuestados (52% y 60%) eran de sexo femenino.

Los resultados anteriores no coinciden con el estudio de Huacho (2012), quien encontró que la mayoría de los pacientes (52,1%) eran de sexo masculino.

En cuanto al nivel educativo, la mayoría de los pacientes (52.5%) tiene grado de instrucción superior universitaria, representando 52.5% del total

Analuisa (2015) encontró en su estudio que la mayoría de los pacientes tenían nivel educativo secundaria (37,5%) y superior (37,5%).

Quijano (2013) encontró que el 50% de los pacientes encuestados tenían grado de instrucción secundaria.

En lo referente a la variable ocupación la mayoría de los pacientes (42,5%) son empleados. Estos resultados coinciden con Torres (2014) quien encontró en su estudio que la mayoría de los pacientes (62%) se encuentra en situación laboral activo.

En cuanto al estado civil, la mayoría (60%) de pacientes son casados(as). Cabe recalcar que la mayoría de los pacientes (85%) vive en pareja ya sea casados o en convivencia.

Estos resultados coinciden con Analuisa (2015) quien en su estudio encontró que la mayoría de los pacientes tenían pareja ya sea casados (27%) o en unión libre (25%).

La mayoría de pacientes son de religión católica, representando 87,5%. No se encontraron antecedentes relacionados con esta variable.

La mayoría de pacientes tiene un ingreso familiar mayor a S/. 1100 nuevos soles, representando el 65%. No se encontraron antecedentes relacionados con esta variable.

En la **Tabla N° 2**, se observa que la mayoría de los pacientes pertenece al tipo de familia nuclear, representando el 70%. En cuanto a funcionamiento familiar, la mayoría de pacientes pertenece a una familia normofuncional, representando 92,5% del total.

No se encontraron antecedentes relacionados con estas variables.

En la **Tabla N° 3**, se observa que la mayoría de los pacientes (55%) no tuvieron antecedentes quirúrgicos. Estos resultados coinciden con Analuisa (2015), quien encontró que la mayoría de los pacientes (70%) no tenía antecedentes quirúrgicos. Asimismo, Torres (2014) encontró que la mayoría de los pacientes (61%) no tenían antecedentes quirúrgicos.

En cambio, en el estudio de Gallego (2013) la mayoría de los pacientes (82%) si había sido intervenido quirúrgicamente anteriormente. También Quijano (2013) y Huacho (2012) encontraron que la mayoría de los pacientes (90% y 57,4% respectivamente) si habían tenido una cirugía previa.

En la **Tabla N° 4**, se observa que del total de pacientes encuestados del servicio de Cirugía del Hospital II EsSalud Huaraz, 19 de ellos, que representa el 47,5%, manifiestan grado de ansiedad leve a moderada; el 37,5% no presentaron ansiedad y el 15% presentaron grado de ansiedad severa. Es decir que la mayoría presentaron algún grado de ansiedad. Esta situación es preocupante puesto que la ansiedad puede influir negativamente en la recuperación posoperatoria del paciente.

Los resultados coinciden con los encontrados por Moreyra (2016), quien concluye que el 93,7% de las pacientes gestantes en preoperatorio presentaron ansiedad de intensidad media. Coinciden también con las conclusiones de Quijano (2013), quien refiere el nivel de ansiedad de la mayoría de los pacientes en el preoperatorio (70%) es medio.

Mientras que Hinojosa (2013), llega a concluir que la mayoría de los pacientes presentaron grado de ansiedad alto (31%).

Sin embargo, Analuisa (2015) en su estudio concluyó que la mayoría de los pacientes presentaron un nivel de ansiedad bajo (55%). También Alfonso (2012) concluyó que la mayoría de los pacientes presento nivel de ansiedad leve (76%). Así mismo, Huacho (2012) en su estudio concluyó que la mayoría de los pacientes presentaron ansiedad leve (46,85%).

Opuesto a los anteriores, tanto Gallego ((2013) como Torres (2014), encontraron que la mayoría de los pacientes (75,2% y 65% respectivamente) no presentaron ansiedad.

Por todo lo expuesto en párrafos anteriores podemos ver que el problema de la ansiedad preoperatoria en el paciente quirúrgico ha sido estudiado ampliamente y es similar en cualquier parte del mundo. Son numerosos los estudios que demuestran que la ansiedad incide en la recuperación posquirúrgica, lo que evidencia la necesidad emocional de todo paciente quirúrgico que el/la profesional de Enfermería debe resolver de manera oportuna y adecuada con sus

intervenciones individualizadas a fin de disminuir la ansiedad y favorecer los resultados en el intra y post - operatorio.

En la **Tabla N°5**, se observa que existe un alto grado de asociación entre la variable edad y grado de ansiedad, de manera significativa según resultados de la prueba de Chi cuadrado (χ^2) (significancia menor a 0.05). Por lo que se rechaza la hipótesis nula que afirma que ambas variables no están asociadas. Se encontró que en el grupo de pacientes de 18 a 35 años prevalecen los casos de ansiedad severo.

Los resultados coinciden con los encontrados por Analuisa (2015), quien concluyó que la edad si se asocia significativamente con el nivel de ansiedad, prevaleciendo en los pacientes del rango de 29 a 39 años, seguido de 18 a 28 años, los niveles bajo y medio de ansiedad. Gallego (2013) en su estudio encontró niveles de ansiedad más altos en los pacientes más jóvenes. Mientras que Hinojosa (2013) concluye que la edad influye en el nivel de ansiedad ya que los pacientes jóvenes presentaron menos ansiedad que los adultos mayores.

Según García (2013), la ansiedad puede aparecer a lo largo de toda la vida, desde la infancia hasta el último momento. En España, Casado (2015) concluye que las personas con edades comprendidas entre los 18 y 34 años presentan cifras de prevalencia de trastornos de ansiedad más elevadas que la tercera edad (65 años ó más).

Una investigación dirigida por la Universidad de Cambridge, en Reino Unido (2016), concluyó que ser menor de 35 años eleva el riesgo de ansiedad (afecta a entre el 2,5 y el 9,1 por ciento de la población joven).

Se puede apreciar que existe un grado alto de asociación entre la variable sexo y grado de ansiedad, de manera significativa según resultados de la prueba de Chi cuadrado (χ^2) (significancia menor a 0.05). Por lo que se rechaza la hipótesis nula que afirma que ambas variables no están asociadas. Se encontró que de las pacientes de sexo femenino la mayoría presentó ansiedad leve a moderada (54.5%), seguido de ansiedad severa ((27.3%). Solo el 18.2% no presentaron

ansiedad. De los pacientes de sexo masculino la mayoría (61.1%) no presentó ansiedad, seguido del 38.9% de casos de ansiedad leve a moderada y ningún caso de ansiedad severa.

Estos resultados coinciden con los de Analuisa (2015) que concluye que el sexo femenino si se asocia a la aparición o aumento de la ansiedad. Asimismo, Hinojosa (2013) concluyó que las mujeres presentaron mayor nivel de ansiedad. Huacho (2012) también encontró que el grupo de pacientes mujeres presentaron niveles de ansiedad proporcionalmente mayor que los varones en los niveles moderado (51.1% y 30.62%) y severo (13.3% y 4.08%). En cambio Gallego (2013), en su estudio concluye que respecto al sexo: aunque la puntuación era mayor en mujeres, no se encontraron diferencias significativas.

Las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer un trastorno de ansiedad y la prevalencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad en el caso de las mujeres duplica a la de los hombres. (Bulbena, 2008, p. 22). Según el último informe de la OMS (2017), 7,7% de la población femenina sufre de trastornos de ansiedad en América, comparado con el 3,6% de la población masculina.

Remes (2016), del Departamento de Salud Pública y Atención Primaria de la Universidad de Cambridge, en Reino Unido, afirmó que las mujeres son más propensas a interiorizar y desarrollar ansiedad frente situaciones estresantes.

Según algunos expertos esto podría ser debido a dos factores, por un lado por los cambios hormonales y por otro porque las mujeres son más propensas al estrés en general, debido a su papel dentro de la sociedad actual.

