

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE
ANSIEDAD EN PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA
EN DOS HOSPITALES NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

Tesis presentada por la Bachiller:

Gutiérrez Valeriano, Rebeca Elizabeth

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesora: Dra. Llaza Loayza, Elisa Gloria

Arequipa- Perú

2020



Universidad Católica
de Santa María

59

AREQUIPA-PERÚ

(51 54) 382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 059 - FMH-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES NIVEL III DE AREQUIPA 2020”

Presentado por el (la) Sr(ta):

GUTIERREZ VALERIANO, REBECA ELIZABETH

Nuestro dictamen es:

FAVORABLE

OBSERVACIONES:

CORRIGIR OBSERVACIONES

Arequipa, *06 MARZO 2020*

.....
DR. EDGAR MONTAÑECH CARAZAS

.....
DR. OTTO LINARES POLANCO

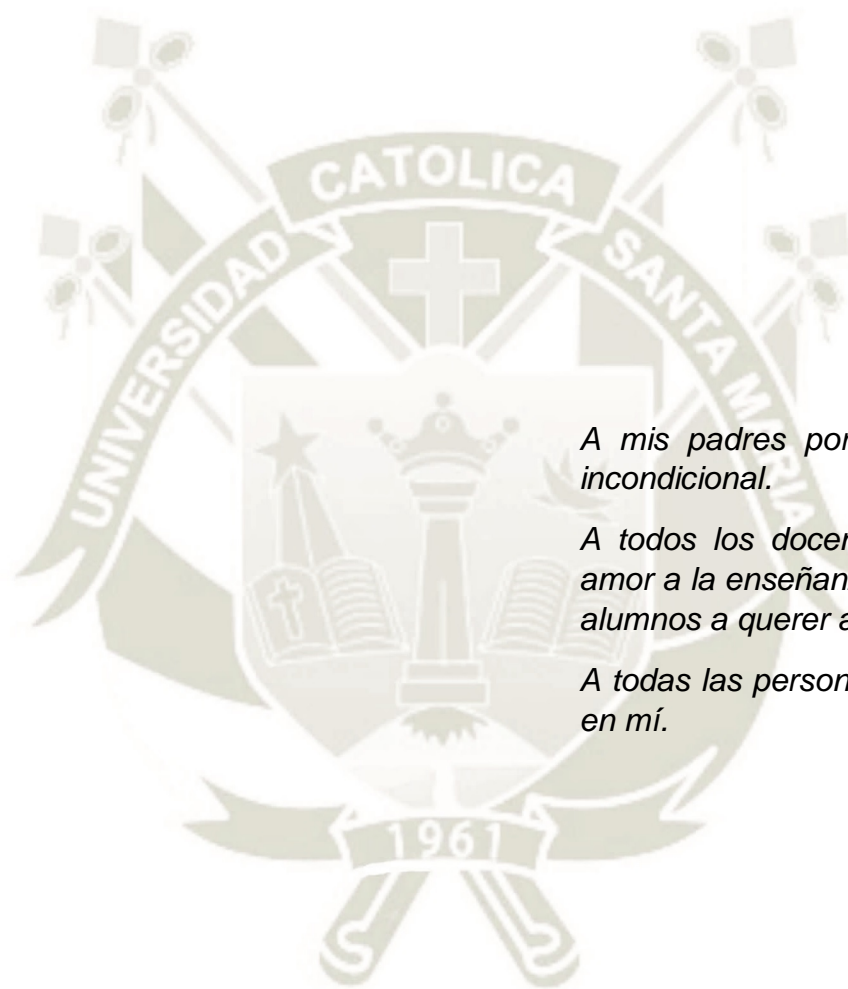
GRA - GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado
Servicio de Medicina
DR. ERVIS FELIPE ALVARADO DUEÑAS

.....
Dr. Ervis Alvarado Dueñas
JEFE DE SERVICIO
C.M.P. 22780 R.N.E. 9265

Dr. O. Linares Polanco

CP: 10452

med: 1599



A mis padres por todo su apoyo incondicional.

A todos los docentes que con su amor a la enseñanza motivan a sus alumnos a querer aprender más.

A todas las personas que confiaron en mí.



El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad. (William Osler)

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II: RESULTADOS	8
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN.....	29
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	41
ANEXOS	43
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	44
ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
ANEXO 3: ESCALA DE NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA.....	47
ANEXO 4: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)	48
ANEXO 5: MATRIZ DE DATOS.....	52
ANEXO 6: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	57

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de información preoperatoria, el grado de ansiedad en pacientes con programación quirúrgica de dos hospitales nivel III de Arequipa y hallar la relación entre ambos.

Métodos: Se encuestó a 101 pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía general y especialidades del hospital Goyeneche y Honorio Delgado Espinoza. Se aplicó una ficha de datos, escala Likert de 12 ítems de nivel de información preoperatoria e inventario de ansiedad de Beck. Se asociaron variables con la prueba de chi cuadrado y correlación de Pearson.

Resultados: El 52.5% estaba hospitalizado en el Hospital Honorio Delgado y el 47.5% en el hospital Goyeneche, el 55.4% era de sexo femenino y el 44.6% masculino, el 31.7% de los pacientes tenía entre 41 y 50 años, el 60.4% tenía grado de instrucción secundaria y el 84.2% tenía procedencia urbana. El 67.3% de entrevistados correspondían al servicio de cirugía general, el 61.4% no tenía el antecedente de cirugía previa, el 90.1% ya había firmado el consentimiento informado al momento de la encuesta, la fuente más común de información preoperatoria fue un médico (67.3%). El 78.2% refirió necesitar más información. El 37.6% de los pacientes presentaron bajo nivel de información preoperatoria, el 49.5% tienen nivel medio de información; el 38.6% de los pacientes tuvieron ansiedad leve, seguido del 33.7% con ansiedad mínima, el 19.8% tiene ansiedad moderada y solo el 7.9% presentan ansiedad severa, siendo el sexo femenino quien presentó mayor grado de ansiedad que los varones. Se observó que el 24.8% de los pacientes con programación quirúrgica presentan nivel medio de información preoperatoria y además tienen ansiedad leve, mientras que el 6.9% de pacientes presentan un bajo nivel de información y ansiedad severa. Según la prueba de Chi cuadrado ($\chi^2=35.17$) muestra que el nivel de información preoperatoria y el grado de ansiedad presenta relación estadística significativa ($P<0.05$) y según la correlación de Pearson ($r=0.434$) presenta correlación moderada.

Conclusiones: El nivel de información preoperatoria en los dos hospitales públicos de Arequipa es medio, el grado ansiedad más frecuente es leve. El nivel de información preoperatoria y el grado de ansiedad presenta relación estadística significativa.

PALABRAS CLAVE: Información preoperatoria, ansiedad, programación quirúrgica.

ABSTRACT

Objective: Determine the level of preoperative information, the degree of anxiety in patients with surgical programming of two level III hospitals in Arequipa and find the relationship between them.

Methods: 101 hospitalized patients with surgical intervention programming in the general surgery services and specialties of the Goyeneche and Honorio Delgado Espinoza hospital were surveyed. A data sheet, Likert scale of 12 items of preoperative information level and Beck anxiety inventory was applied. Variables were associated with the chi-square test and Pearson's correlation.

Results: 52.5% were hospitalized in Honorio Delgado Hospital and 47.5% in Goyeneche Hospital, 55.4% were female and 44.6% male, 31.7% of patients were between 41 and 50 years old, 60.4% had grade of secondary education and 84.2% had urban origin. 67.3% of respondents corresponded to the general surgery service, 61.4% did not have a history of prior surgery, 90.1% had already signed the informed consent at the time of the survey, the most common source of preoperative information was a doctor (67.3 %). 78.2% said they need more information. 37.6% of the patients presented a low level of preoperative information, 49.5% had a medium level of information; 38.6% of the patients had mild anxiety, followed by 33.7% with minimal anxiety, 19.8% had moderate anxiety and only 7.9% had severe anxiety, with the female sex who presented a higher degree of anxiety than men. It was observed that 24.8% of patients with surgical programming have a medium level of preoperative information and also have mild anxiety, while 6.9% of patients have a low level of information and severe anxiety. According to the Chi-square test ($\chi^2 = 35.17$) it shows that the level of preoperative information and the degree of anxiety has a significant statistical relationship ($P < 0.05$) and according to Pearson's correlation ($r = 0.434$) it has a moderate correlation.

Conclusions: The level of preoperative information in the two public hospitals of Arequipa is medium, the most frequent degree of anxiety is mild. The level of preoperative information and the degree of anxiety has a significant statistical relationship.

KEY WORDS: Preoperative information, anxiety, surgical programming.

INTRODUCCIÓN

La perspectiva de una intervención quirúrgica genera en distinta medida, distintos tipos de reacciones en los pacientes, aparte de aceptar la necesidad de la cirugía y de otros procedimientos para tal fin, como lo es la toma de exámenes de sangre, exámenes imagenológicos y el planeamiento del tipo de abordaje quirúrgico, dentro de todo ello, también se encuentra el momento en el que el paciente firma del consentimiento informado, como parte de su decisión libre de someterse al procedimiento, además de los beneficios que trae el proceder quirúrgico, las posibles complicaciones de la cirugía y que el paciente comprende ello y su firma se verifica que el paciente ha recibido y entendido la información facilitada por el profesional responsable de su tratamiento.

Además de ser un proceso necesario para que un paciente pueda ser intervenido quirúrgicamente, la duda surge si dicho proceso cumple con lo que realmente debería ser: “informado” en todo el sentido de la palabra, si el paciente realmente sabe el por qué debe ser operado, las posibles complicaciones que se pueden generar en el procedimiento, si el paciente pudo comprender la información que se le ha brindado y otros aspectos que abarcan dicho proceso o si solo se ha convertido en un documento más.

Hay muchos aspectos sobre los que influye la información que el paciente recibe por parte de sus médicos, no solo desde el punto de vista legal, sino también de la satisfacción que el paciente tiene de la atención que se le está brindando, el reforzamiento o el resquebrajamiento de la relación médico paciente, puesto que, un paciente informado se vuelve un colaborador activo en el proceso de su recuperación porque es más responsable con su enfermedad y su tratamiento por lo que es deducible que también podría influenciar en su salud mental, pudiendo generar estados de ansiedad.

La ansiedad es un estado mental en el que la persona experimenta sensación de angustia miedo y preocupación frente a situaciones o estímulos percibidos como peligrosos a una situación incierta, que puede expresarse mediante respuestas orgánicas y/o psicológicas. El momento previo a una intervención quirúrgica constituye desde ya una situación estresante para el paciente dependiendo de muchos factores, pudiendo estar entre ellas la información que el paciente haya o

no recibido del equipo médico que lo atiende. Hay estudios que intentan relacionar ambos aspectos sin embargo aún es controversial puesto que la información previa a la cirugía puede beneficiar a algunos pacientes, así como despertar temores en otros. Sin dejar de lado a familiares del paciente que pueden influenciar en un paciente poco informado en forma positiva o negativa, llegando a aumentar el estado ansioso del paciente. La comunicación acertada del médico con el paciente sobre aspectos básicos de la cirugía y el hecho de aclarar las dudas del paciente, puede incrementar su confianza y mejorar la relación con el personal médico con atención médica personalizada.

Considerando además que la ansiedad puede conducir a un aumento en los niveles de catecolaminas, hormonas adrenocorticales, entre otras, pudiendo afectar los diferentes tiempos de la cirugía, desde la etapa preoperatoria, con dificultades en la inducción anestésica, hasta la postoperatoria generando aumento del dolor postquirúrgico, el retraso de la curación y la prolongación de la estancia hospitalaria.

Esta situación motiva el análisis del tema en nuestro medio. El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de información acerca de varios aspectos de la cirugía que tienen los pacientes, desde su perspectiva, antes de ser intervenidos quirúrgicamente; además determinar el grado de ansiedad que pueden presentar y hallar la relación entre ambos. Dicho estudio se desarrolla en dos hospitales públicos nivel III de Arequipa.

Luego de realizar este estudio se observó que poco más de la tercera parte de los pacientes con programación quirúrgica en dos hospitales nivel III de Arequipa presentan nivel de información preoperatoria baja, casi la mitad de pacientes tienen nivel medio de información, mientras que sólo el 12.9% tienen un alto nivel de información. El grado más común de ansiedad fue el de ansiedad leve. Se encontró una relación significativa entre ambas variables, determinando que el nivel de información preoperatoria influye en el grado de ansiedad. Poniéndose en evidencia las carencias de comunicación con el paciente y la pérdida del fundamento que tiene el consentimiento informado. Mostrando la necesidad de cambios en tales aspectos que ayuden a la mejora en la atención del paciente, aumentando su satisfacción del servicio, mejorar la relación médico- paciente, asimismo, disminuir el grado de ansiedad en futuros pacientes.



CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de investigación

1.1. Técnicas: Esta investigación se realizó aplicando la técnica de entrevista, encuesta y revisión de las respectivas historias clínicas.

1.2. Instrumentos: Ficha de recolección de datos de cada paciente (Anexo 2), Escala de nivel de información preoperatoria (Anexo 3) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Anexo 4).

1.3. Materiales:

- Material de escritorio.
- Fichas de investigación.
- Historias clínicas.
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico (SPSS 25).
- Impresora.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El estudio se realizó en dos hospitales nivel III de Arequipa: Hospital Goyeneche y Hospital Honorio Delgado Espinoza, en los departamentos de cirugía general y cirugía especialidades.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó durante el mes de febrero 2020.

2.3. Unidades de estudio: Pacientes hospitalizados en las áreas de cirugía general y cirugía especialidades en los hospitales Goyeneche y Honorio Delgado Espinoza.

Población: Pacientes con programación para intervención quirúrgica en los Departamentos de cirugía general y cirugía especialidades en los Hospitales Goyeneche y Honorio Delgado Espinoza.

Muestra: Por conveniencia, conformado por los pacientes que cumplan con los criterios de selección dentro del periodo de estudio.

Criterios de selección:

- **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con programación para cirugía electiva.
- Pacientes con patología benigna.
- Paciente cuya edad comprenda entre 18 y 70 años.
- Participación voluntaria.

- **Criterios de exclusión:**

- Pacientes menores de 18 años y mayores de 70 años.
- Pacientes que requieren intervención quirúrgica de emergencia.
- Pacientes con indicación de cirugía oncológica.
- Pacientes con dolor intenso.
- Pacientes con deterioro de conciencia.
- Pacientes que no deseen participar del estudio.
- Encuestas mal llenadas o incompletas.

3. Tipo de investigación: Estudio transversal – correlacional

4. Nivel de investigación: Estudio descriptivo

5. Estrategia de recolección de datos:

5.1. Organización:

Se realizaron las coordinaciones a través de solicitudes con la dirección del hospital III Goyeneche y Hospital III Honorio Delgado Espinoza, la jefatura de cirugía general y cirugía especialidades, para la aplicación de las encuestas a los pacientes hospitalizados con programación de intervención quirúrgica, así como la revisión de las historias clínicas de los participantes.

Se explicó a cada paciente que cumpla con los criterios de inclusión, el motivo de estudio y se solicitó su participación voluntaria, previa autorización con el consentimiento informado, se procedió a entregar a cada paciente 4 fichas que contienen: Consentimiento informado, ficha de datos

generales de cada paciente, ficha de evaluación del nivel de información preoperatoria y otra ficha que contiene el inventario de ansiedad de Beck (BAI). Se brindó apoyo a los participantes en caso de dudas para el llenado de las fichas y encuestas.

Se revisó las historias clínicas de los participantes, de las que se recabó datos de diagnóstico preoperatorio, el pal quirúrgico de cada paciente y revisión del consentimiento informado.

Una vez recolectado los datos, se organizaron en fichas borrador para luego ser procesados en una base de datos y analizar los resultados.

5.2. Validación de los instrumentos

5.2.1. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

El inventario de ansiedad de Beck, internacionalmente conocido con el acrónimo de BAI, fue creado por Aaron T. Beck y Robert A. Steer en el año de 1988, es una escala validada de medición de la ansiedad, utilizada como instrumento de evaluación de la ansiedad clínica, debido a que discrimina mejor entre ansiedad y depresión, al medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión y muestra índices psicométricos adecuados para medir la presencia y la gravedad de la sintomatología de la ansiedad. La adaptación española está basada en un análisis de sus propiedades psicométricas de fiabilidad de consistencia interna, validez convergente, discriminante factorial y validez de criterio, que fueron evaluadas después de la aplicación del inventario en distintas poblaciones conformadas por pacientes con trastornos psicológicos y población en general. Los coeficientes de alfa de Cronbach de consistencia interna se encontraron en un rango de 0.88 a 0.90, todos ellos excelentes. En cuanto a los estudios psicométricos de validez, en el manual se dan evidencias de la estructura interna, con dos factores relacionados entre sí que se describen como ansiedad cognitiva y somática y validez discriminante de otro test del mismo autor, el test Beck Depression Inventory. Se trata de una herramienta útil que valora los síntomas somáticos de la ansiedad, dada su

facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como método de cribado en la población en general desde los 17 años de edad. El cuestionario tipo Likert que contiene 21 ítems, cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3, desde “nada en absoluto” hasta gravemente”. Determinándose los puntos de corte como: 0-7 ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16-25 moderada y 26-63 ansiedad severa (22).

5.2.2. Escala nivel de información preoperatoria

Escala tipo Likert de 12 ítems que evalúa el nivel de información preoperatoria en pacientes. Es una adaptación de dos encuestas; la primera aplicada a 70 pacientes con programación quirúrgica, por los autores Sandoval E. y Paco G.(23), que obtuvo la validez de expertos que evaluaron la idoneidad del instrumento y se efectivizó mediante juicio de expertos y otra encuesta aplicada a 78 pacientes, por los autores Bermejo H, Gómez N, Zavala J.(24), en donde el instrumento fue validado por un jurado de ocho expertos y luego los resultados fueron procesados por el programa SPSS 21.0 con la prueba binomial mediante lo cual comprobó la validez del instrumento con un puntaje de $p= 0.028782$.

Se ejecutó una prueba piloto a 10 pacientes para valorar la validez de contenido y la validez predictiva, con cálculo de la consistencia interna, que alcanzó un valor de alfa de Cronbach de 0.91 lo que significa que este instrumento tiene un alto grado de confiabilidad.

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

Donde:

K: El número de ítems

S_i^2 : Sumatoria de Varianzas de los Ítems

S_T^2 : Varianza de la suma de los Ítems

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{12}{11} \left[1 - \frac{15.13}{94.61} \right]$$

$$\alpha = 0.916$$

Se establecieron los puntos de corte para esta escala de Likert de 5 puntos con 12 ítems determinándose los siguientes: Bajo: 12 – 27, medio: 28 – 43, alto: 44 – 60.

5.3. Criterios para manejo de resultados

5.3.1. Plan de recolección

La recolección de los datos se ejecutó luego de la autorización en ambos hospitales para la aplicación de los instrumentos en los pacientes hospitalizados.

5.3.2. Plan de procesamiento

Los datos recogidos en la ficha de recolección de datos (Anexo 2) así como las escalas que se aplicaron (Anexo 3 y 4) fueron enumerados y luego tabulados en Excel para su posterior análisis con el programa SPSS v 25.0 e interpretación.

5.3.3. Plan de clasificación

Se utilizó una matriz de sistematización de datos, la que fue diseñada en una hoja de cálculo de Excel, en la que se descargaron todos los datos obtenidos en las fichas.

5.3.4. Plan de codificación

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

5.3.5. Plan de recuento

El recuento de los datos fue electrónico, en la matriz diseñada en la hoja de cálculo de Excel.

5.3.6. Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación

estándar) para variables continuas. La asociación de variables cualitativas se determinó mediante prueba de independencia chi cuadrado y correlación de Pearson. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.25.0.





CAPÍTULO II: RESULTADOS

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N ° 1

Distribución de los pacientes estudiados según datos sociodemográficos

		Nº	%
Hospital	Goyeneche	53	52.5
	Honorio Delgado	48	47.5
Sexo	Masculino	45	44.6
	Femenino	56	55.4
Edad	≤20	3	3
	21-30	29	28.7
	31-40	13	12.9
	41-50	32	31.7
	51-60	16	15.8
	61-70	8	7.9
Grado de instrucción	Primaria	9	8.9
	Secundaria	61	60.4
	Superior	31	30.7
Procedencia	Rural	16	15.8
	Urbano	85	84.2
Total		101	100

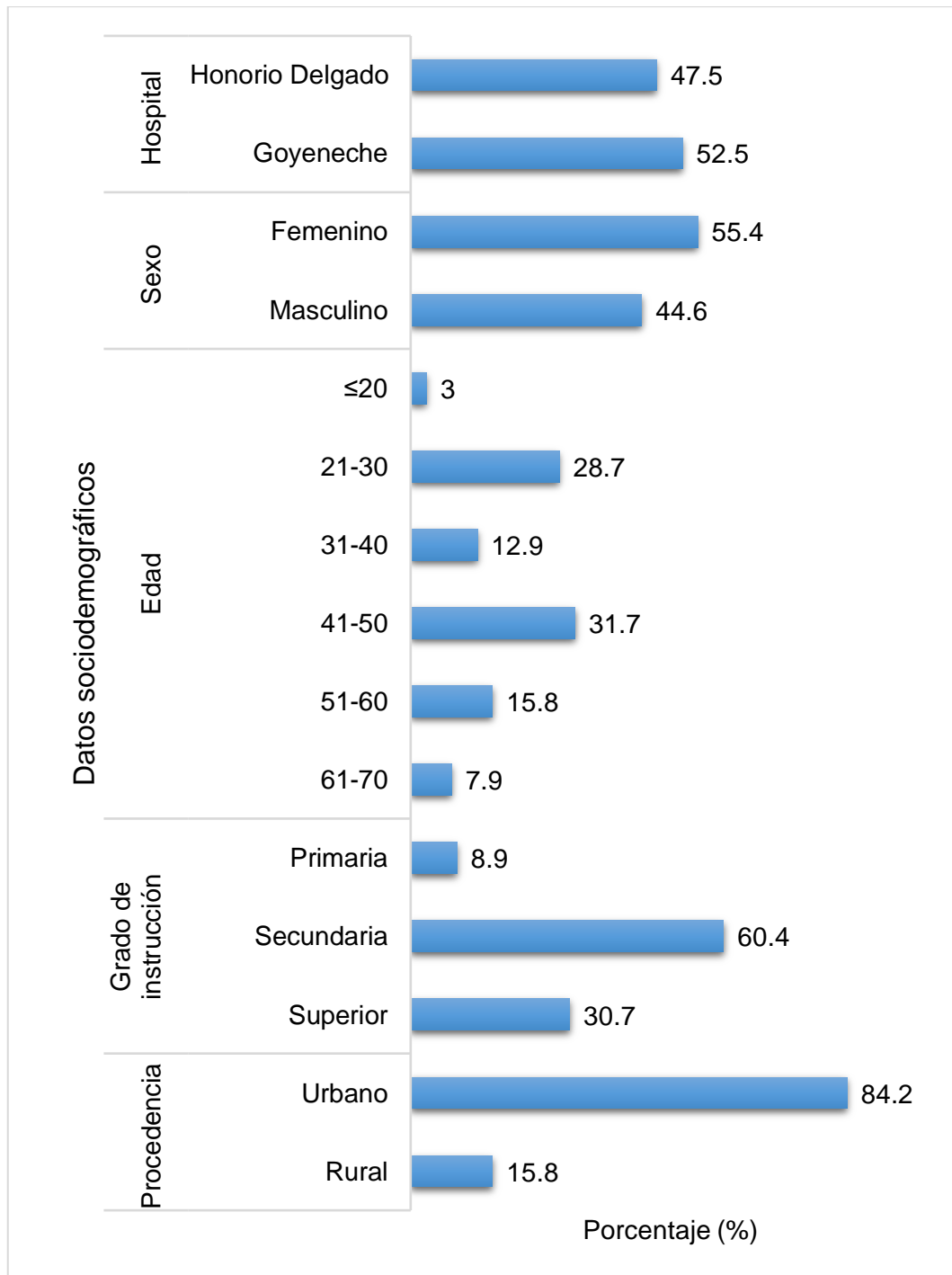
Fuente: Elaboración propia

La tabla y gráfico N°1 muestra las características más comunes halladas fueron: El 52.5% de los pacientes encuestados eran del Hospital Goyeneche y el 47.5% del Hospital Honorio Delgado. El 55.4% de la población era de sexo femenino. El 31.7% de los pacientes tenía edad comprendida entre 41 a 50 años. El 60.4% de la población tenía grado de instrucción secundaria y el 84.2% de la población tenía procedencia urbana.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

GRÁFICO N° 1

Distribución de los pacientes estudiados según datos sociodemográficos



Fuente: Elaboración Propia.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N ° 2

Distribución de pacientes según especialidad quirúrgica

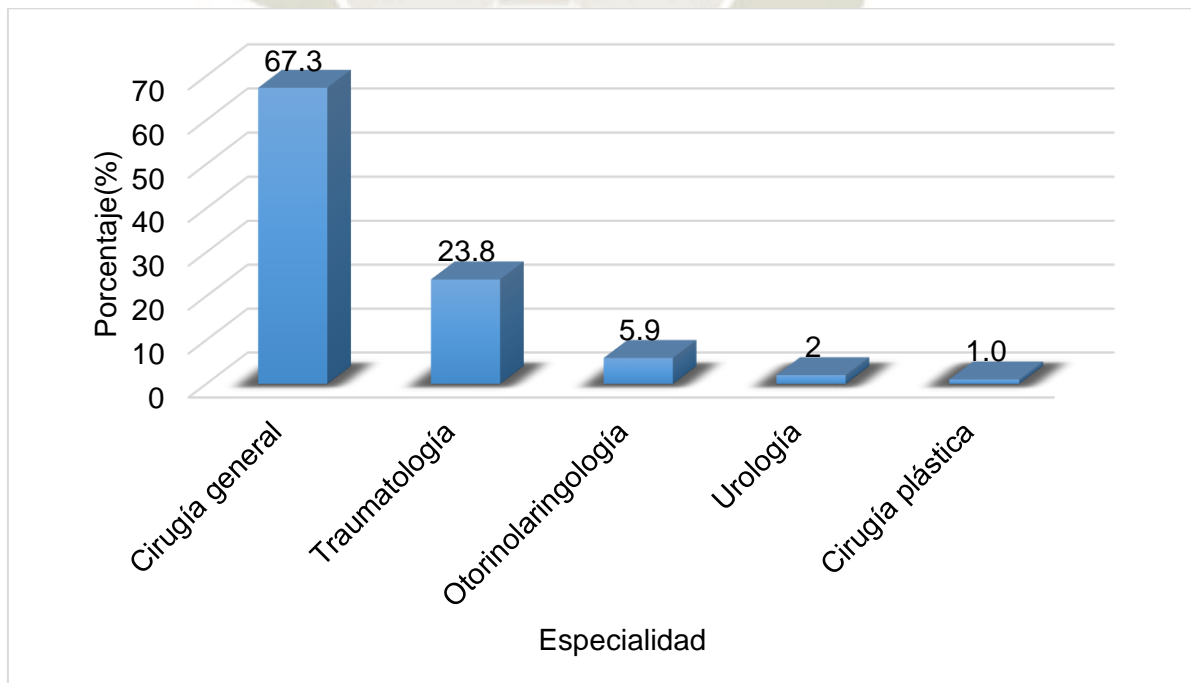
Especialidad	N °	%
Cirugía general	68	67.3
Traumatología	24	23.8
Otorrinolaringología	6	5.9
Urología	2	2.0
Cirugía plástica	1	1.0
TOTAL	101	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla y gráfico N° 2 muestra que el 67.3% de los pacientes estudiados correspondían a la especialidad de cirugía general, el 23.8% a la especialidad de traumatología, mientras que sólo el 1.0% correspondía a la especialidad de cirugía plástica.

