



**Universidad
Norbert Wiener**

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Tesis

Ansiedad preoperatoria y estilos de afrontamiento en
pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021

PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE
LICENCIADA DE ENFERMERÍA

Presentado por:

Autora: VANESA PAOLA SAMANEZ PIMENTEL

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1224-2261>

Lima – Perú

2021

Tesis

Ansiedad preoperatoria y estilos de afrontamiento en
pacientes de una clínica de Lima Metropolitana

Asesora:

Mg. UTURUNCO VERA, MILAGROS

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8482-1281>

Dedicatoria

El presente estudio se presentado dedicado a los pacientes involucrados, quienes colaboran con la investigación científica

Agradecimientos

Agradezco a los tutores y maestros por su orientación necesaria y valiosa.

A mi familia, por su apoyo moral y emocional, lo cual es relevante para el cumplimiento eficiente de mis objetivos.

Índice General

Índice General	5
Índice de tablas.....	8
Índice de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1. Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1. Teórica.....	6
1.4.2. Metodológica.....	6
1.4.3. Práctica	7
1.5. Limitaciones de la investigación.....	8
1.5.1. Temporal.....	8
1.5.2. Espacio	8
1.5.3. Recursos.....	8
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes de la investigación	9
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	9
2.1.2. Antecedentes nacionales	13
2.2. Bases teóricas.....	15

2.3.	Formulación de hipótesis	19
2.3.1.	Hipótesis general.....	19
2.3.2.	Hipótesis específicas.....	20
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA		21
3.1.	Método de investigación.....	21
3.2.	Enfoque investigativo.....	21
3.3.	Tipo de investigación	21
3.4.	Diseño de la investigación	22
3.5.	Población, muestra y muestreo	23
3.5.1.	Población	23
3.5.2.	Muestra	23
3.5.3.	Muestreo	25
3.6.	Variables y operacionalización.....	25
3.6.1.	Variable “Ansiedad Preoperatoria”.....	25
3.6.2.	Variable “Estilos de Afrontamiento al Estrés”	26
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
3.7.1.	Técnica	28
3.7.2.	Instrumentos	28
3.7.3.	Validación	31
3.7.4.	Confiabilidad	31
3.7.5.	Validación	34
3.7.6.	Confiabilidad	35
3.8.	Procedimiento y análisis de datos	35
3.8.1.	Autorización y coordinación previa para la recolección de datos	35
3.8.2.	Aplicación del instrumento de recolección de datos	35
3.8.3.	Métodos de análisis estadístico	36
3.9.	Aspectos éticos.....	36
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		38
4.1.	Resultados	38
4.1.1.	Análisis descriptivo de resultados.....	38

4.1.2. Prueba de hipótesis.....	44
4.1.3. Discusión de resultados.....	49
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
5.1. Conclusiones.....	56
5.2. Recomendaciones	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	65
Anexo 1. Matriz de consistencia	66
Anexo 2. Instrumentos.....	67
Anexo 3. Validez de la Subescala de Valoración de la Ansiedad Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger	73
Anexo 4. Confiabilidad del instrumento: Subescala de Valoración de la Ansiedad Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger	74
Anexo 5. Validez del instrumento: Cuestionario de Estilos de Afrontamiento al Estrés COPE (Coping Estimation) – BRIEF	75
Anexo 6. Confiabilidad del instrumento: Cuestionario de Estilos de Afrontamiento al Estrés – BRIEF COPE (Coping Estimation).....	76
Anexo 7. Escala de valores del coeficiente de correlación	80
Anexo 8. Aprobación del Comité de Ética	81
Anexo 9. Consentimiento Informado.....	82
Anexo 10. Informe del asesor de Turnitin.....	83

Índice de tablas

Tabla 1.	<i>Variables y su operacionalización</i>	27
Tabla 2.	<i>Escala de valores resultantes distribuidos en niveles para la variable Ansiedad Preoperatoria en el Cuestionario de Ansiedad Estado</i>	31
Tabla 3.	<i>Escala de valores resultantes distribuidos en niveles para las dimensiones de la variable Ansiedad Preoperatoria en el Cuestionario de Ansiedad Estado</i>	31
Tabla 4.	<i>Escala de valores resultantes distribuidos en niveles para la variable del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento Brief COPE</i>	34
Tabla 5.	<i>Escala de valores resultantes distribuidos en niveles para las dimensiones de la variable del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento Brief COPE</i>	34
Tabla 6.	<i>Datos sociodemográficos.</i>	38
Tabla 7.	<i>Nivel de Ansiedad Estado operatoria.</i>	40
Tabla 8.	<i>Nivel de Síntomas negativos.</i>	40
Tabla 9.	<i>Nivel de Síntomas positivos.</i>	41
Tabla 10.	<i>Nivel de Estilos de Afrontamiento al estrés.</i>	41
Tabla 11.	<i>Nivel de Estilos de Afrontamiento dirigido a la tarea.</i>	42
Tabla 12.	<i>Nivel de Estilos de Afrontamiento social y emocional.</i>	42
Tabla 13.	<i>Nivel de Estilos de Afrontamiento evitativo.</i>	43
Tabla 14.	<i>Pruebas de normalidad para las dimensiones y variables de estudio.</i>	44
Tabla 15.	<i>Pruebas de Correlación de Spearman entre la Ansiedad preoperatoria y los Estilos de afrontamiento al estrés.</i>	45
Tabla 16.	<i>Pruebas de Correlación de Spearman entre la ansiedad preoperatoria y los Estilos de afrontamiento al estrés dirigido a la tarea.</i>	46
Tabla 17.	<i>Pruebas de Correlación de Spearman entre la Ansiedad preoperatoria y los Estilos de afrontamiento al estrés social y emocional.</i>	47
Tabla 18.	<i>Pruebas de Correlación de Spearman entre la Ansiedad preoperatoria y los Estilos de afrontamiento evitativo.</i>	48
Tabla 19.	<i>Interpretación de los valores de confiabilidad de los ítems</i>	74

Tabla 20. <i>Análisis para la confiabilidad según el Alfa de Cronbach aplicado al instrumento de Ansiedad Estado</i>	74
Tabla 21. <i>Análisis para la confiabilidad según el Alfa de Cronbach aplicado al instrumento de BRIEF COPE (Coping Estimation) o de Estilos de Afrontamiento al Estrés</i>	79
Tabla 22. Escala de valores del coeficiente de correlación	80

Índice de figuras

- Figura 1.* Nivel de Ansiedad Estado operatoria **¡Error! Marcador no definido.**
- Figura 2.* Nivel de Síntomas negativos..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Figura 3.* Nivel de Síntomas positivos..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Figura 4.* Nivel de Estilos de Afrontamiento. **¡Error! Marcador no definido.**
- Figura 5.* Nivel de Estilos de Afrontamiento dirigido a la tarea.**¡Error! Marcador no definido.**
- Figura 6.* Nivel de Estilos de Afrontamiento social y emocional.....**¡Error! Marcador no definido.**
- Figura 7.* Nivel de Estilos de Afrontamiento evitativo..... **¡Error! Marcador no definido.**

Resumen

El presente estudio se realiza con el objetivo de determinar la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana. **Metodología:** Se utilizó un enfoque cuantitativo de estudio de las variables, tipo aplicada, método hipotético deductivo, diseño no experimental con nivel descriptivo y correlacional. Sobre una población de 244 pacientes en dos meses de atención se halló una muestra representativa de 150 haciendo uso del muestreo aleatorio simple; a los cuales se les aplicó principalmente dos pruebas: Escala de valoración de la ansiedad de Spielberger (IDARE) para el cálculo de la ansiedad preoperatoria y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento al Estrés – BRIEF COPE (Coping Estimation) para el correspondiente nivel de estilos de afrontamiento. **Resultados:** El 57,33% de los pacientes encuestados de una clínica de Lima Metropolitana observan un nivel alto de Ansiedad operatoria; un 26,00% de estos pacientes presentan un nivel medio, y un 16,67% un nivel bajo. El 65,33% de los pacientes encuestados de una clínica de Lima Metropolitana observan un nivel medio de Estilos de Afrontamiento al estrés; un 32,00% de estos pacientes presentan un nivel alto de Estilos de Afrontamiento al estrés, y un 2,67% un nivel bajo. **Conclusión:** Se concluye que existe entre la Ansiedad preoperatoria y los Estilos de afrontamiento al estrés una relación inversa y moderada ($Rho=-0,519$) y estadísticamente significativa ($p=0,000<0,050$), es decir que cuando la Ansiedad preoperatoria es alta o moderada, los Estilos de afrontamiento al estrés se encuentran bajos.

Palabras clave: Ansiedad, Cuidados Preoperatorios, Periodo Preoperatorio, Adaptación Psicológica, Estrategias de Afrontamiento.

Abstract

The present study is carried out with the objective of determining the relationship between preoperative anxiety and stress coping styles in patients from a clinic in Metropolitan Lima.

Methodology: A quantitative approach was used to study the variables, applied type, hypothetical deductive method, non-experimental design with descriptive and correlational level. From a population of 244 patients in two months of care, a representative sample of 150 was found using simple random sampling; Two tests were mainly applied to them: the Spielberger Anxiety Rating Scale (IDARE) for calculating preoperative anxiety and the Stress Coping Styles Questionnaire - BRIEF COPE (Coping Estimation) for the corresponding level of coping styles. **Results:** 57.33% of the surveyed patients from a clinic in Metropolitan Lima observed a high level of operative anxiety; 26.00% of these patients present a medium level and 16.67% a low level. 65.33% of the patients surveyed from a clinic in Metropolitan Lima observe a medium level of Coping Styles with stress; 32.00% of these patients present a high level of stress coping styles and 2.67% a low level. **Conclusion:** It is concluded that there is an inverse and moderate relationship between Preoperative Anxiety and Stress Coping Styles ($Rho = -0.519$) and statistically significant ($p = 0.000 < 0.050$), that is, when preoperative Anxiety is high or moderate, Coping Stress Styles are low.

Keywords: Anxiety, Preoperative Care, Preoperative Period, Psychological Adaptation, Coping Strategies.

Introducción

El presente proyecto se presenta en cuatro capítulos diferenciados.

El primer capítulo presenta el problema del estudio con sus cinco partes desagregadas, tales como el planteamiento y formulación del problema, así como los objetivos, justificación y limitaciones del estudio.

En el segundo capítulo se hace mención de los antecedentes del estudio y de las bases teóricas, todo lo cual está comprendido como mención en el marco teórico del estudio.

El tercer capítulo corresponde a las partes que describen la metodología del estudio, específicamente en lo que corresponde a su método, enfoque, tipo, diseño, población, muestra, muestreo, variables, técnicas, instrumentos, procedimiento y análisis de los datos recolectados, así como los aspectos éticos del estudio.

El último capítulo incluye entre los aspectos administrativos, tanto el cronograma de trabajo del proyecto y del informe final del presente estudio.

En la parte final del estudio se coloca las referencias bibliográficas y entre los anexos: la matriz de consistencia, instrumentos de recolección de información, así como su respectiva validez y confiabilidad de estos, el consentimiento informado, entre los principales.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El paciente que va a ser sometido en el tratamiento de su afección a un procedimiento de tipo quirúrgico es sometido a experimentar una variedad de patrones emocionales entre los que se encuentra la ansiedad preoperatoria. Esta se presenta por estar enfrentando la idea de una intervención quirúrgica desconocida, donde aplicando estrategias de acuerdo a la personalidad de cada paciente es que van a definir el transcurso de su estadía, desarrollo y reincorporación del procedimiento clínico. La OMS especifica que entre los años 1990, con alrededor de 416 millones de casos de ansiedad, hasta 2013 tuvo un considerable incremento hasta cerca de 615 millones de elevada ansiedad, es decir alrededor del 50% adicional. También se estima que alrededor del 10 % de la población del mundo llegue a desencadenar alguno de los tipos de trastorno de sus niveles de ansiedad, y de esta manera se llegaría a incrementar a un 30% los niveles de patologías no mortales inmediatas que en suma se padecería en todo el mundo (1). Se debe tomar en consideración también, que además del estrés o ansiedad previo al acto quirúrgico, el intervenido clínicamente transcurre por un proceso altamente estresante durante la operación, dado a que percibe una situación amenazante hacia su integridad, salud y su propia vida. (2).

La máxima autoridad en lo que respecta a salud, la OMS, ha estimado que anualmente en el mundo una cantidad mayor a 4 millones de pacientes son intervenidos en operaciones de

cirugía de todo tipo, de los cuales se observa que alcanzan un grado de ansiedad antes de ser operados en un margen entre el 50% y 75%, es decir entre 2,5 y 3,75 millones de ellos (3).

Actualmente, siguiendo la opinión de la OMS, se puede considerar a la ansiedad como un problema integral y que se ha extendido a nivel de la salud pública en general, dado que la cantidad de personas que ha padecido del trastorno de ansiedad en alguna de sus formas y por cualquiera de sus causas ha ascendido a niveles del 20% de toda la población del mundo (4). La repartición de población que presentan estos problemas de ansiedad antes de la intervención operatoria se observa en el mundo entre el 60% y 80% y en el Perú el 60%, para el año 2012, la misma que estuvo en mayor proporción para los jóvenes entre 18 a 34 años, a diferencia que en la tercera edad; además que las dos terceras partes son mujeres (5).