Según Cano (2014), presidente de la Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés (SEAS) y catedrático de la Universidad Complutense de Madrid, las mujeres tienen un 200 por cien más de ansiedad que los hombres por su doble condición de trabajadora y ama de casa y por su sistema hormonal.

Pero, además de los factores genéticos y de la historia personal, hay condicionamientos culturales que intervienen en el hecho de que haya más

diagnósticos femeninos que masculinos de ansiedad. En general, las mujeres se preocupan y se ocupan más de su salud que los hombres.

Existe un grado bajo de asociación entre la variable grado de instrucción y grado de ansiedad, de manera no significativa según resultados de la prueba de Chi cuadrado (χ^2) (significancia mayor a 0.05). Por lo que no se rechaza la hipótesis nula que afirma que ambas variables no están asociadas.

Estos resultados coinciden con Gallego (2013) quien no encontró una asociación significativa entre la variable nivel de estudios y el grado de ansiedad.

Estos resultados son contrarios a los encontrados por Analuisa (2015), quien concluyó que, si existe asociación entre el nivel de educación y el nivel de ansiedad, donde los pacientes con estudios superiores presentaron menor nivel de ansiedad ya que comprenden mejor el proceso de salud, mientras que los que son del nivel primaria necesitan de más ayuda profesional para sobrellevarlo.

Muchos estudios indican que los pacientes con mayor nivel de instrucción son menos propensos a sentir temor preoperatorio. Esto se explica ya que mientras mayor es el nivel de instrucción mayor es el conocimiento que se tienen sobre las enfermedades y los métodos que se emplearán en el proceder quirúrgico.

Mazariego (2012), en su trabajo titulado "Características psicobiosociales que influyen en la percepción y expectativas hacia la anestesia y anestesiólogo" plantea que mientras mayor es el grado de instrucción de los pacientes que se someterán algún proceder quirúrgico mejor es el nivel de interpretación del mismo, además de que este alto nivel de instrucción facilita la comunicación y la relación médico paciente lo cual limita la ansiedad de los mismos y posibilita retardar, desaparecer o disminuir las sensaciones de temor preoperatorio que pueden manifestar los pacientes.

Sin embargo, en este estudio no se encontró asociación entre entre la variable nivel de estudios y el grado de ansiedad.

Existe un bajo grado de asociación entre la variable ocupación y grado de ansiedad, de manera no significativa según resultados de la prueba de Chi

cuadrado (x^2) (significancia mayor a 0.05). Por lo que no se rechaza la hipótesis nula que afirma que ambas variables no están asociadas.

No se encontraron antecedentes relacionados a la variable ocupación.

La cirugía puede producir alteraciones físicas que obstaculicen o impidan que un cliente vuelva a trabajar. Lo ideal es que la enfermera haga una valoración de la historia laboral del cliente para anticipar los posibles efectos de la intervención quirúrgica sobre la recuperación y el rendimiento laboral. (Potter, 2002, p. 1697).

Al conversar con los pacientes algunos manifestaron que entre las preocupaciones relacionadas con la hospitalización está el temor de perder la seguridad de su trabajo y en consecuencia la pérdida de su ingreso económico y el sustento de sus familias.

Sin embargo, en este estudio no se encontró asociación entre la variable ocupación y el grado de ansiedad.

Se puede apreciar que existe un grado bajo de asociación entre la variable estado civil y grado de ansiedad, de manera no significativa según resultados de la prueba de Chi cuadrado (x^2) (significancia mayor a 0.05). Por lo que no se rechaza la hipótesis nula que afirma que ambas variables no están asociadas.

Estos resultados coinciden con los encontrados por Gallego (2013) quien no encontró una asociación significativa entre la variable estado civil y el grado de ansiedad.

Los resultados son distintos a los encontrados por Analuisa (2015), quien sí asocia el estado civil al nivel de ansiedad.

Varios estudios se han centrado en mostrar las consecuencias del divorcio en la salud y han puesto de manifiesto que, tanto en hombres como en mujeres, el divorcio aumenta el riesgo de sufrir enfermedades. En este sentido, se considera que el divorcio puede llegar a lesionar la salud mental, incrementando las probabilidades de sufrir depresión, ansiedad y fobias, lo que a su vez puede

favorecer la aparición de trastornos psicosomáticos, o potenciar conductas nocivas o provocar la desatención de la salud física personal. (Simó, 2015, p. 143- 144).

Se observó en los resultados del presente estudio que no hay relación entre el estado civil y el grado de ansiedad.

También se puede apreciar que existe un grado bajo de asociación entre la variable religión y grado de ansiedad, de manera no significativa según resultados de la prueba de Chi cuadrado (x^2) (significancia mayor a 0.05). Por lo que no se rechaza la hipótesis nula que afirma que ambas variables no están asociadas.

No se encontraron antecedentes relacionados a la variable religión.

El conocimiento de lo que la religión significa para el paciente puede ayudar a las enfermeras a identificar una posible fuente de apoyo. (Long, 1997, p. 419).

Existe un grado bajo de asociación entre la variable ingreso familiar y grado de ansiedad, de manera no significativa según resultados de la prueba de Chi cuadrado (x^2) (significancia mayor a 0.05). Por lo que no se rechaza la hipótesis nula que afirma que ambas variables no están asociadas.

No se encontraron antecedentes relacionados a la variable ingreso familiar.

El paciente quirúrgico se enfrenta al miedo a la pérdida del sustento. La enfermedad puede precipitar una crisis económica, especialmente durante una enfermedad crónica o rehabilitación prolongada.

En la **tabla N° 6**, se puede apreciar que existe un grado alto de asociación entre la variable tipo de familia y grado de ansiedad, de manera significativa según resultados de la prueba de Chi cuadrado (x^2) (significancia menor a 0.05). Por lo que se rechaza la hipótesis nula que afirma que ambas variables no están asociadas.

Además se puede apreciar que existe un grado bajo de asociación entre la variable funcionamiento familiar y grado de ansiedad, de manera no significativa según resultados de la prueba de Chi cuadrado (x^2) (significancia mayor a 0.05).

Por lo que no se rechaza la hipótesis nula que afirma que ambas variables no están asociadas.

No se encontraron antecedentes relacionados a las variables familiares.

Según Vargas (2014), más que la estructura familiar es el funcionamiento familiar el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad en los miembros de la familia.

Es importante que la enfermera determine el grado de apoyo de los familiares y allegados al cliente. La familia constituye un importante recurso para el cliente, asimismo, le proporciona el apoyo emocional que debe motivarle a recuperar el estado de salud que tenía antes de la enfermedad. (Potter, 2002, p. 1697).

En este estudio sin embargo no se encontró relación entre el funcionamiento familiar y el grado de ansiedad.

En la **tabla N° 7**, se puede apreciar que existe un grado alto de asociación entre la variable antecedentes quirúrgicos y grado de ansiedad, de manera significativa según resultados de la prueba de Chi cuadrado (χ^2) (significancia menor a 0.05). Por lo que se rechaza la hipótesis nula que afirma que ambas variables no están asociadas.

En este estudio de los pacientes con antecedentes quirúrgicos la mayoría presentó ansiedad leve a moderada (61.1%) y los demás no presentaron ansiedad (38.9%). Esto se debe probablemente a una experiencia ya conocida y una educación previa sobre lo que implica una cirugía.

Mientras que de los pacientes sin antecedentes quirúrgicos el 36,4% no presentaron ansiedad, el 36,4% presentaron ansiedad leve a moderada. Sin embargo si presentaron casos de ansiedad severa (27,2%). Probablemente debido al temor a lo desconocido, en este caso el proceso quirúrgico. Estos resultados coinciden con los de Analuisa (2015), quien en su estudio concluye que el desconocimiento de un proceso quirúrgico es generador de ansiedad, mientras que quien ya lo ha experimentado ya sabe a lo que se va a someter y el nivel de

ansiedad es menor pero no ausente, ya que será la nueva patología y el nivel de información que reciba la que lo cause.