GRÁFICO N ° 2

Distribución de pacientes según especialidad quirúrgica



Fuente: Elaboración Propia.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N° 3

**Distribución de los pacientes estudiados según antecedente de cirugía
previa**

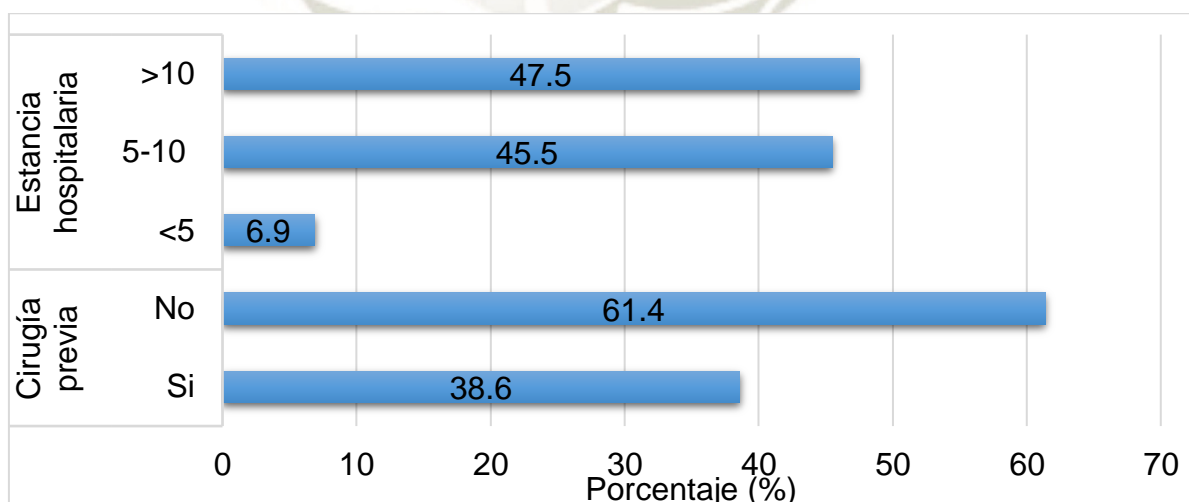
		Nº	%
Cirugía previa	Si	39	38.6
	No	62	61.4
Estancia hospitalaria	<5	7	6.9
	5-10	46	45.5
	>10	48	47.5
TOTAL		101	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla y gráfico N° 3 muestra que el 61.4% de los pacientes estudiados no tenían el antecedente de cirugía previa, mientras que el 38.6% de los pacientes tuvieron por lo menos una cirugía anterior. El 45.5% estaba hospitalizado entre 5 a 10 días, menos del 5% estaba hospitalizado por menos de 5 días.

GRÁFICO N° 3

**Distribución de los pacientes estudiados según antecedente de cirugía
previa**



Fuente: Elaboración Propia.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N° 4

Distribución de pacientes según plan quirúrgico

Plan quirúrgico	N °.	%
Colelap	48	47.5
Reducción cruenta + osteosíntesis	20	19.8
Hernioplastía	7	6.9
Septoplastía	5	5.0
Colecistectomía incisional	4	4.0
Laparotomía exploratoria	3	3.0
Derivación biliodigestiva	2	2.0
Eventroplastía	2	2.0
Retiro de material de osteosíntesis	2	2.0
Zetaplastía	1	1.0
Amputación de dedo pie izquierdo	1	1.0
Técnica Sistrunk	1	1.0
Ureterolitotomía	1	1.0
Adenectomía de próstata	1	1.0
Artroscopia	1	1.0
Restitución colónica	1	1.0
Hemorroidectomía	1	1.0
TOTAL	101	100

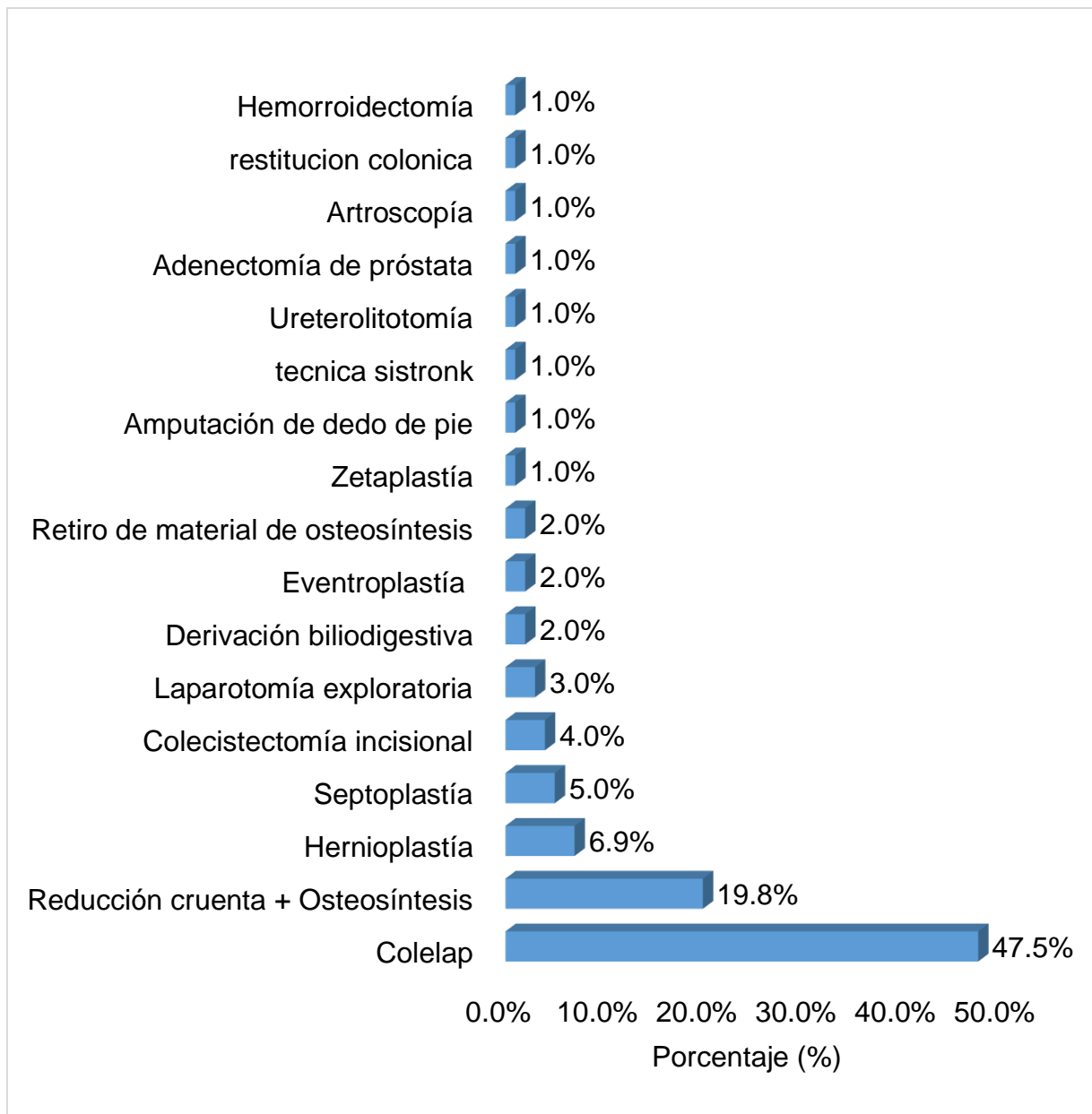
Fuente: *Elaboración Propia.*

La Tabla y gráfico N° 4 muestra que en el 47.5% de los pacientes estudiados tuvo como plan quirúrgico la colecistectomía laparoscópica (Colelap), el 19.8% de los pacientes fue sometido a una reducción cruenta + osteosíntesis, el 6.9% a Hernioplastía, el 5% a Septoplastía, mientras que con 1% se encuentran como plan quirúrgico la Zetaplastía, Ureterolitotomía, Restitución colónica.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

GRÁFICO N° 4

Distribución de pacientes según plan quirúrgico



Fuente: *Elaboración Propia.*

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N° 5

**Distribución de pacientes según firma de consentimiento informado al
momento de la evaluación**

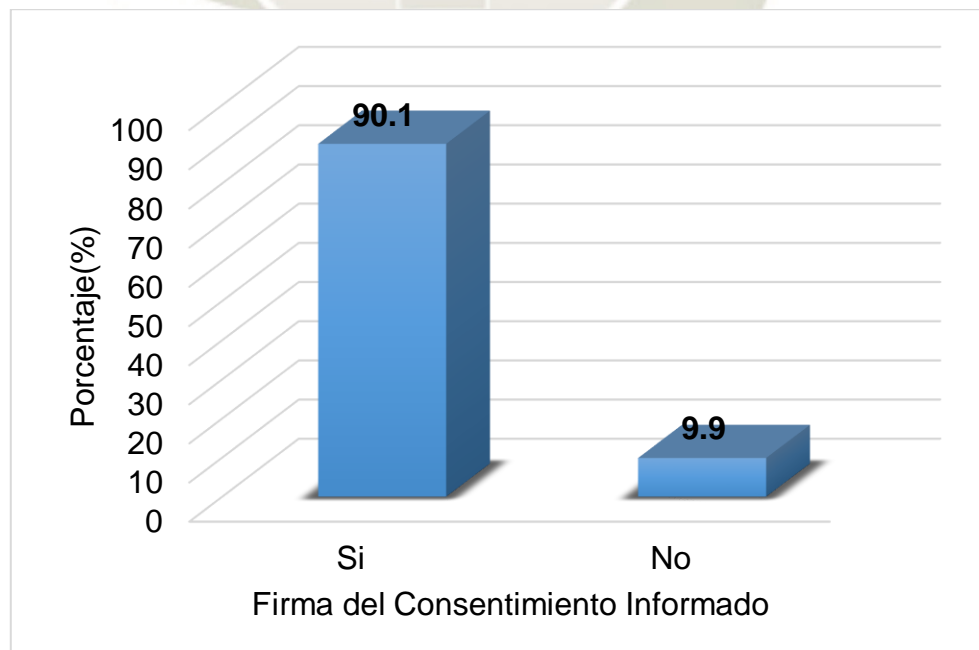
Consentimiento informado	Nº	%
Si	91	90.1
No	10	9.9
TOTAL	101	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N° 5 muestra que el 90.1% de los pacientes estudiados ya habían firmado el consentimiento informado al momento de la aplicación de los instrumentos, mientras que el 9.9% de los pacientes no lo habían firmado aún.

GRÁFICO N° 5

**Distribución de pacientes según firma del consentimiento informado al
momento de la evaluación**



Fuente: Elaboración Propia.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N° 6

Coincidencia del diagnóstico con la historia de los pacientes

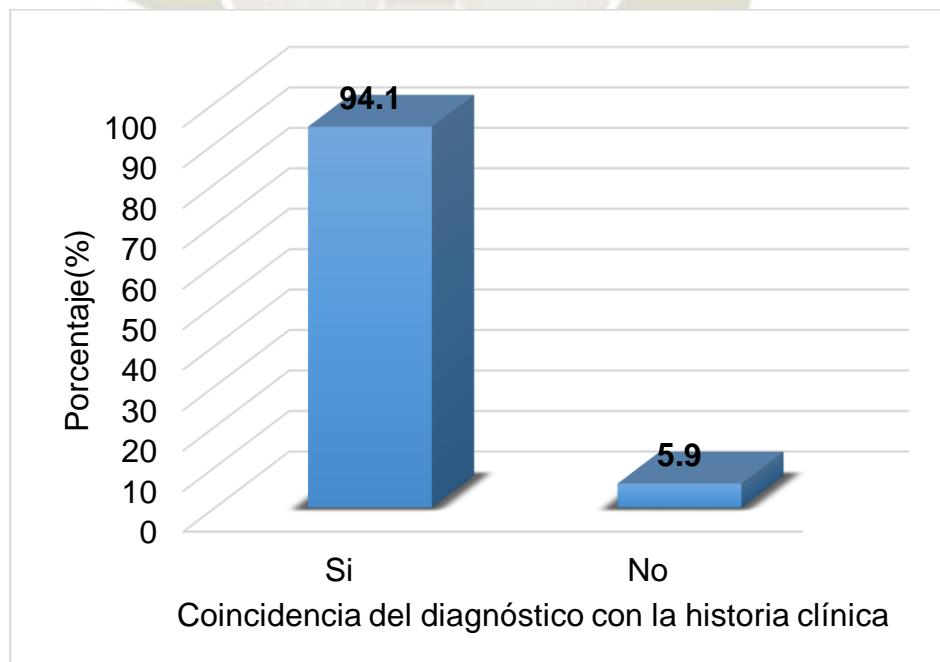
Coincidencia del diagnóstico	Nº	%
Si	95	94.1
No	6	5.9
TOTAL	101	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla y gráfico N° 6 muestra que al momento de preguntar a los pacientes sobre su diagnóstico este coincidió en el 94.1% con el diagnóstico que figuraba en la historia clínica, mientras que el 5.9% de los pacientes daba un diagnóstico diferente al que figuraba en la historia clínica.

GRÁFICO N° 6

Coincidencia del diagnóstico con la historia de los pacientes



Fuente: Elaboración Propia.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N° 7

Distribución de pacientes según la fuente de información preoperatoria

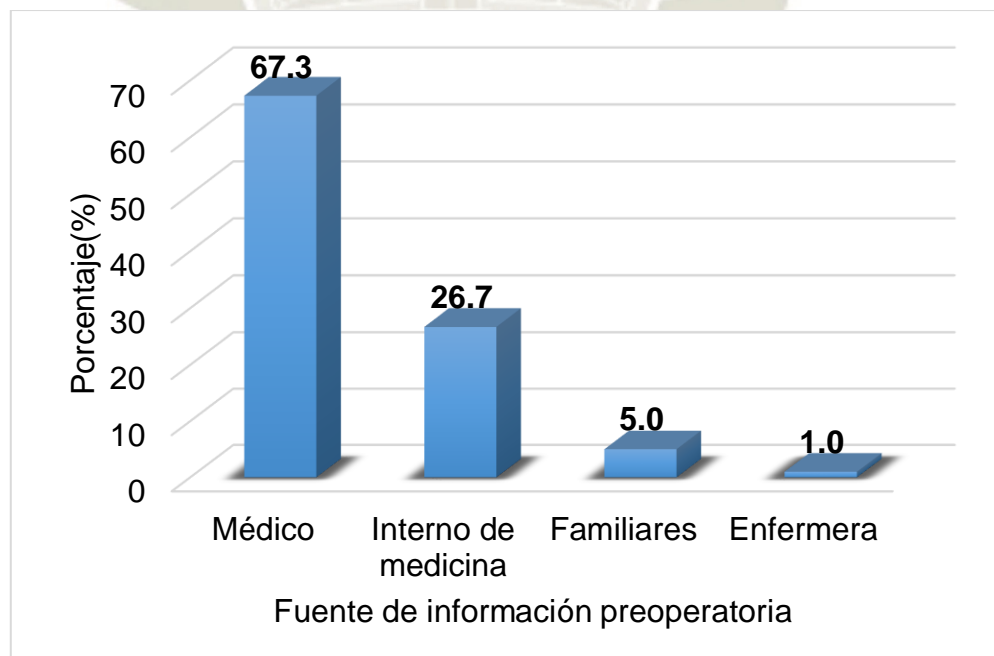
Fuente de información	Nº	%
Médico	68	67.3
Interno de medicina	27	26.7
Familiares	5	5.0
Enfermera	1	1.0
TOTAL	101	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla y gráfico N° 7 muestra que en el 67.3% de los pacientes con programación quirúrgica habían recibido información de la intervención quirúrgica por parte de los médicos, seguido del 26.7% que la recibieron de los internos de medicina, el 5.0% por familiares y solo el 1.0% recibieron información por parte de enfermería.

GRÁFICO N° 7

Distribución de pacientes según la fuente de información preoperatoria



Fuente: Elaboración Propia.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N° 8

Necesidad de información

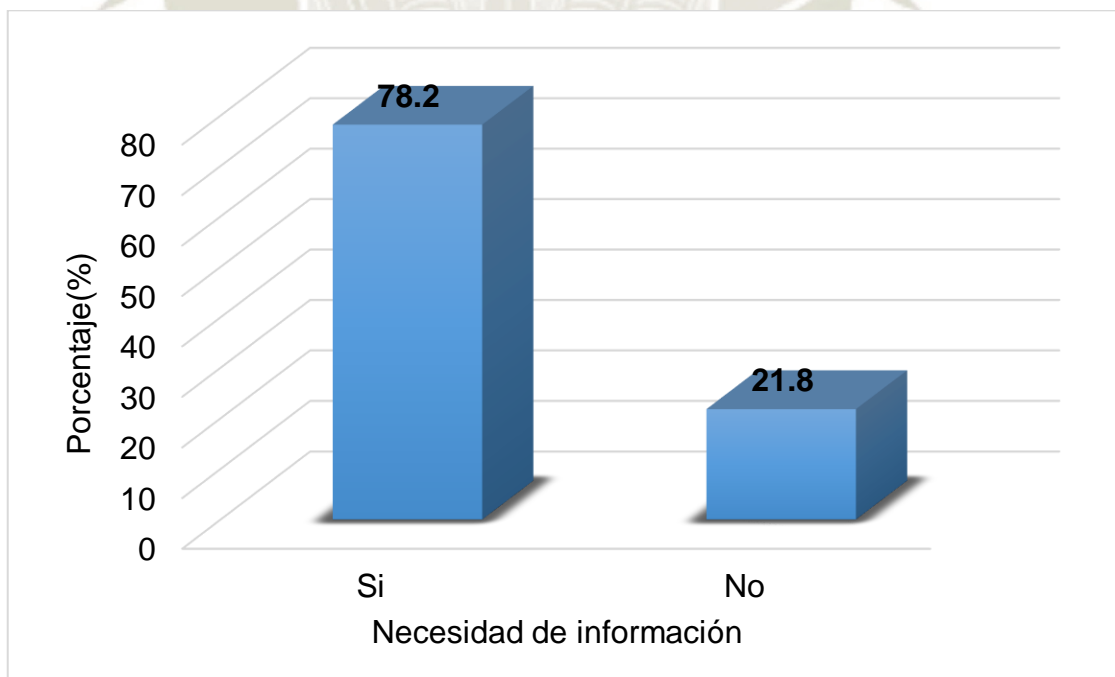
Necesita información	N °	%
Si	79	78.2
No	22	21.8
TOTAL	101	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla y gráfico N° 8 muestra que el 78.2% de los pacientes con programación quirúrgica manifestó requerir más información sobre la cirugía, mientras que el 21.8% manifestó no necesitar más información.

GRÁFICO N° 8

Necesidad de información



Fuente: Elaboración Propia.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N° 9

**Nivel de información preoperatoria en pacientes con programación
quirúrgica**

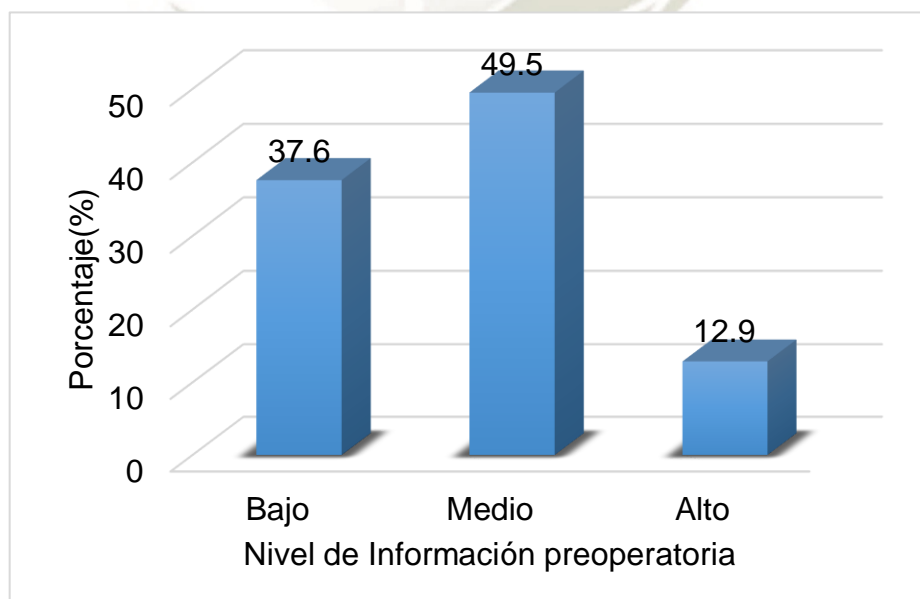
Nivel de Información	N °	%
Bajo	38	37.6
Medio	50	49.5
Alto	13	12.9
TOTAL	101	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla y gráfico N° 9 muestra que el 37.6% de los pacientes con programación quirúrgica manifestaron un nivel de información preoperatoria baja, el 49.5% de pacientes tenían un nivel medio de información, mientras que sólo el 12.9% tenían nivel de información alto.