Respecto al trastorno de ansiedad de manera independiente se puede estimar que, del total de la población mundial en los últimos años, el trastorno de ansiedad viene afectando entre 5 al 7%, y si bien es recuperable, las personas que han experimentado el transcurso de este trastorno en sus vidas al menos una vez alcanza el nivel del 29% de las personas en el mundo, sobre todo en los varones. Para el Perú se presenta una prevalencia de alguno de los tipos de trastorno de ansiedad en un margen entre el 2 al 5% de toda su población. En el análisis de las atenciones por consultorio psiquiátrico se aprecia una mayor participación de las mujeres con edades mayores de 21 años. En la etapa preoperatoria, el riesgo de manifestaciones negativas en sus conductas y psicología fuera de los niveles esperados, según estimaciones del Ministerio de Salud peruano, alcanza al 60% de personas intervenidas, lo cual viene perjudicando los niveles de recuperación, sensación más intensa del dolor y requerimiento de anestésicos luego de sus intervenciones (3).

En el entono nacional peruano, el Ministerio de Salud calculó una cifra alrededor del 60% de personas afectadas por la ansiedad preoperatoria para los años 2015 y 2016, la misma que

tiene particularidades relacionadas al temor y niveles altos de estrés. Esta situación se genera a partir de la percepción de eventos amenazantes que adquiere el paciente al enfrentar una futura y próxima cirugía por emergencia o programada, la cual deviene en evidentes problemas posteriores a la cirugía manifestados en su salud en el tiempo de recuperación, incluso hasta después de dos semanas de la intervención, teniendo además la necesidad de consumir fármacos calmantes del dolor. La cifra en el Perú de todas las intervenciones de cirugía realizadas alcanza a 613,396, siendo las más representativas las que se realizan en la zona abdominal, las generadas por traumatismo, las estéticas, entre otras (5).

En la etapa del diagnóstico que se realiza en la etapa de la visita del enfermero, este ha logrado observar miedo y ansiedad cuando el paciente enfrenta su intervención en sala de cirugía, dado que lidian con el desconocimiento de los procesos de anestesia y manejo de las posibles situaciones impredecibles (1).

Frente a ello la función del enfermero desde su vista prequirúrgica hasta su intervención es crucial para el diagnóstico y manejo de la ansiedad del paciente, el mismo que consiste en ofrecer elevar el nivel de información, resolución de interrogantes, y de este modo impartir una mejora en la salud emocional y estado físico del convaleciente (2). Además de impartir información de lo que preocupa al paciente prequirúrgico el segundo objetivo central de la visita de enfermería es aplacar los niveles de ansiedad del mismo (3).

En lo que respecta a las visitas prequirúrgicas del personal de enfermería, se deben incluir protocolos en los que se deban adaptar mejoras en su objetivo de informar. Asimismo, es de necesidad evaluar los efectos de los aportes psicológicos y emocionales en el desarrollo de estrategias de intervención educativa prequirúrgicas para lograr un mejor desempeño y resultados de la cirugías a las que son sometidos (2).

En base a los aspectos situacionales presentados se pudo arribar a la propuesta de un

planteamiento que ayude a dilucidar primero el grado en que se presenta la ansiedad en el momento preoperatorio de los pacientes de la Clínica Las Américas, CIRLAP de Lima, así como los estilos de afrontamiento que utilizan, dado a que es necesario la consecución de ciertas estrategias o acciones para hacer frente a la ansiedad disminuyéndola eficazmente, y de este modo ayuden para su bienestar y el éxito de su intervención quirúrgica sin dificultades adicionales, todo ello el plasmado en el problema del estudio.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria y los **estilos de afrontamiento al estrés** en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión *estilos de afrontamiento dirigido a la tarea* en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión *estilos de afrontamiento social y emocional* en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión *estilos de afrontamiento evitativo* en pacientes en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana ,2021?
- ¿Cuál es el nivel de **ansiedad preoperatoria** en pacientes de una clínica de Lima

Metropolitana?

- ¿Cuáles son los **estilos de afrontamiento al estrés** en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión *estilos de afrontamiento dirigido a la tarea* en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.
- Establecer la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión *estilos de afrontamiento social y emocional* en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.
- Distinguir relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión *estilos de afrontamiento evitativo* en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.
- Evaluar el nivel de *ansiedad preoperatoria* en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.
- Identificar los *estilos de afrontamiento al estrés* en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El propósito de este estudio es indagar sobre el grado de ansiedad preoperatoria en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, así como su relación con su nivel en que utilizan sus estilos de afrontamiento al estrés. El que los profesionales de salud lleguen a identificar antes de una cirugía algún grado de ansiedad les permite intervenir como asistencia directa hacia el paciente o para hacer capacitaciones sobre la salud, el bienestar del paciente, así como el éxito de la operación a la que es intervenido.

El poder analizar y tomar control de la ansiedad muy recurrente antes de una intervención, muy útil en cuanto a poder incluir en el currículo en la carrera profesional de enfermería, permitiendo fortalecer los estilos de afrontamiento, para que este grupo de conocimientos se unan con otros estudios transversales relacionados y se ofrezca un mejor fortalecimiento de las capacidades de los profesionales y estudiantes de la carrera.

De esta manera, el aporte teórico del estudio se debe a su sustento en base de otras investigaciones publicadas y reconocidas a nivel mundial, y al ser estas muy escasas con la concurrencia de las dos variables del estudio: ansiedad preoperatoria y estilos de afrontamiento, se aportará a lo que actualmente un problema que aqueja al paciente que estresa al nivel de generar ansiedad.

1.4.2. Metodológica

Respecto al aporte del estudio como modelo metodológico, este empieza en la incorporación del estudio en salud mental como parte de la línea de investigación de salud preventiva, incluyéndose los términos de ansiedad preoperatoria y estilos de

afrontamiento al estrés, a través de un instrumento dirigido a pacientes que serán intervenidos en sala de cirugía, adaptando tales instrumentos a cada necesidad de estudio específico, con miras de conseguir fortalecer los estilos de afrontamiento en los pacientes, y así contrarrestar los efectos perjudiciales de alguna probable prevalencia de ansiedad perjudiciales a ellos mismos.

En tal sentido, la metodología sobre la que se basa el presente estudio se realiza con el fin de que se midan de manera eficaz las variables ansiedad preoperatoria y estilos de afrontamiento al estrés, valiéndose para ello de investigaciones anteriores que incluyen como objeto de estudio a pacientes programados para cirugía, utilizando también la Subescala Ansiedad Estado de la Escala de Valoración de la Ansiedad de Spielberger (IDARE) y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento al Estrés: BRIEF COPE (Coping Estimation).

1.4.3. Práctica

En la práctica de los cuidados de enfermería el estudio realizado aporta con su misma ejecución, la cual valida intrínsecamente un aporte a la mejora del bienestar con repercusiones en la atención médica y enfermera, dado a que se no solo se intervienen a los niveles de ansiedad preoperatoria, sino los niveles de estrategias de afrontamiento al estrés utilizados por parte de los pacientes antes de su intervención quirúrgica.

Es así como el estudio en la práctica diaria ayuda a observar y proponer otras alternativas de solución a las autoridades del centro asistencial a favor de la salud del paciente y derivando en una reducción de gastos médicos para el paciente.

1.5. Limitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Para el desarrollo del estudio se contó con un tiempo limitado, lo cual redujo el tamaño del mismo en cuanto a alcance de una población mayor y por ende posibles mejores resultados o hallar mejores evidencias en la investigación.

1.5.2. Espacio

Debido a que la toma de información fue de manera remota y sincrónica, por medio del uso de su celular como dispositivo de comunicación directo en cada paciente, se presentó esta limitación para hacerlo de manera presencial, lo que podría asegurar una mayor cercanía a la una total identificación del paciente que ofrece información valiosa e importante en la investigación.

1.5.3. Recursos

Los recursos previstos para el estudio estuvieron adecuadamente aportados por la autora del estudio.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Porras et al (2020) en Monterrey, México estudiaron la “Aplicación de técnicas de relajación en pacientes preoperatorios, hospitalizados y sus cuidadores” con la finalidad de identificar cuan efectivas son las técnicas de orden cognitivo conductual aplicadas a una muestra de 155 pacientes que iban a ser sometidos a una intervención u preoperatorios, de los módulos de preoperatorio y sala de hospitalización, a fin de nivelar su ansiedad, así como de las personas que los cuidaban, conformando dos técnicas de tipo relajación y una de tipo intervención. Para ello, a tales pacientes se les evaluó su estado de ansiedad antes y después de que se les aplicase las mencionadas técnicas con los debidos instrumentos. Como resultado se encontró que la ansiedad había descendido de forma significativa, y de acuerdo a ello se pudo afirmar que los pacientes y cuidadores llegaron a percibir bienestar, lo cual fue posible producto de la eficacia de las técnicas de tipo relajación aplicadas (6).

Talavera et al (2020) en México condujeron un análisis de la “Intervención psicoeducativa para modificar ansiedad, depresión y calidad de vida en candidatos a revascularización coronaria” con la finalidad de medir cuan eficaz resulta el programa de psicoeducación orientado a reducir tanto los niveles de depresión y

ansiedad, así como incrementar los niveles de bienestar y calidad de vida que se relaciona con la salud, teniendo como beneficiarios los pacientes seleccionados como futuros intervenidos en cirugía consistente en revascularización de las vías coronarias. Para este fin se elaboró el estudio mediante el método cuasiexperimental, utilizando el diseño de la preprueba y posprueba, para lo cual se incluyó en todas las fases del programa un grupo de control, y llegando a aplicarse los instrumentos (Cuestionario de Calidad de Vida relacionada a la salud y Escala de Ansiedad y Depresión) a 66 personas. Como parte de los resultados más relevantes se pudo hallar que si bien por medio del test estadístico de U de Mann Whitney no se observó significativos contrastes en el grupo de variables depresión y ansiedad, sí consiguió reducir sus límites. Por otra parte, sí se halló valores más altos en el grupo sobre el que se experimentó con respecto a la calidad de vida afín a la salud, además que los la prueba t se consiguió una significativa diferencia entre las dimensiones estado funcional y síntomas. Parte de las conclusiones logran confirmar la relevancia del diseño y ejecución de consecuentes programas que incluyan una intervenir psicológicamente a los pacientes previamente a ser sometidos a su correspondiente cirugía a nivel coronario (7).

Figuroa et al (2017) en México llevaron a cabo un estudio con el fin de evaluar la “Relación entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a bypass cardiaco” o, expresado, en otros términos, una revascularización de tipo coronaria quirúrgica. Para ello antes de realizarse la intervención con cirugía, utilizando un diseño de tipo transversal, nivel exploratorio y diseño a manera de correlaciones, se aplicó a los 62 pacientes elegidos tanto el Inventario de Afrontamiento a las Lesiones y Problemas de Salud (CHIP), así como el Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI). Se pudo

observar que el 46.8% de los pacientes evaluados tuvieron ansiedad preoperatoria en niveles altos, además que según el índice de Rho de Spearman se halló correlación positiva ($r=.285$ $p = .025$) entre la estrategia de afrontamiento preocupación emocional y la ansiedad preoperatoria. Entre las conclusiones más relevantes se puede sostener que es de suma relevancia elaborar e implementar programas de intervención psicológica a fin de que a los usuarios prequirúrgicos les sea más factible y eficiente llegara controlar no solo la ansiedad preoperatoria que deban enfrentar, sino cualquier otra comorbilidad emocional, y del mismo modo también lleguen a reforzar sus propias estrategias para afrontar de manera adaptativa la cirugía cardíaca que deben asumir para un completo y excelente bienestar de su salud e integridad (8).

Salamea y Espinoza (2017) en Cuenca, Ecuador ejecutan un análisis con la finalidad de determinar la “Prevalencia de ansiedad y factores asociados en pacientes prequirúrgicos en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2016”. Para llevar a cabo el estudio de tipo analítico y transversal se aplicó a los 175 pacientes de consultorio externo por medio de la escala de Ámsterdam se pudo medir la necesidad de información y se usó un cuestionario para calcular los niveles de ansiedad. El software estadístico denominado SPSS se utilizó para analizar estadísticamente las respuestas de la aplicación de los instrumentos. Se obtuvo que los niveles de prevalencia de la ansiedad percibida alcanzaron el 64% de los pacientes, siendo más representativos en un 81,8% para la muestra con edades por debajo de los 19 años, en un 77,6% solteros, en un 73,7% con un lapso de tiempo transcurrido de un mes entre el diagnóstico realizado y el momento de la aplicación de la cirugía, en un 71,9% los pacientes que se les intervino con trabajo en plena intervención quirúrgica y un 68,8% de ellos son provenientes de la zona urbana. Asimismo, como factores

que se pueden asociar a tales resultados se cuentan tanto la falta de asistencia psicológica como emocional por parte de familiares cercanos, así como el tiempo de espera luego del diagnóstico para proceder a realizar la intervención con cirugía. Como conclusión principal para los niveles de ansiedad pre cirugía encontrados se recomienda alejarse de los indicadores que involucre la presencia de los factores que se asocian a la ansiedad antes de la operación de cirugía, llegando a controlarlos integral y efectivamente (9).