También coincide con Gallego (2013) quien en su estudio concluye que si existe una asociación significativa entre la ansiedad y el antecedente de intervenciones quirúrgicas previas, es decir, el hecho de no haber tenido contacto anterior con el medio quirúrgico es también un factor precipitante al aumento de esta ansiedad.

Las operaciones previas de un cliente pueden influir sobre sus respuestas tanto físicas como psicológicas ante una nueva intervención. (Potter, 2002, p. 1694). Por lo tanto, de que su experiencia anterior haya sido positiva o negativa dependerá como afronte otra cirugía.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Dentro de los Factores Sociodemográficos que presentan los pacientes programados a cirugía electiva: más de la mitad de los pacientes tienen edades comprendidas entre 36 y 59 años; la mayoría de los pacientes son de sexo femenino; la mayoría tienen grado de instrucción superior universitaria; la mayoría de los pacientes son empleados; más de la mitad de los pacientes son casados; más de la mitad de los pacientes son de religión católica y la mayoría de los pacientes tiene un ingreso familiar mayor a S/. 1100 nuevos soles.
- Dentro de los Factores Familiares que presentan los pacientes programados a cirugía electiva: la mayoría de los pacientes pertenecen a una familia nuclear y más de la mitad tienen una familia normofuncional.
- Más de la mitad de los pacientes no tienen antecedentes quirúrgicos.
- El grado de ansiedad preoperatorio inmediato presentado por los pacientes del Hospital II EsSalud Huaraz, fue en su mayoría leve a moderada.
- En cuanto a los factores sociodemográficos, solo las variables edad y sexo se asocian significativamente al grado de ansiedad preoperatorio inmediato, por lo que no acepta la hipótesis nula que afirma que estas variables no están asociadas. Las variables grado de instrucción, ocupación, estado civil, religión e ingreso familiar no se asocian significativamente al grado de ansiedad.
- Entre los factores familiares la variable tipo de familia se asocia significativamente con el grado de ansiedad preoperatorio inmediato en los pacientes de cirugía electiva en el Hospital II EsSalud Huaraz. La variable funcionamiento familiar no se asocia significativamente al grado de ansiedad.
- Los antecedentes quirúrgicos se asocian significativamente al grado de ansiedad preoperatorio inmediato, por lo que no acepta la hipótesis nula que afirma que estas variables no están asociadas.

Recomendaciones

- Que el personal profesional de Enfermería establezca una guía de cuidado de Enfermería desde la primera entrevista que tiene el paciente cuando se decide la cirugía para darle seguridad, confianza, analizar e intervenir en los antecedentes como alergias, tratamientos continuos, enfermedades que puedan alterar el proceso y que son necesarios identificarlos así como también el proceso pre quirúrgico propiamente dicho.
- Sugerir la creación del área de preparación pre quirúrgica del paciente a cargo de un profesional de Enfermería.
- Vincular en la etapa pre quirúrgica la intervención de la familia como un medio de soporte emocional importante para el paciente.
- Que se amplíen y profundicen estudios sobre los factores sociodemográficos, familiares, los antecedentes quirúrgicos y el grado de ansiedad preoperatorio inmediato en los pacientes a fin de concientizar la relación entre estas variables.
- Que los docentes de Enfermería puedan concientizar a los futuros enfermeros sobre la importancia de valorar estos factores para optimizar el cuidado de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alfonso, L. (2012). *Efecto de una sesión informativa en los niveles de ansiedad de los pacientes con enfermedad coronaria a quienes se les realizo cateterismo cardiaco en una Institución de IV Nivel de Atención*. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Bogotá. Colombia.
- Analuisa, E. (2015). *Ansiedad del Paciente previo al Proceso Quirúrgico*. Tesis previo la obtención el Grado Académico de Magister en Enfermería Quirúrgica. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato. Ecuador.
- Anónimo. (2014). *Familia disfuncional*. Recuperado de: <https://psicoadolescencia.com.ar/docs/familias/fami002.pdf>.
- Anónimo. (S.F.). *Paciente en quirófano: miedo al quirófano*. Recuperado de: <http://www.quirofano.net/enfermeria-quirofano/paciente-quirofano-miedo-ansiedad.php>
- Arias, J. (2002). *Generalidades Médico-Quirúrgicas*. España. Editorial Tébar de Madrid. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=u2ohA5RsJhMC&pg=PA253&lp g=PA253&dq=arias+generalidades&source=bl&ots=RhhKGdEm_i&sig =oxw0WbSNiu8kxk3DILeqnvBHJFE&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjX mfp6rPTAhUIZCYKHytKCcUQ6AEIJTAB#v=onepage&q=arias%20 generalidades&f=false
- Blandino, P. (2004). *Los factores que influyen en el stress pre y post operatorio y las emociones*. Santo Domingo R.D. Universidad de la tercera edad. 2004. Recuperado de: www.monografias.com/salud/general/more9. 2005.
- Bulbena, A. et al. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Transtornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Salud y Consumo. Madrid. España.

- Cano, A. (2014). Las mujeres tienen un 200% más de ansiedad por su sistema hormonal y compaginar casa y trabajo. Recuperado de: <http://www.infosalus.com/mujer/noticia-mujeres-tienen-200-mas-ansiedad-sistema-hormonal-compaginar-casa-trabajo-20140911155445.html>
- Casado, R. (2015). *La ansiedad en cifras. Síntomas de la ansiedad*. Asociación Madrileña de Agorafobia. Recuperado de: <http://amadag.com/la-ansiedad-en-cifras/>
- Clarín Sociedad. (2003). *Las mujeres sufren más trastornos de ansiedad que los hombres*. Recuperado de: https://www.clarin.com/sociedad/mujeres-sufren-trastornos-ansiedad-hombres_0_BynMHZIRKe.html
- Díaz, D. (2016). *¿Tengo altos niveles de ansiedad? Reconocer los distintos niveles de ansiedad para elegir mejor un tratamiento*. Tratamiento para tu Ansiedad. Recuperado de: <http://www.tratamientoparatuansiedad.com/tengo-altos-niveles-de-ansiedad/>
- El Día. ((2017). *Depresión y ansiedad, dos males que golpean cada vez más fuerte*. Recuperado de: <https://www.eldia.com/nota/2017-3-5-4-36-9-depresion-y-ansiedad-dos-males-que-golpean-cada-vez-mas-fuerte>
- Enfermería médico quirúrgica. (2008). *Enfermería médico quirúrgica*. Marzo 2008. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/guest2503e6/enfermeria-medico-quirurgica-299714>
- Gallego, E. (2013). *Grado de ansiedad en los pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Obispo Polanco de Teruel*. Trabajo de fin de grado. Escuela de Enfermería de Teruel. España.
- García, A., Hernández, V., Montero, R. y Ranz, R. (2005). *Enfermería de Quirófano*. Volumen 1. España. Editorial Lexus.

- García, C. (2013). *Algunas preguntas clave sobre la ansiedad. Algunas preguntas que nos hacemos sobre la ansiedad qué es y sus consecuencias.* Recuperado de: http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/ansiedad/preguntas_sobre_ansiedad.htm
- García, R. (2013). *Nivel de ansiedad según la Escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de Emergencia del Hospital Regional de Loreto Julio-Septiembre 2013.* Tesis para optar el Título de Médico – Cirujano. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Perú.
- Godoy, N. (2010). *Religión, en términos generales, forma de vida o creencia basada en una relación esencial de una persona con el universo.* Monografía en Internet. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos11/temreelig/temreelig.shtml>
- Hernández, R. (2010). *Metodología de la Investigación.* Mcgraw – Hill. Interamericana Editores, S.A. Mexico.
- Hinojosa, Y. (2013). *Importancia de la intervención de enfermería en el área psicológica para disminuir el grado de ansiedad y sus complicaciones en el periodo preoperatorio de Abril a Septiembre 2013 en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba.* Tesis para optar el grado de Maestría de Enfermería Quirúrgica. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato. Ecuador.
- Huacho, A. (2012). *Nivel de ansiedad preoperatorio en hipertensos controlados a cirugía electiva Hospital Nacional Dos de Mayo, Febrero – Mayo 2012. Lima - Perú.* Tesis para optar el título de Especialista en Anestesiología, Analgesia y Reanimación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.