GRÁFICO N° 9

**Nivel de información preoperatoria en pacientes con programación
quirúrgica**



Fuente: Elaboración Propia.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N° 10

Estadísticos del nivel de información preoperatoria en pacientes con programación quirúrgica en dos hospitales nivel III de Arequipa

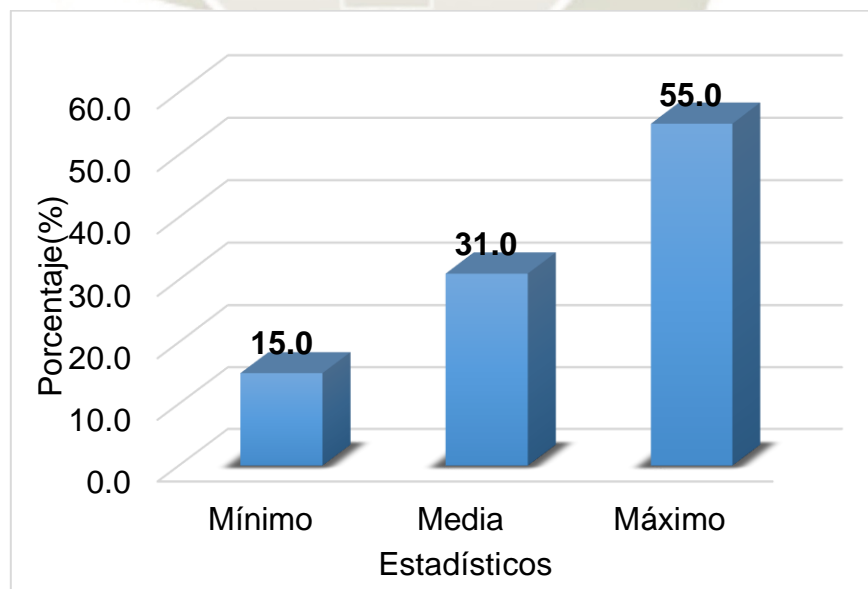
Estadísticos	Información
Media	31.00
Desviación	9.32
Varianza	86.80
Máximo	55
Mínimo	15
TAMAÑO	101

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 10 muestra que los pacientes con programación quirúrgica en dos hospitales nivel III de Arequipa tienen un puntaje promedio de 31.00 puntos en el nivel de información, con un puntaje máximo de 55 y mínimo de 15.

GRÁFICO N° 10

Estadísticos del nivel de información preoperatoria en pacientes con programación quirúrgica en dos hospitales nivel III de Arequipa



Fuente: Elaboración Propia.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N° 11

**Puntuación de algunos ítems evaluados en la escala Likert de nivel de
información preoperatoria**

Puntuación	Ítem evaluado							
	Complicaciones		Anestesia		Sabe en qué consiste		Comprensión	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy poco	49	48.5	33	32.7	12	11.9	9	8.9
Poco	26	25.7	20	19.8	29	28.7	32	31.7
Regular	16	15.8	23	22.8	35	34.7	31	30.7
Bastante	8	7.9	19	18.8	20	19.8	22	21.8
Mucho	2	2.0	6	5.9	5	5.0	7	6.9
Total	101	100	101	100	101	100	101	100

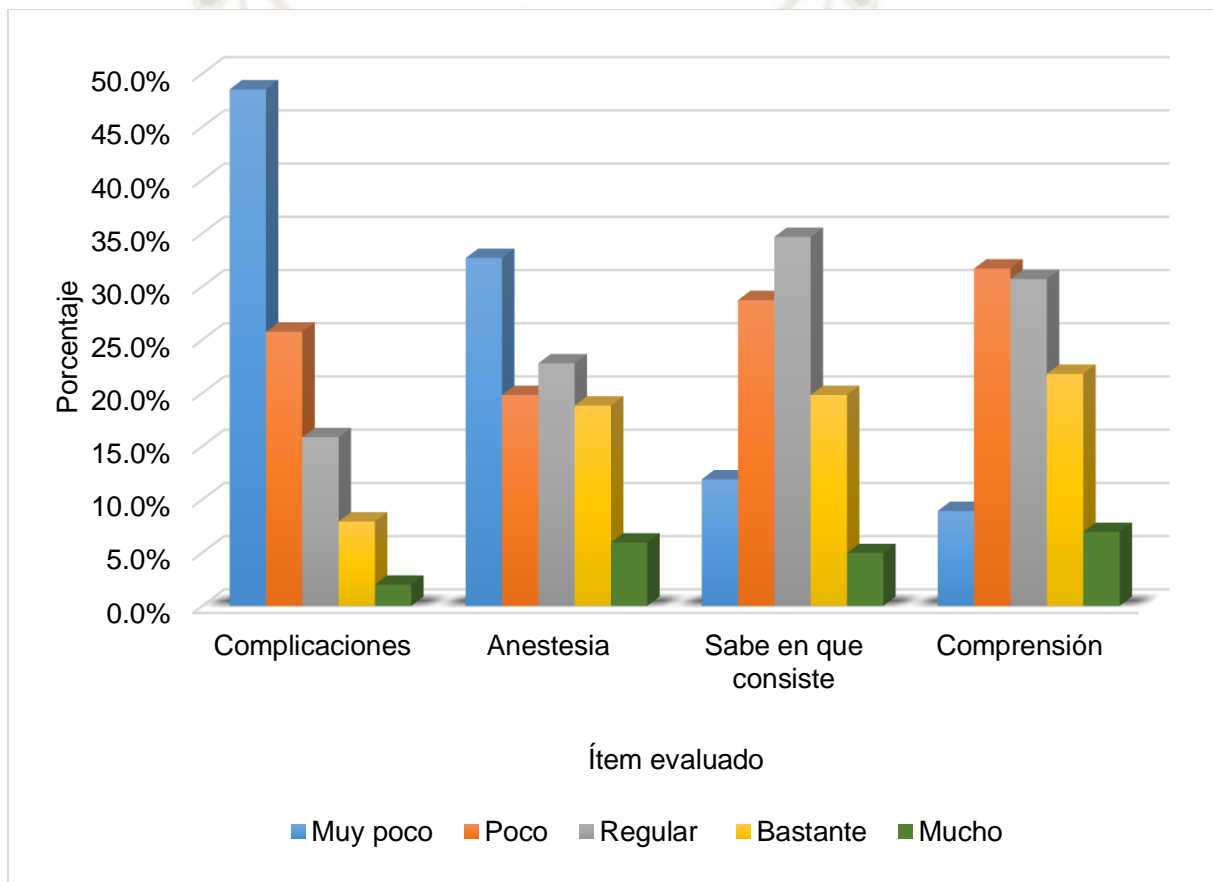
Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla y gráfico N° 11 se encuentran las puntuaciones obtenidas de algunos ítems contenidos en la escala Likert de nivel de información preoperatoria, en el que se muestra que el 48.5% de los pacientes dijo que había recibido muy poca información de las complicaciones que podían presentarse en la cirugía, el 32.7% dijo haber recibido muy poca información de la anestesia que recibiría, el 34.7% sabe en un nivel regular en qué consistía la cirugía y el 31.7% de los pacientes había entendido poco la información que se le había brindado.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

GRÁFICO N° 11

**Puntuación de algunos ítems evaluados en la escala Likert de nivel de
información preoperatoria**



Fuente: Elaboración Propia.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N° 12

**Grado de ansiedad en los pacientes programados para ser intervenidos
quirúrgicamente**

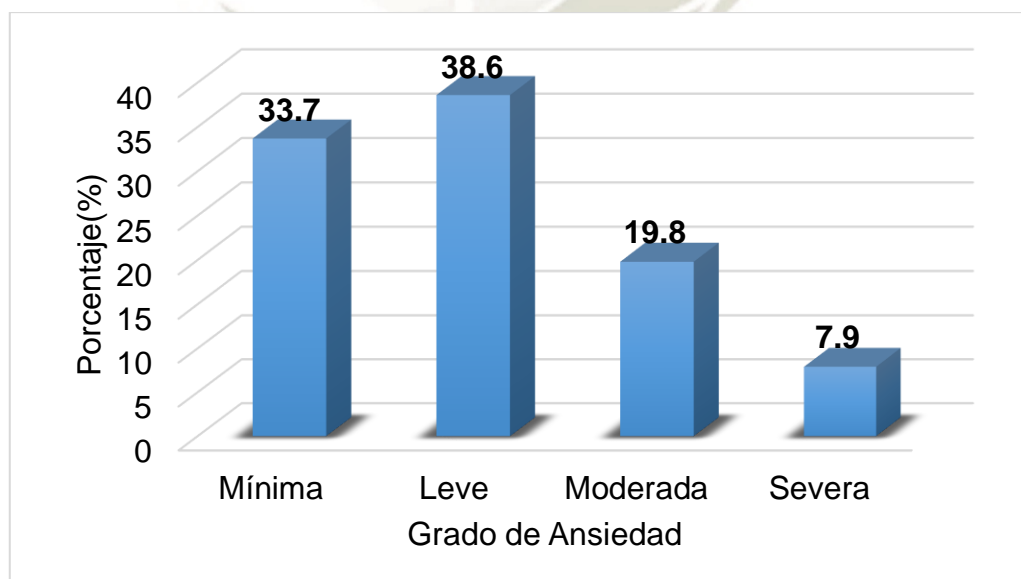
Ansiedad	N °.	%
Mínima	34	33.7
Leve	39	38.6
Moderada	20	19.8
Severa	8	7.9
TOTAL	101	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla y gráfico N° 12 muestra que en el 38.6% de los pacientes con programación quirúrgica presentaron ansiedad leve, seguido del 33.7% con ansiedad mínima, el 19.8% tuvo ansiedad moderada y sólo el 7.9% presentó ansiedad severa según el inventario de ansiedad de Beck.

GRÁFICO N° 12

**Grado de ansiedad en los pacientes programados para ser intervenidos
quirúrgicamente**



Fuente: Elaboración Propia.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N° 13

**Estadísticos del grado de ansiedad en los pacientes con programación
quirúrgica**

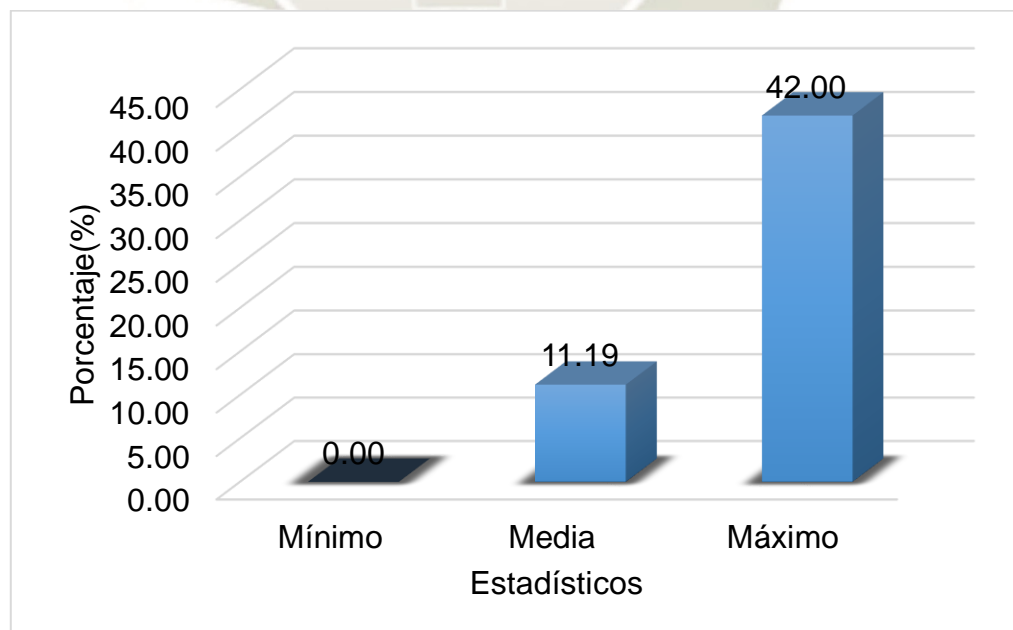
Estadísticos	Ansiedad
Media	11.19
Desviación	8.07
Varianza	65.17
Máximo	42
Mínimo	0
TAMAÑO	101

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla y gráfico N° 13 muestra que los pacientes con programación quirúrgica tienen un puntaje promedio de 11.19 puntos en el instrumento que mide la ansiedad.

GRÁFICO N° 13

**Estadísticos del grado de ansiedad en los pacientes con programación
quirúrgica**



Fuente: Elaboración Propia.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

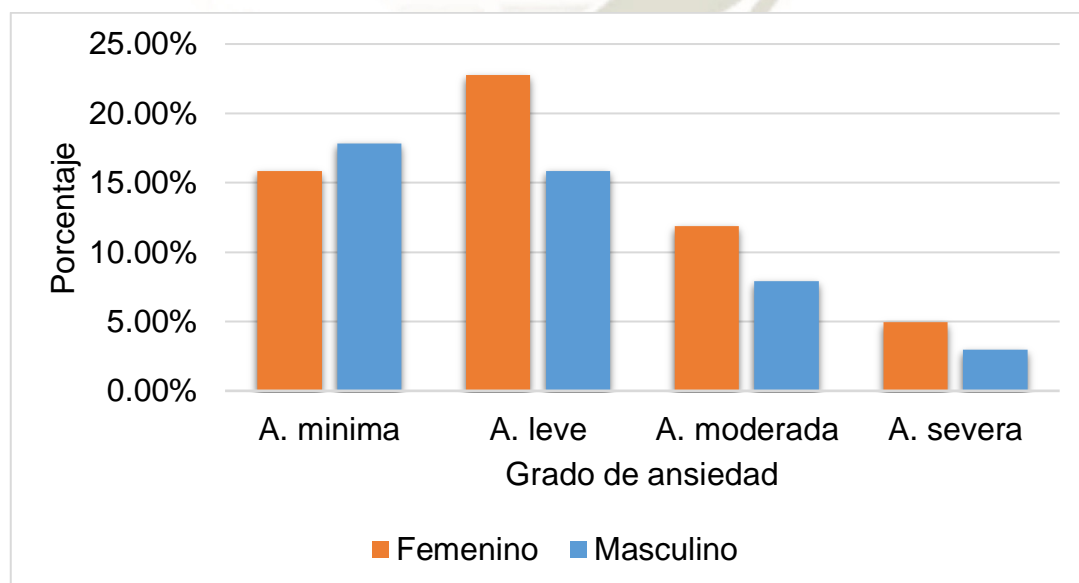
TABLA N° 14
Grado de ansiedad según sexo

Ansiedad	Sexo				TOTAL	
	Femenino		Masculino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Mínima	16	15.84	18	17.82	34	33.66
Leve	23	22.77	16	15.84	39	38.61
Moderada	12	11.88	8	7.92	20	19.80
Severa	5	4.95	3	2.97	8	7.92
TOTAL	56	55.45	45	44.55	101	100

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla y gráfico N° 14 muestra que el mayor porcentaje de las mujeres (22.77%) presentó ansiedad leve, el mayor porcentaje de varones (17.82%) presentó ansiedad mínima. De 8 pacientes que presentaron ansiedad severa, 5 eran se sexo femenino.

GRÁFICO N° 14
Grado de ansiedad según sexo



Fuente: Elaboración Propia.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N° 15

**Influencia del nivel información preoperatoria en el grado de ansiedad en
pacientes con programación quirúrgica**

	Nivel de información						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto		N°	%
Ansiedad	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mínima	5	5.0	19	18.8	10	9.9	34	33.7
Leve	12	11.9	25	24.8	2	2.0	39	38.6
Moderada	14	13.9	6	5.9	0	0.0	20	19.8
Severa	7	6.9	0	0.0	1	1.0	8	7.9
TOTAL	38	37.6	50	49.5	13	12.9	101	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=35.17 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

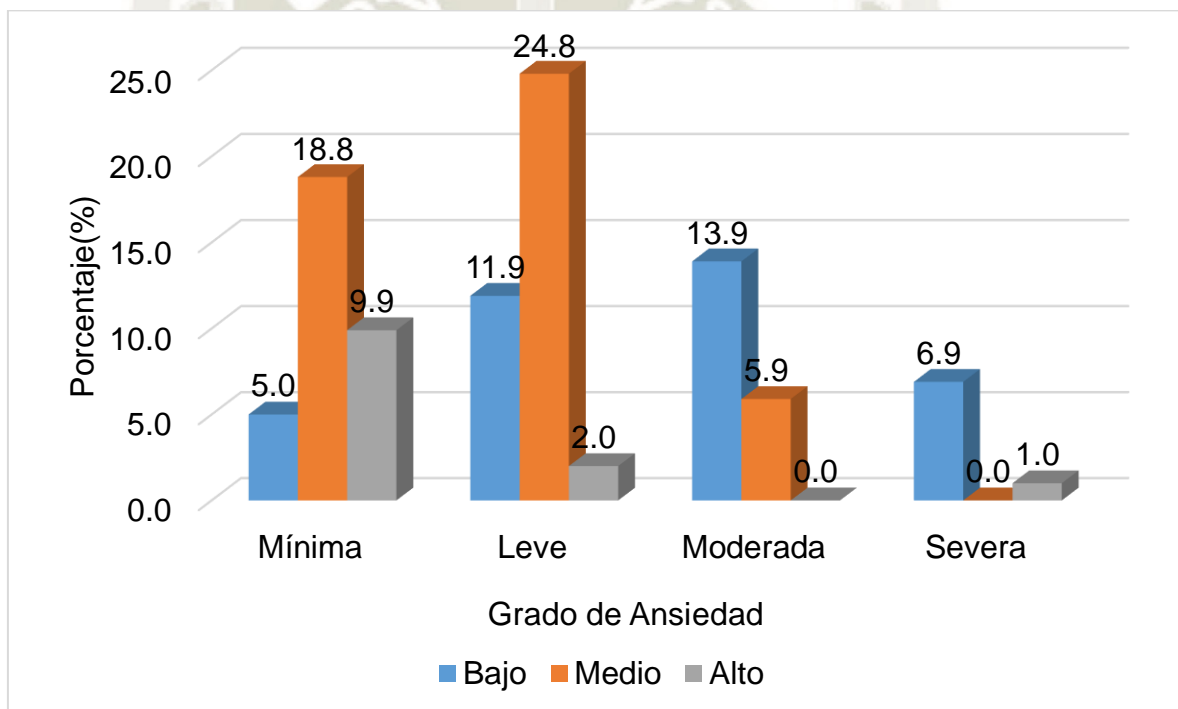
La Tabla y gráfico N°. 15 según la prueba de Chi cuadrado ($X^2=35.17$) muestra que el nivel de información preoperatoria y el grado de ansiedad presenta relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que en el 24.8% de los pacientes con programación quirúrgica presentan nivel medio de información preoperatoria tienen ansiedad leve, mientras que el 6.9% de pacientes presentan un bajo nivel de información y ansiedad severa.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

GRÁFICO N° 15

**Influencia del nivel información preoperatoria en el grado de ansiedad en
pacientes con programación quirúrgica**



Fuente: Elaboración Propia.

**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN
PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN DOS HOSPITALES
NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

TABLA N° 16

**Correlación del nivel información preoperatoria en el grado de ansiedad en
pacientes con programación quirúrgica**

Correlaciones			
		Información	Ansiedad
Información	Correlación de Pearson	1	-0.442**
	Sig. (bilateral)		0.000
	N	101	101
Ansiedad	Correlación de Pearson	-0.442**	1
	Sig. (bilateral)	0.000	
	N	101	101

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 16 según la correlación de Pearson ($r=-0.442$) muestra que el nivel de información preoperatoria y el grado de ansiedad presenta correlación moderada. Se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa, moderada e inversamente proporcional ($rP = -0.442$, $p < 0.01$), entre el puntaje del nivel de información preoperatoria y el puntaje del inventario de ansiedad de Beck.



CAPÍTULO III: DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el propósito de establecer el nivel de información que reciben los pacientes con indicación quirúrgica programada, determinar el grado de ansiedad que presentan estos mismos pacientes y analizar si hay relación entre ambos. Se llevó a cabo en dos hospitales nivel III de Arequipa – 2020.

Este estudio se realizó debido a que constituye una problemática muy frecuente en la mayoría de los hospitales a nivel nacional. La primera de ellas en relación a la información que recibe el paciente acerca de la cirugía a la cual será sometido, vemos que el paciente firma el consentimiento informado como muestra de su autonomía y su decisión libre de someterse quirúrgicamente como parte del tratamiento de su patología; sin embargo, muchas veces el sentido de este proceso se pierde, al no tener en cuenta varios de los puntos que se encuentran en el consentimiento informado como el hecho de haberse explicado al paciente acerca de su enfermedad, en que consiste la cirugía a realizar, de las consecuencias, riesgos, complicaciones del procedimiento a realizarse, además de las ventajas y beneficios de dicho procedimiento y de las consecuencias del no tratamiento; en la que también especifica que el paciente ha podido realizar preguntas y obteniendo respuestas a ellas y finalmente que logró comprender la información que se le ha brindado, es el contenido que la mayoría de los consentimientos informados tienen; sin embargo, esto no siempre parece lograrse ejecutar tal vez por muchos factores como la saturación de hospitales, falta de tiempo, falta de personal, falta de motivación, etc.

Por otro lado, se encuentra la ansiedad como problema de salud pública, específicamente en pacientes hospitalizados que no es tan comúnmente tratado en nuestro medio como parte de los diagnósticos del paciente aparte de la patología por la cual va ser intervenido quirúrgicamente, que es importante tomarla en cuenta por las posibles consecuencias que generarían en los tiempos operatorios.

Para tal propósito es que se encuestó a una muestra de 101 pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía en el mes de febrero 2020 para ser intervenidos quirúrgicamente, a quienes se le aplicó el inventario de ansiedad de Beck (BAI), escala Likert de nivel de información preoperatoria y una ficha para

recolección de datos de cada paciente. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se asocian variables con prueba de independencia Chi cuadrado y correlación de Pearson.

En la **tabla y gráfico N° 1** se muestra la distribución de los pacientes estudiados según sus características. Vemos que 52.9% de la muestra total estuvo hospitalizado en el hospital Goyeneche, mientras que el 47.5% lo estuvo en el hospital Honorio Delgado Espinoza. El 55.4% de los participantes fueron mujeres y el 44.6% de sexo masculino. El mayor porcentaje (31.7%) de los encuestados estuvo conformada por pacientes con edad comprendida entre 41 a 50 años, seguido por el grupo cuya edad oscilaba entre los 21 a 30 años de edad, que corresponde al 28.7%. En cuanto al grado de instrucción el 60.4% tenía educación secundaria, mientras que el 30.7% superior y el 8.9% instrucción primaria. La mayoría de los pacientes tenía procedencia urbana (84.2%) frente al 15.8% que provenía de zona rural.

La distribución de los pacientes según especialidad quirúrgica se muestra en la **tabla y gráfico N° 2**, el 67.3% de los pacientes correspondían al área de cirugía general, el 23.8% de los pacientes a traumatología, el 5.9% de los pacientes al servicio de otorrinolaringología, por último se encuentran el servicio de urología y cirugía plástica con el 2% y 1% en el orden correspondiente; cabe acotar que fueron pocos los pacientes encuestados de estos servicios porque varios de ellos no cumplían con los criterios de inclusión, principalmente de edad y otros porque no deseaban participar del estudio.

Del total de entrevistados, el 61.4% no habían sido intervenidos quirúrgicamente antes y el 38.6% de los pacientes habían tenido por lo menos una cirugía anterior, según se muestra en la **tabla y gráfico N° 3**, además, la mayoría de los pacientes (47.5%) estuvo hospitalizado más de 10 días, luego se encontraban los que estaban hospitalizados de 5 a 10 días con el 45.5% y finalmente el 6.9% de los pacientes estuvo hospitalizado menos de 5 días antes de ser programados para intervención quirúrgica.

El plan quirúrgico más común fue la colecistectomía laparoscópica el 47.5%, seguida de la reducción cruenta más osteosíntesis en el 19.8% de los pacientes;

entre otros procedimientos quirúrgicos a los que fueron programados los participantes, que se detallan en la **tabla y gráfico N° 4**. Los diagnósticos pre quirúrgicos por los cuales fueron programados no fueron detallados en cuadros ni tablas, pero figuran en el Anexo 5, ya que fueron múltiples los diagnósticos que pudieran agruparse para ser detallados en un cuadro.

En la **tabla y gráfico N° 5** se muestra la distribución de pacientes según firma de consentimiento informado al momento de la evaluación. Después de la entrevista y aplicación de encuestas a los pacientes, se verificó en sus respectivas historias clínicas los consentimientos informados que ya estaban firmados en el 90.1% de los casos y el 9.9% de los pacientes no había firmado aún el consentimiento a pesar de que ya se encontraban programados para ser intervenidos quirúrgicamente. También vale resaltar que, aunque no se encontraba dentro de las variables de esta investigación, el 100% de los consentimientos informados que contaba con un espacio para la firma del médico informante, no contaba con dicha firma, posiblemente porque en la mayoría de los casos es el interno de medicina quien tiene la responsabilidad de hacerlo firmar, según Arroyo F. en su artículo “Reflexiones éticas en la práctica de la cirugía” indica que como principio general, el consentimiento informado debe obtenerlo el cirujano que va a llevar a cabo el procedimiento; si se deja en manos de un asistente la responsabilidad de obtenerlo, el cirujano se pone en una situación peligrosa ya que sin lugar a dudas es él la única voz autorizada para hacer todas las revelaciones que el enfermo debe escuchar. En esencia este proceso lo que trata es de tomar decisiones compartidas, con participación activa del enfermo (beneficencia vs autonomía), alejándose de la forma paternalista clásica de la atención médica (1).