Gutiérrez (2017) en Tarragona, España con la finalidad de evidenciar el proceso de la experiencia de ansiedad quirúrgica pediátrica, estudió “La ansiedad de los niños y de sus familias en el proceso de una intervención quirúrgica programada”, relacionando los niveles de ansiedad alcanzados en los infantes con el nivel de comunicación impartida en el hospital. El estudio prospectivo es de tipo observacional y de corte longitudinal considerando varios momentos para la recolección de información en el área de la investigación, es decir de cirugía pediátrica correspondiente al Hospital Infantil Florence Nightingale de Düsseldorf, en Alemania. Como resultado de la investigación es el producto de una literatura y un taller con fines de enseñanza y de terapia participando 167 infantes seleccionados de uno de los grupos (1667 con un procedimiento normal en cirugía y 166 niños en procedimiento de terapia de manera individual). Se arriba a la conclusión que en cada una de las etapas del estudio los infantes que no fueron intervenidos alcanzaron la predominancia del nivel medio de su ansiedad, más los infantes que sí lo fueron observaron un nivel menor (10).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Purisaca (2019) en Pimentel, Chiclayo, Perú con el fin de determinar la relación entre aquellas variables de estudio, llevó a cabo un análisis del “Nivel de ansiedad y proceso de afrontamiento en el periodo preoperatorio de los pacientes del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque - 2017”. Bajo un estudio de tipo correlacional, diseño no experimental y transversal, selecciona para su estudio una muestra poblacional con 61 pacientes. Como parte de los resultados más relevantes está que predomina el nivel medio de ansiedad con un 88,3% de usuarios que se atienden en cirugía, un nivel bajo con un 8,3% y solo un 3,3% de nivel alto. Respecto al afrontamiento el nivel medio predominó con un 85%, seguido por el 10% y 5% para los niveles bajo y alto respectivamente. Concluyendo se acepta una relación la ansiedad y la manera cómo afrontan la etapa preoperatoria los usuarios hospitalarios (3).

Ferrel (2019) en Lima, Perú realizó un estudio con el propósito de determinar el grado que llega a alcanzar la “Ansiedad Preoperatoria, en Pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital de Huaycán, Lima, Perú, 2018”. El estudio en el marco cuantitativo, aplicativo, con nivel descriptivo, con diseño de característica no experimental y estudio transversal. La muestra poblacional lo conformaron 60 pacientes hospitalarios antes de ser atendidos en su cirugía, quienes se les dispuso de la Escala de Valoración de la Ansiedad de Spielberger (IDARE), con las modificaciones por parte de Quijano (2015), encontrándose como resultado la preponderancia del nivel medio con el 87%, luego el nivel alto con un 10% y nivel bajo con un 3%. Asimismo, se destaca la participación del nivel medio con un 77% y nivel bajo con un 15% en cuanto a los “síntomas negativos” y el nivel bajo con un 82% y nivel medio con un 13% para los “síntomas positivos”. Se llega a concluir que

el nivel medio de la ansiedad es representativo en la mayor parte de los usuarios en la etapa de preoperación de la cirugía del hospital (11).

León y Mendoza (2018) en el Callao, Perú ejecutaron un estudio a fin de establecer la “Ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía de emergencia en el Hospital Regional de Ayacucho - 2017”. Siguiendo el enfoque cuantitativo de investigación, se aplica un tipo aplicado, el nivel que alcanza es el descriptivo y tomados los datos de manera transversal en una oportunidad específica de espacio y periodo. Bajo este aspecto se aplicó la escala de ansiedad de Zung a 80 usuarios con programación de cirugía en emergencia, lo cual conllevó a observar entre los resultados más sobresalientes los de un 52,5% con nivel intenso y un 22,5% con un nivel normal, llegándose a concluir que dado las altas cifras de nivel intenso de ansiedad se debe propiciar la mejora de los cuidados impartidos por los profesionales de enfermería del hospital (12).

Díaz y Durand (2018) en Huánuco, Perú llevaron a cabo su investigación respecto a los “Factores asociados al nivel de ansiedad en pacientes preoperatorios en el servicio de cirugía en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017” con el propósito de relacionar ambas variables. Con un diseño de estudio observacional, prospectivo, analítico, de nivel descriptivo relacional, se decidió medir la ansiedad por medio del Inventario de valoración, además de un cuestionario propio, los cuales tuvieron como objetivo recoger los datos de 89 pacientes atendidos en el servicio quirúrgico. Como resultados centrales de la investigación se obtuvo el nivel alto del 60,7% para la ansiedad, resaltando la relación de esta con la información respecto al afrontamiento al estrés por los procedimientos a aplicarse con un nivel de relación de $u: 378$, luego de las relaciones con el género ($u: 609$), antecedentes de cirugías ($u: 565$) e información sobre el procedimiento quirúrgico

(u: 507) (13).

Navarro et al (2017) en el Callao, Perú realizaron un estudio con el fin de estimar el nivel de la relación observada entre “Nivel de ansiedad y estrategias de afrontamiento del paciente quirúrgico programado del servicio de cirugía general del Hospital Nacional Ramiro Prialé – EsSalud Huancayo, 2016”. Para el estudio prospectivo, descriptivo correlacional, observando los datos transversalmente y bajo un enfoque de tipo cuantitativo, se utilizaron las pruebas de Inventario de ansiedad Estado Rasgo e Inventario de Estimación de Afrontamiento — COPE aplicándolas a una muestra poblacional de 106 pacientes mientras se atendían en el servicio quirúrgico del hospital. Entre los resultados hallados destacó los niveles moderados de ansiedad en un 45,36%, un 29,2 de nivel severa y un 25,5% en su nivel leve, y esto debido a las posibles complicaciones futuras o por no contar con la información suficiente de la anestesia, por alejarse de sus familiares, entre otros aspectos. De esta manera se concluye que a menor sean la cantidad de maneras que dispongan y utilicen se vuelven mayores los niveles de ansiedad ($p \pm 0.01$) (14).

2.2. Bases teóricas

2.2.1 La Ansiedad Preoperatoria

La definición que precisa la OMS a la ansiedad se encuentra en el sentir o percibir un perjuicio o amenaza latente con antelación a que suceda, y con una cuota de negatividad o sentimiento negativo anticipado o desalentador o disfórico, y de igual manera experimentando cambios que afectan con malestares al organismo en lo físico (4). Otra definición categórica es aquella ofrecida por la SEAS (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés) que se aproxima a la emoción percibida naturalmente que involucra respuestas ante eventos inciertos que causan daño o amenazadores de perjuicio (15).

Los cambios emocionales son los primeros que comienzan a sentirse tanto en el personal de enfermería profesional o técnico, como en los familiares y el mismo usuario a partir de que se le informa que va a ser intervenido en cirugía e internado u hospitalizado por el tratamiento a una enfermedad detectada a tiempo, por lo que este transcurso de su adaptación a una nueva realidad es tomado con modificaciones en el ámbito emocional, y al adaptarse psicológicamente algunos de ellos desencadenan diversos trastornos de ansiedad (16).

Esta experiencia de elevada ansiedad percibida realmente genera las condiciones más desfavorables para que el paciente intervenido quirúrgicamente se logre recuperar por completo, trayendo consigo un desequilibrio en el sistema de salud, por contar con un mayor tiempo de uso de camas hospitalarias, medicamentos para disminuir el dolor.

Es por ello que dentro de las funciones del personal enfermero están las apoyar y asistir al paciente de una manera amplia y completa, preparándolo de manera anticipada haciendo uso de instrucción en la etapa preoperatoria del tratamiento quirúrgico, ayudándolo con este instrumento de capacitación de manera idónea a sobrellevar de la mejor manera el proceso quirúrgico a que se enfrenta (17).

Dentro de las tres clases de visitas de enfermeras previas a una cirugía se encuentran: a) Visita informativa, que se realiza luego de la información recibida por el cirujano y anesthesiólogo, en la que se le ofrece al paciente resolver todas sus posibles y actuales dudas o inquietudes respecto a los procedimientos que involucra el acto de cirugía al que se va a ser sometido, así como los profesionales encargados, ambientes, horarios, duración, exámenes generales, evaluación de riesgo quirúrgico, tipo de anestesia, los drenajes o sondas a utilizarse, incluyéndose también los procesos posoperatorios. Con estas visitas los pacientes perciben satisfacción y buena calidad de atención. b) Visita terapéutica, es el tipo de visita más utilizada por el enfermero o terapeuta, en la que se aplica un programa

estandarizado de acciones de cuidado previo a la operación de cirugía, que consiste en impartición de conocimientos acerca de su enfermedad, la manera cómo se ha de cuidar y recomendaciones a tener en cuenta según el tipo de intervención en sala de cirugía. Este tipo de visita se puede disminuir la ansiedad prequirúrgica por el nivel de conocimiento de las acciones quirúrgicas. c) Visita ansiolítica, ejecutada con objetivos exclusivos de reducir los niveles de ansiedad. Es la que menos se realiza, pues se considera muy complicado a que además de realizarse bajo condiciones establecidas según diagnósticos específicos de cada convaleciente, se requiere un tiempo espacioso para su completo desarrollo (2,3).

2.2.2 Afrontamiento del estrés

Lazarus y Folkman distinguen dos tipologías, una centrada o dirigido al problema, manifestándose en una serie de conductas y acciones siempre con el fin de cambiar o dar solución al problema enfrentado; y el afrontamiento utilizando la emoción, es decir tomar acción detenidamente a fin de calmar los sentimientos de ansiedad o angustia o estrés y así llegar a minimizar las consecuencias en la psicología de cada individuo (21).

Cabe destacar que los estilos utilizados para afrontar el estrés se diferencian de los recursos en que estos últimos no son los elementos exclusivos e idóneos para el afrontamiento o solución de un evento amenazante, sino que acompañan y ayudan a los estilos a cumplir su función, tales como por ejemplo la personalidad, el dinero, algunos bienes, entre otros.

Siguiendo lo mencionado por Lazarus y Folkman, según el grado de complejidad del evento dificultoso y la calidad de los elementos utilizados como recursos, es que se va a elegir uno o más estilos para afrontar eventos de estrés (21).

Entre otros estilos o formas utilizados frente a eventos difíciles, están los propuestos por Carver, Scheier y Weintraub, tales como aquellos donde interviene la creencia religiosa o el

sentido de humor, entre otros, los cuales son clasificados en tres tipos: los enforcados al problema, otros en la emoción y finalmente otros disfuncionales (22).

Otra clasificación importante, entre muchas otras está la de Endler y Parker que guarda mucha similitud coincidente en el contenido que ofrece la clasificación de Carver, Scheier y Weintraub presentada con otras menciones, teniendo así el afrontamiento de modo que se orienta a la tarea, otro a las emociones y por último el que se centra en la evasión (23,22).

2.2.3 Teoría de Enfermería

Considerando la teoría de los sistemas y tratándolo en el ámbito asistencial, la enfermera Neuman B. comparte los saberes y aprendizajes en el cuidado de los pacientes con afecciones mentales, explicando la conformación de un todo por los individuos y a su vez estos constituyen un todo para sus partes que los constituyen, por lo que bajo esta óptica la armonía y equilibrio de las partes mental, social y corporal, en conjunción con los elementos de carácter espiritual, social, corporal o conductual que se relacionan mutuamente, generan un bienestar en el íntegro del ser humano, beneficiándolo con un estado de buen salud integral (18).

Otra teoría de la profesión de enfermería relacionada con la disminución de la ansiedad es la teoría del déficit de autocuidado, como teoría sobre la que Dorothea Orem desarrolla la idea según la cual situaciones externas generan la falta de actuación al paciente para el control de su propio cuidado, lo que genera elevación de los niveles de estrés y ansiedad en los usuarios candidatos a cirugía en sala de operaciones. Es entonces cuando se hace relevante la tarea del cuidado como asistencia al paciente a fin de que en este se regenere su estado de bienestar emocional y físico (4).

Es de una manera natural en que la ansiedad logra a adaptarse a fin de facilitarnos un estado

de alerta cuando se nos presentan situaciones con dificultad de asumirlas. En la práctica se puede valorar como positivos los niveles de ansiedad frente a circunstancias de alto riesgo, pues nos ofrecen un nivel de prudencia necesario. Incluso a niveles moderados de ansiedad se considera útil no solo para sobrellevar las dificultades diarias imprevistas sino para sostener un ritmo de esfuerzo o trabajo con sus propios retos (19).

Sin embargo, cuando se trata de manejar, conducir o tratar directamente con los niveles de ansiedad que uno pueda experimentar y se siente abrumado por ella, las consecuencias físicas a partir de los niveles bioquímicamente estables, así como emocionales, se puede llegar producir un desorden, confusión y daño reflejado en patologías clínicas clasificadas dentro de patrones de ansiedad comunes. Entre los difíciles y lamentables daños que se manifiestan a nivel físico están las disfunciones, y a nivel psicológico están las contradicciones psicofisiológico, conductual y cognitivo (20).

Respecto al afrontamiento encuentra su definición como el denuedo a nivel de conducta y cognición que se activa de manera inmediata a fin de responder o reaccionar a manera de conducir requerimientos puntuales tanto a nivel interno como externo al individuo, los mismos que se estiman como sobre excedido por encima de las capacidades de la persona que los experimenta (21).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Ha: Existe una relación inversa y significativa entre la ansiedad preoperatoria y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.

H0: No existe una relación inversa y significativa entre la ansiedad preoperatoria y

los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.