Hurtado, I. y Espino, M. (2004). *Intervención de Enfermería en la disminución de la ansiedad en pacientes quirúrgicos*. Conferencia presentada en el IX Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Lima, Perú. Nov. 2004.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). Recuperado de: <http://censos.inei.gob.pe/Anexos/Libro.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). *Anexo 4 Definiciones y Conceptos Censales Básicos*. Recuperado de: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0862/ane xo04.pdf>

Land, H. (2008). *Funcionalidad familiar*. Medicina Familiar. Recuperado de: <http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.pe/2008/12/funcionalidad-familiar.html>

Lara, V. (2015). *¿Cuáles son los tipos de familia que existen?* Sociedad. Recuperado de: <https://hipertextual.com/2015/12/tipos-familia>

Long, B., Phipps, W. y Cassmeyer, V. (1997). *Enfermería Medicoquirúrgica*. Tercera edición. Editorial Ediciones Harcourt. España, S.A.

Moreyra, M. (2016). *Nivel de ansiedad en las gestantes programadas para cesáreas en el Hospital de Apoyo Huanta Ayacucho 2016*. Perú. Tesis para optar el título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

Ojeda, T. y Barbón, O. (2015). *Principales temores preoperatorios en los pacientes de cirugía electiva. Lecciones a aprender para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica*. Revista Cubana de Reumatología. Vol. 17. N° 3. La Habana sep. –dic. 2015. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000400003

- Orrego, S. (1995). *El Profesional de Enfermería en la atención de Urgencias Psiquiátricas*. Recuperado de: file:///C:/Users/AADM/Downloads/17286-60012-1-PB.pdf
- Pérez, R., Carbonell, M. y Quiñones, C. (2000). *Influencia de la ansiedad pre quirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices*. Rev. Cubana Angiología y Cirugía Vascul ar 1(2): 95-100.
- Potter, P. y Griffin, A. (2002). *Fundamentos de Enfermería*. Volumen II. Quinta edición. Editorial Elsevier. España S.A.
- Quijano, S. (2013). *Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013*. Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.
- Raile, M. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Séptima edición. Editorial Elsevier S. L. España.
- Real Academia Española. (2013). *Diccionario de la Real Academia*. Vigésima segunda edición. Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=ingreso%20>
- Remes, O. (2016). *¿Por qué las mujeres son mucho más ansiosas que los hombres?* Recuperado de: <https://es.innerself.com/content/personal/attitudes-transformed/fear-and-worry/12838-why-women-are-far-more-anxious-than-men.html>
- Rosales, S. y Reyes, E. (2004). *Fundamentos de Enfermería*. Tercera edición. Editorial el Manual Moderno, S.A. de C.V. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=Yw7WCQAAQBAJ&pg=PA451&lpg=PA451&dq=preoperatorio+inmediato&source=bl&ots=ec6ROMoKit&sig=VC7r2hrA9vGjVxuoLnHDki6KWGI&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjDqdm32e3SAhWFKCYKHR37BrU4HhDoAQgiMAI#v=onepage&q=preoperatorio%20inmediato&f=false>

- Salaverría, M. et al. (2011). *Estrés Post quirúrgico*. Universidad de San Carlos de Guatemala. Hospital Nacional de Salud Mental. Recuperado de: <https://psiquiatriafacmed.files.wordpress.com/2011/04/estrc3a9s-postquire3bargico.pdf>
- Sampaolesi, J. (2017). *¿Qué es la psico-profilaxis quirúrgica? Gabinete apoyo psicológico*. Recuperado de: <http://www.glaucomasampaolesi.com/quienes-somos/86-gabinete-apoyo-psicologico>
- Santos, A. (2012). *El lugar del trabajo en la sociedad*. Recuperado de: http://ocw.uv.es/ciencias-sociales-y-juridicas/2/tema_i_pdf.pdf
- Simó, C. et al. (2015). *El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud*. Rev.Esp.Investig.Sociol. ISSN-L: 0210-5233. N° 151, Julio - Septiembre 2015, pp. 141-166 144. Recuperado de: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/Reis_151_Article_081436256975683.pdf
- Torne E., Osorno M., Del Pino M., Paredes P. (2000). *Factores causantes de estrés en las unidades de cirugía cardíaca*. Revista de la Confederación Argentina de Cardiología. Vol.: 29 N° 4.
- Torres, I. (2014). *Ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía Centro Quirúrgico Clínica El Golf Lima, Perú. 2014*. Tesis para optar el título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.
- Universidad de Cambridge. (2016). *Women and people under the age of 35 at greatest risk of anxiety*. Recuperado de: <https://www.cam.ac.uk/research/news/women-and-people-under-the-age-of-35-at-greatest-risk-of-anxiety>

Valenzuela M. (2008). *Edad biológica y cronológica*. Recuperado de:<http://www.ligasmayores.bcn.cl/content/view/323486/Que-es-la-edad-biologica-y-que-es-la-edad-cronologica.html>

Vargas, H. (2014). *Tipo de familia y ansiedad y depresión*. Rev Med Hered. 2014; 25: 57 – 59. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n2/v25n2e1.pdf>.

Vásquez, A. (2008). *Salario*. Documento en internet. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/alejandravasquez/diapositivas-del-...>

Wikipedia. (2014). *Cirugía*. Recuperado de: <https://es.wikipedia.org/wiki/Cirug%C3%ADa>

ANEXO 01

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

E.A.P. ENFERMERIA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la autora: Pérez Hoyos Julissa.

He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es determinar los factores asociados al grado de ansiedad preoperatoria de los pacientes programados a cirugía electiva en el Hospital II Es Salud Huaraz - 2017.

Así mismo he sido informado (a) que tendré que responder la totalidad del cuestionario, en un tiempo máximo de 30 minutos.

Reconozco que la información que yo prevea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada con ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi autorización. Además si por algún motivo mi persona posteriormente tuviera preguntas que realizar sobre mi participación en esta investigación, puedo contactar a la autora al teléfono: 945383261.

FIRMA DE PARTICIPANTE

Pérez Hoyos Julissa

FIRMA DE AUTORA

ANEXO N° 02

BASE DE DATOS

CONFIABILIDAD

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100.0
	Excluido ^a	0	0.0
	Total	10	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.865	20

INTERPRETACION: PARA EL ANALISIS DE CONSISTENCIA INTERNA SE REPORTO UN ALTO ALFA DE CRONBACH DE 0.865.

Estadísticas de total de elemento	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	35.30	96.678	.014	.873
P2	35.30	87.567	.516	.856
P3	35.20	94.400	.113	.872
P4	35.70	86.011	.693	.851
P5	35.80	81.733	.751	.846
P6	35.70	88.900	.424	.860
P7	35.10	84.322	.642	.851
P8	35.30	83.122	.567	.854
P9	35.60	90.489	.516	.858
P10	35.80	85.289	.902	.846
P11	36.10	90.767	.824	.855
P12	36.10	90.100	.589	.856
P13	35.60	79.378	.815	.842
P14	35.20	87.067	.368	.865
P15	35.60	88.044	.484	.858
P16	35.60	93.600	.167	.869
P17	33.60	105.600	-.833	.884
P18	35.10	85.433	.517	.856
P19	35.00	86.000	.532	.856
P20	36.00	89.111	.628	.855

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

Pruebas de chi-cuadrado (edad)

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,514 ^a	4	0.002
Razón de verosimilitud	13.877	4	0.008
Asociación lineal por lineal	1.266	1	0.260
N de casos válidos	40		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,90.

Pruebas de chi-cuadrado (sexo)

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,285 ^a	2	0.006
Razón de verosimilitud	12.645	2	0.002
Asociación lineal por lineal	10.028	1	0.002
N de casos válidos	40		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,70.

Pruebas de chi-cuadrado (grado de instrucción)

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,632 ^a	6	0.466
Razón de verosimilitud	6.022	6	0.421
Asociación lineal por lineal	0.058	1	0.809
N de casos válidos	40		

a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,75.