Se preguntó a los pacientes sobre la razón por la que iban a ser operados, la idea era que se acercaran bastante al diagnóstico que figuraba en la historia clínica para ser considerado coincidente, ya que no se puede pedir que se dé una respuesta exacta por los tecnicismos del vocabulario médico que la mayoría de los pacientes no lo entiende, lo cual no demuestra que no sepan de su enfermedad. Los resultados figuran en la **tabla y gráfico N° 6** en el que se observa que el 94.1% de los pacientes, sabían acerca de su enfermedad; mientras que el 5.9% no supo explicar la razón por la que se le iba a operar aún cuando ya estaban programados

para la intervención, lo cual parece demostrar que no se les había informado lo más básico a estos pacientes.

También se preguntó de quien habían recibido más información de la cirugía los resultados se muestran en la **tabla y gráfico N° 7**, el 67.3% recibió información por parte del médico, el 26.7% del interno de medicina a cargo, el 5% afirmó que fueron sus familiares quienes más les explicaron sobre la cirugía y el 1% de la enfermera. De lo que se extrae que ese 6% de pacientes pudo haber recibido información poco verídica acerca de la cirugía, cuando es el médico quien debería de dar ese tipo de acotaciones dado que es el profesional más preparado para ello. En el estudio de Valdivia A. (2) llevado a cabo en el hospital Honorio Delgado Espinoza, el 86% recibió información del médico, el 6% del interno de medicina y el 4% enfermera y obstetra, siendo similar los resultados obtenidos en este estudio. En el estudio de Doñate et al. (3) en España ejecutada en una muestra similar se observó que el 70.7% recibió información del médico, destacar que el 24.2% dijo no haber recibido información de nadie, lo que representa una cifra elevada, y el 4% de la enfermera.

Acerca de la necesidad de información, se preguntó a los pacientes si necesitaban más información de la que ya se les había dado, el 78.2% respondió que sí, mientras que el 21.8% de los pacientes contestó que no necesitaban información, independientemente de si es que la información recibida cubría sus expectativas o no, estos resultados se encuentran en la **tabla y gráfico N° 8**. En comparación con otros estudios como el hecho por Catacora A. (4) en el que se estudia a una muestra similar y se aplica la escala APAIS que es una escala de ansiedad e información preoperatoria, en el que se encuentra que el 65.71% de la población estudiada requería información adicional, mientras que el 34.29% no tenían necesidad de información preoperatoria adicional, si bien el porcentaje es menor al obtenido en este estudio, hace cuenta que más del 50% de los pacientes requieren información adicional. En otro estudio realizado por Gonzales G. (5), mediante la aplicación también de la escala de APAIS, se objetivó que el 60.4% de la población estudiada requería más información de la cirugía y de la anestesia que fue en un 93.8% positivo para los pacientes evaluados. Haciéndose notar que en los estudios mencionados más del 50% de la población requiere información adicional. Lo contrario se observó en un hospital privado de México en el estudio de Hernández

et al (6), en el que solo el 40% de los pacientes necesitó más información con respecto a la cirugía y la anestesia, las diferencias podrían deberse a que el estudio se ejecutó en un hospital privado con menor flujo de pacientes y que el 60% de los pacientes habían tenido una cirugía anterior, mientras que en este estudio sólo el 38.6% tenía ese antecedente.

El nivel de información se evaluó a través de una escala tipo Likert de 12 ítems, que evalúa varios de los aspectos contenidos en el consentimiento informado, comprensión de la información y otros propios de la cirugía. Los participantes evaluaron cada ítem desde su perspectiva y se calificó como información baja, media y alta según el puntaje acumulado. Los resultados se plasman en la **tabla y gráfico N° 9**, donde se muestra que el 49.5% de los pacientes tenía un nivel medio de información, seguido del 37.6% con nivel bajo, mientras que sólo el 12.9% presentó un nivel alto de información. La **tabla y gráfico N°10** da mayor información estadística de la escala que se aplicó, en la que se obtuvo un mínimo de 15 puntos y el máximo alcanzado fue de 55 puntos, con una media de 31 puntos y una desviación estándar de 9.32. El estudio realizado por Sandoval E. y Paco G. (7) en un hospital de la ciudad Ayacucho de EsSalud en el que se aplicó un instrumento similar validado se observó que el 54.3% de los pacientes reportó un nivel bajo de información de la cirugía, el 32.9% nivel medio y solo el 12.9% nivel alto de información. En otro estudio de Bermejo H. et al. (8), desarrollado en un hospital de Callao, se encontró que el nivel de información en la población en estudio fue medio en el 42.3%, bajo en el 39.8% y alto en el 17.9%; resultados que se asemejan a este estudio.

En la **tabla y gráfico N°11** se muestran los resultados de algunos de los ítems que se encuentran en el test de información preoperatoria. El primero de ellos acerca de las posibles complicaciones de la cirugía, el 48.5% respondió haber recibido muy poca información acerca de ello, siendo este uno de los principales puntos que figura en el consentimiento informado y da fe que el paciente ha sido informado de ello y la ha comprendido. Acerca del tipo de anestesia que recibirá, el 32.7% de los pacientes respondió que era muy poca la información recibida, siendo los médicos anestesiólogos quienes personalmente evalúan a los pacientes para determinar el tipo de anestesia a aplicar, según los pacientes no es clara la información que se

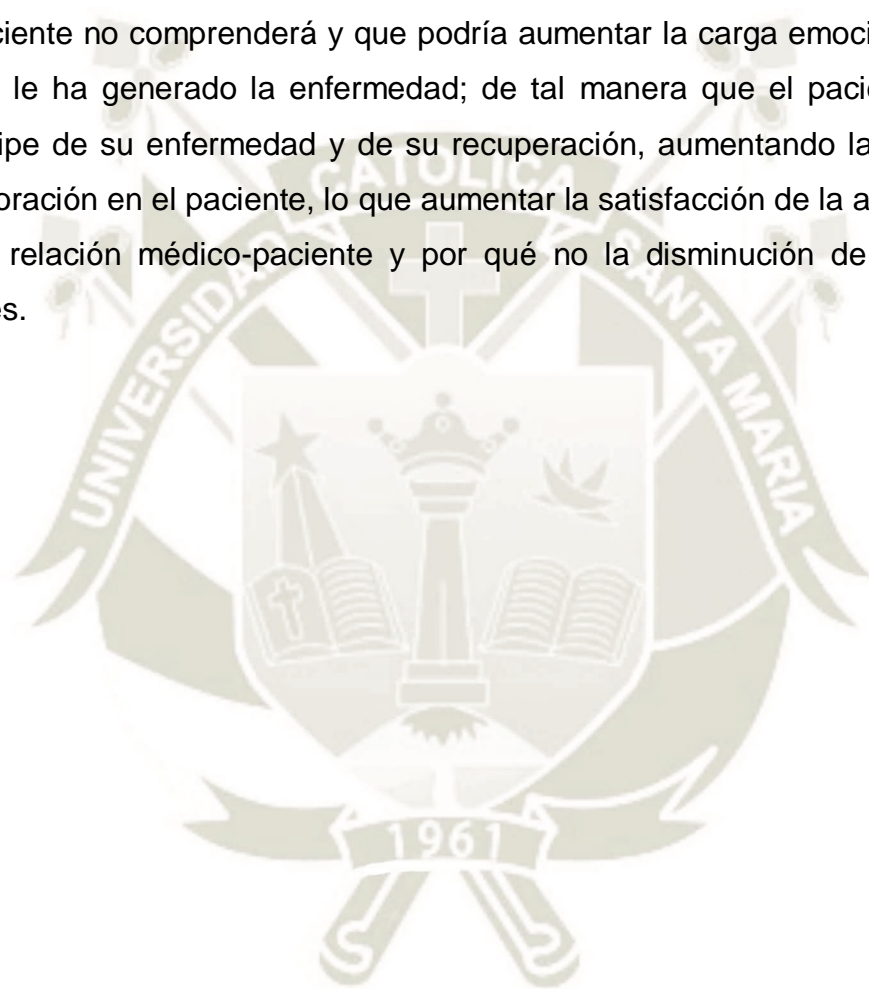
les da. Al preguntar a los pacientes si sabían en qué consistía la cirugía la mayoría (34.7%) respondió saber regularmente, varios de los pacientes podían explicarlo con palabras como “me quitarán la vesícula” o “me enderezarán el hueso y me pondrán clavos”. Acerca de la comprensión, el 31.7% dijo que había entendido poco la información que se les había dado, alegando que el médico habló muy rápido para explicarles o que las palabras no eran fáciles de entender. Indicando que el tiempo y la forma de comunicación no está siendo el adecuado para lograr los objetivos que tiene el dar información al paciente. En el estudio de Hernández et al. (6) se observó que el solo el 2% no sabía el tipo de cirugía que iban a realizarle, lo que indica el alto porcentaje de conocimiento que tenían los pacientes, independientemente de lo superficial que era; llama la atención que 100% de los pacientes sabía el tipo de anestesia que iba a recibir, aunque vale aclarar que en dicho hospital los pacientes podían elegir el tipo de anestesia al ser un hospital privado.

El grado de ansiedad (**tabla y gráfico N°12**) en el grupo estudiado mediante el Inventario de ansiedad de Beck, que evalúa solo síntomas somáticos y cognitivos, considerándose un importante test discriminativo con sintomatología que se hallan en cuadros depresivos. Se encontró que el máximo porcentaje (38.6%) de los pacientes tenía ansiedad leve, seguido por el 33.7% que presentó ansiedad mínima, 19.8% moderada y el 7.9% de los pacientes ansiedad severa. El sexo femenino presentó mayor grado de ansiedad que los varones, la mayoría de las mujeres (22.77%) tuvo ansiedad leve, mientras que el mayor porcentaje de los varones presentó ansiedad mínima, además de 8 pacientes que presentaron ansiedad severa, 5 eran de sexo femenino (**tabla y gráfico N° 14**). En los estudios de Catacora A. (4) se encontró que todos los pacientes del Hospital Goyeneche presentaban algún grado de ansiedad, siendo el leve a moderado el rango más común (64.76%). Valdivia A. (2) a través del test de Hamilton encontró que 88.33% presentó ansiedad, sobretodo de grado moderado (58.33%) cuando no se hizo la intervención como en este estudio. Estos resultados coinciden con lo obtenido en los dos hospitales, lo que nos lleva a pensar que no se han tomado aún las medidas adecuadas para disminuir frecuencia o la intensidad de la ansiedad en los pacientes, a pesar que se utilizaron escalas diferentes para la medición de la

ansiedad, se concluye que todos los pacientes presentan algún grado de ansiedad en su mayoría en un nivel medio y que se ha mantenido a lo largo de los años.

Y finalmente uno de los objetivos más importantes de este estudio fue determinar la relación que hay entre el nivel de información y el grado de ansiedad, que se muestran en la **tabla y gráfico N°15**, se observó que del 37.6% que tenía nivel bajo de información, la mayoría de ellos presentó ansiedad moderada (13.9%), seguido por ansiedad leve (11.9%); el 24.8% de personas que tenía nivel medio de información preoperatoria tenía también ansiedad leve. El 9.9% de los pacientes tenía ansiedad mínima y solo el 1% de ellos tenía ansiedad severa. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=35.17$) el nivel de información preoperatoria y el grado de ansiedad presenta relación estadística significativa ($P<0.05$). Además, en la **tabla N° 16** demuestra la relación inversa que hay entre el puntaje de la escala de nivel de información preoperatoria y el puntaje del inventario de ansiedad de Beck al hallar una correlación de Pearson ($r = -0.442$), lo que significa que hay una correlación inversa moderada. De lo que se puede demostrar que los pacientes que más información reportaron haber recibido de la cirugía, manifestaban un grado mínimo de ansiedad. Sandoval et al (7) y Bermejo et al (8) obtuvieron similar resultado, encontrando que el nivel de información se relaciona inversamente con el grado de ansiedad; Valdivia A. (2) los puntajes de ansiedad obtenidos inicialmente con la escala APAIS se redujeron tras la administración de información a los pacientes de 55.4 puntos a 35 puntos. Por el contrario, en el estudio de Cárdenas M. (9) la disminución que se presentó en las pacientes que realizaron los ejercicios respiratorios fue estadísticamente significativa, mas no en aquellas que se les brindo información prequirúrgica. Así como este hay otros estudios en los que se concluye que administrar más información a los pacientes podría aumentar la ansiedad. Similar resultado se obtuvo en otro estudio (10) en donde la información suministrada a través de folletos aumentó la satisfacción del paciente pero no disminuyó la ansiedad que presentaba. En este estudio hubo un caso que tenía un nivel alto de información y grado severo de ansiedad; hay muchos factores que pueden intervenir a la presencia de ansiedad aparte de la información, como los dados daos por Catacora A. (4) en los que se asocia también el sexo femenino, la falta de ocupación y la reprogramación de la cirugía.

No se puede dejar de lado la importancia que tiene la manera de comunicarse la información al paciente, no se trata de que el paciente tenga que saber todos los aspectos de la cirugía, ni que pretenda entender todo el vocabulario médico, sino más bien que este desde su ignorancia técnico científica, pueda comprender cuales son las consecuencias prácticas de su manifestación voluntaria dada en el consentimiento informado. La administración de la información debe de darse de forma concreta y clara, tratando de no caer en utilizar puro tecnicismo médico que el paciente no comprenderá y que podría aumentar la carga emocional que ya de por si le ha generado la enfermedad; de tal manera que el paciente pueda ser partícipe de su enfermedad y de su recuperación, aumentando la confianza y la colaboración en el paciente, lo que aumentará la satisfacción de la atención, mejora en la relación médico-paciente y por qué no la disminución de los problemas legales.

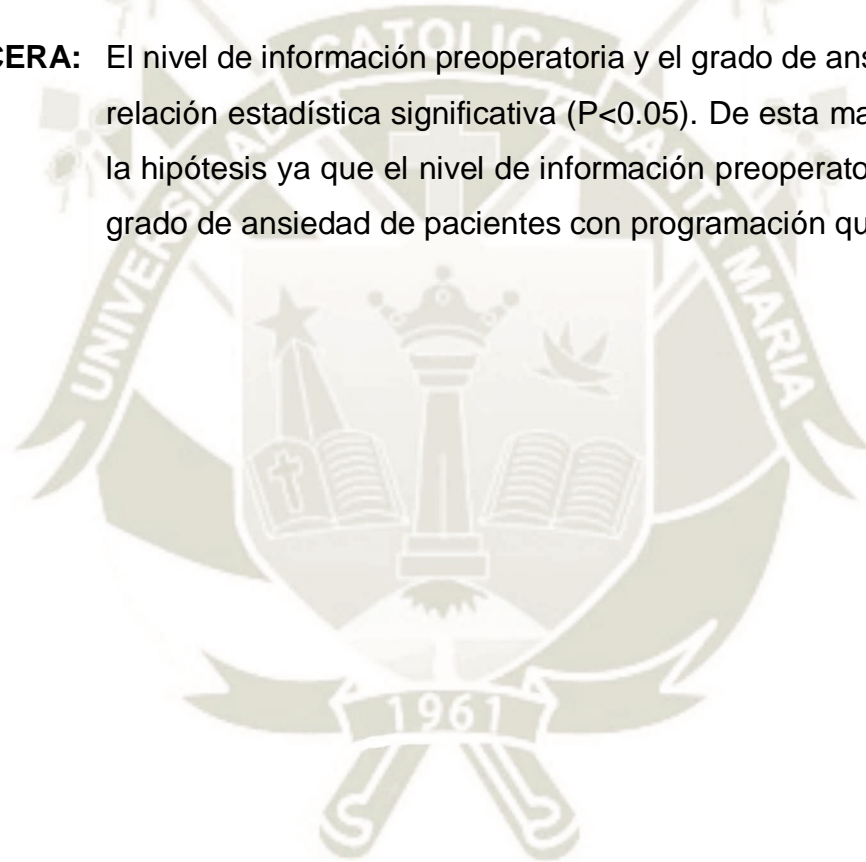




**CAPÍTULO IV:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** El 49.5% de los pacientes con programación quirúrgica refirió un nivel medio de información, seguido del 37.6% con nivel bajo, mientras que sólo el 12.9% presentó un nivel alto de información.
- SEGUNDA:** El 38.6% de los pacientes con programación quirúrgica en dos hospitales nivel III de Arequipa presentan ansiedad leve, seguido de un tercio presentaron ansiedad mínima, el 19.8% tienen ansiedad moderada y solo el 7.9% presentan ansiedad severa.
- TERCERA:** El nivel de información preoperatoria y el grado de ansiedad presenta relación estadística significativa ($P < 0.05$). De esta manera se acepta la hipótesis ya que el nivel de información preoperatoria influye en el grado de ansiedad de pacientes con programación quirúrgica.



RECOMENDACIONES

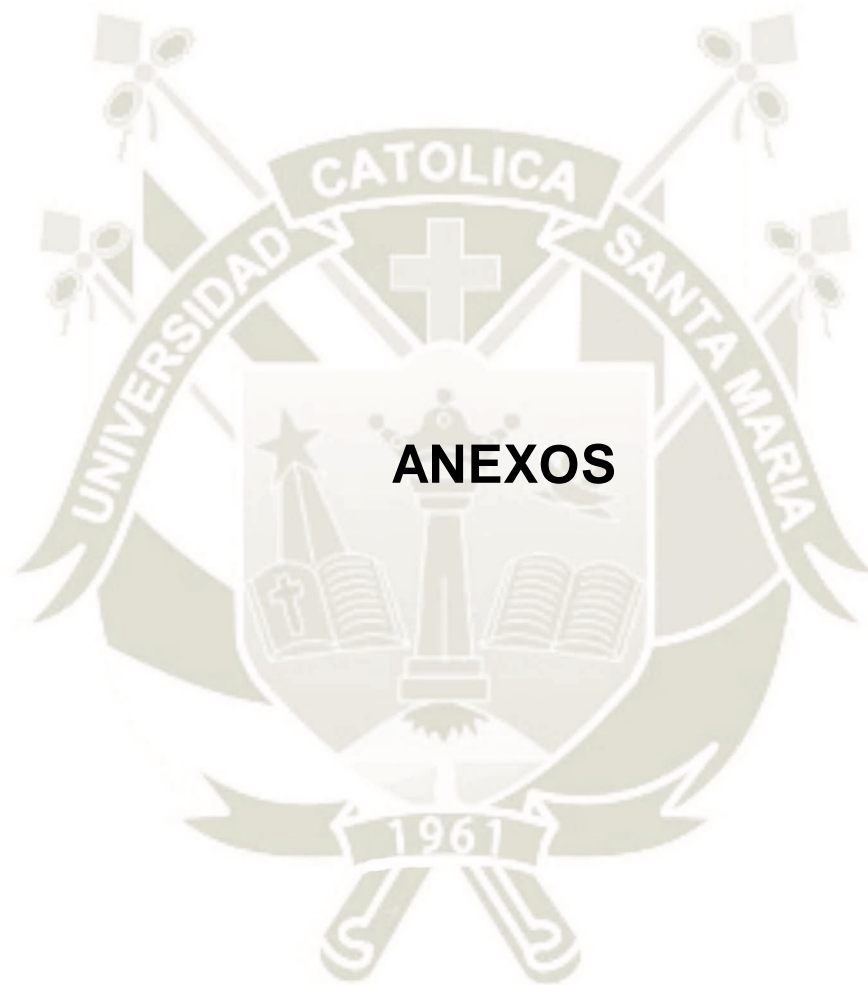
- PRIMERA:** El proceso del consentimiento informado debería de ser realizado por el médico tratante o en su defecto por el jefe de departamento, siendo el responsable de asegurar que el paciente reciba la información médica necesaria, evitando delegarla a otros profesionales, para afianzar la confianza del paciente en sus médicos tratantes.
- SEGUNDA:** Dado que la visita médica es el principal momento del día en el que el personal médico entra en contacto con el paciente, sería el momento oportuno para informar al paciente sobre algunos aspectos de la cirugía a realizársele, según el avance de los exámenes médicos que se tengan, resolver dudas y preocupaciones del paciente y de esta manera mejorar varios aspectos de la atención médica y de la relación médico paciente.
- TERCERA:** Concientizar al personal asistencial acerca de la importancia que tiene el consentimiento informado incluyendo todos sus aspectos, no solo el legal y además la importancia de brindar información oportuna, comprensible y confiable.
- CUARTA:** La entrevista personal con el paciente puede ayudarnos a observar las reacciones del paciente y evitar que se pasen por alto estados de ansiedad, que no solo debe aplicarse en el ámbito quirúrgico sino en todos los servicios del hospital y que nos encamine hacia una práctica médica más personalizada.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Arroyo F. Reflexiones éticas en la práctica de la cirugía. Rev Chil Cir, [Internet]. 2008 Ago; 60(4): 352-356.
2. Valdivia A. Influencia de la Información Preoperatoria en el grado de Ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, Diciembre 2015 - Febrero 2016. *Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de Médico Cirujano*. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2016.
3. Doñate M, Litago A, Monge Y, Martínez R. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería global*. 2015 Ene; 37: (170-180).
4. Catacora A. Niveles de ansiedad, información preoperatoria y factores asociados en pacientes programados para intervención quirúrgica en el departamento de cirugía del hospital Goyeneche – febrero del 2019. *Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de Médico Cirujano*. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2019.
5. Gonzales G, Pinto F. Escala de Ámsterdam sobre ansiedad y la escala de información APAIS en la fase preoperatoria-Perú. *Tesis para optar el Título de Anestesiólogo*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, 2005
6. Hernández A, López B. Alberto, Guzmán S. Joaquin. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2016 enero-marzo; 14 (1).
7. Sandoval E, Paco G. “Nivel de información del procedimiento quirúrgico y ansiedad preoperatoria en pacientes programados en servicio de cirugía en el Hospital II ESSALUD - Ayacucho, 2017” *Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de profesional en enfermería en centro quirúrgico*.

Universidad Nacional del Callao. Facultad de Ciencias de la Salud, Callao 2018.

8. Bermejo H, Escriba N, Zavala J. Nivel de información y su relación con el nivel de ansiedad en la fase prequirúrgica en pacientes adultos hospitalizados en las salas de cirugía general y especializada del centro médico naval Cirujano Mayor Santiago Távara – Bellavista Callao 2013. *Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería.* Universidad Nacional de Callao. Callao 2014.
9. Cárdenas M. Efecto de los ejercicios respiratorios e información prequirúrgica sobre los niveles de ansiedad en pacientes que serán sometidos a colecistectomía del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2013. *Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.* Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina Humana, Arequipa 2013.
10. Ortiz J, Wang S, MacArthur A. Tolpin D. Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? *Brazilian Journal of Anesthesiology.* 2015; 65:7-13.



ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se invita a usted a participar del proyecto de investigación *“Nivel de información preoperatoria y grado de ansiedad en pacientes con programación quirúrgica en dos hospitales nivel III de Arequipa -2020”*

El presente proyecto busca evaluar su percepción acerca de la información que usted recibe acerca de su enfermedad y la cirugía antes de ser operado, evaluar si presenta ansiedad y la relación que hay entre ambos. De esta manera buscar mejoría en su atención a usted y futuros pacientes.

Participación voluntaria

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única persona que decide si desea participar de este estudio. Su participación es completamente voluntaria.

Procedimientos:

1. Se tomará dos encuestas con preguntas sobre el tema explicado.
2. Se evaluarán resultados obtenidos de la encuesta.

Riesgos: No existen riesgos para usted en esta investigación.

Costos: Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio. Los costos de las encuestas serán asumidos por el investigador.

Beneficios: puede que no haya ningún beneficio inmediato para usted por participar en este estudio, sin embargo, usted estará contribuyendo a un estudio que intenta mejorar la atención al paciente.

Confidencialidad: Sus datos serán procesados con la más estricta confidencialidad.

Contacto: Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta, * o cualquier procedimiento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACIÓN

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre de participante que da su autorización: DNI:	
Firma del participante que da su autorización:	
Nombre del investigador principal DNI:	

ANEXO 2:

Nº de ficha:

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN
PREOPERATORIA EN EL PACIENTE QUE SERÁ INTERVENIDO
QUIRÚRGICAMENTE**

La siguiente ficha recolecta datos generales sobre usted, por favor llene y marque los espacios. Se pide su sinceridad al llenar la encuesta.

➤ **DATOS GENERALES DEL PARTICIPANTE**

Fecha: _____

HOSPITAL: _____

Especialidad: _____ N° CAMA: _____

Firma de Consentimiento informado: SI () NO ()

1. Edad: _____ años

2. Sexo: masculino () femenino ()

3. Grado de instrucción:

Primaria () Secundaria () Superior ()

4. Procedencia: Urbano () Rural ()

5. Cirugías previas: Si () No ()

6. Días de hospitalización: _____

7. ¿De qué lo van a operar?