2.3.2. Hipótesis específicas

- Ha: Existe una relación inversa y significativa entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión *estilos de afrontamiento dirigido a la tarea* en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.
- H0: No existe una relación inversa y significativa entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión *estilos de afrontamiento dirigido a la tarea* en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.
- Ha: Existe una relación inversa y significativa entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión *estilos de afrontamiento social y emocional* en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.
- H0: No existe una relación inversa y significativa entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión *estilos de afrontamiento social y emocional* en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.
- Ha: Existe una relación inversa y significativa entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión *estilos de afrontamiento evitativo* en pacientes en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.
- H0: No existe una relación inversa y significativa entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión *estilos de afrontamiento evitativo* en pacientes en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

El método de estudio abordado es el concordante con la metodología hipotética deductiva (24).

3.2. Enfoque investigativo

El estudio se desarrolló de manera cuantitativa, correspondiendo así al enfoque que lleva ese nombre, dado a que se calculan niveles o categorías luego de asignarse valoraciones a la información recopilada; de esta manera se llega a medir las variables de ansiedad preoperatoria o prequirúrgica en una población de pacientes, así como los niveles en que aplican sus estilos con que enfrentan al estrés los pacientes objeto del presente trabajo investigativo.

Para Hernández et al, los estudios de modo cuantitativo son aquellos que realizan análisis estadísticos y matemáticos, generalmente apoyándose de otras aplicaciones digitales, para luego ejecutar los análisis y precisar la explicación del comportamiento de las variables examinadas, lo que además permitirá a los investigadores una concordancia o discrepancia del sustento teórico previo y concerniente al estudio (25).

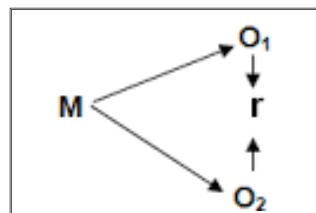
3.3. Tipo de investigación

Se puede determinar que el tipo de estudio que corresponde al presente trabajo es el de tipo

aplicado, recogiendo lo sustentado por la explicación de Muntané Relat, quien afirma que son aplicados los estudios que permiten incrementar el conocimiento científico por medio del contraste de evidencias de carácter práctico o entre hipótesis de investigación (26).

3.4. Diseño de la investigación

El trabajo de investigación se ha desarrollado en el nivel correspondiente al descriptivo correlacional. Bernal afirma que la investigación correlacional es aquella que tiene como fin establecer o evaluar la relación entre variables o los resultados de estas (27). El diseño del nivel descriptivo correlacional puede describirse como una representación gráfica, tal como se muestra:



Donde:

M : Muestra

r : Relación entre variables

O₁: Observación de la Variable 1 (Ansiedad preoperatoria)

O₂: Observación de la Variable 2 (Estilos de afrontamiento al estrés)

El estudio se considera enmarcado en un diseño de carácter no experimental, pues según la teoría este realizó sin que se altere de alguna forma las variables consideradas, ya sea como categorías o variables independientes, en las que además que se incluyeron sus propios entornos y ambientes reales o naturales. La otra mención que hace referencia a este modelo es la de *ex post facto*, que significa posterior a los eventos sucedidos, además de incluirse en la observación otras variables que conforman su entorno en el momento de su análisis (25).

También se le puede asignar la mención de estudio transversal debido a que la observación de los datos recopilados y su posterior evaluación se realizan en un espacio de tiempo corto y delimitado. En el caso del estudio presente los instrumentos aplicados se ofrecieron juntos en un único momento, lo cual le da la característica de ser un estudio transversal.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población del presente estudio consta de 244 pacientes que son atendidos en sala de cirugía durante dos meses en promedio, puesto que se proyecta aplicar recabar la información en los meses de junio y julio del año 2021, teniendo un promedio mensual de 122 pacientes que son intervenidos quirúrgicamente en la Clínica Las Américas, CIRLAP de Lima.

3.5.2. Muestra

Para el cálculo de la muestra se aplica la fórmula para población finita:

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

Donde:

Z = Nivel de confianza (correspondiente con la tabla de valores de Z)

p = Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado

q = Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado = 1-p.

Nota: cuando no hay indicación de la población que posee o no el atributo, se asume 50% para p y 50% para q

N = Tamaño del universo o total de la población (Se conoce que es finito)

e = Error de estimación máximo aceptado

n = Tamaño de la muestra

Obteniendo:

$$n = \frac{(244) (1.96^2) (0.50)(0.50)}{(0.05^2) (243) + (1.96^2) (0.50)(0.50)} = \frac{(244) (0.9604)}{(0.6075) + 0.9604}$$

$$n = \frac{234.3376}{1.5649} = 149.7460540609624$$

$n = 150$

La población muestral para el presente estudio se considera 150 pacientes con intervención quirúrgica.

Para la selección de los participantes que formaron parte de la investigación se efectuó una selección partiendo de la aplicación de los criterios predefinidos para considerarse según se presenten como incluidos o excluidos en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con edades a partir de 18 años a más que tienen programación de cirugía por consulta externa o por emergencia.
- Pacientes que acepten participar en la investigación previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años que tienen programación de cirugía por consulta externa o por emergencia.
- Pacientes que decidan por voluntad y en conciencia eximirse de la participación voluntaria en el estudio.

3.5.3. Muestreo

En cuanto a la técnica usada para el muestreo, este se desarrolló de manera consecutiva y circunstancial, según se fueron presentando los pacientes en su atención, es decir bajo la técnica de un muestreo aleatorio.

La muestra obtenida mediante la técnica de muestreo aleatorio simple.

3.6. Variables y operacionalización

3.6.1. Variable “Ansiedad Preoperatoria”

Definición conceptual de la variable

Es el sentir o percibir un perjuicio o amenaza latente con antelación a que suceda, y con una cuota de negatividad o sentimiento negativo anticipado o desalentador o disfórico, y de igual manera experimentando cambios que afectan con malestares al organismo en lo físico (4)

Definición operacional de la variable

La ansiedad operatoria es la percepción del riesgo que para su evaluación se encuentra realiza un contraste entre sus dos dimensiones: síntomas positivos y síntomas negativos, con 10 ítems cada una de ellas, de acuerdo a una escala de

valoración IDARE diseñada por Rogelio Díaz Guerrero y Charles D. Spielberg (28).

3.6.2. Variable “Estilos de Afrontamiento al Estrés”

Definición conceptual de la variable

Se definen como estilos de afrontamiento a las actitudes físicas y mentales de una persona que se ejecutan de manera adaptativa en una constancia y adecuación a su ambiente o circunstancia que lo rodea, con la finalidad de manejarlas, sabiendo que se debieron a la necesidad de satisfacer objetivos específicos, pero que terminaron por excederse en perjuicio de la misma persona (29).

Definición operacional de la variable

Los estilos de afrontamiento son las maneras en que la persona maneja su nivel de estrés, definidas para su evaluación en 28 ítems diseñados por Carver et al y dimensionadas por Leguía en 3 tipos: estilos de afrontamiento dirigido a la tarea, estilos de afrontamiento social emocional y estilos de afrontamiento evitativo (22,30).

Tabla 1. *Variables y su operacionalización*

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Factores o subdimensiones	Instrumento	Escala Valorativa
Ansiedad preoperatoria	La ansiedad operatoria es la percepción del riesgo que para su evaluación se encuentra realiza un contraste entre sus dos dimensiones: síntomas positivos y síntomas negativos, con 10 ítems cada una de ellas, de acuerdo a una escala de valoración IDARE diseñada por Rogelio Díaz Guerrero y Charles D. Spielberg (28).	Síntomas positivos	<ul style="list-style-type: none"> - Me siento calmado - Me siento seguro - Me siento cómodo (estoy a gusto) - Me siento descansado - Me siento confortable - Tengo confianza en mí mismo - Estoy relajado - Me siento satisfecho - Me siento alegre - En este momento me siento bien 	<p>ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD DE SPIELBERGER (IDARE)</p> <p>Escala de Medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nada = 1 - Algo = 2 - Bastante = 3 - Mucho = 4 	<p>Total Ansiedad Estado</p> <p>Baja: ≤ 30 puntos</p> <p>Media: 30 a 44 puntos</p> <p>Alto: ≥45 puntos</p> <p>Dimensión Síntomas positivos</p> <p>Alto (31-40)</p> <p>Medio (20-30)</p> <p>Bajo (10-19)</p> <p>Dimensión Síntomas negativos</p> <p>Alto (31-40)</p> <p>Medio (20-30)</p> <p>Bajo (10-19)</p>
		Síntomas negativos	<ul style="list-style-type: none"> - Estoy tenso - Estoy contrariado(a)-molesta - Me siento alterado - Estoy preocupado(a)por posibles desgracias futuras - Me siento angustiado - Me siento nervioso - Estoy desasosegado (inquieto) - Me siento muy “atado” (como oprimido) - Me encuentro muy triste - Me siento aturdido y sobre excitado 		
Estilos de afrontamiento al estrés	Los estilos de afrontamiento son las maneras en que la persona maneja su nivel de estrés, definidas para su evaluación en 28 ítems diseñados por Carver et al y dimensionadas por Leguía en 3 tipos: estilos de afrontamiento dirigido a la tarea, estilos de afrontamiento social y emocional y estilos de afrontamiento evitativo (22,30).	Estilos de afrontamiento dirigido a la tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento Activo - Planificación de Actividades - Supresión de otras Actividades - Postergación del Afrontamiento - Búsqueda de Apoyo Social 	<p>CUESTIONARIO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS – BRIEF COPE (COPING ESTIMATION)</p> <p>Escala de Medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca hago esto = 1 - Hago esto un poco = 2 - Hago esto bastante = 3 - Siempre hago esto = 4 	<p>Total</p> <p>Alto (85-112) / Medio (56-84)</p> <p>Bajo (28-55)</p> <p>Dimensión Dirigido a la tarea</p> <p>Alto (25-32) / Medio (16-24)</p> <p>Bajo (8-15)</p> <p>Dimensión Social y emocional</p> <p>Alto (13-16) / Medio (8-12)</p> <p>Bajo (4-7)</p> <p>Dimensión Evitativo</p> <p>Alto (13-16) / Medio (8-12)</p> <p>Bajo (4-7)</p>
		Estilos de afrontamiento social y emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda de soporte emocional - Reinterpretación Positiva y Desarrollo Personal - Aceptación de la Situación - Acudir a la Religión - Análisis de las Emociones 		
		Estilos de afrontamiento evitativo	<ul style="list-style-type: none"> - Negación del Problema - Conductas Inadecuadas - Distracción de la Mente 		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se considera a la encuesta como la técnica apropiada para el estudio, debido a que esta es considerada una técnica segura y fidedigna en la obtención de información (31,32).

3.7.2. Instrumentos

Ficha Técnica de la Subescala de Valoración de la Ansiedad Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger

a. Nombre Original: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

b. Autores: R. Gorsuch, R. Lushene, Ch. Spielberger en 1970 (33).

Ch. D. Spielberger y R. Díaz-Guerrero en 1975 .

c. Validez y confiabilidad: En habla hispana Cecilia Silva, Ariana Hernández Medina, Blanca Elizabeth Jiménez Cruz y Nayelli Alvarado (34) en el año 2016 revisaron la estructura interna del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) versión en español del STAI (State Trait Anxiety Inventory) última versión.

En el Perú se toma en consideración la validez y confiabilidad del Inventario Ansiedad Rasgo-Estado, únicamente la Subescala Ansiedad Estado hallada por Abregú et al (35) en el 2018 aplicado en población en situación preoperatoria en un hospital de Lima Metropolitana.

- d. Administración:** Individual o colectiva
- e. Duración:** De manera aproximada se desarrolla la prueba o instrumento en un tiempo menor de quince minutos
- f. Número de ítems (Subescala Estado):** 20 ítems.
- g. Calificación:** Preguntas cerradas y opción múltiple con cuatro alternativas: nada, algo, bastante y mucho, que va desde el 1 al 4 respectivamente.
- h. Significación:** El uso asignado para el cuestionario es el de la medición del grado de Ansiedad Preoperatoria, así como sus dimensiones: Síntomas positivos y Síntomas negativos.

El Inventario se encuentra integrado por dos subescalas (Estado y Rasgo), claramente diferenciadas, identificadas por su separación agrupada de sus ítems en su forma dispuesta por el autor, orientadas a evaluar los niveles en que las dos modalidades de la ansiedad se manifiestan en una persona, o bien como una particularidad permanente de la personalidad del individuo o bien solo por un estado transitorio o pasajero por el que está transcurriendo el participante del estudio. En la investigación presente solo se aplica la Escala de Ansiedad Estado de Spielberger.

Originalmente denominada STAI (State Trait Anxiety Inventory) en su última revisión significó el instrumento para que sirva de modelo de adaptación para un instrumento nuevo al que en su revisión en español se denominara Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Este instrumento tiene su aplicación práctica en el presente estudio para medir el grado de ansiedad antes de ser intervenidos con operación quirúrgica, la que involucra un riesgo mayor que una intervención común

y ordinaria que no demande ser de tipo invasiva.

En el presente trabajo no se tuvo que hacer indispensable la aplicación del segmento del instrumento dedicado a la Ansiedad Rasgo, por lo únicamente se observó los primeros veinte ítems para su aplicación en la población destinada, siempre evaluándose sobre cuatro puntos. Como un punto adicional a favor de la prueba, se ha considerado considerar su validación intrínseca por tratarse de un instrumento estandarizado y ampliamente conocido por sus múltiples aplicaciones, muchas de ellas relacionadas directamente con aspectos de la salud integral de pacientes que presentan alguna dolencia física.