Pruebas de chi-cuadrado (ocupación)

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,477 ^a	10	0.064
Razón de verosimilitud	17.401	10	0.066
Asociación lineal por lineal	0.501	1	0.479
N de casos válidos	40		

a. 15 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,15.

Pruebas de chi-cuadrado (estado civil)

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,298 ^a	8	0.102
Razón de verosimilitud	13.458	8	0.097
Asociación lineal por lineal	1.050	1	0.305
N de casos válidos	40		

a. 13 casillas (86,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,15.

Pruebas de chi-cuadrado (religión)

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,638 ^a	4	0.802
Razón de verosimilitud	1.998	4	0.736
Asociación lineal por lineal	0.528	1	0.468
N de casos válidos	40		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,15.

Pruebas de chi-cuadrado (ingreso familiar)

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,169 ^a	8	0.192
Razón de verosimilitud	9.907	8	0.272
Asociación lineal por lineal	4.586	1	0.032
N de casos válidos	40		

a. 13 casillas (86,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,15.

FACTORES FAMILIARES

Pruebas de chi-cuadrado (tipo de familia)

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,662 ^a	4	0.070
Razón de verosimilitud	10.507	4	0.033
Asociación lineal por lineal	2.471	1	0.116
N de casos válidos	40		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,60.

Pruebas de chi-cuadrado (funcionalidad familiar)

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,879 ^a	2	0.644
Razón de verosimilitud	0.721	2	0.697
Asociación lineal por lineal	0.337	1	0.561
N de casos válidos	40		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,45.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.202	2	0.045
Razón de verosimilitud	8.459	2	0.015
Asociación lineal por lineal	1.807	1	0.179
N de casos válidos	40		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,70.

ANEXO 03

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, FAMILIARES Y EXTERNOS EN PACIENTES DE CIRUGIA ELECTIVA.

Autora: Pérez Hoyos Julissa

Buenos días, el presente cuestionario tiene como objetivo determinar los factores asociados al grado de ansiedad preoperatoria, con el propósito de una mejor comprensión del problema de ansiedad que presentan los pacientes programados a cirugía electiva. El presente cuestionario es completamente anónimo y confidencial por lo que se solicita su total veracidad en el desarrollo del mismo.

I. Factores Sociodemográficos:

1. Edad:

- a) 18 – 35 años ()
- b) 36 – 59 años ()
- c) 60 a más años ()

2. Sexo:

- a) Femenino ()
- b) Masculino ()

3. Grado de instrucción:

- a) Sin nivel de instrucción ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Superior no universitaria ()
- e) Superior universitaria ()

4. Ocupación:

- a) Estudiante ()
- b) Empleado ()
- c) Obrero ()
- d) Trabajador independiente ()
- e) Empleador ()
- f) Otro ()

5. Estado civil:

- a) Conviviente ()
- b) Casado(a) ()
- c) Viudo(a) ()
- d) Divorciado(a) o separado(a) ()
- e) Soltero(a) ()

6. Religión:

- a) Católico ()
- b) Evangélico ()
- c) Otros ()

7. Ingreso familiar:

- a) Menor de 400 nuevos soles ()
- b) De 400 a 650 nuevos soles ()
- c) De 650 a 850 nuevos soles ()
- d) De 850 a 1100 ()
- e) Mayor de 1100 nuevos soles ()

II. Factores Familiares:

8. Tipo de familia:

- a) Familia nuclear ()
- b) Familia extensa ()
- c) Familia monoparental o incompleta ()
- d) Familia mixta ()

9. Funcionamiento Familiar:

Apgar familiar	casi nunca 0	a veces 1	casi siempre 2
¿Estás satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Estás satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			

III. Antecedentes quirúrgicos:

10. Antecedentes quirúrgicos:

a) Si ()

¿Cuántos?.....

¿Cuáles?.....

b) No ()

ANEXO N° 04

ESCALA DE AUTOEVALUACION DE LA ANSIEDAD: DR. WILLIAM ZUNG

Instrucciones: A continuación se presentan 20 preguntas, de las cuales elija usted la respuesta con la que esté de acuerdo.

	Raramente	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. Me siento más ansioso(a) de lo normal				
2. Siento miedo sin tener razón para ello				
3. Me enfado con facilidad o tengo momentos de mal humor				
4. Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar				
5. Siento que todo me va ir bien y nada malo me va a suceder				
6. Siento que mis brazos y piernas tiemblan.				
7. Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda.				
8. Me siento débil y me canso con facilidad				
9. Me siento tranquilo (a) y puedo permanecer sentado fácilmente.				

10. Siento que mi corazón late con rapidez.				
11. Estoy preocupado(a) por los mareos que siento				
12. Tengo periodos de desmayo o algo así.				
13. Puedo respirar bien y con facilidad.				
14. Siento adormecimiento y picazón en los dedos de las manos y los pies.				
15. Me siento molesto por los dolores de estómago o indigestiones.				
16. Tengo ganas de orinar con mucha frecuencia.				
17. Mis manos las siento secas y cálidas.				
18. Siento que mi cara enrojece y me ruborizo.				
19. Puedo dormir con facilidad y descansar bien.				
20. Tengo pesadillas.				

ANEXO N° 05**Calificación de la Escala de Evaluación de la Ansiedad de Zung.**

Ítems	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	1	2	3	4
2	1	2	3	4
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	4	3	2	1
10	1	2	3	4
11	1	2	3	4
12	1	2	3	4
13	4	3	2	1
14	1	2	3	4
15	1	2	3	4
16	1	2	3	4
17	4	3	2	1
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	1	2	3	4

ANEXO N° 06

INDICES DE LA E.A.A. SEGÚN NIVELES

DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES. NO HAY ANSIEDAD

Puntaje total	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Índice EAA	25	26	28	29	30	31	33	34	35	36	38	39	40

Puntaje total	33	34	35
Índice EAA	41	43	44

ANSIEDAD LEVE A MODERADA

Puntaje total	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
Índice EAA	45	46	48	49	50	51	53	54	55	56	58	59

ANSIEDAD MARCADA O SEVERA

Puntaje total	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
Índice EAA	60	61	63	64	65	66	68	69	70	71	73	74

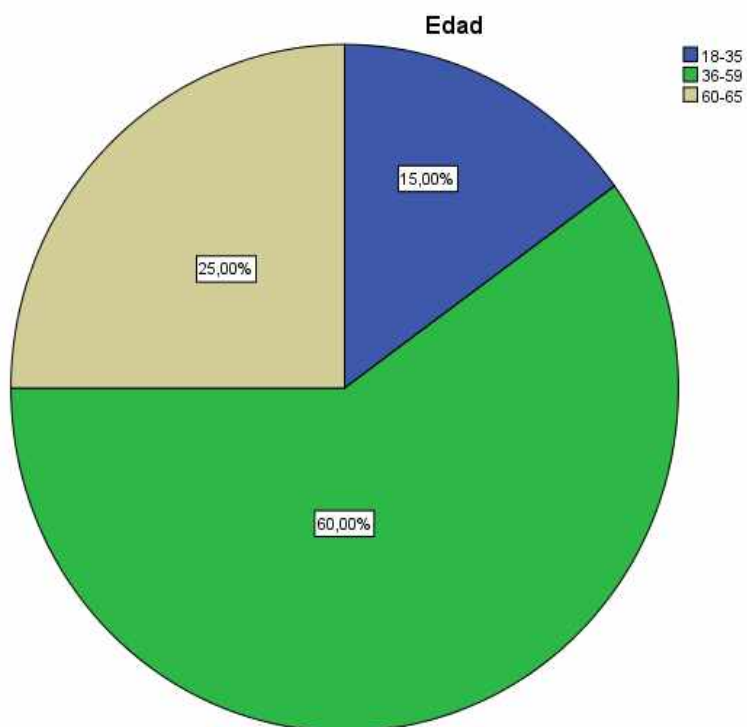
ANSIEDAD GRADO MAXIMO

Puntaje total	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71
Índice EAA	75	76	78	79	80	81	83	84	85	86	88	89