8. ¿De quién recibió más información acerca de su cirugía?

a) Médico b) Enfermera c) Interno de medicina d) Familiares e) Nadie

9. ¿Requiere más información de la cirugía? Si () No ()

ANEXO 3:

ESCALA DE NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA

La siguiente escala tiene la finalidad medir el nivel de información que usted ha recibido acerca de la cirugía que se le realizará. **Marque con aspa el casillero que usted crea conveniente**, por favor sea sincero en sus respuestas, no existe respuestas incorrectas ni correctas.

		1	2	3	4	5
		Muy poco	Poco	Regula r	Bastant e	Mucho
1	He recibido información acerca de la cirugía que me harán.					
2	He recibido información sobre la preparación que debo de tener antes de la cirugía (tiempo de ayuno, colocación de enema, etc.)					
3	He recibido información sobre los cuidados que debo tener después de la operación.					
4	He recibido información de las posibles complicaciones de la cirugía					
5	He recibido información sobre el tipo de anestesia que recibiré					
6	¿Sabe en qué consiste la cirugía que le van realizar?					
7	He podido realizar preguntas acerca de la cirugía					
8	He comprendido la información que me han brindado					
9	¿Le informaron sobre cómo será la herida operatoria?					
10	¿Le parece suficiente la información que recibió?					
11	¿Ha entendido las palabras que el médico ha utilizado para informarle de la cirugía?					
12	¿La información que le dieron sobre la cirugía pudo aclarar las dudas que tenía?					

ANEXO 4:

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

En el siguiente cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente y marque con una X el recuadro que indique **cuanto le ha afectado en la última semana, incluyendo hoy.**

		0	1	2	3
		En absoluto no	leve	moderado	Severo
1	Torpe o entumecido				
2	Acalorado				
3	Con temblor en las piernas				
4	Incapaz de relajarse				
5	Con temor a que ocurra lo peor				
6	Mareado, o que se le va la cabeza				
7	Con latidos fuertes del corazón y acelerados				
8	Inestable				
9	Atemorizado o asustado				
10	Nervioso				
11	Con sensación de bloqueo				
12	Con temblores en las manos				
13	Inquieto, inseguro				
14	Con miedo a perder el control				
15	Con sensación de ahogo				
16	Con temor a morir				
17	Con miedo				
18	Con problemas digestivos				
19	Con desvanecimientos				
20	Con rubor facial				
21	Con sudores fríos o calientes.				

PUNTUACIÓN: _____

CALIFICACIÓN DE LA ESCALA DE NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA

		1	2	3	4	5
		Muy poco	Poco	Regular	Bastante	Mucho
1	He recibido información acerca de la cirugía que me harán.	1	2	3	4	5
2	He recibido información sobre la preparación que debo de tener antes de la cirugía (tiempo de ayuno, colocación de enema, etc.)	1	2	3	4	5
3	He recibido información sobre los cuidados que debo tener después de la operación.	1	2	3	4	5
4	He recibido información de las posibles complicaciones de la cirugía	1	2	3	4	5
5	He recibido información sobre el tipo de anestesia que recibiré	1	2	3	4	5
6	¿Sabe en qué consiste la cirugía que le van realizar?	1	2	3	4	5
7	He podido realizar preguntas acerca de la cirugía	1	2	3	4	5
8	He comprendido la información que me han brindado	1	2	3	4	5
9	¿Le informaron sobre cómo será la herida operatoria?	1	2	3	4	5
10	¿Le parece suficiente la información que recibió?	1	2	3	4	5
11	¿Ha entendido las palabras que el médico ha utilizado para informarle de la cirugía?	1	2	3	4	5
12	¿La información que le dieron sobre la cirugía pudo aclarar las dudas que tenía?	1	2	3	4	5

Rango de calificación:

Nivel de información preoperatoria	
Bajo	12 – 27
Medio	28 – 43
Alto	44 - 60

CALIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

		0	1	2	3
		En absoluto no	leve	moderado	Severo
1	Torpe o entumecido	0	1	2	3
2	Acalorado	0	1	2	3
3	Con temblor en las piernas	0	1	2	3
4	Incapaz de relajarse	0	1	2	3
5	Con temor a que ocurra lo peor	0	1	2	3
6	Mareado, o que se le va la cabeza	0	1	2	3
7	Con latidos fuertes del corazón y acelerados	0	1	2	3
8	Inestable	0	1	2	3
9	Atemorizado o asustado	0	1	2	3
10	Nervioso	0	1	2	3
11	Con sensación de bloqueo	0	1	2	3
12	Con temblores en las manos	0	1	2	3
13	Inquieto, inseguro	0	1	2	3
14	Con miedo a perder el control	0	1	2	3
15	Con sensación de ahogo	0	1	2	3
16	Con temor a morir	0	1	2	3
17	Con miedo	0	1	2	3
18	Con problemas digestivos	0	1	2	3
19	Con desvanecimientos	0	1	2	3
20	Con rubor facial	0	1	2	3
21	Con sudores fríos o calientes.	0	1	2	3

Rango de calificación:

Grado de Ansiedad	
Ansiedad mínima	0 – 7
Ansiedad leve	8 – 15
Ansiedad moderada	16 – 25
Ansiedad severa	26 – 63

PRUEBA DE CONFIABILIDAD
ESCALA DE NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	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
,916	12

Correlación Pearson por ítem	
P1	,777**
P2	,634*
P3	,896**
P4	,794**
P5	,389
P6	,777**
P7	,848**
P8	,880**
P9	,771**
P10	,755*
P11	,685*
P12	,644*
suma	1

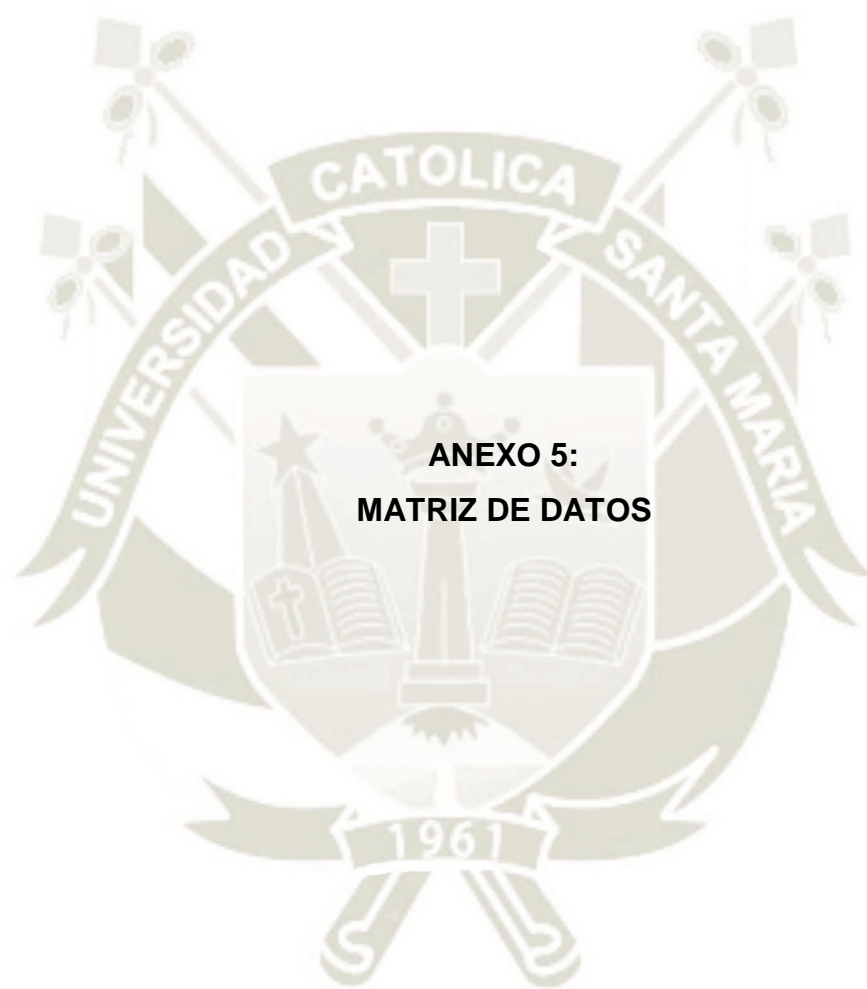
*La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

**La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

ítem	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	SUMA
1	4	1	1	1	1	1	2	2	3	2	3	2	23
2	2	4	2	1	2	3	1	2	2	1	2	2	24
3	3	2	2	3	4	2	1	3	2	3	2	3	30
4	3	3	3	1	2	3	1	2	3	4	2	2	29
5	3	4	3	1	5	4	2	2	4	3	1	1	33
6	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	5	5	53
7	3	4	3	1	4	3	3	3	3	2	3	3	35
8	1	2	1	1	3	3	1	2	1	1	2	3	21
9	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	45
10	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	2	2	40
Varianza	1.16	1.16	1.21	1.49	2.09	1.16	1.29	0.76	1	1.36	1.24	1.21	94.61

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right] \quad \text{SUMA VARIANZA} = 15.13$$

$$\alpha = \frac{12}{11} \left[1 - \frac{15.13}{94.61} \right] = 0.916$$



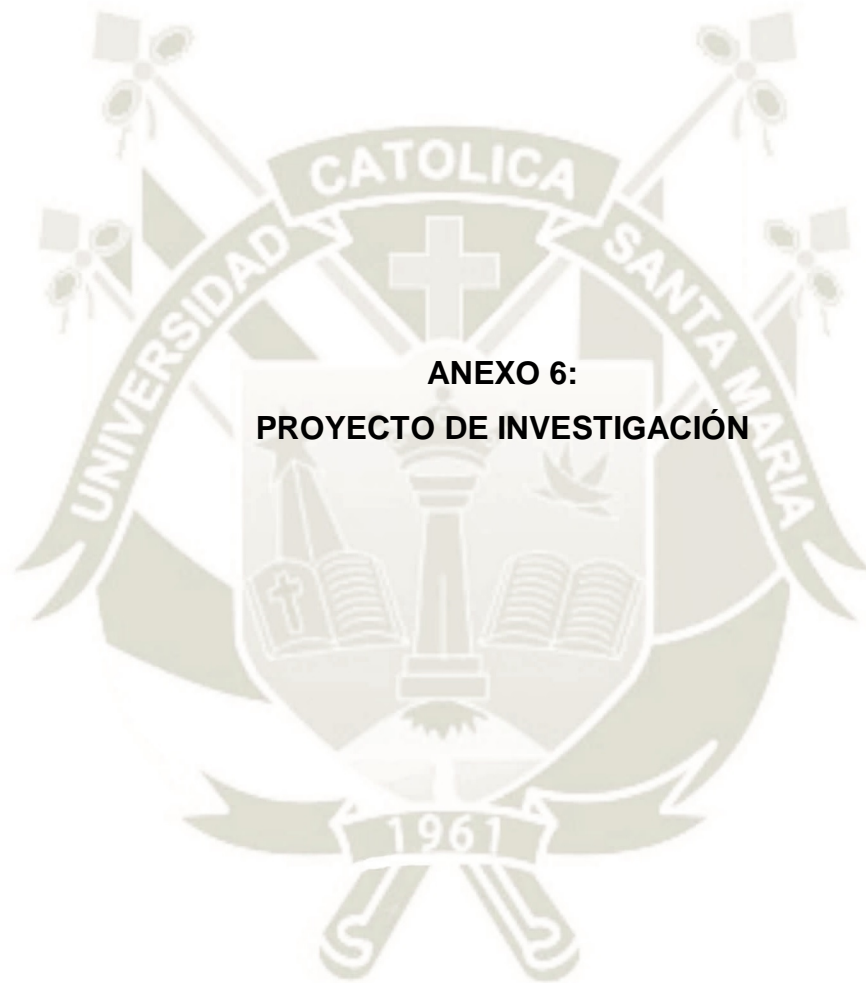
**ANEXO 5:
MATRIZ DE DATOS**

Nº ficha	hospital	especialidad	edad	rango edad	sexo	grado intruccion	ocedencia	Cx previa	DDH	estancia hospital	contimiento	DX preoperatorio	plan	¿coincide con la historia?	¿recibio informacion de enfermeria?	¿quiere informacion de enfermeria?	¿escala informacion de enfermeria?	¿nivel informacion de enfermeria?	puntaje BAI	nivel ansiedad
1	Goyeneche	c. general	44	41-50	femenino	secundaria	urbano	no	10	5-10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	medico	si	35	medio	8	A. leve
2	Goyeneche	c. general	60	51-60	femenino	secundaria	urbano	si	11	>10	si	hernia inguinal	hernioplastia	si	medico	no	31	medio	12	A. leve
3	Goyeneche	c. general	45	41-50	femenino	secundaria	urbano	no	10	5-10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	medico	si	20	bajo	17	A. moderada
4	Goyeneche	c. general	33	31-40	femenino	secundaria	urbano	no	9	5-10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	medico	no	46	alto	3	A. minima
5	Goyeneche	c. general	28	21-30	femenino	superior	urbano	no	12	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	medico	no	45	alto	1	A. minima
6	Goyeneche	c. general	23	21-30	femenino	superior	urbano	no	8	5-10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	medico	no	48	alto	3	A. minima
7	Goyeneche	c. general	38	31-40	femenino	superior	urbano	no	11	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	medico	si	24	bajo	7	A. minima
8	Goyeneche	c. general	26	21-30	femenino	superior	urbano	no	14	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	interno medicina	no	39	medio	4	A. minima
9	Goyeneche	c. general	50	41-50	femenino	primaria	rural	no	10	5-10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	interno medicina	si	23	bajo	13	A. leve
10	Goyeneche	c. general	48	41-50	femenino	secundaria	urbano	si	12	>10	si	hernia umbilical + diastasis de recto	hernioplastia	si	medico	no	40	medio	12	A. leve
11	Goyeneche	c. general	47	41-50	masculino	Secundaria	urbano	si	12	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colecistectomia incisional	si	medico	si	29	medio	11	A. leve
12	Goyeneche	c. general	31	31-40	femenino	Superior	urbano	si	5	5-10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	medico	si	31	medio	12	A. leve
13	Goyeneche	c. general	23	21-30	femenino	Superior	rural	si	12	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	medico	si	21	bajo	18	A. moderada
14	Goyeneche	c. general	56	51-60	masculino	secundaria	urbano	no	14	>10	si	colecistitis cronica litiasica +coledocolitiasis	colecistectomia incisional + derivacion biliar	no	medico	si	30	medio	10	A. leve
15	Goyeneche	c. general	45	41-50	masculino	Secundaria	rural	no	28	>10	no	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	medico	no	33	medio	5	A. minima
16	Goyeneche	c. general	26	21-30	femenino	Secundaria	rural	no	13	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	interno medicina	si	35	medio	4	A. minima
17	Goyeneche	c. general	21	21-29	masculino	Superior	urbano	no	9	5-10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	medico	si	36	medio	10	A. leve
18	Goyeneche	c. general	23	21-29	masculino	superior	urbano	no	5	5-10	no	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	medico	si	28	medio	1	A. minima
19	Goyeneche	c. general	49	40-49	femenino	Secundaria	rural	si	9	5-10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	no	interno medicina	no	23	bajo	16	A. moderada
20	Goyeneche	ORL	18	≤20	masculino	secundaria	urbano	no	2	<5	si	desviacion septal	septoplastia	si	medico	si	31	medio	1	A. minima
21	Goyeneche	traumatologia	24	21-30	masculino	Secundaria	urbano	no	17	>10	no	fx de clavícula derecha desplazada	reduccion cruenta de clavícula	si	medico	no	29	medio	12	A. leve
22	Goyeneche	traumatologia	61	61-70	femenino	Secundaria	urbano	no	11	>10	no	fx cerrada de tobillo	reduccion cruenta + osteosintesis	si	medico	si	31	medio	15	A. leve
23	Goyeneche	traumatologia	26	21-30	masculino	Secundaria	urbano	no	5	5-10	no	fx expuesta de carpo	reduccion cruenta + osteosintesis	si	medico	si	26	bajo	8	A. leve
24	Goyeneche	traumatologia	30	21-30	masculino	Secundaria	urbano	no	17	>10	no	fx plafon tibial izquierdo	reduccion cruenta + osteosintesis	si	medico	si	32	medio	0	A. minima
25	Goyeneche	traumatologia	49	41-50	masculino	primaria	urbano	si	9	5-10	no	pseudoartrosis tibia distal izquierda	reduccion cruenta + osteosintesis	si	medico	si	35	medio	17	A. moderada
26	norio Delgado	c. general	41	41-50	femenino	Secundaria	urbano	si	11	>10	si	colecistitis aguda litiasica	colelap	si	medico	si	24	bajo	18	A. moderada
27	norio Delgado	c. general	44	41-50	femenino	Secundaria	urbano	no	12	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	interno medicina	si	24	bajo	13	A. leve
28	norio Delgado	c. general	54	51-60	masculino	Secundaria	urbano	si	13	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	interno medicina	si	25	bajo	17	A. moderada
29	norio Delgado	c. general	47	41-50	femenino	secundaria	urbano	si	12	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	familiares	si	24	bajo	9	A. leve
30	norio Delgado	traumatologia	37	31-40	masculino	Secundaria	rural	no	24	>10	si	fx bimalleolar de tobillo derecho	reduccion cruenta + osteosintesis	si	medico	si	32	medio	3	A. minima
31	norio Delgado	traumatologia	59	51-60	masculino	Superior	urbano	si	24	>10	si	fx metafisaria de tibia y peroné	reduccion cruenta + osteosintesis	si	medico	no	53	alto	0	A. minima
32	norio Delgado	c. general	52	51-60	femenino	primaria	urbano	si	14	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	no	medico	si	25	bajo	11	A. leve
33	norio Delgado	c. general	22	21-30	femenino	Superior	urbano	no	12	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	medico	si	41	medio	7	A. minima
34	norio Delgado	c. general	22	21-30	femenino	Secundaria	urbano	no	19	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	interno medicina	si	42	medio	16	A. moderada
35	norio Delgado	c. general	51	51-60	femenino	Secundaria	urbano	si	13	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	medico	si	42	medio	5	A. minima
36	norio Delgado	traumatologia	59	51-60	masculino	Superior	urbano	si	28	>10	si	fx de tibia y perone	reduccion cruenta + osteosintesis	si	medico	si	22	bajo	17	A. moderada
37	Goyeneche	ORL	28	21-30	femenino	Superior	urbano	no	1	<5	si	desviacion septal	septoplastia	si	medico	si	35	medio	8	A. leve
38	Goyeneche	c. general	57	51-60	femenino	primaria	Urbano	si	5	5-10	si	colecistitis aguda litiasica	colelap	si	enfermera	si	24	bajo	8	A. leve
39	norio Delgado	c. plástica	59	51-60	masculino	Secundaria	rural	no	23	>10	si	enf. Dupuytren	zetoplastia	no	medico	si	43	medio	0	A. leve
40	norio Delgado	traumatologia	46	41-50	masculino	Secundaria	urbano	no	24	>10	si	pie diabetic	amputacion de 1er dedo pie izquierdo	si	medico	no	55	alto	4	A. minima
41	norio Delgado	ORL	31	31-40	masculino	Superior	rural	no	1	<5	si	deformidad septopiramidal	rinoseptoplastia funcional	si	medico	si	21	bajo	21	A. moderada
42	norio Delgado	c. general	47	41-50	femenino	Superior	urbano	no	14	>10	si	colecistitis aguda litiasica	colelap	si	medico	no	23	bajo	19	A. moderada
43	norio Delgado	c. general	32	31-40	femenino	Secundaria	urbano	si	13	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colelap	si	interno medicina	no	45	alto	2	A. minima
44	norio Delgado	traumatologia	44	41-50	femenino	Secundaria	rural	si	18	>10	si	fx de Maisonneuve	reduccion cruenta	si	medico	si	33	medio	8	A. leve
45	norio Delgado	traumatologia	32	31-40	femenino	Superior	urbano	no	9	5-10	si	luxofractura de tobillo izquierdo	reduccion cruenta + osteosintesis	si	interno medicina	si	30	medio	14	A. leve
46	norio Delgado	traumatologia	58	51-60	femenino	Superior	urbano	si	9	5-10	si	PO de fx de tobillo izquierdo	reduccion de material de osteosintesis	si	interno medicina	si	27	bajo	3	A. minima
47	Goyeneche	c. general	56	51-60	femenino	Secundaria	rural	si	14	>10	si	colecistitis aguda litiasica	colecistectomia incisional	si	familiares	si	24	bajo	1	A. minima
48	Goyeneche	c. general	24	21-30	femenino	Secundaria	urbano	no	7	5-10	si	colecistitis aguda litiasica	colelap	si	medico	si	40	medio	11	A. leve
49	Goyeneche	c. general	44	41-50	masculino	Secundaria	urbano	si	10	>10	si	hernia inguinal bilateral directa	hernioplastia bilateral	si	medico	si	28	medio	9	A. leve
50	Goyeneche	c. general	57	51-60	femenino	primaria	urbano	no	13	>10	si	colecistitis cronica reagudizada	colelap	no	familiares	si	17	bajo	16	A. moderada