Todos los valores de los ítems de la escala de ansiedad van desde el 1 (nada), 2 (poco), 3 (bastante) y 4 (mucho)

Ansiedad Estado (AE):

Reactivos positivos (RP): 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18.

Reactivos negativos (RN): 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

Puntuación para la Ansiedad Estado: $RP - RN + 50 = AE$

i. Baremación:

Se logró determinar los niveles de ansiedad para cada dimensión de la variable, de acuerdo a los valores de ansiedad hallados y en aplicación a los baremos para el nivel general o total de la Ansiedad Estado, los mismos que han sido propuestos por el propio autor del instrumento.

Tabla 2. *Escala de valores resultantes distribuidos en niveles para la variable Ansiedad Preoperatoria en el Cuestionario de Ansiedad Estado*

Nivel	Ansiedad Preoperatoria
Bajo	≤ 30
Medio	31-44
Alto	≥ 45

Tabla 3. *Escala de valores resultantes distribuidos en niveles para las dimensiones de la variable Ansiedad Preoperatoria en el Cuestionario de Ansiedad Estado*

Nivel / Dimensiones	Síntomas positivos	Síntomas negativos
Bajo	10-19	10-19
Medio	20-30	20-30
Alto	31-40	31-40

3.7.3. Validación

En cuanto a la validez en una población de pacientes en situación preoperatoria, se puede mencionar que en el año 2013 Quijano recogió información observada por un jurado de expertos respecto a su estructura interna, así como de la aplicación del estadístico “r de Pearson (36). Otra validez peruana más reciente del instrumento en población similar de pacientes preoperatorios de un hospital de Lima es del año 2017 por Abregú et al (35) (Anexo 3).

3.7.4. Confiabilidad

Teniendo la confiabilidad de Quijano, también se consideró la confiabilidad de Abregú et al (35,36), y además también se consideró aplicar el propio análisis de

confiabilidad que ofrece el coeficiente estadístico muy aceptable del Alfa de Cronbach, resultando 0,957 como un índice de confiabilidad excelente o alta (Anexo 4).

**Ficha Técnica del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento al Estrés COPE
(Coping Estimation) – Brief**

a. Nombre Original: COPE (COPING ESTIMATION)

b. Autor: Carver, Scheier, & Weintraub (22)

País de origen: Estados Unidos de América

Traducción al español: Salazar C. Víctor en 1993 UOPCH

Adaptación peruana: Leguía (30)

Número de ítems: 28 ítems, clasificados en 3 áreas

c. Dimensiones: 3 dimensiones: Afrontamiento dirigido a la tarea, Afrontamiento social y emocional, Afrontamiento evitativo

d. Administración: Individual

e. Duración: Sin tiempo límite, entre 5 a 15 minutos aproximadamente.

f. Nivel de aplicación: De 16 años de edad a más.

g. Calificación: Preguntas cerradas y opción múltiple, con escala Likert: Nunca hago esto, Hago esto un poco, Hago esto bastante y Siempre hago esto, correspondiendo los valores 1, 2, 3 y 4 respectivamente.

h. Significación: El instrumento es un cuestionario que consta de 28 ítems y plantillas de corrección, que son utilizados en la medición del grado de Estrategias de Afrontamiento, incluyendo sus dimensiones y subdimensiones:

Estilos de afrontamiento dirigido a la tarea: 1, 2, 6, 8, 10, 21, 26, 27, 28.

1. Afrontamiento activo: 10, 21
2. Planificación: 6, 26
3. La supresión de otras actividades: 2
4. La postergación del afrontamiento: 8, 27
5. La búsqueda de apoyo social: 1, 28

Estilos de afrontamiento social y emocional: 3, 7, 9, 12, 14, 16, 17, 18, 20 y 23.

1. La búsqueda de soporte emocional: 9, 17
2. Reinterpretación positiva y desarrollo personal: 7, 14, 18
3. La aceptación: 3
4. Acudir a la religión: 16, 20
5. Análisis de las emociones: 12, 23

Estilos de afrontamiento evitativo: 4, 5, 11, 13, 15, 19, 22, 24 y 25.

1. Negación. 5, 11, 13, 25

2. Conductas inadecuadas: 15, 19

3. Distracción: 4, 22, 24

i. Baremación:

Tabla 4. *Escala de valores resultantes distribuidos en niveles para la variable del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento Brief COPE*

Nivel	Estilos de Afrontamiento
Bajo	28-55
Medio	56-84
Alto	85-112

Tabla 5. *Escala de valores resultantes distribuidos en niveles para las dimensiones de la variable del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento Brief COPE*

Nivel / Dimensiones	Estilos de afrontamiento dirigido a la tarea	Estilos de afrontamiento social y emocional	Estilos de afrontamiento evitativo
Bajo	9-17	10-19	9-17
Medio	18-27	20-30	18-27
Alto	28-36	31-40	28-36

3.7.5. Validación

En cuanto a la validez, Leguía considerando a adultos mayores, realizó un análisis factorial exploratorio comprobando el nivel de pertinencia del estudio al encontrar niveles convenientes [$KMO=0.70$, $\chi^2 = 724.32$, $p < .001$] por medio de la evaluación de rotación de tipo oblicua extrayendo sus elementos centrales (30). (Anexo 5).

3.7.6. Confiabilidad

Asimismo, la confiabilidad tomada en cuenta fue considerada también la de Leguía, y además también se consideró aplicar el propio análisis de confiabilidad que ofrece el coeficiente estadístico muy aceptable del Alfa de Cronbach, resultando 0,842 como un índice de confiabilidad buena (30) (Anexo 6).

3.8. Procedimiento y análisis de datos

3.8.1. Autorización y coordinación previa para la recolección de datos

Para el inicio de la ejecución del estudio se tuvo que tramitar los permisos formales pertinente y requeridos a fin de poder tener un acercamiento con confianza de parte de los participantes que integran el estudio. En este propósito se diseñó el respectivo documento de la casa de estudios que se utiliza en la presentación a la institución que se vincula directamente a las personas que participan en la investigación.

Luego, como parte de las coordinaciones, se explicó brevemente y con claridad el propósito de la investigación, la formalidad y seguridad del consentimiento informado, así como luego de ello la explicación a los pacientes en su periodo preoperatorio respecto al procedimiento para completar el cuestionario digital disponible a manera de formulario de la aplicación Google Form, en el momento y plazos que se les indique.

3.8.2. Aplicación del instrumento de recolección de datos

Para conseguir una aplicación y recolección sin contratiempos se dispuso a dotar correctamente el carácter de disposición voluntaria de participar, así como del compromiso de responder o marcar todas las alternativas disponibles. Asimismo, se

aprovechó las facilidades de la aplicación para elegir la manera más conveniente de ser presentados los datos según la característica de cada pregunta; esto permitirá un manejo más práctico y rápido en lo que al análisis estadístico se refiere.

La recopilación de información se realizó en los meses de junio y julio del presente año 2021. La encuesta a cada participante le conllevó un tiempo promedio de 15 minutos para las dos pruebas, destinado al desarrollo de 20 y 28 ítems pertenecientes a cada una de las dos pruebas. Luego de la etapa de recabación de datos e información se procede al análisis respectivo de acuerdo a las convenciones y detalles descritos para ello.

3.8.3. Métodos de análisis estadístico

Para esta etapa de analizar los datos recogidos de los pacientes durante su periodo preoperatorio, primero se utilizó la revisión pormenorizada de la forma de ingresar y calcular los datos, incluida la baremación idónea y de acuerdo al margen de maniobrabilidad que ofrezcan los manuales de los instrumentos o según precisen las investigaciones en las que se hace uso del mismo y que se toman como referencia.

Seguidamente se hizo uso de las aplicaciones de hoja de cálculo y datos estadísticos, con las aplicaciones Excel y SPSS respectivamente para el correspondiente, adecuado y cuidadoso tratamiento, con miras a obtener resultados acertados y coherentes. Tales resultados, bajo un aspecto descriptivo correlacional, primero son demostrados en tablas y gráficos para luego pasar a una etapa de contrastación de hipótesis de relación entre las variables dispuestas.

3.9. Aspectos éticos

En el estudio se consideró proteger la identidad y cualquier vulnerabilidad posible que se

pueda presentar, por lo que se incluye la aplicación práctica de elementos éticos tales como la beneficencia, justicia, no maleficencia, y autonomía, todo lo cual viene incluido en una autorización voluntaria con la rúbrica de cada participante del estudio (37,38,39). Todos estos elementos bioéticos se explican a continuación:

Autonomía: En la investigación se respeta la intervención voluntaria, previa explicación de todo el alcance y finalidad del estudio, lo cual queda refrendado en la hoja de su propio consentimiento. De esta manera también se consigue la disposición del participante encuestado a que intervenga de manera correcta y esto se vea en resultados más certeros.

Beneficencia: Este elemento ético se presenta con el fin de evitar cualquier perjuicio o daño, contrarrestándolo con la promoción de bienestar, satisfacción y comodidad durante el proceso de recopilación de la información. Esto se logra con el informe completo y suficiente de las metas propuestas para el estudio, favoreciendo esto también a una disposición de colaborar con la causa expuesta.

No maleficencia: Si bien este elemento ético es derivado del anterior, se refiere más explícitamente a no generar perjuicio anticipado o exponer al participante a un alto riesgo observado o identificado como previsible, protegiendo y resguardando así el aspecto de la salud mental y física de los participantes.

Justicia: Refiriéndose a una manera gentil de socializar en un clima de respeto a todos que colaboran con el estudio, este elemento ético también incluye a la manera homogénea, uniforme y sin discriminar a alguno por sus diferencias culturales o de cualquier otra índole que pudieran presentar.

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla 6. *Datos sociodemográficos.*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	77	51,33%
Mujer	73	48,67%
Total	150	100,00%
Grupo etáreo	Frecuencia	Porcentaje
Primera adultez (20-29)	6	4,00%
Juventud adulta (30-44)	53	35,33%
Adultez media (45-59)	48	32,00%
Adultez posterior (60-74)	40	26,67%
Senectud (75 a más)	3	2,00%
Total	150	100,00%
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	44	29,33%
Conviviente	29	19,33%
Divorciado	18	12,00%
Soltero	51	34,00%
Viudo	8	5,33%
Total	150	100,00%
Personas con quienes convive	Frecuencia	Porcentaje
Vive solo	17	11,33%
Familia nuclear (hermanos/madre/padre) (pareja/hijos)	71	47,33%
Familia monoparental (madre/padre/hermanos)	1	0,67%
Solo hermanos/as	15	10,00%
Familia extendida (hermanos/madre/padre/otros) (pareja/hijos/otros)	46	30,67%
Total	150	100,00%
Tipo de dificultad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna dificultad	41	27,33%
Solo dificultades personales	38	25,33%
Solo dificultades familiares	49	32,67%
Solo dificultades económicas	7	4,67%
Dificultades personales y familiares	9	6,00%
Dificultades personales y económicas	2	1,33%
Dificultades familiares y económicas	3	2,00%
Dificultades personales, familiares y económicas	1	0,67%
Total	150	100,00%

Se ha observa en la tabla anterior como parte de los datos sociodemográficos de los pacientes que forman parte del estudio, la participación de varones con un 51,33% (77) y la presencia de mujeres con un 48,67% (73). En cuanto a la distribución de las edades, se observó una mayor participación de la población de juventud adulta, entre 30 a 44 años con un 35,33% (48) y similarmente la población adulta media entre 45 a 59 años con un 32,00% (48), seguida de los adultos entre 60 a 74 años con un 26,67% (40), frente a una cantidad mínima de pacientes entre 20 a 29 años, así como de 75 a más años de edad, llegando solo a participar un 4,00% (6) y un 2,00% (3) respectivamente.

Asimismo, se observó la participación de los pacientes en situación de soltería con el 34,00% (51), seguido de los casados con el 29,33% (44), en estado de convivencia el 19,33% (29) y el 5,33% (8) en estado de viudez. Entre el total de los 150 pacientes también se aprecia que el 32,67% (49) tienen dificultades familiares más recurrentes, el 27,33% no presentan dificultad alguna, el 25,33% (38) perciben que sobrellevan solo dificultades personales, siendo una minoría quienes perciben a la vez dificultades personales y familiares con el 6,00% (9), solo dificultades económicas con el 4,67% (7), dificultades familiares y económicas con el 2,00% (3), y únicamente el 1,33% (2) dificultades personales y económicas y el 0,67% (1) dificultades personales, familiares y económicas.

Variable 1: Ansiedad preoperatoria

Tabla 7. Nivel de Ansiedad Estado operatoria.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	25	16,67%
Medio	39	26,00%
Alto	86	57,33%
Total	150	100,00%

Se observa en la tabla 7 que los pacientes de una clínica de Lima Metropolitana presentan mayoritariamente un nivel alto (57,33%) de *Ansiedad preoperatoria*, seguido de un nivel medio (26,00%) y un nivel bajo (16,67%)

Tabla 8. Nivel de Síntomas negativos.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	49	32,67%
Medio	45	30,00%
Alto	56	37,33%
Total	150	100,00%

Se observa en la tabla 8 que los pacientes de una clínica de Lima Metropolitana presentan mayoritariamente un nivel alto (37,33%) de *Síntomas negativos de Ansiedad preoperatoria*, seguido de un nivel bajo (32,67%) y un nivel medio (30,00%).