Puntaje total	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Índice EAA	90	91	92	94	95	96	98	99	100

Figura N° 1

Distribución de pacientes de cirugía electiva según edad, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

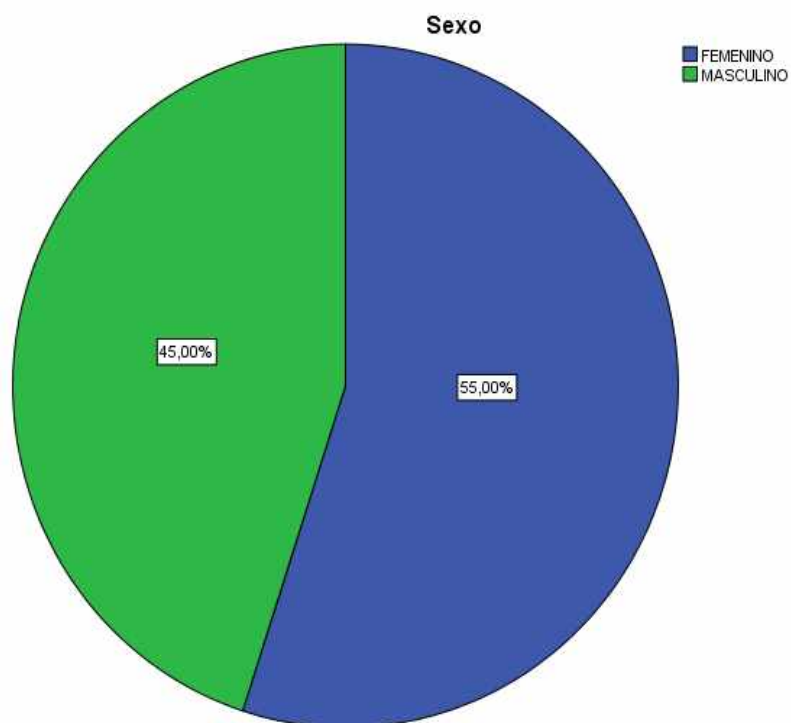


Fuente: Tabla N° 1

Interpretación: De acuerdo con la tabla N° 1, la mayoría de pacientes de cirugía electiva atendidos en el Hospital II EsSalud – Huaraz en el año 2017 pertenecen al grupo etario de 36 a 59 años, representando 60% del total.

Figura N° 2

Distribución de pacientes de cirugía electiva según sexo, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

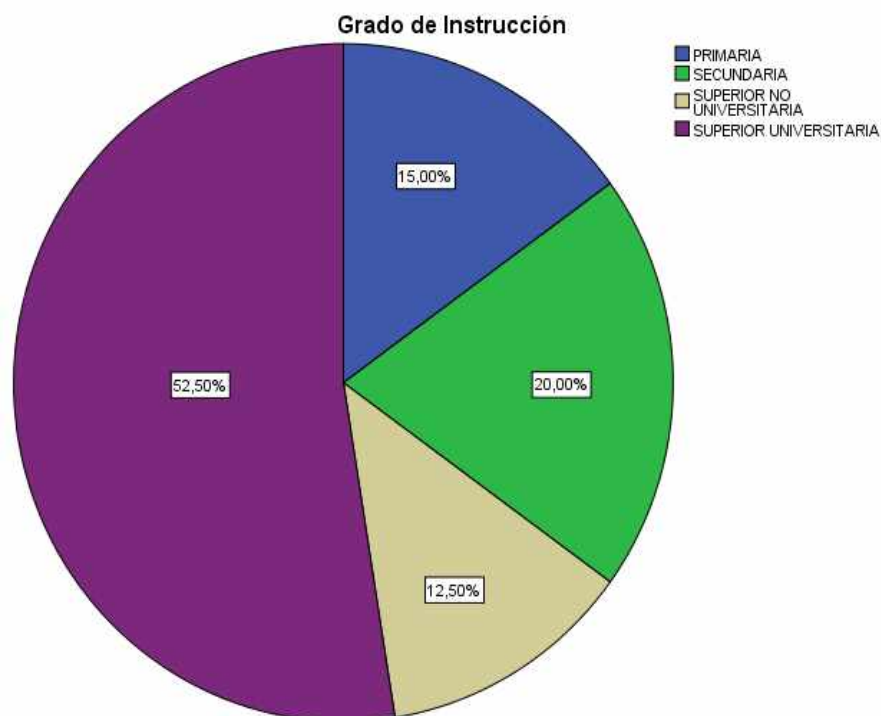


Fuente: Tabla N° 1

Interpretación: De acuerdo con la tabla N° 2, la mayoría de pacientes de cirugía electiva atendidos en el Hospital II EsSalud – Huaraz en el año 2017 pertenecen al sexo femenino, representando 55% del total.

Figura N° 3

Distribución de pacientes de cirugía electiva según grado de instrucción, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

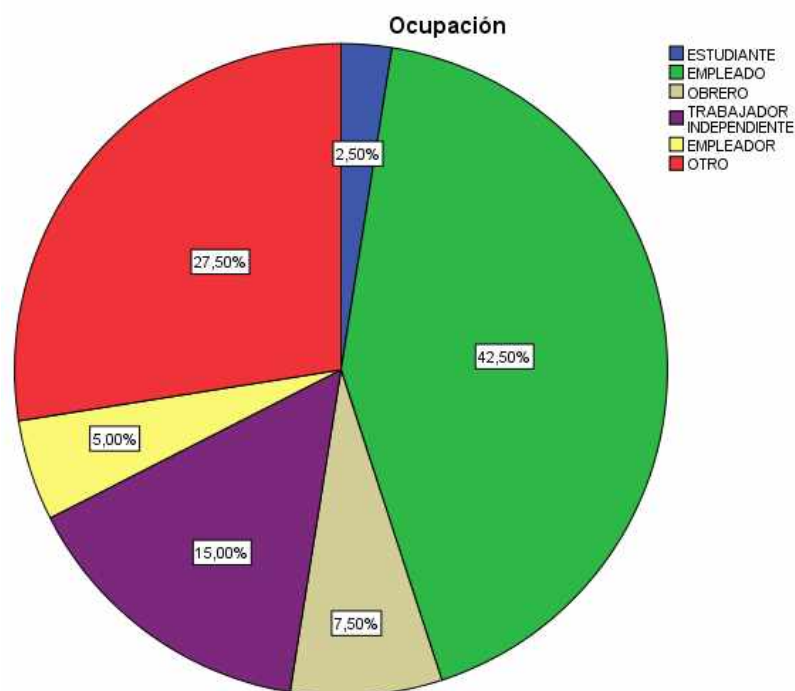


Fuente: Tabla N° 1

Interpretación: De acuerdo con la tabla N° 3, la mayoría de pacientes de cirugía electiva atendidos en el Hospital II EsSalud – Huaraz en el año 2017 tiene grado de instrucción superior universitaria, representando 52.5% del total.