Nº ficha	hospital	especialidad	edad	rango edad	sexo	grado instrucc	procedencia	dx previa	DDH	estancia hnt	momento	DX preoperatorio	plan	coincide con la	recibo informacion de	fuere informacion	escala inform	nivel informacion	puntaje BAI	nivel ansiedad
51	horio Delgado	c. general	49	41-50	masculino	Secundaria	urbano	si	20	>10	si	eventracion abdominal	troplastia + colocacion de r	si	medico	si	28	medio	5	A. minima
52	horio Delgado	c. general	26	21-30	femenino	Secundaria	urbano	no	12	>10	si	colecistitis	colec lap	si	medico	si	18	medio	20	A. moderada
53	horio Delgado	traumatologia	48	41-50	masculino	Secundaria	urbano	si	27	>10	si	luxofratura de tobillo izquierdo	uccion cruenta + osteosinte	si	interno medicina	si	29	medio	7	A. minima
54	Goyeneche	c. general	69	61-70	femenino	Secundaria	urbano	si	7	5-10	si	hernia epigastrica no complicada	hernioplastia sin tension	si	interno medicina	no	19	bajo	28	A. severa
55	Goyeneche	traumatologia	25	21-30	masculino	Secundaria	urbano	no	11	>10	si	fx de rotula izquierda	uccion cruenta + osteosinte	si	medico	no	45	alto	11	A. leve
56	Goyeneche	traumatologia	25	21-30	masculino	Secundaria	urbano	no	10	5-10	si	fx diafisaria cubito radio	uccion cruenta + osteosinte	si	interno medicina	no	39	medio	3	A. minima
57	Goyeneche	ORL	22	21-30	masculino	Secundaria	urbano	no	1	<5	si	desviacion septal izquierda	septoplastia	si	medico	no	38	medio	4	A. minima
58	Goyeneche	ORL	19	≤20	femenino	Secundaria	urbano	no	1	<5	si	quistes tirogloso	tecnic sistronk	si	medico	si	39	medio	2	A. minima
59	Goyeneche	c. general	41	41-50	masculino	Superior	urbano	no	10	5-10	si	colecistitis aguda litiasica	colec lap	si	medico	si	39	medio	12	A. leve
60	Goyeneche	urologia	22	21-30	masculino	Superior	urbano	no	5	5-10	si	ureterolitiasis	ureterolitotomia	si	interno medicina	si	31	medio	2	A. leve
61	Goyeneche	urologia	65	61-70	masculino	Secundaria	urbano	si	7	5-10	no	hipertrofia benigna de prostata	adenectomia de prostata	si	medico	si	19	bajo	0	A. minima
62	horio Delgado	ORL	64	61-70	masculino	Secundaria	urbano	no	1	<5	si	desviacion septal	septoplastia	si	medico	si	36	medio	13	A. leve
63	horio Delgado	c. general	26	21-30	masculino	Superior	urbano	no	8	5-10	si	colecistitis aguda litiasica	colec lap + cio	si	interno medicina	no	30	medio	18	A. moderada
64	horio Delgado	c. general	41	41-50	femenino	Superior	urbano	no	10	5-10	si	colecistitis	colec lap	si	medico	si	26	bajo	11	A. leve
65	horio Delgado	c. general	31	31-40	masculino	Superior	urbano	no	3	<5	si	quistes hidatidico hepatico	laparotomia exploratoria	si	medico	si	35	medio	11	A. leve
66	horio Delgado	c. general	41	41-50	masculino	Secundaria	urbano	no	8	5-10	si	colecistitis aguda litiasica	colec lap	si	interno medicina	si	36	medio	4	A. minima
67	horio Delgado	c. general	19	≤20	femenino	Secundaria	rural	no	12	>10	si	colecistitis	colec lap	si	medico	si	19	bajo	12	A. leve
68	horio Delgado	c. general	43	41-50	femenino	Secundaria	rural	no	9	5-10	no	colecistitis aguda litiasica	colec lap	si	familiares	si	24	bajo	15	A. moderada
69	horio Delgado	c. general	48	41-50	femenino	Secundaria	urbano	no	10	5-10	si	hernia inguinal bilateral	hernioplastia	si	interno medicina	si	18	bajo	27	A. severa
70	Goyeneche	c. general	51	51-60	femenino	Secundaria	rural	si	9	5-10	si	hernia epigastrica no complicada	hernioplastia	si	interno medicina	si	33	medio	8	A. leve
71	Goyeneche	c. general	60	51-60	femenino	secundaria	urbano	no	8	5-10	si	colecistitis cronica litiasica	colec lap	si	interno medicina	si	15	bajo	26	A. severa
72	Goyeneche	c. general	55	51-60	masculino	secundaria	urbano	no	6	5-10	si	colecistitis cronica litiasica	colec lap	si	medico	si	27	bajo	15	A. leve
73	Goyeneche	c. general	47	41-50	femenino	secundaria	urbano	si	7	5-10	si	colecistitis cronica litiasica	colec lap	si	medico	si	40	medio	5	A. minima
74	horio Delgado	traumatologia	22	21-30	femenino	superior	urbano	no	12	>10	si	exposura de tibia y perone derecho	uccion cruenta + osteosinte	si	medico	no	48	alto	42	A. severa
75	horio Delgado	traumatologia	29	21-30	femenino	superior	urbano	no	29	>10	si	lesion de menisco lateral	artroscopia	si	medico	si	29	medio	5	A. minima
76	horio Delgado	c. general	22	21-30	femenino	secundaria	urbano	si	7	5-10	si	colecistitis	colec lap	si	interno medicina	si	21	bajo	11	A. leve
77	horio Delgado	c. general	47	41-50	femenino	superior	urbano	si	7	5-10	si	colecistitis aguda litiasica	colec lap	si	interno medicina	si	28	medio	15	A. leve
78	horio Delgado	c. general	30	21-30	masculino	superior	urbano	no	8	5-10	si	colecistitis aguda litiasica	colec lap	si	medico	si	15	bajo	10	A. leve
79	horio Delgado	c. general	27	21-30	femenino	superior	urbano	si	8	5-10	si	colecistitis aguda litiasica	colec lap	si	medico	no	44	alto	2	A. minima
80	horio Delgado	traumatologia	40	31-40	masculino	primaria	rural	si	10	5-10	si	fx de femur	uccion cruenta + osteosinte	si	medico	no	44	alto	10	A. leve
81	horio Delgado	c. general	34	31-40	masculino	secundaria	rural	no	14	>10	si	quistes hidatidico hepatico	laparotomia exploratoria	si	interno medicina	si	15	bajo	12	A. leve
82	horio Delgado	traumatologia	30	21-30	masculino	secundaria	urbano	no	19	>10	si	fx diafisaria de humero izquierdo	uccion cruenta + osteosinte	si	medico	no	25	bajo	7	A. minima
83	horio Delgado	traumatologia	46	41-50	masculino	superior	urbano	no	19	>10	si	fractura intertrocanterica de femur derecho	uccion cruenta + osteosinte	si	medico	si	54	alto	2	A. minima
84	horio Delgado	c. general	49	41-50	masculino	secundaria	urbano	si	9	5-10	si	portador de colostomia	restitucion colonica	si	interno medicina	si	29	medio	15	A. leve
85	horio Delgado	c. general	29	21-30	masculino	secundaria	urbano	no	7	5-10	si	colecistitis aguda litiasica	colec lap	si	medico	si	24	bajo	32	A. severa
86	horio Delgado	traumatologia	34	31-40	masculino	secundaria	urbano	no	7	5-10	no	luxofratura de tobillo izquierdo	uccion cruenta + osteosinte	si	interno medicina	si	21	bajo	18	A. moderada
87	horio Delgado	c. general	69	61-70	masculino	primaria	rural	no	6	5-10	si	hernia inguinal derecha	hernioplastia	si	medico	si	19	bajo	16	A. moderada
88	horio Delgado	c. general	62	61-70	masculino	secundaria	urbano	no	13	>10	si	colecistitis	colecistectomia incisional	si	interno medicina	si	26	bajo	26	A. severa
89	horio Delgado	c. general	54	51-60	masculino	secundaria	urbano	si	8	5-10	si	fistula enterocutanea	laparotomia exploratoria	no	medico	si	28	medio	6	A. minima
90	horio Delgado	c. general	35	31-40	femenino	superior	urbano	no	11	>10	si	colecistitis	colec lap	si	medico	si	45	alto	5	A. minima
91	Goyeneche	c. general	42	41-50	femenino	primaria	urbano	si	11	>10	si	eventracion abdominal	eventroplastia	si	medico	si	39	medio	10	A. leve
92	Goyeneche	c. general	43	41-50	femenino	secundaria	urbano	no	8	5-10	si	colecistitis cronica litiasica	colec lap	si	familiares	si	22	medio	12	A. leve
93	Goyeneche	c. general	45	41-50	femenino	superior	urbano	no	11	>10	si	colecistitis cronica litiasica	colec lap	si	medico	si	26	bajo	32	A. severa
94	Goyeneche	c. general	47	41-50	femenino	secundaria	urbano	no	7	5-10	si	colecistitis cronica litiasica	colec lap	si	medico	si	38	medio	14	A. leve
95	Goyeneche	c. general	48	41-50	masculino	secundaria	urbano	si	6	5-10	si	hemorroides internas	hemorroidectomia	si	medico	si	27	bajo	20	A. moderada
96	Goyeneche	c. general	62	61-70	masculino	secundaria	urbano	si	12	>10	si	coledocolitiasis de novo	derivacion biliodigestiva	si	medico	si	22	bajo	27	A. severa
97	Goyeneche	traumatologia	25	21-30	masculino	superior	urbano	no	8	5-10	si	fx diafisaria de humero izquierdo	uccion cruenta + osteosinte	si	medico	si	46	alto	1	A. minima
98	Goyeneche	traumatologia	50	41-50	masculino	secundaria	urbano	si	13	>10	si	fx tobillo derecho	ro de material de osteosinte	si	medico	si	32	medio	5	A. minima
99	horio Delgado	traumatologia	65	61-70	femenino	primaria	urbano	si	12	>10	si	fx de tobillo izquierdo	uccion cruenta + osteosinte	si	medico	si	23	bajo	19	A. moderada
100	Goyeneche	c. general	32	31-40	femenino	secundaria	urbano	si	7	5-10	si	colecistitis cronica reagudizada	colec lap	si	interno medicina	si	28	medio	17	A. moderada
101	Goyeneche	c. general	29	21-30	femenino	superior	urbano	si	8	5-10	si	colecistitis aguda litiasica	colecistectomia incisional	si	interno medicina	si	30	medio	20	A. moderada

N°	Nivel de información												SUMA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	3	2	2	2	3	3	3	3	4	3	4	3	35
2	3	2	1	1	3	3	1	3	4	4	4	2	31
3	1	1	1	1	3	2	1	2	1	2	3	2	20
4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	4	4	4	44
5	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	45
6	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5	4	4	48
7	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	30
8	3	3	2	3	4	3	2	2	5	3	5	4	39
9	3	2	2	1	2	2	2	1	2	3	2	1	23
10	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	40
11	2	3	1	2	1	2	3	3	3	3	3	3	29
12	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	31
13	2	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2	1	21
14	4	4	1	2	1	3	1	4	1	3	3	3	30
15	3	3	1	3	2	2	3	3	3	4	3	3	33
16	4	4	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	35
17	3	1	3	3	1	4	4	3	4	3	4	3	36
18	3	1	2	2	1	4	1	3	3	2	3	3	28
19	1	3	1	3	1	2	3	2	2	1	2	2	23
20	2	4	1	2	4	3	4	2	3	2	2	2	31
21	3	3	1	3	1	3	1	3	3	4	4	3	32
22	1	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	2	29
23	2	1	1	3	1	3	1	3	3	2	3	3	26
24	2	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	32
25	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	2	3	35
26	2	2	1	1	1	2	2	3	3	2	3	2	24
27	3	2	1	1	4	2	2	2	1	2	3	1	24
28	2	1	1	1	3	2	2	3	2	3	3	2	25
29	2	4	2	1	2	3	1	2	2	1	2	2	24
30	3	2	3	2	3	3	1	3	1	3	4	4	32
31	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	5	5	53
32	4	4	1	1	1	2	1	2	2	3	2	2	25
33	4	4	1	4	5	4	1	4	4	3	5	2	41
34	3	4	3	3	2	4	4	4	4	3	4	4	42
35	4	4	1	1	5	4	4	4	4	4	4	3	42
36	2	2	2	1	1	1	1	4	1	1	4	2	22
37	3	4	3	1	4	3	3	3	3	2	3	3	35
38	2	5	1	1	1	3	1	3	4	1	1	1	24
39	5	5	1	3	1	1	3	5	5	4	5	5	43
40	5	5	5	5	1	4	5	5	5	5	5	5	55
41	1	2	1	1	3	3	1	2	1	1	2	3	21
42	4	1	1	1	1	1	2	2	3	2	3	2	23
43	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	45
44	3	4	1	1	5	4	2	2	4	3	2	2	33
45	3	2	2	3	4	2	1	3	2	3	2	3	30
46	2	1	1	2	3	3	1	2	4	2	4	2	27
47	2	1	1	1	4	2	2	2	2	1	1	5	24
48	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	2	2	40
49	2	2	2	1	3	2	2	3	3	3	2	3	28
50	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	17
51	2	3	2	4	4	3	1	2	3	1	1	2	28
52	2	2	1	1	2	1	3	1	1	1	2	1	18
53	3	3	3	1	2	3	1	2	3	4	2	2	29
54	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	2	19
55	3	4	5	2	1	5	4	4	4	4	5	4	45
56	3	3	3	4	3	2	3	3	3	4	5	3	39
57	2	2	2	2	3	3	3	4	5	4	3	5	38
58	4	4	3	2	2	3	2	4	5	4	3	3	39
59	3	3	3	2	3	3	4	3	4	3	4	4	39
60	2	4	3	2	4	3	4	2	2	2	1	2	31
61	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	19
62	5	4	2	2	1	5	5	5	1	1	1	4	36
63	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	30
64	2	1	1	1	1	4	1	4	4	2	4	1	26
65	2	4	1	1	1	5	1	5	5	4	4	2	35
66	4	3	5	4	3	4	2	4	1	2	2	2	36
67	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	19
68	2	1	1	1	1	2	1	1	3	4	3	4	24
69	1	1	1	1	1	2	5	2	1	1	1	1	18
70	2	3	1	1	1	3	3	4	4	4	4	3	33
71	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	15
72	3	2	2	1	2	2	3	2	3	3	2	2	27
73	4	3	4	2	3	3	3	3	4	4	4	3	40
74	5	2	3	1	5	5	5	5	5	4	4	4	48
75	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	29
76	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	4	2	21
77	1	1	1	1	3	3	1	3	3	4	3	4	28
78	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	15
79	4	4	4	1	4	4	4	4	3	3	5	4	44
80	3	3	3	1	4	4	4	4	5	5	4	4	44
81	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	15
82	1	2	1	2	3	4	2	3	1	1	3	2	25
83	5	5	5	5	5	2	5	5	2	5	5	5	54
84	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	3	29
85	2	4	2	1	1	2	3	3	1	2	1	2	24
86	2	2	2	1	3	2	3	2	1	1	1	1	21
87	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	19
88	2	1	1	1	2	1	3	3	3	3	3	3	26
89	3	3	3	1	2	1	1	2	3	3	3	3	28
90	4	4	4	2	4	4	3	4	4	4	4	4	45
91	4	3	3	2	4	3	1	5	3	5	3	3	39
92	2	1	2	1	1	2	1	1	5	3	2	2	22
93	3	2	1	1	4	4	4	2	1	1	2	1	26
94	3	3	2	1	3	3	3	4	4	4	4	4	38
95	2	2	3	1	3	2	3	2	2	3	2	2	27
96	2	1	1	1	2	1	2	1	3	3	3	2	22
97	5	4	4	2	4	4	4	3	3	5	5	3	46
98	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	32
99	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	23
100	2	1	2	1	3	1	2	2	1	5	4	4	28
101	3	3	1	1	1	2	3	2	3	1	4	3	30

N°	Puntuación BAI																					suma	nivel de ansiedad
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
1	0	1	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	8	A. leve
2	1	1	0	1	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	12	A. leve
3	1	1	0	1	2	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	2	17	A. moderada
4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	A. minima
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	A. minima
6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	A. minima
7	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	7	A. minima
8	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	A. minima
9	0	1	0	0	1	0	1	0	2	2	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	2	13	A. leve
10	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	2	2	0	0	1	12	A. leve
11	1	0	1	0	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	11	A. leve
12	1	3	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1	12	A. leve
13	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	2	0	1	3	2	1	1	1	1	18	A. moderada
14	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	10	A. leve
15	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	A. minima
16	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	A. minima
17	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	10	A. leve
18	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	A. minima
19	0	0	0	2	2	0	0	1	2	0	0	1	2	1	2	1	1	0	0	1	1	16	A. moderada
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	A. minima
21	2	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	12	A. leve
22	0	1	1	1	1	1	0	2	3	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	15	A. leve
23	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	8	A. leve
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A. minima
25	1	0	1	1	1	0	0	2	2	2	0	0	1	0	1	2	2	0	0	0	1	17	A. moderada
26	0	1	1	2	2	0	1	2	2	1	0	1	1	0	0	1	2	1	0	0	1	18	A. moderada
27	0	0	0	1	1	0	1	0	2	2	0	1	1	0	0	1	2	0	0	0	1	13	A. leve
28	0	1	0	1	2	1	1	0	2	2	0	1	1	0	0	1	2	0	0	1	1	17	A. moderada
29	2	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	9	A. leve
30	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	A. minima
31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A. minima
32	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	11	A. leve
33	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	7	A. minima
34	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	16	A. moderada
35	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	A. minima
36	3	3	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	17	A. moderada
37	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	8	A. leve
38	2	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	8	A. leve
39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A. leve
40	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	A. minima
41	1	2	1	2	3	0	1	1	2	1	0	1	1	0	0	3	1	0	0	1	0	21	A. moderada
42	2	1	0	2	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	19	A. moderada
43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	A. minima
44	1	0	1	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	A. leve
45	2	2	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	14	A. leve
46	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	A. minima
47	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	A. minima
48	2	0	0	1	2	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	11	A. leve
49	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	0	1	2	0	0	0	0	9	A. leve
50	1	1	0	1	2	0	0	1	1	2	0	1	1	0	0	1	2	0	0	0	2	16	A. moderada
51	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	5	A. minima
52	1	1	1	1	1	0	2	1	1	3	2	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0	20	A. moderada
53	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	7	A. minima
54	2	2	1	2	1	2	0	2	3	2	1	1	0	0	2	2	1	2	0	1	2	28	A. severa
55	0	1	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	11	A. leve
56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	A. minima
57	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4	A. minima
58	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	A. minima
59	1	1	0	1	2	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	12	A. leve
60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	A. leve
61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A. minima
62	1	2	0	0	0	1	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	13	A. leve
63	0	1	0	2	2	0	1	1	2	2	1	0	2	1	0	1	2	0	0	0	0	18	A. moderada
64	2	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	11	A. leve
65	0	1	0	1	2	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	11	A. leve
66	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	A. minima
67	0	0	0	1	2	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	2	0	0	1	0	12	A. leve
68	2	2	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	2	0	0	1	0	0	15	A. moderada
69	2	1	0	2	1	0	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	3	0	1	1	27	A. severa
70	3	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	A. leve
71	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	0	1	1	0	0	2	2	1	1	3	2	26	A. severa
72	2	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	1	3	1	1	0	0	15	A. leve
73	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	A. minima
74	1	3	3	2	3	1	3	1	3	3	2	3	3	3	0	2	3	1	0	0	2	42	A. severa
75	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	A. minima
76	0	2	0	1	2	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	11	A. leve
77	2	0	0	0	0	1	2	1	2	1	0	0	2	1	0	0	2	0	0	0	1	15	A. leve
78	1	1	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	10	A. leve
79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	A. minima
80	3	2																					



**ANEXO 6:
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**NIVEL DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y GRADO DE
ANSIEDAD EN PACIENTES CON PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA
EN DOS HOSPITALES NIVEL III DE AREQUIPA 2020**

Proyecto de Tesis presentada por la
Bachiller:

Gutiérrez Valeriano, Rebeca Elizabeth

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesora: Dra. Llaza Loayza, Elisa Gloria

Arequipa- Perú

2020

I. PREÁMBULO

La perspectiva de una intervención quirúrgica genera en distinta medida distintos tipos de reacciones en los pacientes, aparte de aceptar la necesidad de la cirugía y de otros procedimientos para tal fin, como lo es la toma de exámenes de sangre, exámenes imagenológicos y el planeamiento del tipo de abordaje quirúrgico, dentro de todo ello, también se encuentra el momento en el que el paciente firma del consentimiento informado, como parte de su decisión libre de someterse al procedimiento, además de los beneficios que trae el proceder quirúrgico, las posibles complicaciones de la cirugía y que el paciente comprende ello y su firma se verifica que el paciente ha recibido y entendido la información facilitada por el profesional responsable de su tratamiento.

Además de ser un proceso necesario para que un paciente pueda ser intervenido quirúrgicamente, la duda surge si dicho proceso cumple con lo que realmente debería ser: "informado" en todo el sentido de la palabra, si el paciente realmente sabe el por qué debe ser operado, las posibles complicaciones que se pueden generar en el procedimiento, si el paciente pudo comprender la información que se le ha brindado y otros aspectos que abarcan dicho proceso o si solo se ha convertido en un documento más.

Hay muchos aspectos sobre los que influye la información que el paciente recibe por parte de sus médicos, no solo desde el punto de vista legal, sino también de la satisfacción que el paciente tiene de la atención que se le está brindando, el reforzamiento o el resquebrajamiento de la relación médico paciente, puesto que, un paciente informado se vuelve un colaborador activo en el proceso de su recuperación porque es más responsable con su enfermedad y su tratamiento por lo que es deducible que también podría influenciar en su salud mental, pudiendo generar estados de ansiedad.

La ansiedad es un estado mental en el que la persona experimenta sensación de angustia miedo y preocupación frente a situaciones o estímulos percibidos como peligrosos a una situación incierta, que puede expresarse mediante respuestas orgánicas y/o psicológicas. El momento previo a una intervención quirúrgica constituye desde ya una situación estresante para el paciente dependiendo de muchos factores, pudiendo estar entre ellas la información que

el paciente haya o no recibido del equipo médico que lo atiende. Hay estudios que intentan relacionar ambos aspectos sin embargo aún es controversial puesto que la información previa a la cirugía puede beneficiar a algunos pacientes, así como despertar temores en otros. Sin dejar de lado a familiares del paciente que pueden influenciar en un paciente poco informado en forma positiva o negativa, llegando a aumentar el estado ansioso del paciente. La comunicación acertada del médico con el paciente sobre aspectos básicos de la cirugía y el hecho de aclarar las dudas del paciente, puede incrementar su confianza y mejorar la relación con el personal médico con atención médica personalizada.

Considerando además que la ansiedad puede conducir a un aumento en los niveles de catecolaminas, hormonas adrenocorticales, entre otras, pudiendo afectar los diferentes tiempos de la cirugía, desde la etapa preoperatoria, con dificultades en la inducción anestésica, hasta la postoperatoria generando aumento del dolor postquirúrgico, el retraso de la curación y la prolongación de la estancia hospitalaria.

Esta situación motiva el análisis del tema en nuestro medio. El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de información acerca de varios aspectos de la cirugía que tienen los pacientes, desde su perspectiva, antes de ser intervenidos quirúrgicamente; además determinar el grado de ansiedad que pueden presentar y hallar la relación entre ambos. Dicho estudio se desarrolla en dos hospitales públicos nivel III de Arequipa.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

1.1 Enunciado del problema

Nivel de información preoperatoria y grado de ansiedad en pacientes con programación quirúrgica en dos hospitales nivel III de Arequipa 2020.

1.2 Descripción del problema

1.2.1 Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Ansiedad – información prequirúrgica

1.2.2 Análisis u operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
Nivel de información prequirúrgica	Escala tipo Likert de información prequirúrgica	-Alto: 44 - 60 -Medio: 28 - 43 -Bajo: 12 - 27	Ordinal
Grado de ansiedad	Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	-Minima:0-7 -Leve:8-15 -Moderada:16-25 -Grave:26-63	Ordinal
Otras variables	Sexo	-Femenino -Masculino	Nominal
	Edad	-Entre 18 y 70 años	Ordinal
	Grado de instrucción	-Primaria -Secundaria -Superior	Ordinal
	Procedencia	-Rural -Urbano	Nominal
	Cirugías previas	-Si -No	Nominal
	Días de hospitalización	<5 5-15 >15	Ordinal

	Firma de consentimiento informado	-Si -No	Nominal
	Necesidad de información	-Si -No	Nominal
	Fuente de información	-Médico -Interno medicina -Enfermera -Familiares -Nadie	Nominal

1.2.3 Interrogantes básicas

- ¿Cuál es nivel de información preoperatoria que tienen los pacientes con programación quirúrgica desde su perspectiva, en dos hospitales nivel III de Arequipa?
- ¿Cuál es el grado de ansiedad que presentan los pacientes antes de ser intervenidos quirúrgicamente?
- ¿Influye el nivel de información preoperatoria en el grado de ansiedad de los pacientes programados para cirugía?

1.2.4 Tipo de investigación

Estudio transversal – correlacional.

1.2.5 Nivel de investigación

Estudio descriptivo.

1.3 Justificación del problema

- Justificación Científica

A través de varias investigaciones se ha observado que los problemas psicológicos no están aislados de las salas quirúrgicas, la ansiedad en particular, puede afectar situaciones preoperatorias como en la inducción y el mantenimiento de la anestesia, así como el estado postquirúrgico y la recuperación luego del procedimiento. La información que recibe el paciente acerca de su enfermedad y cómo será intervenido, podría ser uno de los factores que estarían condicionando ansiedad en los pacientes, además que, la

comunicación médico paciente mejora la satisfacción del usuario y podría conllevar también a mejor apego al tratamiento y con ello a lograr mejores resultados para ambos.

- **Justificación Humana**

El paciente como persona debe ser abordado en todas sus esferas, no solo el componente físico, si bien es su principal problema, no es único que le aqueja, el escuchar al paciente, absolver sus dudas y darle confianza resulta importante como factor preventivo de estados de ansiedad, que se si bien estos pueden ser afrontados farmacológicamente, pueden ser afrontados también con el solo hecho de conversar y mejorar la relación médico- paciente.

- **Justificación Social**

La ansiedad constituye uno de los principales problemas sociales y de salud pública en la actualidad, pero que sin embargo muchas veces es dejado de lado sobre todo en hospitales públicos, en los que la demanda de pacientes es mayor y supone menos tiempo de acercamiento al paciente. La salud mental es una esfera importante del ser humano que debe ser reforzada y mayormente trabajada en todos los ámbitos.

- **Justificación Contemporánea**

Son pocos los estudios actuales acerca de la presencia de ansiedad en pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente con la aplicación de escalas que miden, además de la presencia de ansiedad o no en el paciente, la información que estos reciben y cuanto saben acerca de su patología antes de ser intervenidos quirúrgicamente, aun cuando ya firmaron un consentimiento informado.

- **Factibilidad**

El presente proyecto es factible y realizable, puesto que se trabaja en base a la realidad de nuestros hospitales públicos. Se cuenta

con los recursos humanos y materiales necesarios para la realización de este proyecto.

- **Justificación personal**

Al realizar mi internado médico en un hospital del MINSA como lo es el hospital Goyeneche pude observar de cerca la realidad del funcionamiento de un hospital de público, la demanda de pacientes, el factor tiempo en un hospital tan concurrido y de las condiciones en la que los pacientes llegan a una sala de operaciones; me motivó al estudio del área de psiquiatría de estos pacientes, que muchas veces es olvidado, pero que resulta importante y que nos ayudaría mejorar la salud mental de nuestros pacientes al abordar uno de los trastornos más comunes que aqueja a nuestra población, la ansiedad. Siendo la comunicación un elemento importante en la relación médico paciente, es necesario evaluar cuanto son informados los pacientes acerca de la cirugía a la que serán sometidos y de qué manera esto puede alterar su salud mental.