Tabla 9. *Nivel de Síntomas positivos.*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	37	24,67%
Medio	84	56,00%
Alto	29	19,33%
Total	150	100,00%

Se observa en la tabla 9 que los pacientes de una clínica de Lima Metropolitana presentan mayoritariamente un nivel medio (56,00%) de *Síntomas positivos de Ansiedad preoperatoria*, seguido de un nivel bajo (24,67%) y un nivel alto (19,33%).

Variable 2: Estilos de afrontamiento

Tabla 10. *Nivel de Estilos de Afrontamiento al estrés.*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	2,67%
Medio	98	65,33%
Alto	48	32,00%
Total	150	100,00%

Se observa en la tabla que los pacientes de una clínica de Lima Metropolitana presentan mayoritariamente un nivel medio (65,33%) de *Estilos de Afrontamiento al estrés*, seguido de un nivel alto (32,00%) y un nivel bajo (2,67%).

Tabla 11. *Nivel de Estilos de Afrontamiento dirigido a la tarea.*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	3	2,00%
Medio	55	36,67%
Alto	92	61,33%
Total	150	100,00%

Se observa en la tabla 11 que los pacientes de una clínica de Lima Metropolitana presentan mayoritariamente un nivel alto (61,33%) de *Estilos de Afrontamiento dirigido a la tarea*, seguido de un nivel medio (32,67%) y un nivel bajo (2,00%).

Tabla 12. *Nivel de Estilos de Afrontamiento social y emocional.*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	2	1,33%
Medio	64	42,67%
Alto	84	56,00%
Total	150	100,00%

Se observa en la tabla 12 y figura 6 que los pacientes de una clínica de Lima Metropolitana presentan mayoritariamente un nivel alto (56,00%) de *Estilos de Afrontamiento social y emocional*, seguido de un nivel medio (42,67%) y un nivel bajo (1,33%).

Tabla 13. *Nivel de Estilos de Afrontamiento evitativo.*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	55	36,67%
Medio	86	57,33%
Alto	9	6,00%
Total	150	100,00%

Se observa en la tabla 13 y figura 7 que los pacientes de una clínica de Lima Metropolitana presentan mayoritariamente un nivel medio (57,33%) de *Estilos de Afrontamiento evitativo*, seguido de un nivel bajo (36,67%) y un nivel alto (6,00%).

4.1.2. Prueba de hipótesis

Tabla 14. Pruebas de normalidad para las dimensiones y variables de estudio.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad operatoria	,356	150	,000	,717	150	,000
Estilos de Afrontamiento dirigido a la tarea	,391	150	,000	,662	150	,000
Estilos de Afrontamiento social y emocional	,366	150	,000	,671	150	,000
Estilos de Afrontamiento evitativo	,335	150	,000	,738	150	,000
Estilos de Afrontamiento	,397	150	,000	,675	150	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Decisión de prueba paramétrica: Debido a que 150 individuos es una cantidad de muestra mayor a 50, se procedió a evaluar la normalidad con la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Además, dado que ninguno de los valores de significancia es superior a 0,05, se rechaza la hipótesis nula de normalidad, afirmando que los datos provienen de una población distribuida sin normalidad por lo que se utilizó la prueba no paramétrica de Correlación de Rho de Spearman.

Hipótesis general: Existe una relación inversa y significativa entre la ansiedad preoperatoria y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.

Hipótesis estadística:

H0: No existe relación inversa y significativa entre la *Ansiedad preoperatoria* y los *Estilos de afrontamiento al estrés*.

Hi: Existe relación inversa y significativa entre la *Ansiedad preoperatoria* y los *Estilos de afrontamiento al estrés*.

Tabla 15. *Pruebas de Correlación de Spearman entre la Ansiedad preoperatoria y los Estilos de afrontamiento al estrés.*

Rho de Spearman		Ansiedad operatoria	Estilos de Afrontamiento
Ansiedad operatoria	Coefficiente de correlación	1,000	,-519**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	150	150
Estilos de Afrontamiento	Coefficiente de correlación	,-519**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	150	150

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Conclusión: Dado que la significancia estadística representada por el valor de “p” se da al 5% como margen de error, se considera que cuando alcance este valor o superiores se acepta la hipótesis nula (H0), pero si este p valor es menor entonces se la rechaza. En base de ello, se puede establecer que **existe relación estadísticamente significativa entre la Ansiedad preoperatoria y los Estilos de afrontamiento al estrés ($p=0,000<0,050$)**, donde el valor de la prueba (Rho=-0,519) nos indica una relación inversa y moderada (según anexo 7, tabla 22), entendiéndose que cuando la *Ansiedad preoperatoria* es alta o moderada, los *Estilos de afrontamiento al estrés* se encuentran bajos.

Hipótesis específica: Existe una relación inversa y significativa entre la *Ansiedad preoperatoria* con la dimensión *Estilos de afrontamiento dirigido a la tarea* en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.

Hipótesis estadística:

H0: No existe relación inversa y significativa entre la *Ansiedad preoperatoria* con la dimensión *Estilos de afrontamiento dirigido a la tarea*.

H1: Existe relación inversa y significativa entre la *Ansiedad preoperatoria* con la dimensión *Estilos de afrontamiento dirigido a la tarea*.

Tabla 16. *Pruebas de Correlación de Spearman entre la ansiedad preoperatoria y los Estilos de afrontamiento al estrés dirigido a la tarea.*

Rho de Spearman		Ansiedad operatoria	Estilos de Afrontamiento dirigido a la tarea
Ansiedad operatoria	Coefficiente de correlación	1,000	-,418**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	150	150
Estilos de Afrontamiento dirigido a la tarea	Coefficiente de correlación	-,418**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	150	150

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Conclusión: Dado que la significancia estadística representada por el valor de “p” se da al 5% como margen de error, se considera que cuando alcance este valor o superiores se acepta la hipótesis nula (H0), pero si este p valor es menor entonces se la rechaza. En base de ello, se puede establecer que **existe relación estadísticamente significativa entre la Ansiedad preoperatoria y los Estilos de afrontamiento al estrés ($p=0,000<0,050$)**, donde el valor de la prueba (Rho=-0,418) nos indica una relación inversa y moderada (según anexo 7, tabla 22), entendiéndose que cuando la *Ansiedad preoperatoria* es alta o moderada, los *Estilos de afrontamiento al estrés dirigido a la tarea* se encuentran bajos.

Hipótesis específica : Existe una relación inversa y significativa entre la *Ansiedad preoperatoria* con la dimensión *Estilos de afrontamiento social y emocional* en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.

Hipótesis estadística:

H0: No existe relación inversa y significativa entre la *Ansiedad preoperatoria* con la dimensión *Estilos de afrontamiento social y emocional*.

H1: Existe relación inversa y significativa entre la *Ansiedad preoperatoria* con la dimensión *Estilos de afrontamiento social y emocional*.

Tabla 17. *Pruebas de Correlación de Spearman entre la Ansiedad preoperatoria y los Estilos de afrontamiento al estrés social y emocional.*

Rho de Spearman		Ansiedad operatoria	Estilos de Afrontamiento social y emocional
Ansiedad operatoria	Coefficiente de correlación	1,000	-,380**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	150	150
Estilos de Afrontamiento social y emocional	Coefficiente de correlación	-,380**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	150	150

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Conclusión: Dado que la significancia estadística representada por el valor de “p” se da al 5% como margen de error, se considera que cuando alcance este valor o superiores se acepta la hipótesis nula (H0), pero si este p valor es menor entonces se la rechaza. En base de ello, se puede establecer que **existe relación inversa y estadísticamente significativa entre la Ansiedad preoperatoria y los Estilos de afrontamiento al estrés ($p=0,000<0,050$)**, donde el valor de la prueba (Rho=-0,380) nos indica una relación inversa y baja (según anexo 7, tabla 22), entendiéndose que cuando la *Ansiedad preoperatoria* es alta o moderada, los *Estilos de afrontamiento al estrés social y emocional* se encuentran bajos.

Hipótesis específica: Existe una relación inversa y significativa entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión *estilos de afrontamiento evitativo* en pacientes en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021.

Hipótesis estadística:

H0: No existe relación significativa entre la *Ansiedad preoperatoria* con la dimensión *Estilos de afrontamiento evitativo*.

H1: Existe relación inversa y significativa entre la *Ansiedad preoperatoria* con la dimensión *Estilos de afrontamiento evitativo*.

Tabla 18. *Pruebas de Correlación de Spearman entre la Ansiedad preoperatoria y los Estilos de afrontamiento evitativo.*

Rho de Spearman		Ansiedad operatoria	Estilos de Afrontamiento evitativo
Ansiedad operatoria	Coefficiente de correlación	1,000	-,463**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	150	150
Estilos de Afrontamiento evitativo	Coefficiente de correlación	-,463**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	150	150

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Conclusión: Dado que la significancia estadística representada por el valor de “p” se da al 5% como margen de error, se considera que cuando alcance este valor o superiores se acepta la hipótesis nula (H0), pero si este p valor es menor entonces se la rechaza. En base de ello, se puede establecer que **existe relación inversa y estadísticamente significativa entre la Ansiedad preoperatoria y los Estilos de afrontamiento al estrés ($p=0,000<0,050$)**, donde el valor de la prueba (Rho=-0,463) nos indica una relación inversa y moderada (según anexo 7, tabla 22), entendiéndose que cuando la *Ansiedad preoperatoria* es alta o moderada, los *Estilos de afrontamiento al estrés evitativo* se encuentran bajos.

4.1.3. Discusión de resultados

Según el **objetivo general** de la investigación: *Determinar la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021*, se halló que existe una relación inversa y significativa entre la ansiedad preoperatoria y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana.

Entre los autores internacionales que concuerdan con los resultados del presente estudio se encuentran Porras et al quienes concluyen que los niveles de ansiedad y estrés disminuyeron en los pacientes destinados a operación quirúrgica tras la aplicación directa de diversas técnicas de intervención psicológica a los pacientes prequirúrgicos de un hospital mexicano, demostrando en la práctica que se observa una relación inversa entre ambas variables (6). Otro estudio internacional que coincide con los resultados hallados es el de Figueroa et al, quienes encuentran que los estilos que utilizan para el afrontamiento a su estrés los pacientes que padecen de cardiopatía isquémica de un hospital de México, correlacionan con los niveles bajos de ansiedad, pese a que por su estado delicado los hace candidatos a operación de riesgo muy elevado: bypass cardiaco o revascularización coronaria (8). Del mismo modo, Salamea y Espinoza hallaron una prevalencia del 64% de ansiedad en pacientes previos a ser intervenidos en sala de operaciones de un hospital de Cuenca, Ecuador, siendo el apoyo psicológico el factor que influye al incremento de ansiedad antes de la cirugía con el 58% de todos los casos (9).

Por el contrario, en el estudio que hicieran Talavera et al no pudieron encontrar una correlación de orden significativa que permita explicar los efectos o la eficacia de un programa para reducir la ansiedad entre otros comportamientos, en pacientes en

espera de su correspondiente intervención al corazón (revascularización coronaria o by pass), pudiéndose deber a lo delicado y riesgoso que representa este tipo de intervenciones quirúrgicas, sobre todo en el manejo de la anestesia a la que es sometido el paciente (7). Igualmente, resultados contrarios fueron hallados por Gutiérrez en su investigación, quien tampoco pudo observar una disminución de la ansiedad en el grupo experimental tras aplicar una serie de actividades sobre los niños en calidad de pacientes prequirúrgicos de un hospital español, puesto que tuvieron un diseño y aplicación de manera específica para su edad, durante los días de espera a ser operados (10).

Entre los autores nacionales que presentan coincidencias en los resultados, se encuentra Purisaca, quien opta por aceptar los niveles correlacionales entre los niveles de ansiedad y sus niveles en que asumen el proceso de afrontamiento de los pacientes en su proceso preoperatorio en un hospital de Lambayeque, lo cual demuestra que no ponen en práctica o desconocen las estrategias que les permitan afrontar el procedimiento de espera a la intervención, por lo que a mayor conocimiento del proceso prequirúrgico los pacientes experimentarán un mayor nivel de ansiedad (3). Del mismo modo, Díaz y Durand evidenciaron una relación inversa y significativa ($p \leq 0,01$) entre la información sobre el afrontamiento a la intervención quirúrgica y los niveles de ansiedad presentados en pacientes preoperatorios en el servicio de cirugía del hospital de Huánuco, presentando que el 90,9% (40/89) de los pacientes que no recibieron información tiene alta ansiedad (13). Navarro et al (14) igualmente pudieron hallar una relación inversa significativa y alta ($p \leq 0,01$) entre las estrategias de afrontamiento en general y el nivel de ansiedad presentado en pacientes quirúrgicos en el servicio de cirugía del hospital de Huancayo, es decir cuando el afrontamiento adquiere valores más bajos, entonces se presentan niveles de ansiedad

severas y moderadas.

Según el **primer objetivo específico** de la investigación: *Describir la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión estilos de afrontamiento dirigido a la tarea en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana*, se halló que existe una relación inversa y significativa entre la Ansiedad preoperatoria con la dimensión Estilos de afrontamiento dirigido a la tarea en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana.

Entre los autores internacionales que presentan datos similares en sus resultados se encuentran Porras et al, quienes concluyen que los niveles de ansiedad y estrés disminuyeron en los pacientes destinados a operación quirúrgica tras la ejecución de técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los pacientes prequirúrgicos de un hospital mexicano (6). Similarmente, las estrategias utilizadas por Gutiérrez que sí dieron efecto en los infantes en calidad de pacientes prequirúrgicos de un hospital español, fueron generalmente estrategias vinculadas con un afrontamiento basado en las tareas y una secuencia de pasos para que ese conocimiento fuera interiorizado, tales como compartir los conocimientos básicos de la intervención con material didáctico orientado a la edad infantil, relacionar tales conocimiento con información que les han compartido en el hospital, dar valor al taller de terapia en hospital y dar valor a las actividades realizadas en cada domicilio (10).