Figura N° 4

Distribución de pacientes de cirugía electiva según ocupación, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

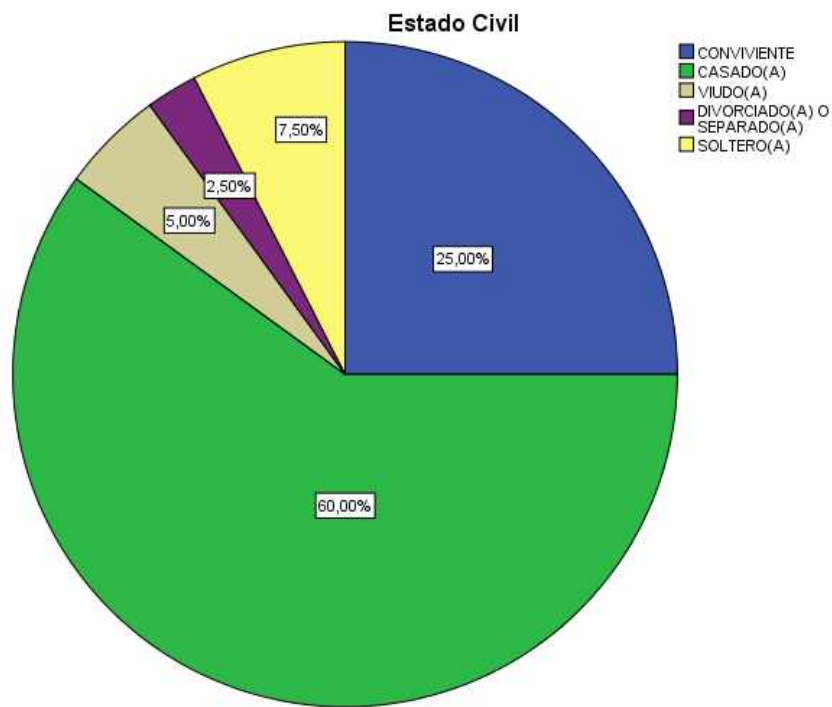


Fuente: Tabla N° 1

Interpretación: De acuerdo con la tabla N° 4, la mayoría de pacientes de cirugía electiva atendidos en el Hospital II EsSalud – Huaraz en el año 2017 son empleados, representando 42.5% del total.

Figura N° 5

Distribución de pacientes de cirugía electiva según estado civil, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

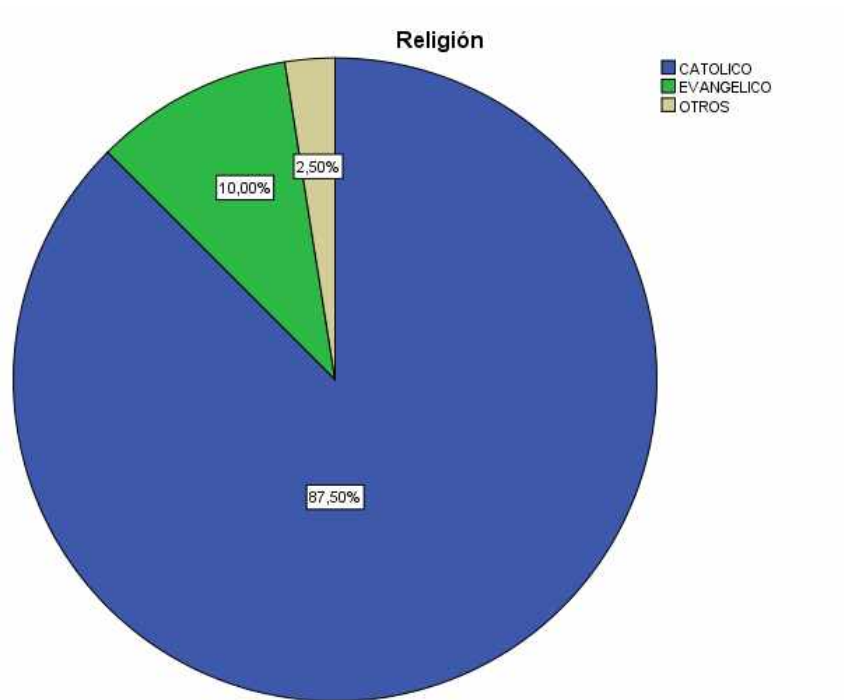


Fuente: Tabla N° 1

Interpretación: De acuerdo con la tabla N° 5, la mayoría de pacientes de cirugía electiva atendidos en el Hospital II EsSalud – Huaraz en el año 2017 son casados (as), representando 60% del total.

Figura N° 6

Distribución de pacientes de cirugía electiva según religión, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

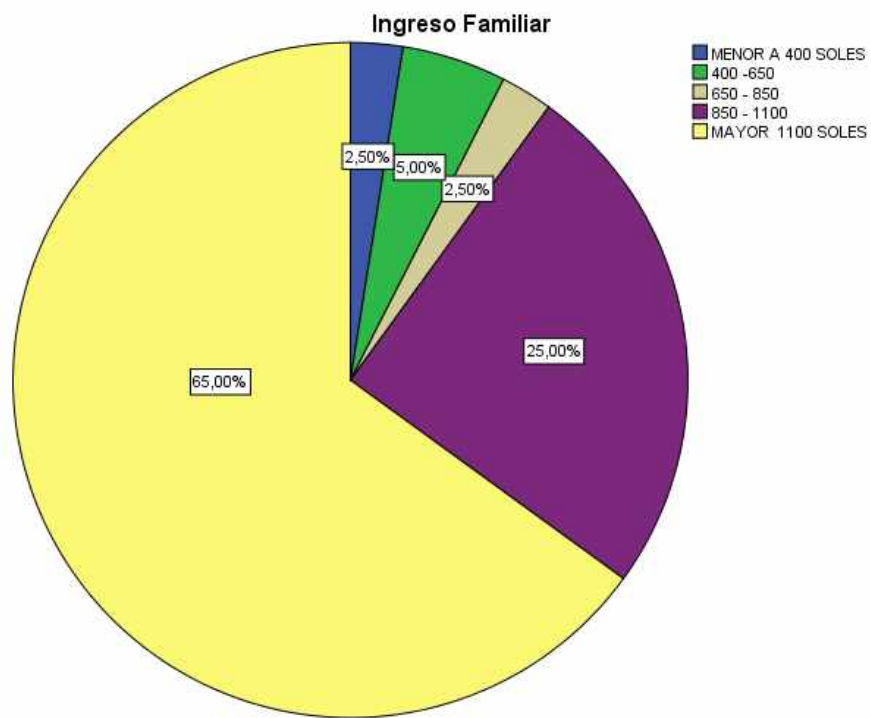


Fuente: Tabla N° 1

Interpretación: De acuerdo con la tabla N° 6, la mayoría de pacientes de cirugía electiva atendidos en el Hospital II EsSalud – Huaraz en el año 2017 son de religión católica, representando 87.5% del total.

Figura N° 7

Distribución de pacientes de cirugía electiva según ingreso familiar, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

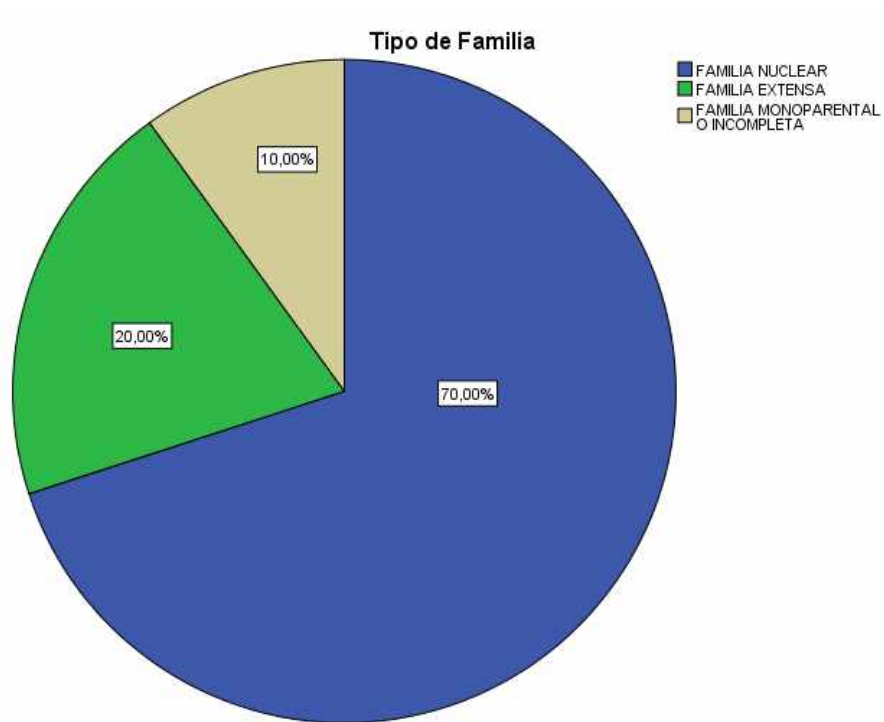


Fuente: Tabla N° 1

Interpretación: De acuerdo con la tabla N° 7, la mayoría de pacientes de cirugía electiva atendidos en el Hospital II EsSalud – Huaraz en el año 2017 tiene un ingreso familiar mayor a 1100 nuevos soles, representando 65% del total.