2. **Marco conceptual**

2.1 **Ansiedad**

2.1.1 **Concepto**

La ansiedad se define como aquel estado mental en la que una persona experimenta incomodidad, miedo, angustia, y preocupación; que se presentan ante una situación que para el ser humano representa una amenaza; también considerada como una reacción psicológica a factores estresantes, la que se manifiesta con componentes psicológicos y fisiológicos (1). El término ansiedad proviene del latín anxietas, refiriendo un estado de agitación e inquietud, representando una emoción displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de una manifestación somática. En términos generales la palabra ansiedad alude a mezcla de manifestaciones mentales y físicas que no se pueden atribuir a situaciones que representan peligros reales, sino que se

manifiestan en forma de crisis o como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico, no obstante, puede presentar otros síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Una de las características más llamativas de la ansiedad es su carácter anticipatorio, ya que posee la capacidad de prever la amenaza para la propia persona, lo que le da un valor funcional importante (2).

Todo el mundo experimenta ansiedad, que se caracteriza la mayoría de las veces por una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, a menudo acompañada de síntomas vegetativos como cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud y que se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante mucho tiempo. La constelación concreta de síntomas presentes durante la ansiedad tiende a variar entre los individuos (3).

2.1.2 Estadísticas

Según la Organización Mundial de la Salud (4), la proporción de población con trastorno de ansiedad en el año 2015 es estimado en 3.6%. además, es más común en mujeres con un 4.6% comparado con el 2.6% de los varones, a nivel mundial. De la misma forma en la región de las Américas se estima que un 7.7% de la población femenina sufre trastornos de ansiedad, comparado con el 3.6% hallado en los varones. En tanto que, si a edad nos referimos, encontramos que no hay una diferencia sustancial entre grupos de edad, aunque se puede decir que hay una menor prevalencia en grupos de mayor edad. Según las estadísticas halladas en la Organización Mundial de la Salud, también se puede observar que 264 millones de personas alrededor del mundo sufre de trastornos de ansiedad, lo que supone un aumento del 14.9% en comparación al número presentado en el 2005, como resultados además del crecimiento de la población y el envejecimiento de ésta. Además, se puede extraer del artículo publicado en el 2015 que

la región que más sufre de trastornos de ansiedad es la región africana, mientras la región de las Américas se encuentra en segundo lugar, con un 21% de las 264 millones de personas a nivel mundial. En otro cuadro comparativo, se evidencia que los trastornos ansiosos representan un mayor porcentaje que los desórdenes depresivos, siendo estos de 5.9% y 4.9% respectivamente, tomando solo en cuenta la población de la región de las Américas. Según la base de datos extraída de la página oficial de OMS (5), se encuentra que en el Perú, los trastornos de ansiedad se encuentra dentro de las 10 causas principales de problemas de salud que generan mayor discapacidad, encontrándose en el 2007 en el sexto lugar, pero que, en el 2017 sube al 5 puesto, representando un incremento del 18.9% desde el 2007.

Los trastornos de ansiedad representan uno de los grupos más frecuentes de trastornos psiquiátricos. *The National Comorbidity Study* indicó que uno de cada cuatro individuos cumplía los criterios diagnósticos de al menos un trastorno de ansiedad, y que la prevalencia a los 12 meses era del 17,7%. Es más probable que las mujeres (prevalencia a lo largo de la vida del 30,5%) presenten un trastorno de ansiedad que los varones (prevalencia a lo largo de la vida del 19,2%). La prevalencia de los trastornos de ansiedad se reduce en los niveles socioeconómicos altos (3).

2.1.3 Manifestaciones clínicas

La ansiedad se manifiesta, principalmente, a través de componentes mentales y somáticos. Pero también se pueden clasificar en diferentes grupos según la esfera que afecte y se manifieste (6):

- Físicos: son múltiples, siendo las más llamativas, taquicardia, palpitaciones, temblor, sudoración, náuseas,

vómitos, tensión, rigidez muscular, hormigueo, sensación de mareo, inestabilidad.

- Psicológicos: inseguridad, inquietud, ahogo, sensación de peligro, de vacío o extrañeza, incertidumbre y en casos más extremos puede llegar al suicidio.
- Sociales: agresividad, irritabilidad, dificultad para iniciar una conversación o lo contrario, verborrea, dificultad para responder o hacer preguntas, temor excesivo a posibles conflictos.
- De conducta: torpeza para actuar o caminar, dificultad para permanecer quieto, posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos, mantener expresión facial de asombro, duda.
- Cognitivos: dificultad en la atención, concentración y memoria, expectativas negativas, pensamientos distorsionados, tendencia a recordar eventos desagradables.

2.1.4 Clasificación de los trastornos de ansiedad

La ansiedad tiene diferentes formas de expresarse, ya sea de una manera más sostenida, o antes un evento agudo, de la misma manera que puede producirse por una situación precisa o concreta que desencadene manifestaciones mentales y somáticas en quien lo padece, o darse por un evento impreciso a veces inexistente.

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) y contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales.

Estos criterios de diagnóstico proporcionan un lenguaje común entre los distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos clínicos e investigadores de las ciencias de la salud) que se dedican a la psicopatología, estableciendo claramente los criterios que los definen y ayudando a asegurar que el diagnóstico sea preciso y consistente.

En el último manual DSM-5, los trastornos de ansiedad se clasifican en (7):

- Trastorno por ansiedad de separación.
- Trastorno por mutismo selectivo.
- Trastorno de pánico.
- Agorafobia.
- Fobia específica.
- Trastorno de ansiedad social.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de ansiedad inducida por sustancias/medicamentos.
- Trastorno de ansiedad atribuible a otras condiciones médicas.
- Otros trastornos específicos de ansiedad.
- Trastorno de ansiedad no especificado.

A continuación, se desarrollarán de forma breve cada uno de ellos, describiendo sus principales características clínicas.

- Trastorno por ansiedad de separación.

Se da tras la separación de una persona con la que le une un vínculo estrecho, se manifiesta por malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedarse solo en casa. Otro criterio diagnóstico es que el miedo, la ansiedad deben estar

presentes por un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes.

- Mutismo selectivo.

En la que hay una incapacidad persistente de hablar o responder en una situación social a pesar de que puede hacerlo en otras situaciones sin presentar problema alguno. Duración mínima de un mes.

- Trastorno de pánico.

Crisis de angustia inesperadas recurrentes, al menos una de ellas va seguida de inquietud persistente por un mínimo de un mes por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias.

- Agorafobia.

Miedo o ansiedad que se presentan en situaciones agorafóbicas como transporte público, lugares abiertos o cerrados, estar en medio de una multitud. La persona evita dichos espacios o situaciones por temor a tener dificultades para salir del lugar o no recibir ayuda. Los síntomas deben estar presentes por lo menos 6 meses.

- Fobia específica.

Aparición de miedo o ansiedad intenso frente a un objeto o situación específica. Como estímulo fóbico animal, entorno natural, sangre, heridas, inyecciones. Los síntomas deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

- Trastorno de ansiedad social.

Los síntomas aparecen en relación a una o más situaciones en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros, el paciente evita esas situaciones por temor a ser valorado negativamente. Mínimo los síntomas deben estar presentes 6 meses.

- Trastorno de ansiedad generalizada.

Ansiedad y preocupación excesiva persistente y que las personas no pueden controlar por espacio de 6 meses como mínimo, en donde se presenta tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.

- Trastorno de ansiedad inducida por sustancias/medicamentos.

El cuadro se desarrolla durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia, o por tomar un medicamento que produce síntomas de angustia o ansiedad. No se dan exclusivamente durante el delirium.

- Trastorno de ansiedad atribuible a otras condiciones médicas.

La crisis de angustia se da como consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica. No se dan exclusivamente durante el delirium.

- Otros trastornos específicos de ansiedad

Aquellas crisis de angustia que son limitadas o que no cumplen con el criterio temporal de estar presente en la mayoría de días. Se debe de especificar la razón por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.

- Trastorno de ansiedad no especificado.

En donde hay presencia de síntomas característicos de un trastorno de ansiedad, pero que no especifican las causas por las que no cumple con los criterios diagnósticos por falta de información, por ejemplo, estar en sala de urgencias (8).

2.1.5 Ansiedad por procedimiento agudo en adultos

Se define como un miedo o inquietud excesiva acerca de un procedimiento médico que se da en el paciente antes y/o durante el procedimiento o cuando produce la evitación del mismo. Ansiedad por procedimiento agudo en el adulto no es un diagnóstico que se encuentre en el DSM-5. Los temores pueden ser racionales, como, por ejemplo, la preocupación que en una biopsia de mama se encuentre una neoplasia maligna; o puede ser irracional, como miedo de sufrir asfixia durante la realización de una tomografía. La ansiedad manifiesta por procedimientos agudos se diagnostica como fobia específica, solo cuando el origen del miedo del paciente es por el procedimiento o de sus efectos inmediatos. Una fobia específica no se diagnosticaría cuando el miedo se genera a causa de los posibles resultados de un procedimiento. Los factores de riesgo que se asocian con mayor nivel de ansiedad son la incertidumbre del resultado, invasividad del procedimiento, calidad de comunicación entre el médico y el paciente y miedo a la anestesia general (9).

2.1.6 Ansiedad preoperatoria

Los procesos quirúrgicos pueden desencadenar una serie de reacciones mentales, emocionales y/o físicas que se presentan antes, durante o después del procedimiento que aumentan los niveles de ansiedad y podrían influir en el procedimiento tanto antes como en su posterior resultado (1).

Se ha observado que el acto anestésico-quirúrgico genera ansiedad en el paciente, por lo que la atención debe enfocarse en disminuir la ansiedad del paciente mediante una adecuada atención hospitalaria, que involucra muchos aspectos, y que incluya consulta pre anestésica oportuna y en la medida de lo posible una adecuada preparación psicológica y farmacológica del paciente (10).

Mediante el estudio de diferentes tipos de pacientes quirúrgicos se ha evidenciado que un gran porcentaje de ellos presenta algún grado de ansiedad en la etapa pre quirúrgica y que diferentes tipos de acciones como la adecuada comunicación médico paciente, ayuda audiovisual, información médica adecuada, ayuda a disminuir los niveles de ansiedad que presentan y de esta manera llegar en condiciones más optimas a sala de operaciones. Al menos 1 de cada 3 pacientes llega a presentar malestar psicológico por lo que la visita pre quirúrgica puede ser beneficiosa para reducir el grado de ansiedad, porque proporciona información, ayuda a reducir el miedo y aumenta la confianza (11).

2.1.7 Impacto de la ansiedad preoperatoria sobre los resultados

Se ha encontrado que los factores psicológicos tienen un impacto sustancial en la recuperación quirúrgica. La ansiedad es de particular importancia, ya que afecta diferentes aspectos de las situaciones perioperatorias anestesiológicas, como la visita preoperatoria, la inducción y el mantenimiento de la anestesia, las demandas postoperatorias y la recuperación física. Los estudios en pacientes quirúrgicos han identificado una asociación entre la ansiedad preoperatoria y la recuperación quirúrgica y sus resultados (12).

Según un estudio llevado a cabo en el oriente se observó que la ansiedad durante el período preoperatorio es el problema más común con una serie de complicaciones postoperatorias, como un aumento del dolor postoperatorio, el retraso de la curación y la prolongación de la estancia hospitalaria. Además, los pacientes con un alto nivel de ansiedad preoperatoria requieren dosis más altas de agentes anestésicos y pueden recuperarse mal (13).

En un estudio llevado a cabo en pacientes candidatos para cirugía de revascularización coronaria, se dio a conocer que la

ansiedad, dado que conduce a un aumento en los niveles de catecolaminas, hormonas adrenocorticales, prolactina, cortisol y prostaglandina. El aumento del nivel de ansiedad afecta el gasto cardíaco, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria, el consumo de oxígeno del miocardio y las concentraciones plasmáticas de adrenalina y noradrenalina, lo que conlleva un riesgo para la salud. Los altos niveles de ansiedad en pacientes sometidos a derivación de arteria coronaria pueden generar graves consecuencias para ellos (14). En otro estudio se llegó a la conclusión que la ansiedad prequirúrgica y la edad son factores predictivos del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía ortopédica y traumatológica (15).

2.2 Derecho del paciente a la información

Según la Ley General de Salud del Perú, Ley N° 26842, en el artículo 15, declara: “ Toda persona tiene derecho a que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio” en otro apartado declara que: “Toda persona tiene derecho a que se le dé en términos comprensibles información completa y continua sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren” (16).

No deja de lado el consentimiento informado, en el que el paciente desde su autonomía da o niega su autorización para la realización de un procedimiento; en el mismo artículo número 14 data: “A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a este”. Así mismo en el artículo 24 de la constitución, data sobre el consentimiento informado, en donde textualmente se dice lo siguiente: “Toda persona tiene derecho a otorgar o negar su

consentimiento, consignando su firma, huella digital, de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicié su voluntad, por lo que de no cumplirse con estas condiciones se genera la nulidad del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud. El médico tratante o el investigador, según corresponda, es el responsable de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria” (16).

2.2.1 Alcances de la información como deber

En los últimos años, el deber del personal médico de dar información a su paciente se ha convertido en un simple formalismo, con miras a que el paciente le autorice a realizar intervenciones en su integridad física. La obligación de informar debe de hacer referencia tanto a la finalidad y naturaleza de cada intervención, también a sus riesgos y a sus consecuencias. No se trata de que el paciente deba de realizar un curso de medicina, sino más bien que pueda comprender las explicaciones del médico, entienda cuáles serán las posibles consecuencias de su manifestación de voluntad. Se debe considerar que este deber no debe darse con la simple transmisión de datos, sino que sea precisa, oportuna y que a la vez pueda transmitir al paciente seguridad y confianza en sus médicos tratantes. Es necesario que se utilicen frases cortas con palabras sencillas, evitando tecnicismos en la medida de lo posible, utilizar gráficos, dibujos puede ser de mucha ayuda en la explicación y que el paciente pueda comprender acerca de la patología que lo aqueja (17).

2.2.2 Impacto emocional de la información médica

La realización de procedimientos invasivos en los pacientes conlleva a un estado emocional negativo lo que puede generar una respuesta fisiológica en la que el organismo se prepara

para afrontar la situación que la interpreta como peligrosa. Este impacto en el estado emocional de los pacientes se debe a múltiples factores, uno de ellos, la información que tienen ellos acerca de lo que les presenta como amenaza.

Pero esto puede ser interpretado de varias maneras, hay artículos publicados en los que datan que exponer al paciente a más información puede aumentar su ansiedad, o presentarla aun cuando en su estado basal no tenía ansiedad. En un estudio realizado hace más de una década se entrevistó a 50 pacientes que estaban programados para una cirugía, un tercio de ellos dijo que recibir más información les produciría más ansiedad y el 8% dijo que los asustaría más al someterse a la cirugía (18). Más adelante se hicieron otras investigaciones, como una realizada en España con una mayor población en la que se aplicaron encuestas que evalúan ansiedad, personalidad y la información que recibe el paciente, en la que se encontró que el 93.3% de la población recibió información de su patología y en la evaluación de estado de ansiedad, obtuvieron los puntajes más bajos en ansiedad (19).

Hay que evaluar también los antecedentes de los pacientes en cuanto a experiencia quirúrgica, si han sufrido de un evento traumático en una intervención quirúrgica anterior durante una hospitalización, o por lo que vieron vivir a un familiar o persona cercana. Otro factor a evaluar es la capacidad de afrontamiento a la ansiedad, a veces es pasado por alto por lo profesionales de la salud. Intervenciones que son consideradas como simples o rutinarias, pueden representar en algunos pacientes que ya de por si presentan una débil estructura emocional, un verdadero trauma, lo que puede repercutir en la evolución pre o postquirúrgica (20).

La falta de información puede aumentar el nivel de ansiedad que ya de por si se genera en el paciente que será intervenido, por el hecho mismo de la cirugía. Ahora, si la información se

entrega por escrito, no exige que no se pueda dar la información verbal, ya que ambas son complementarias. El contenido de la información es importante, esta debe ser clara, con palabras comprensibles por el paciente, sencilla y fidedigna. No es necesario que sea exhaustiva, pero la información que se brinde debe aclarar malos entendidos y ayudar al paciente a entender cuál es el objetivo de su cirugía. El grado de información es también discutible, porque los pacientes más ansiosos son los que generalmente solicitan más información (21).

2.3 Escala de ansiedad de Beck (BAI)

En el año de 1988, el psicólogo Aaron T. Beck creó un cuestionario de autoevaluación, el cual contiene 21 preguntas, con múltiple elección que permite evaluar ansiedad tanto en niños como en adultos. En dicho test se evalúa la presencia de los síntomas más comunes de ansiedad que el paciente o el sujeto evaluado haya podido experimentar durante la última semana, considerando también el día de la evaluación. Evalúa la respuesta somática y mental que se presenta en un estado ansioso, tales como temblores, escenas temidas, sudoración, miedo, entre otros (22).

El inventario de ansiedad de Beck, es uno de los cuestionarios más utilizados, inclusive considerado el estándar de oro para medir la ansiedad, aunque se encuentra por debajo del inventario de rasgo y estado de ansiedad (STAI), el cual es el test más utilizado en la mayoría de los países. BAI también es muy utilizado principalmente por su simplicidad, brevedad y la capacidad que tiene para medir la ansiedad general. Otra de las características más resaltantes de este cuestionario es que puede medir la ansiedad al mismo tiempo que minimiza la superposición con la depresión, centrándose en los síntomas de la ansiedad somática (23).

La interpretación de este cuestionario se basa en diferentes niveles según las puntuaciones de corte que determinan el grado de ansiedad

que presenta el evaluado. En la última edición del manual original del BAI se propone los siguientes puntos de corte: 0-7 indica ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 para ansiedad grave.

Estas puntuaciones fueron asumidas en la adaptación española del BAI, aunque sería recomendable que futuros estudios confirmaran empíricamente su validez para distinguir niveles de gravedad de la ansiedad (24).

3 Análisis de antecedentes investigativos

3.1 A nivel local:

3.1.1 Autor: Catacora Choque, Ángel Rodrigo

Título: Niveles de ansiedad, información preoperatoria y factores asociados en pacientes programados para intervención quirúrgica en el departamento de cirugía del hospital Goyeneche– febrero del 2019.

Resumen: Se encuestó a 105 pacientes intervenidos en el mes de febrero 2019, aplicando una ficha de datos, la escala APAIS de ansiedad preoperatoria y la escala de ansiedad de Zung. Se asocian variables con prueba de independencia chi cuadrado. Resultados: El 60.95% de casos tuvieron de 30 a 49 años, 42.86% fueron varones y 57.14% mujeres, con educación predominante secundaria (51.43%) o superior técnico (27.62%). El estado civil fue casado en 40% y conviviente en 41.90%, con 11.43% de solteros, 39.95% fueron trabajadores independientes y 49.52% fueron desempleados. El 87.62% eran de procedencia urbana y 12.38% de área rural. Un 29.52% tuvo antecedente de cirugía previa, en 22.86% se requirió de reprogramación quirúrgica. Un 65.71% de pacientes requirió de información preoperatoria. Mediante la escala de ansiedad de Zung, 64.76% de pacientes presentaba ansiedad, siendo leve a moderada en 37.14% y moderada a severa en 18.10%, e intensa en 9.52%. Según la escala APAIS, se encontró la misma proporción de ansiedad en

los pacientes. No se encontró influencia de la edad, grado de instrucción o estado civil en la presencia de ansiedad ($p > 0.05$), aunque hubo más ansiedad en mujeres (76.67%) que en varones (48.89%; $p < 0.05$); hubo más ansiedad en los desempleados (76.92%) y en estudiantes (75%), y fue menor en los trabajadores independientes (51.22%) o dependientes (50%; $p = 0.05$). El antecedente de cirugía previa produjo ansiedad en 45.16% de pacientes, y se presentó en 72.97% de pacientes sin antecedente quirúrgico (72.97%; $p < 0.05$). En casos con reprogramación de cirugía el 87.50% de pacientes tuvieron ansiedad, comparado con 58.02% de casos sin reprogramación ($p < 0.05$). El 82.61% de casos que requieren de más información presentaron ansiedad, comparado con 30.56% de casos en los que no se necesitó de información, siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$). Conclusiones: La ansiedad preoperatoria es alta, sobre todo en mujeres y en pacientes reprogramados, que no fueron operados previamente y que requirieron de información preoperatoria (25).

3.1.2 Autor: Valdivia Vizcarra, Anthony Héctor

Título: Influencia de la información preoperatoria en el grado de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el hospital regional Honorio delgado de Arequipa, diciembre 2015 – febrero 2016.

Resumen: Este estudio tiene como objetivo establecer la influencia de la información preoperatoria en el grado de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, Diciembre 2015 – Febrero 2016. La manera como se llevó a cabo, fué realizar una encuesta a una muestra de 60 pacientes aplicando la escala de ansiedad de Hamilton y la escala de ansiedad preoperatoria "Ámsterdam preoperative anxiety and information scale" (APAIS) antes y después de proporcionar la información preoperatoria. Se comparan grupos mediante prueba t pareada y chi cuadrado. Los resultados que se obtuvo indican que el 35% de pacientes fueron

varones y 65% mujeres, con edad promedio para los varones de $54,52 \pm 13,88$ años, y en las mujeres de $33,41 \pm 10,96$ años. La intervención programada para los pacientes fue cesárea en 35% de gestantes, en 20% se realizó apendicectomías, en 15% colecistectomía abierta y en 10% por vía laparoscópica, y en 20% se realizó prostatectomías. El 53,33% de pacientes refirió que la información preoperatoria brindada fue insuficiente. El 43,33% refirió no haber comprendido debido a las características del informador (53,85%), en 15,38% se mencionó que se usó palabras no comprensibles, para el 26,92% el informador habló muy deprisa, y en 3,85% no se informó directamente al paciente sino a sus familiares. Antes de la información, el 88,33% experimentaba ansiedad, y después de recibirla el porcentaje se redujo a 66,67%, con una reducción de la ansiedad grave, de 30% a 11,67% ($p < 0,01$). Los puntajes de la escala APAIS luego de la administración de la información se redujeron de 55,4 puntos a 35 puntos (disminución del 36,89%; $p < 0,01$). Podemos concluir en estudio que el ofrecer información preoperatoria adecuada a los pacientes puede contribuir a reducir significativamente sus niveles de ansiedad (26).

3.1.3 Autor: Cárdenas Cruz, Marlene Lucía

Título: Efecto de los ejercicios respiratorios e información prequirúrgica sobre los niveles de ansiedad en pacientes que serán sometidos a colecistectomía del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2013.

Resumen: El objetivo de este estudio es establecer la diferencia de la influencia de los ejercicios respiratorios y la información prequirúrgica, sobre los niveles de ansiedad en pacientes que se les realizará colecistectomía en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el año 2013. Metodología: el presente trabajo se trata de un estudio prospectivo y longitudinal de tipo experimental que se llevó a cabo en el servicio de hospitalización de cirugía mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado

Espinoza. Se consideraron solamente a las pacientes que se les iba a realizar colecistectomía de manera programada, formándose dos grupos por pareamiento según edad y nivel de ansiedad de acuerdo al test de Zung. Cada grupo estuvo conformado por 18 pacientes de características similares, brindándole a uno de ellos información prequirúrgica y al otro ejercicios respiratorios, previo consentimiento informado. Resultados: Los niveles de ansiedad en las pacientes programadas a colecistectomía se categorizaron según el test de Zung, obteniéndose que aquellas que no presentaban ansiedad representaban el 16,67%, y el 83,33% de la población de estudio presentaron algún nivel de ansiedad en un primer momento; luego se procedió a proporcionar información prequirúrgica a uno de los grupos y ejercicios respiratorios al otro, para nuevamente aplicar el test de ansiedad propuesto, observándose que el grupo que no presentaba ansiedad aumentó al 33,33% luego de brindársele información prequirúrgica, y aumento a un 55,55% en las que realizaron los ejercicios respiratorios indicados. La disminución que se presentó en las pacientes que realizaron los ejercicios respiratorios fue estadísticamente significativa, mas no en aquellas que se les brindo información prequirúrgica. Conclusiones: La realización de ejercicios respiratorios en el periodo prequirúrgico disminuye la ansiedad de las pacientes programadas a colecistectomía de manera significativa, más que la información prequirúrgica (27).

3.2 A nivel nacional:

3.2.1 Autor: Villegas Chiroque, Matilde Rosa

Título: Nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes del instituto peruano de oftalmología EsSalud Piura, 2017

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo transversal con la finalidad de determinar los niveles de ansiedad preoperatoria de los pacientes atendidos en un centro quirúrgico especializado. Para ello, se identificó 60 pacientes atendidos en el Instituto

Peruano de Oftalmología EsSalud Piura durante el 2017; a quienes se les aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton. Los resultados obtenidos fueron que la proporción de ansiedad preoperatoria de nivel leve se detectó en el 91,7% de los pacientes. De los factores epidemiológicos (grupo etario, género, procedencia, escolaridad y estado civil) y clínico quirúrgicos (antecedentes médicos, tipo de cirugía, tipo de anestesia y estancia hospitalaria) evaluados: el estado civil casado o conviviente (con pareja estable) resultó ser factor protector (OR=0,17; $p<0.05$), mientras que el tipo de cirugía para catarata (OR= 7.33; $p<0.05$) fue un factor de riesgo de la ansiedad preoperatoria. Se concluye que, la proporción de ansiedad preoperatoria en nivel leve es elevada y el tipo de cirugía para catarata es un factor del riesgo para la ansiedad prequirúrgica (28).