De manera contraria, el programa de intervención psicoeducativa aplicado por Talavera et al, quienes luego de utilizar una estrategia basada en la tarea, principalmente en conocimientos del proceso de cirugía a la que iban a ser sometidos, no se obtuvo los efectos deseados en la disminución de la ansiedad, debido a que padecen de isquemias cardiacas con episodios de infartos y a enfrentar a dicha

intervención al corazón de bypass coronario, conocen del alto riesgo que significa el nivel de anestesia utilizado y lo específica que es dicha operación (7). También resultados opuestos los encontraron Figueroa et al, quienes observaron que en pacientes con dolencias cardíacas, que sufren de cardiopatía isquémica. candidatos a cirugía en un hospital de México para revascularización a nivel coronario, sus afrontamientos centrados en la tarea, tales como el descanso excesivo o buscar ayuda para su enfermedad, pese a encontrarse en un nivel alto, no se correlacionan directamente a la baja de sus niveles de ansiedad. Esto se explicó con el hecho de que no los utilizaban de manera conveniente frente al estrés al no relacionarlos con los aspectos de la enfermedad, por lo que no disminuía la ansiedad producida al enfrentar el momento de la operación de cirugía a la que iban a ser sometidos (8).

Entre los autores nacionales, Navarro et al pudieron hallar resultados similares, observando una relación inversa significativa y alta ($p \leq 0,01$) entre las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y el nivel de ansiedad presentado en pacientes quirúrgicos en el servicio de cirugía del hospital de Huancayo, es decir cuando el afrontamiento adquiere valores más bajos, entonces se presentan niveles de ansiedad severas y moderadas (14).

Según el **segundo objetivo específico** de la investigación: *Establecer la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión estilos de afrontamiento social y emocional en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana*, 2021 se halló que existe una relación inversa y significativa entre la Ansiedad preoperatoria con la dimensión Estilos de afrontamiento social y emocional en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana.

Resultados similares fueron encontrados en estudios internacionales, tales como el

de Figueroa et al hallaron que los pacientes hospitalizados en un nosocomio en México, previos a una cirugía con altos niveles de riesgo por tratarse de una revascularización coronaria al padecer de cardiopatía isquémica desarrollaron estrategias de afrontamiento en sus emociones, en los aspectos de no preocuparse o fantasear eventos negativos, lo que les permitió disminuir su nivel de ansiedad emocional, concluyendo que a mayor preocupación o pensamientos emocionales negativos (menor afrontamiento emocional), les sobreviene un incremento de la ansiedad preoperatoria, manifestada en elevados niveles de excitación autónoma, nerviosismo y sensaciones de apego (8).

Resultados discrepantes se encuentran en algunos de los estudios internacionales, tales como el de Talavera et al en el que pese a que compartieron estrategias de afrontamiento a nivel de relajación, control de emociones y respiración, no fueron aplicadas por los pacientes candidatos a la intervención de alto riesgo de revascularización coronaria o by pass en México, por diversos factores, entre ellos los factores internos del mismo taller como el no disponer del momento o las condiciones para aplicar las técnicas, la calidad de horas de práctica que ofrecía el taller, la información de los riesgos de la operación, así como también factores externos, tales como los de padecer cardiopatías isquémicas con los infartos miocárdicos sufridos, entre otros que evidencian un alto riesgo o peligro por el que atraviesa (7).

En la investigación de Navarro et al hallaron valores similares logrando observar una relación inversa significativa y alta ($p \leq 0,01$) entre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y el nivel de ansiedad presentado en pacientes quirúrgicos en el servicio de cirugía del hospital de Huancayo, es decir cuando el afrontamiento adquiere valores más bajos, entonces se presentan niveles de ansiedad severas y

moderadas (14).

Según el **tercer objetivo específico** de la investigación: *Distinguir relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión estilos de afrontamiento evitativo en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021*. Se halló que existe una relación inversa y significativa entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión estilos de afrontamiento evitativo en pacientes en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana.

Igualmente, Porras et al concluyen que el uso de las técnicas de relación ericksonianas, aplicadas a los pacientes prequirúrgicos de un hospital mexicano, no solo lograron ser eficaces en la reducción de la ansiedad, sino también en la regulación del ritmo cardíaco, favoreciendo en una mejor disposición del paciente prequirúrgico previo a su intervención (6). De igual manera, resultados coincidentes fueron los observados por Salamea y Espinoza, quienes en su estudio en un hospital de Cuenca, Ecuador, hallaron que la ausencia de apoyo familiar y psicológico, correlacionan de forma directa con la ansiedad, lo que se puede explicar por la falta de manejo de un afrontamiento evitativo, es decir que les permita distraerse y no centrar su pensamiento en lo que no pueden solucionar (9).

No obstante se hallaron resultados inversos, tales como el de Figueroa et al, quienes llegaron a analizar en los pacientes cardíacos con cardiopatías isquémicas en espera a operaciones de alto riesgo del corazón como lo es la revascularizar sus vías coronarias, que pese a que utilizan estrategias de afrontamiento evitativas basadas en la distracción, especialmente buscando ayuda en otras personas para solucionar problemas, estas no las relacionaban con el manejo de la ansiedad que experimentaban antes de la intervención de alta cirugía (8).

Entre los autores nacionales, y siguiendo el mismo sentido de los resultados de la presente investigación, Navarro et al pudieron hallar una relación **inversa** significativa y alta ($p \leq 0,01$) entre otras estrategias de afrontamiento y el nivel de ansiedad presentado en pacientes quirúrgicos en el servicio de cirugía del hospital de Huancayo, es decir cuando el afrontamiento adquiere valores más bajos, entonces se presentan niveles de ansiedad severas y moderadas (14).

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Existe entre *la Ansiedad preoperatoria* y *los Estilos de afrontamiento al estrés* una relación inversa moderada ($Rho=-0,519$) y estadísticamente significativa ($p=0,000<0,050$), es decir que cuando la *Ansiedad preoperatoria* es alta o moderada, los *Estilos de afrontamiento al estrés* se encuentran bajos.
- Existe entre *la Ansiedad preoperatoria* y *los Estilos de afrontamiento al estrés dirigido a la tarea* una relación inversa moderada ($Rho=-0,418$) y estadísticamente significativa ($p=0,000<0,050$), es decir que cuando la *Ansiedad preoperatoria* es alta o moderada, los *Estilos de afrontamiento al estrés dirigido a la tarea* se encuentran bajos.
- Existe entre *la Ansiedad preoperatoria* y *los Estilos de afrontamiento al estrés social y emocional* una relación inversa baja ($Rho=-0,380$) y estadísticamente significativa ($p=0,000<0,050$), es decir que cuando la *Ansiedad preoperatoria* es alta o moderada, los *Estilos de afrontamiento al estrés social y emocional* disminuyen.
- Existe entre *la Ansiedad preoperatoria* y *los Estilos de afrontamiento al estrés evitativo* una relación inversa, moderada ($Rho=-0,463$) y estadísticamente significativa ($p=0,000<0,050$), es decir que cuando la *Ansiedad preoperatoria* es alta o moderada, los *Estilos de afrontamiento al estrés evitativo* se encuentran bajos.

- El 57,33% de los pacientes encuestados de una clínica de Lima Metropolitana observan un nivel alto de Ansiedad Estado operatoria. Asimismo, un 26,00% de estos pacientes presentan un nivel medio de Ansiedad operatoria, y un 16,67% un nivel bajo. Además del factor del desconocimiento propio del proceso quirúrgico se debe considerar que la ansiedad preoperatoria puede incrementarse por la condición del 58% que experimentan problemas tanto personales, familiares de manera independiente.
- El 65,33% de los pacientes encuestados de una clínica de Lima Metropolitana observan un nivel medio de Estilos de Afrontamiento al estrés. Asimismo, un 32,00% de estos pacientes presentan un nivel alto de Estilos de Afrontamiento al estrés, y un 2,67% un nivel bajo.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda a los responsables del área de cirugía mantener los cuidados y atención idónea y de calidad, siempre teniendo en cuenta que no se produzcan interrupciones mientras el paciente espera en el cubículo antes de ser intervenido, así como estar aislado de ruidos incómodos de otras atenciones o intervenciones conexas.
- Igualmente se recomienda a los directivos de la clínica, organizar capacitaciones y talleres afines al control de emociones y el estrés en el personal de enfermería, debido a que lleva mayor contacto con y cuidado directo del paciente, con el fin de no se eleve su propio nivel de estrés y a la vez que ayuden a prevenir que aumenten los niveles de ansiedad en el paciente.
- Es conveniente el diseño e implementación de protocolos de información adecuados para informar tanto al paciente como a familiares sobre los procedimientos de cirugía a efectuarse en el paciente, resolviendo todas sus dudas e interrogantes al respecto, y así

se disminuyan los niveles de estrés y ansiedad antes de la cirugía.

- Como parte de la psicología médica se debe administrar intervenciones de terapias cognitivas conductuales a fin de reducir los niveles de estrés y ansiedad, y así favorecer la salud emocional, la cual se extiende al bienestar físico de los pacientes prequirúrgicos y de las personas encargadas de su cuidado.
- Al personal directivo se le propone disponer protocolos de salud a cargo del personal de enfermería y con ayuda de profesionales de psicología, ofrezcan a los pacientes en espera de cirugía la información pertinente de las programaciones y horarios de las cirugías, orientándolos y ejecutando estrategias eficaces en el control de emociones, solicitando por teléfono la presencia física de los familiares en el momento de la intervención, considerando que el 32,67% tienen problemas con su familia y el 25,33% problemas personales; todo ello con el fin de permitirles afrontar sus niveles de estrés y ansiedad.
- Es recomendable, por parte del personal directivo de la clínica la implementación de programas de intervención permanentes que incluyan técnicas de relajación y estilos de afrontamiento como parte de la psicología médica como ejercicios respiratorios, musicoterapia, como por ejemplo el entrenamiento autógeno de Schultz como parte de la psicología médica utilizando estrategias para lidiar con los problemas familiares y personales (presentados en un 32,67% y 25,33% respectivamente) e incrementando su percepción de agrado en el nosocomio, lo que paralelamente ofrecería efectos positivos a la mejora de sus condiciones de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. [Online].; 2016 [cited 2021 abril 13. Available from: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>.
2. 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; 14(1): p. 6-11.
3. Purisaca K. Nivel de ansiedad y proceso de afrontamiento en el periodo preoperatorio de los pacientes del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque - 2017. (Tesis de licenciatura). Pimentel, Chiclayo, Perú: Universidad Señor de Sipán, Escuela Profesional de Enfermería; 2019.
4. OMS. Salud Mental. Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo. [Online].; 2017 [cited 2021 abril 13. Available from: https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/.
5. Chambi F. Factores personales y nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios de colecistectomía laparoscópica del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón-Puno, 2018. (Tesis de licenciatura). Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Escuela Profesional de Enfermería; 2019.
6. Porras F, Rosales K, Medellín D, Sánchez D. Aplicación de técnicas de relajación en pacientes preoperatorios, hospitalizados y sus cuidadores. Revista Dilemas

Contemporáneos: Educación, Política y Valores. 2020; 8(15): p. 1-28.

7. Talavera A, Vargas B, Figueroa C, García M, Meda M. Intervención psicoeducativa para modificar ansiedad, depresión y calidad de vida en candidatos a revascularización coronaria. *Psicología y Salud*. 2020; 30(1): p. 59-71.
8. Fihueroa C, Mora R, Ramos B. Relación entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a bypass cardiaco. *VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud*. 2017; 20(1): p. 5-9.
9. Salamea P, Espinoza M. Prevalencia de ansiedad y factores asociados en pacientes prequirúrgicos en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016. (Tesis de licenciatura). Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2017.
10. Gutiérrez M. La ansiedad de los niños y de sus familias en el proceso de una intervención quirúrgica programada. (Tesis doctoral). Tarragona, Cataluña, España: Universitat Rovira i Virgili; 2017.
11. Ferrel S. Ansiedad Preoperatoria, en Pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital de Huaycán, Lima, Perú, 2018. (Tesis de licenciatura). Lima: Universidad Ricardo Palma, Escuela de Enfermería San Felipe; 2019.
12. León P, Mendoza Y. Ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía de emergencia en el Hospital Regional de Ayacucho - 2017. (Tesis de especialidad). Callao, Perú: Universidad Nacional del Callao, Escuela Profesional de Enfermería;

2018.