Figura N° 8

Distribución de pacientes de cirugía electiva según tipo de familia, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

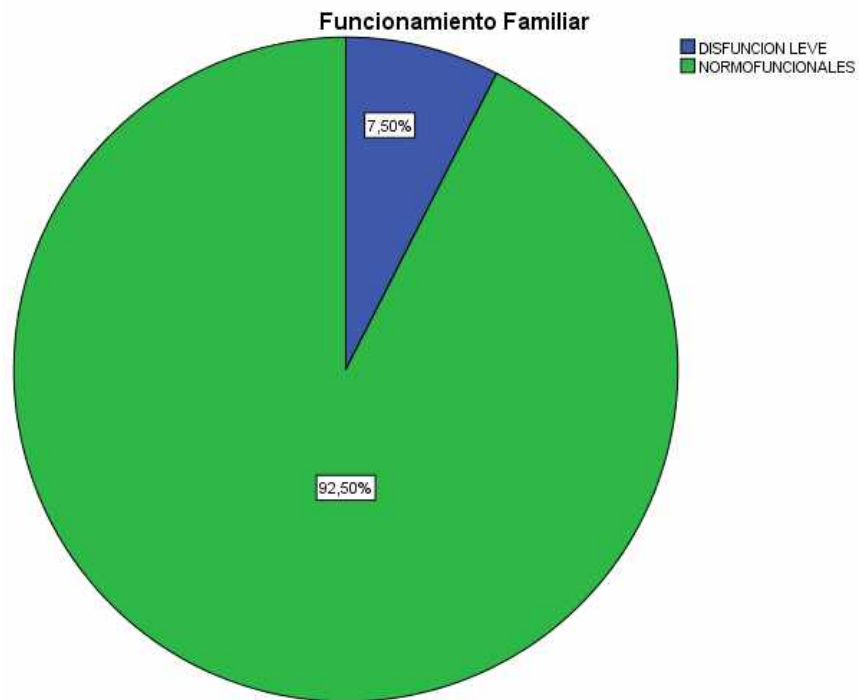


Fuente: Tabla N° 2

Interpretación: De acuerdo con la tabla N° 8, la mayoría de pacientes de cirugía electiva atendidos en el Hospital II EsSalud – Huaraz en el año 2017 pertenece a una familia nuclear, representando 70% del total.

Figura N° 9

Distribución de pacientes de cirugía electiva según funcionamiento familiar, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

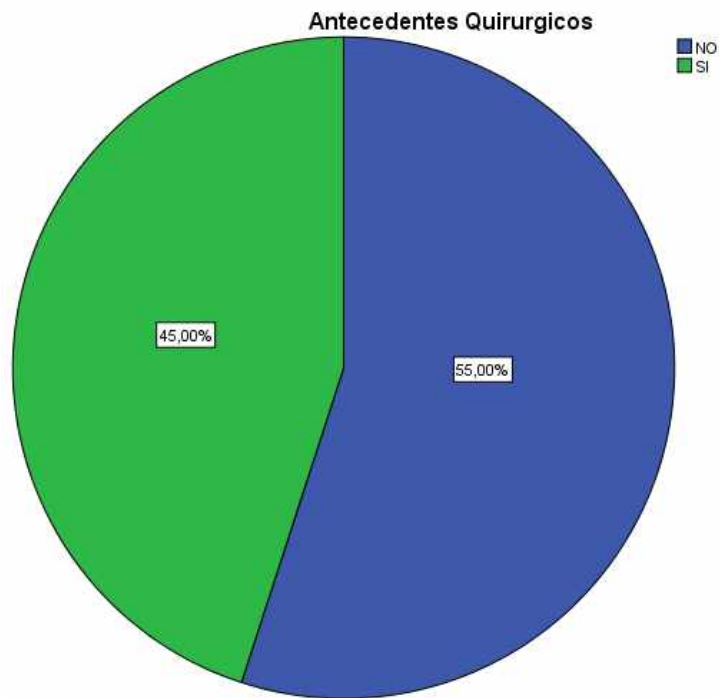


Fuente: Tabla N° 2

Interpretación: De acuerdo con la tabla N° 9, la mayoría de pacientes de cirugía electiva atendidos en el Hospital II EsSalud – Huaraz en el año 2017 pertenece a una familia normofuncional, representando 92.5% del total.

Figura N° 10

Distribución de pacientes de cirugía electiva según antecedentes quirúrgicos, en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017

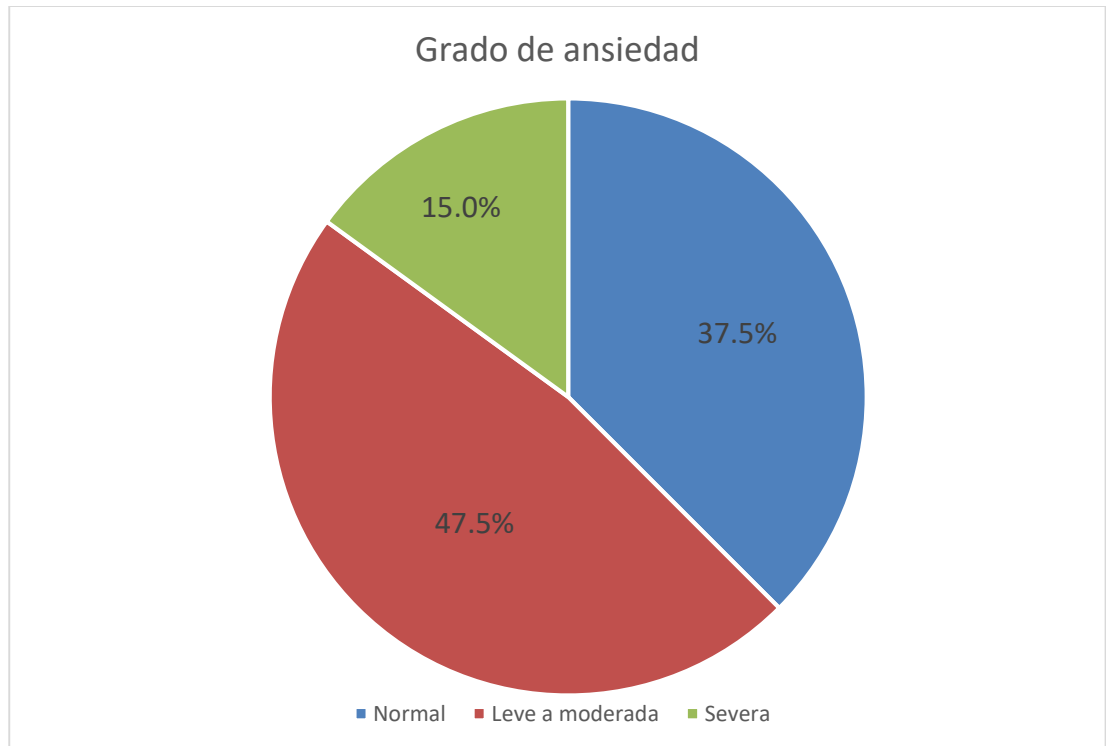


Fuente: Tabla N° 3

Interpretación: De acuerdo con la tabla N° 10, la mayoría de pacientes de cirugía electiva atendidos en el Hospital II EsSalud – Huaraz en el año 2017 no tiene antecedentes quirúrgicos, representando 55% del total.

Figura N° 11

Distribución del grado de ansiedad en pacientes de cirugía electiva en el Hospital II EsSalud Huaraz, 2017



Fuente: Tabla N° 4

Interpretación: De acuerdo con la tabla N° 11, existe prevalencia del grado de ansiedad leve a moderado en pacientes de cirugía electiva atendidos en el Hospital II EsSalud - Huaraz en el año 2017, representando 47.5% del total.