3.2.2 Autor: Aylas Ramos, Luz Margaret

Título: Ansiedad del paciente en el preoperatorio programado en la especialidad de traumatología del servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora, 2017

Resumen: Determina el nivel de ansiedad del paciente programado en el preoperatorio en la especialidad de traumatología del servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora, 2017. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 20 pacientes en el preoperatorio. La técnica fue la encuesta y el instrumento la Escala de Valoración de la Ansiedad de Spielberger (IDARE). Encuentra que el nivel de ansiedad del paciente programado en el preoperatorio de la especialidad de traumatología en el servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora, del 100% (20); 60% (12) refieren que es medio, 25% (05) alto y 15% (03) bajo; en la dimensión síntomas negativos El nivel de ansiedad del paciente programado en el preoperatorio de la especialidad de traumatología en el servicio de cirugía del

Hospital María Auxiliadora, del 100% (20); 50% (24) refieren que es medio, 70% (13) bajo y 35% (07) alto. El nivel de ansiedad del paciente programado en el preoperatorio de la especialidad de traumatología según los síntomas positivos en el servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora, del 100% (20); 70% (14) refieren que es medio, 50% (10) bajo y 70% (14) alto. Concluye que el nivel de ansiedad del paciente programado en el preoperatorio en la especialidad de traumatología en el servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora, es medio; se sienten contrariados y nerviosos; es alto por presentar preocupación por posibles desgracias futuras y es de nivel bajo por sentirse tristes y desazogado (29).

3.2.3 Autor: Sandoval Candia, Edney. Paco Soto, Gaby Evellim.

Título: Nivel de información del procedimiento quirúrgico y ansiedad preoperatoria en pacientes programados en servicio de cirugía en el hospital II EsSalud Ayacucho, 2017.

Resumen: Objetivo. Determinar la relación entre el nivel de información sobre intervención quirúrgica y la ansiedad en pacientes programados para cirugía, en el servicio de cirugía del Hospital II EsSalud – Ayacucho 2017. Metodología. Investigación correlacional y transversal con la técnica de encuesta, aplicando el cuestionario y la escala de ansiedad de Zung basado en test de Beck y escala de valoración de Spielberg, sobre una muestra concurrente de 70 pacientes adultos con cirugía programada. Resultados. El 54.3% de pacientes programados para cirugía reporta un nivel de información bajo sobre intervención quirúrgica, 32.9% medio y 12.8% alto. Por otro lado el 71,4% presenta un grado de ansiedad intenso, 15,7% moderado. Y 10% leve Vale decir, 2,9% no presento nada de ansiedad. Conclusión. Existe una relación entre el nivel de información sobre intervención quirúrgica y el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios. ($r_s = -0,710$; $p = 0,000$) (30).

3.3 A nivel internacional:

3.3.1 Autor: Hernández Hernández Ana, López Bascope Alberto, Guzmán Sánchez Joaquín.

Título: Nivel de ansiedad e información preoperatoria en paciente programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo.

Resumen: Objetivo: Evaluar el grado de ansiedad e información preoperatoria aplicando la escala APAIS. Métodos: Estudio transversal descriptivo. Se realizó en pacientes sometidos a diversos tipos de cirugía y anestesia. Se registraron las siguientes variables: edad, género, ocupación y grado de ansiedad e información mediante la escala APAIS. La información de la intervención quirúrgica se recolectó mediante un cuestionario diseñado específicamente. Se calculó media, desviación estándar y frecuencias. Para la presentación de los datos se realizaron gráficas de barras. Resultados: Se estudiaron 100 pacientes, con edad promedio de 43 ± 11.7 años; 79% eran pacientes femeninas, 53% empleados, 28% dedicados al hogar, 16% profesionistas y 3% jubilados, 89% recibieron anestesia general, 9% regional y 2% la combinación de bloqueo peridural y anestesia general. La prevalencia de ansiedad preoperatoria fue de 25% y estos pacientes recibieron ansiolítico. 40% requirieron más información. El procedimiento quirúrgico con mayor información recopilada fue la colecistectomía laparoscópica. Conclusiones: La prevalencia de ansiedad fue alta y puede disminuirse con mayor información y medicación preanestésica. Se requiere proporcionar más información sobre los procedimientos quirúrgicos menos conocidos por los pacientes, con el propósito de disminuir la ansiedad y mejorar la satisfacción (31).

3.3.2 Autor: Marilia F.Lemosa. Sylvio V.Lemos. Netoa Louis Barrucand.

Título: La educación preoperatoria reduce la ansiedad preoperatoria en pacientes con cáncer sometidos a cirugía: utilidad del inventario autoinformado de ansiedad de Beck.

Resumen: Trasfondo y objetivos: El presente estudio tuvo como objetivo investigar los efectos de la educación preoperatoria sobre el nivel de ansiedad de los pacientes con cáncer sometidos a cirugía utilizando el inventario de ansiedad autoinformado de Beck. Este estudio es un estudio observacional a corto plazo, que incluye a 72 pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico bajo anestesia general. Durante la consulta previa a la anestesia, 15 días antes de la cirugía, un grupo de pacientes recibió información exhaustiva sobre sus procedimientos anestésicos y quirúrgicos programados, mientras que el otro grupo no recibió ninguna información relativa a estas variables. El inventario de ansiedad de Beck, la presión arterial y la frecuencia cardíaca se evaluaron antes y después de la educación preoperatoria en el Grupo A. En el Grupo B, estos parámetros se evaluaron al comienzo y al final de la consulta. Resultados: Los valores hemodinámicos fueron más bajos en el grupo que recibió educación preoperatoria, en comparación con el grupo que no recibió educación preoperatoria. Educar a los pacientes sobre el procedimiento resultó en una reducción en los niveles de ansiedad de leve a mínima, mientras que no hubo cambios en el grupo que no recibió la educación preoperatoria. Este último grupo mantuvo el mismo nivel de ansiedad hasta el final de la consulta preanestésica. Conclusiones: La orientación del paciente en el entorno preoperatorio debe ser el estándar de atención para minimizar la ansiedad del paciente antes de la cirugía, especialmente para pacientes con cáncer (32).

3.3.3 Autor: Jaime Ortiz, Suwey Wang, Mc Arthur A. Elayda, Daniel A, Tolpin.

Título: Educación preoperatoria al paciente: ¿Podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad?

Resumen: Durante un período de 4 semanas, se llevó a cabo una investigación (investigación A) en inglés y en español en el período

preoperatorio con todos los pacientes adultos que se iban a someter a la anestesia. Se analizaron los datos y posteriormente se confeccionó un folleto explicativo en inglés y en español para aclarar las principales preocupaciones de los pacientes. Una segunda investigación (investigación B) fue realizada después de que se completó el folleto explicativo que se estaba usando en la clínica. La encuesta solicitó información demográfica básica e incluyó preguntas sobre la satisfacción relacionada con la comprensión de la anestesia y también sobre las preocupaciones relacionadas con la cirugía y el dolor. En los pacientes que recibieron el folleto hubo una mejoría estadísticamente significativa con relación a las preguntas sobre la satisfacción con la comprensión del tipo de anestesia, las opciones para el control del dolor, lo que los pacientes deberían hacer el día de la cirugía, como también la cantidad de informaciones prestadas sobre el plan de anestesia. No hubo diferencia en la ansiedad relacionada con la cirugía entre los pacientes que recibieron y los que no recibieron el folleto educativo. Los folletos explicativos mejoraron la satisfacción del paciente respecto al conocimiento del proceso perioperatorio, pero no redujeron la ansiedad relacionada con la cirugía (33).

3.3.4 Autor: A. San José, R. San José, B. Zuza, F. Zunzarren, T. Luri

Título: Aspectos de la información preoperatoria al paciente en la cirugía de urgencia.

Resumen: El objetivo de nuestro estudio es analizar la percepción que tienen los pacientes de la información suministrada ante una intervención quirúrgica de urgencia. **Material y métodos.** El material lo constituyen las encuestas rellenas por 115 pacientes (66 varones y 49 mujeres) antes de ser intervenidos de urgencia en el Hospital de Navarra en los meses de marzo a diciembre de 1999. La muestra fue seleccionada cuando se hallaban de turno las autoras del presente trabajo. La mayoría de las intervenciones corresponden a cirugía general (39,1%) y traumatología (42,6%).

La edad media fue de 45,7 años (DE = 21,57; rango 15-85 años). Resultados. Los resultados expresan las relaciones y diferencias existentes entre el grado de información demandada con el nivel cultural, edad, y sexo del paciente. El 87% de los pacientes está informado de la intervención a la que va a ser sometido. El 78% no tenía firmado el consentimiento para dicha intervención y únicamente en el 6% aparece la firma del médico. Un 8,7% no se consideran informados por nadie. El 73% comprendió la información suministrada. Para el 44,6% de los pacientes la información fue insuficiente. Un 45% pudieron expresar sus dudas al informador, y el 96,4% de los mismos quedaron satisfechos con las aclaraciones. Conclusiones. Los pacientes se consideran informados del proceso quirúrgico, pero muy poco de las sensaciones más relevantes que experimentarán en el postoperatorio. La información debería facilitarse incluyendo ambos tipos de contenido (34).

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Determinar el nivel de información preoperatoria y el grado de ansiedad en pacientes con programación quirúrgica en dos hospitales nivel III de Arequipa- 2020.

4.2 Objetivos específicos.

- Determinar cuál es el nivel de información preoperatoria que tienen los pacientes programados para ser operados en hospitales nivel III de Arequipa.
- Determinar el grado de ansiedad que presentan los pacientes antes de ser intervenidos quirúrgicamente.
- Determinar la influencia del nivel información preoperatoria en el grado de ansiedad en pacientes con programación quirúrgica de dos hospitales nivel III de cirugía.

5. Hipótesis

El nivel de información preoperatoria influye en el grado de ansiedad de pacientes con programación quirúrgica en dos hospitales nivel III de Arequipa.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1 TÉCNICA: Esta investigación se realizó aplicando la técnica de entrevista, encuesta y revisión de las respectivas historias clínicas.

1.2 INSTRUMENTOS:

Ficha de recolección de datos de cada paciente (Anexo 2), Escala de nivel de información preoperatoria (Anexo 3) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Anexo 4).

1.3 MATERIALES:

- Material de escritorio.
- Fichas de investigación.
- Historias clínicas.
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico (SPSS 25).
- Impresora.

2. Campo de verificación

2.1 Ubicación espacial

Instalaciones del Hospital III Goyeneche y el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza en los servicios de hospitalización de cirugía general y cirugía especialidades.

2.2 Ubicación temporal

Febrero del 2020.

2.3 Unidades de estudio

Pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía general y cirugía especialidades en los hospitales Goyeneche y Honorio Delgado Espinoza.

2.4 Población: Pacientes con programación para intervención quirúrgica en los Departamentos de cirugía general y cirugía especialidades en los Hospitales Goyeneche y Honorio Delgado Espinoza.

2.5 Muestra: Por conveniencia, conformado por los pacientes que cumplan con los criterios de selección dentro del periodo de estudio

2.6 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con programación quirúrgica.
- Pacientes con patología benigna.
- Paciente cuya edad comprenda entre 18 y 70 años.
- Participación voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años y mayores de 70 años.
- Pacientes que requieren intervención quirúrgica de emergencia.
- Pacientes con indicación de cirugía oncológica.
- Pacientes con dolor intenso.
- Pacientes con deterioro de conciencia.
- Pacientes que no deseen participar del estudio.
- Encuestas mal llenadas o incompletas.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1 Organización

- Se realizarán las coordinaciones a través de solicitudes con la dirección del hospital III Goyeneche y Hospital III Honorio Delgado Espinoza, la jefatura de cirugía general y cirugía especialidades, para la aplicación de las encuestas a los pacientes hospitalizados para ser intervenidos quirúrgicamente, así como la revisión de las historias clínicas de los participantes.

- Se explicará a cada paciente que cumpla con los criterios de inclusión el motivo de estudio, y se solicitará su participación voluntaria, previa autorización con el consentimiento informado, se procederá a entregar a cada paciente 4 fichas que contienen: consentimiento informado, ficha de datos generales de cada paciente, ficha de evaluación del nivel de información preoperatoria y otra ficha que contiene el inventario de ansiedad de Beck (BAI). Brindándoles apoyo a los participantes en caso de dudas para el llenado de dichas fichas.
- Se revisará las historias clínicas de los participantes, en las que se recabará datos de diagnóstico preoperatorio, el tipo de cirugía planeada para cada paciente y revisión del consentimiento informado.
- Una vez recolectado los datos, serán organizados en fichas borrador para luego ser procesados en una base de datos y analizar los resultados.

3.2 Recursos

3.2.1 Humanos

- Investigador
- Asesor

3.2.2 Materiales

- Ficha de recolección de datos.
- Historias clínicas
- Material de escritorio
- Computadora con base de datos, procesadores de texto.

3.2.3 Financieros

Autofinanciado

3.3 Validación de los instrumentos

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

El inventario de ansiedad de Beck, internacionalmente conocido con el acrónimo de BAI, fue creado por Aaron T. Beck y Robert A. Steer en el año de 1988, es una escala validada de medición de la ansiedad, utilizada como instrumento de evaluación de la ansiedad clínica, debido a que discrimina mejor entre ansiedad y depresión, al medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión y muestra índices psicométricos adecuados para medir la presencia y la gravedad de la sintomatología de la ansiedad. La adaptación española está basada en un análisis de sus propiedades psicométricas de fiabilidad de consistencia interna, validez convergente, discriminante factorial y validez de criterio, que fueron evaluadas después de la aplicación del inventario en distintas poblaciones conformadas por pacientes con trastornos psicológicos y población en general. Los coeficientes de alfa de Cronbach de consistencia interna se encontraron en un rango de 0.88 a 0.90, todos ellos excelentes. En cuanto a los estudios psicométricos de validez, en el manual se dan evidencias de la estructura interna, con dos factores relacionados entre sí que se describen como ansiedad cognitiva y somática y validez discriminante de otro test del mismo autor, el test Beck Depression Inventory (22). Se trata de una herramienta útil que valora los síntomas somáticos de la ansiedad, dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como método de cribado en la población en general desde los 17 años de edad. El cuestionario tipo Likert que contiene 21 ítems, cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3, desde “nada en absoluto” hasta gravemente”. Determinándose los puntos de corte como: 0-7 ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16-25 moderada y 26-63 ansiedad severa (22).

Escala de nivel de información preoperatoria

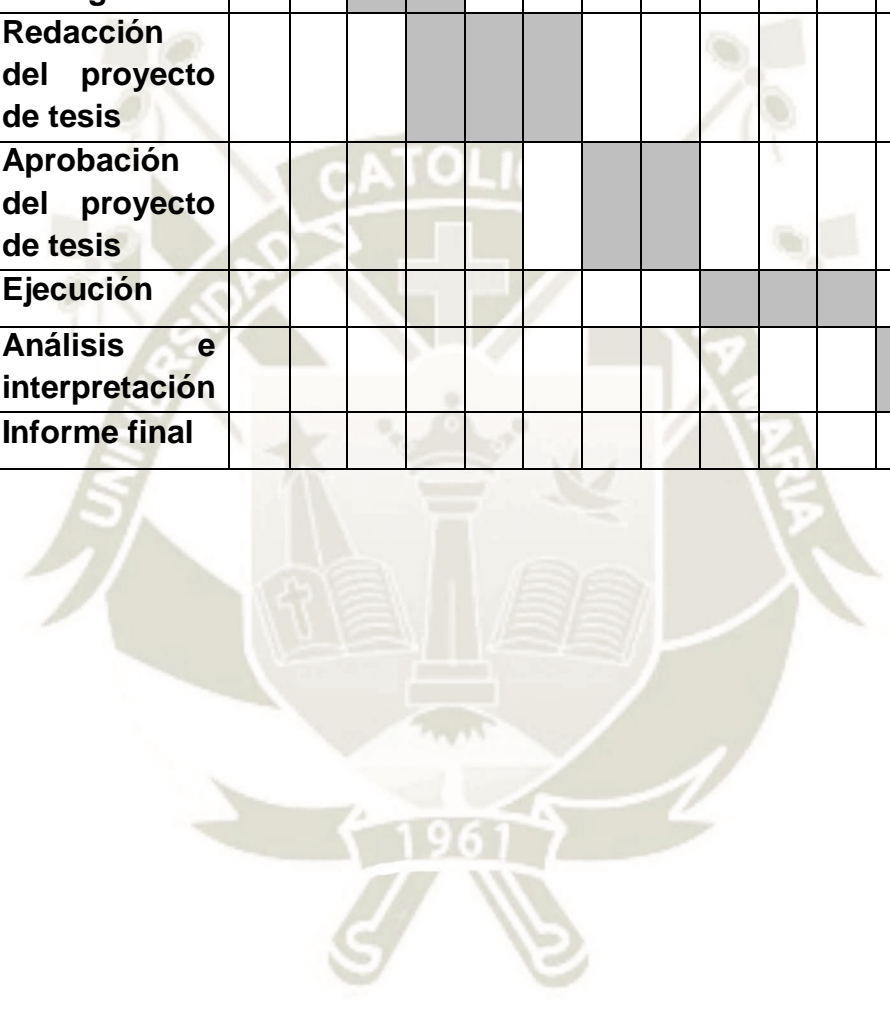
Escala tipo Likert de 12 ítems que evalúa el nivel de información preoperatoria en pacientes. Es una adaptación de dos encuestas (30) (35); la primera aplicada a 70 pacientes con programación quirúrgica la cual obtuvo la validez de expertos que evaluaron la idoneidad del instrumento y se efectivizó mediante juicio de expertos y otra encuesta aplicada a 78 pacientes, en donde el instrumento fue validado por un jurado de ocho expertos y luego los resultados fueron procesados por el programa SPSS 21.0 con la prueba binomial mediante lo cual comprobó la validez del instrumento con un puntaje de $p= 0.028782$.

3.4 Criterios o estrategia para el manejo de resultados

Los resultados obtenidos serán analizados estadísticamente. Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para determinar la relación entre el nivel de información preoperatoria y el grado de ansiedad se utilizará la prueba de chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2013 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.25.0.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■														
2. Revisión bibliográfica			■	■												
3. Redacción del proyecto de tesis				■	■	■										
4. Aprobación del proyecto de tesis							■	■								
5. Ejecución									■	■	■					
6. Análisis e interpretación												■	■			
7. Informe final														■		



V. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Quintero A, Yasnó DA, Riveros OL, Castillo J, Borrález BA. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Rev Colomb Cir. 2017; 32:115-20.
2. Sierra, Juan Carlos, Ortega, Virgilio, Zubeidat, Ihab, Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Malestar E Subjetividade [Internet]. 2003;3(1):10 - 59.
3. Kaplan y Sadock.. Sinopsis de psiquiatría, 11 ed. España : Wolters Kluwer; 2015.
4. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2017. <http://www.healthdata.org/peru> (accessed 10 January 2020).
6. González M. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. Rev Cubana Med Gen Integr. 2007 [citado 2020 Ene 9] ; 23(1).
7. Maass J. Los trastornos ansiosos en el DSM-5. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria. 2014; 52 (1): 50-54
8. Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace revista iberoamericana de psicosomática. 2014; 110: 62-69.
9. Choy Y. Acute procedure anxiety in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and course. UpToDate 2019. <https://www.uptodate.com> (Accessed on January 10, 2020.)
10. Ham K, Pardo R. Ansiedad preoperatoria. Archivos de Investigación Materno Infantil. 2014 Ago; 6(2):79-84.
11. Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A, Arnaoutoglou E, Papadopoulos G. Patient's anxiety and fear of anesthesia: Effect of gender, age, education,

- and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *J Anesth.* 2013;27(1):104-108.
12. Laufenberg-Feldmann R, Kappis B. Assessing preoperative anxiety using a questionnaire and clinical rating: A prospective observational study. *European Journal of Anaesthesiology.* 2013 Nov; 30(12):758-763.
 13. Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, Dessie G, Zewdu T. Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC anesthesiology.* 2018 Oct 30;18(1):155.
 14. Niknejad R, Mirmohammad-Sadeghi M, Akbari M, Ghadami A. Effects of an orientation tour on preoperative anxiety in candidates for coronary artery bypass grafting: A randomized clinical trial. *ARYA Atheroscler.* 2019 Jul;15(4):154–160. doi:10.22122/arya.v15i4.1806.
 15. Robleda G, Sillero A, Puig T, Gich I, Baños J. Influencia del estado emocional prequirúrgico en el dolor postoperatorio tras cirugía ortopédica y traumatológica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* Sept.-oct. 2014;22(5):785-91.
 16. Ley General de Salud. Lima: Congreso de la República; 1997. Disponible en: <http://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>.
 17. Parra D. La obligación de informar al paciente: Cuestiones sobre el derecho a ser informado. *Rev. méd. Chile [Internet].* 2013 Dic [citado 2020 Ene 10]; 141(12): 1578-1583.
 18. Dawes P, Davison P. Informed Consent: What Do Patients Want to Know?. *Journal of the Royal Society of Medicine.* 87: 149-52.
 19. Rodríguez JC, Gómez E, Fernández-Crehuet J. El impacto emocional de la información médica en pacientes quirúrgicos. *Cuadernos de Bioética.* 2001; 12:367-78.
 20. Gordillo F, Arana J, Mestas L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev Clin Med Fam [Internet].* 2011 Oct [citado 2020 Ene 11]; 4(3): 228-233.

21. Doñate M, Litago A, Monge Y, Martínez R. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería global*. 2015 Enero; 37: (170-180).
22. Leyfer, OT, Ruberg, JL, Woodruff-Borden, J. Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 2006; 20 (4): 444-58.
23. Lemos M, Lemos-Neto S, Barrucand L, Verçosa N, Tibirica E. A informação no pré-operatório reduz a ansiedade pré-operatória em pacientes com câncer submetidos à cirurgia: utilidade do Inventário Beck de Ansiedade, *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 2019 Feb; 69 (1): 1-6.
24. Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud [Internet]*. 2014 Mar [citado 2020 Ene 11]; 25(1): 39-48.
25. Catacora A. Niveles de ansiedad, información preoperatoria y factores asociados en pacientes programados para intervención quirúrgica en el departamento de cirugía del hospital Goyeneche – febrero del 2019. *Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de Médico Cirujano*. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2019.
26. Valdivia A. Influencia de la Información Preoperatoria en el grado de Ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, Diciembre 2015 - Febrero 2016. *Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de Médico Cirujano*. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2016.
27. Cárdenas M. Efecto de los ejercicios respiratorios e información prequirúrgica sobre los niveles de ansiedad en pacientes que serán sometidos a colecistectomía del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2013. *Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de Médico Cirujano*. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina Humana, Arequipa 2013.

28. Villegas M. Nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes del Instituto Peruano De Oftalmología Essalud Piura, 2017. 2019.
29. Aylas L. Ansiedad del paciente en el preoperatorio programado en la especialidad de traumatología del servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora, 2017. 2018.
30. Sandoval E, Paco G. "Nivel de información del procedimiento quirúrgico y ansiedad preoperatoria en pacientes programados en servicio de cirugía en el Hospital II ESSALUD - Ayacucho, 2017" *Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de profesional en enfermería en centro quirúrgico*. Universidad Nacional del Callao. Facultad de Ciencias de la Salud, Callao 2018.
31. Hernández A, López A, Guzmán J. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2016 enero- marzo; 14 (1).
32. Lemos M, Lemos-Neto S, Barrucand L, Verçosa N, Tibirica E. A informação no pré-operatório reduz a ansiedade pré-operatória em pacientes com câncer submetidos à cirurgia: utilidade do Inventário Beck de Ansiedade. *Brazilian Journal of Anesthesiology*. 2019; 69, (1):1-6.
33. Ortiz J, Wang S, MacArthur A, Tolpin D. Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? *Brazilian Journal of Anesthesiology*. 2015; 65:7-13.
34. San José A, San José R, Zuza B, Zunzarren F, Luri T. Aspectos de la información preoperatoria al paciente en la cirugía de urgencia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2009; 23(3): 509-516.
35. Bermejo H, Escriba N, Zavala J. Nivel de información y su relación con el nivel de ansiedad en la fase prequirúrgica en pacientes adultos hospitalizados en las salas de cirugía general y especializada del centro médico naval Cirujano Mayor Santiago Távara – Bellavista Callao 2013. *Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería*. Universidad Nacional de Callao. Callao 2014.