13. Díaz M, Durand C. Factores asociados al nivel de ansiedad en pacientes preoperatorios en el servicio de cirugía en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2017. (Tesis de segunda especialidad). Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Facultad de Enfermería; 2018.
14. Navarro B, Pariona C, Urbano E. Nivel de ansiedad y estrategias de afrontamiento del paciente quirúrgico programado del servicio de cirugía general del Hospital Nacional Ramiro Prialé – EsSalud Huancayo, 2016. (Tesis de especialización). Callao: Universidad Nacional del Callao, Escuela Profesional de Enfermería; 2017.
15. Gavilán C, Solano N. Efectividad de la visita perioperatoria en la ansiedad del paciente quirúrgico en un hospital del minsa mayo 2018. (Tesis de licenciatura). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería; 2018.
16. Arana A, Castro P. Factores que influyen en el nivel de ansiedad en pacientes prequirúrgicos del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. (Tesis de licenciatura). Juliaca: Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez", Escuela Profesional de Enfermería; 2016.
17. Flores N. Efecto de una intervención educativa en el manejo de ansiedad en pacientes durante el periodo preoperatorio. (Tesis de licenciatura). Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Escuela Profesional de Enfermería; 2017.
18. Chávez B. Factores asociados a ansiedad preoperatoria en pacientes atendidos. (Tesis de licenciatura). Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Escuela Profesional de

Medicina Humana; 2016.

19. Sánchez M. CuídatePlus. [Online].; 2020 [cited 2021 abril 13. Available from: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/ansiedad.html>.
20. Sola B. Ansiedad, una respuesta al estrés y al miedo. [Online].; 2017 [cited 2021 abril 13. Available from: <http://www.cronica.com.mx/notas/2017/1044571.html>.
21. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas Nueva York: Martínez Roca; 1986.
22. Carver C, Scheier M, Weintraub J. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal Of Personality And Social Psychology*. 1989; 56(2): p. 267-283.
23. Endler N, Parker J. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990; 58(5): p. 844–854.
24. Rodríguez A, Pérez A. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*. 2017; 82(1).
25. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6th ed. México: McGraw Hill Education; 2014.
26. Relat M. Introducción a la investigación básica. *Rapd Online*. 2010; 33(3): p. 221-227.
27. Bernal C. Metodología de la investigación. 3rd ed. Bogotá, Colombia: Pearson Educación; 2010.
28. Díaz R, Spielberger C. Idare: Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. (Manual e

Instructivo) México D.F.: El Manual Moderno; 1975.

29. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping Nueva York, USA: Springer publishing company; 1984.
30. Leguía A. Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en adultos mayores de Lima Metropolitana. (Tesis de licenciatura). Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Facultad de Psicología; 2019.
31. Casas J, Repullo J, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Atención Primaria. 2003; 31(8): p. 527-538.
32. Alvira F. La encuesta: una perspectiva general metodológica. Cuadernos Metodológicos 35. 2nd ed. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2011.
33. Gorsuch R, Lushene R, Spielberg C. Inventario de la ansiedad rasgo-estado (IDARE, versión en español del STAI [State Trait – Anxiety Inventory]) México, D.F.: U.N.A.M.; 1970.
34. Silva C, Hernández A, Jiménez B, Alvarado N. Revisión de la estructura interna de la subescala de rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para jóvenes de habla hispana. Psicología y Salud. 2016; 26(2): p. 253-262.
35. Abregú C, Hurtado E, Rosales M. Nivel de información prequirúrgica y su relación con el nivel de ansiedad en el preoperatorio en pacientes programados para cirugía electiva en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2016. (Tesis de Especialidad). Callao: Universidad Nacional del Callao, Escuela Profesional de

Enfermería; 2017.

36. Quijano S. Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013. Tesis de Especialidad. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana - Escuela de Postgrado; 2015.
37. Prieto P. Comités de ética en investigación con seres humanos: relevancia actual en Colombia. Experiencia de la Fundación Santa Fe de Bogotá. *Acta Médica Colombiana*. 2011; 36(2): p. 98-104.
38. Gómez P. Principios básicos de bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2009; 55(4): p. 230-233.
39. Carreño J. Consentimiento informado en investigación clínica: Un proceso dinámico. *Persona y bioética*. 2016; 20(2): p. 232-243.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Título de la Investigación: Ansiedad preoperatoria y estilos de afrontamiento en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana

Formulación del problema	Objetivos	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general ¿Cuál es la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana?</p>	<p>Objetivo General Determinar la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana</p>	<p>Variable 1: Ansiedad Preoperatoria</p> <p>Dimensiones: - Síntomas positivos - Síntomas negativos</p> <p>VARIABLE 2: Estilos de afrontamiento al estrés</p> <p>Dimensiones: - Estilos de afrontamiento dirigido a la tarea - Estilos de afrontamiento social y emocional - Estilos de afrontamiento evitativo.</p>	<p>Tipo de investigación Aplicada</p> <p>Método y diseño de la investigación Método hipotético deductivo. Nivel descriptivo correlacional. Diseño no experimental y de corte transversal.</p> <p>Población: 244 pacientes que en dos meses en promedio son intervenidos quirúrgicamente. Muestra: 150 pacientes que se estima serán intervenidos quirúrgicamente en los meses junio y julio 2021. Técnica de muestreo Probabilístico aleatorio simple.</p>
<p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión estilos de afrontamiento dirigido a la tarea en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana? - ¿Cuál es la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión estilos de afrontamiento social y emocional en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana? - ¿Cuál es la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión estilos de afrontamiento evitativo en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana? - ¿Cuál es el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana? - ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana? 	<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describir la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión estilos de afrontamiento dirigido a la tarea en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana. - Establecer la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión estilos de afrontamiento social y emocional en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana. - Distinguir relación que existe entre la ansiedad preoperatoria con la dimensión estilos de afrontamiento evitativo en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana. - Evaluar el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana. - Identificar los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana. 		

Anexo 2. Instrumentos

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

I.- INTRODUCCION:

Cómo los pacientes manejan su ansiedad antes de la operación

Desde el punto de vista del paciente, este se ve influenciado con aspectos relacionados al nivel de ansiedad preoperatoria que es tratada con los diferentes estilos de afrontamiento al estrés.

II.- PRESENTACIÓN Y OBJETIVO:

Como egresada de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Facultad de la Salud de la Universidad Norbert Wiener (UNW), mi investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana.

La participación para este estudio es completamente voluntaria y confidencial. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este trabajo de investigación comunicarse al correo

Beneficios: Con su participación colaborará a que los resultados de este estudio redunden en beneficio de todos los pacientes antes de operarse.

Confidencialidad: Los datos que usted proporcione serán absolutamente confidenciales y anónimos y su uso solo se circunscribirá para el estudio. Para continuar con el cuestionario, es necesario contar con su absoluta sinceridad luego de su aceptación al contestar la siguiente pregunta:

¿Acepta ser parte del estudio? Acepto ____ No acepto ____

III.- DATOS GENERALES:

1. Sexo: Hombre Mujer

2. Edad:

3. Estado civil:

Soltero

Casado

Conviviente

Divorciado

Viudo

4. ¿Con quién o quiénes vive actualmente? (Puede marcar más de una respuesta)

Padre y madre

Hermanos/as

Solo pareja / esposo/a

Solo con el padre

Solo con la madre

Solo con los hermanos/as

Otro familiar (abuelos/as, tíos/as, sobrinos/as, primos/as, cuñados/as, entre otros)

Vivo solo

5. ¿Qué tipo de dificultades has tenido? (Puede marcar más de una respuesta)

Desorden y poco estado de ánimo (personales)

Extremo cuidado por ser vulnerable por condición o enfermedad (personales)

- ___ Extremo cuidado por cuidar a una vulnerable (familiares)
- ___ Falta de instrumentos de comunicación a distancia celular smartphone, tablet, computadora o de internet (económicos)
- ___ Falta de movilidad para desplazamiento (económicos)
- ___ Indisciplina, falta de apoyo o distracción de familiares (familiares)
- ___ Pérdida de trabajo de pareja o algún familiar directo (familiares)
- ___ Tratamiento de enfermedad o fallecimiento de familiar(es) (familiares)
- ___ Mayor tiempo de cuidado de niños menores (familiares)
- ___ Ninguna dificultad

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA SUBESCALA DE VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD ESTADO DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE) DE SPIELBERGER

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

Puntajes:

NADA = 1 ALGO = 2 BASTANTE = 3 MUCHO = 4

SÍNTOMAS NEGATIVOS	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1) Estoy tenso	1	2	3	4
2) Estoy contrariado (molesto/a)	1	2	3	4
3) Me siento alterado/a	1	2	3	4
4) Estoy preocupado/a por posibles desgracias futuras	1	2	3	4
5) Me siento angustiado/a	1	2	3	4
6) Me siento nervioso/a	1	2	3	4
7) Estoy desasosegado/a (inquieto/a)	1	2	3	4
8) Me siento muy "atado/a" (como oprimido/a)	1	2	3	4
9) Me encuentro muy triste	1	2	3	4
10) Me siento aturdido/a y sobreexcitado/a	1	2	3	4
SÍNTOMAS POSITIVOS	Nada	Algo	Bastante	Mucho
11) Me siento calmado/a	4	3	2	1
12) Me siento seguro/a	4	3	2	1
13) Me siento cómodo/a (estoy a gusto)	4	3	2	1
14) Me siento descansado/a	4	3	2	1
15) Me siento confortable	4	3	2	1
16) Tengo confianza en mí mismo/a	4	3	2	1
17) Estoy relajado/a	4	3	2	1
18) Me siento satisfecho/a	4	3	2	1
19) Me siento alegre	4	3	2	1
20) En este momento me siento bien	4	3	2	1

**CUESTIONARIO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS: COPE
(COPING ESTIMATION) BRIEF**

INSTRUCCIONES:

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras.

Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 1, 2, 3 o 4 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

Opciones de respuesta:

- 1 = Nunca hago esto
- 2 = Hago esto un poco
- 3 = Hago esto bastante
- 4 = Siempre hago esto

ITEMS	1 Nunca hago esto	2 Hago esto un poco	3 Hago esto bastante	4 Siempre hago esto
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.				
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.				
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.				
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.				
5. Me digo a mí mismo "esto no es real".				
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.				
7. Hago bromas sobre ello.				
8. Me critico a mí mismo.				
9. Consigo apoyo emocional de otros.				
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.				
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.				
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.				
13. Me niego a creer que haya sucedido.				
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.				
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.				

16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.				
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.				
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
19. Me río de la situación.				
20. Rezo o medito.				
21. Aprendo a vivir con ello.				
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.				
23. Expreso mis sentimientos negativos.				
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.				
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.				
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.				
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.				
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.				

**Anexo 3. Validez de la Subescala de Valoración de la Ansiedad Estado del Inventario
de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger**

Se presenta la validez del instrumento hallada por Abregú et al (35) según juicio de expertos:

Número	juez01	juez02	juez03	juez04	juez05	juez06	juez07	p
pgta01	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta02	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta03	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta04	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta05	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta06	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta07	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta08	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta09	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta10	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta11	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta12	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta13	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta14	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta15	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta16	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta17	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta18	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta19	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
pgta20	1	1	1	1	1	1	1	0,0078125
	0,00000	0,0000	0,00000	0,00000	0,00000	0,0000	0,00000	
	10	010	10	10	10	010	10	

Calificación:

Desfavorable = 0 (NO)

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

**Anexo 4. Confiabilidad del instrumento: Subescala de Valoración de la Ansiedad
Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger**

Para la confiabilidad del instrumento consistente en la Subescala de Valoración de Ansiedad Estado, la cual está conformada por los veinte primeros ítems del IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) cuya autoría es atribuida a Spielberger, se ha obtenido el valor resultado producto de la debida aplicación del estadístico alfa de Cronbach, interpretándolo según su valoración correspondiente, de acuerdo a cada rango de puntaje establecido.

Tabla 19. *Interpretación de los valores de confiabilidad de los ítems*

Intervalos al que pertenece el coeficiente alfa de Cronbach	Valoración de la fiabilidad de los ítems analizados
[0 ; 0,5[	Inaceptable
[0,5 ; 0,6[	Pobre
[0,6 ; 0,7[	Débil
[0,7 ; 0,8[	Aceptable
[0,8 ; 0,9[	Bueno
[0,9 ; 1]	Excelente

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 20. *Análisis para la confiabilidad según el Alfa de Cronbach aplicado al instrumento de Ansiedad Estado*

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,957	20

Fuente: Elaboración propia.

El valor de Cronbach es 0,957, cercano a 1 por lo cual el instrumento presenta una alta consistencia interna de los ítems, ofreciendo una confiabilidad excelente o alta.

Anexo 5. Validez del instrumento: Cuestionario de Estilos de Afrontamiento al Estrés COPE (Coping Estimation) – BRIEF

Se presenta la validez del instrumento hallada por Leguía (30):

En primer lugar, como parte del análisis de la estructura interna del Brief COPE, se aplicó el análisis factorial exploratorio (AFE). Antes de ello, se corroboró el grado de relación que existía entre los ítems de esta prueba mediante el KMO y la prueba de Esfericidad de Bartlett. Este último tiene como finalidad evaluar la hipótesis nula; si los resultados obtenidos presentan una significancia menor a .05 ($p < .05$) se rechaza la hipótesis nula y se considera que las variables están suficientemente intercorrelacionadas para realizar el AFE (Pérez & Medrano, 2010). Del mismo modo, es necesario la utilización adicional de la medida KMO de Kaiser, (1970), esta medida de adecuación indica cuán grande es la correlación entre las variables. Si las correlaciones son suficientemente grandes, la matriz se considera adecuada para su factorización, ya que ofrece resultados más estables y replicables en otras muestras diferentes (Lloret, Ferreres, Hernández & Tomás, 2014). Esto sugiere que la matriz de correlación es apropiada para factorizar si el KMO es igual o superior a 0.80. Sin embargo, otros autores consideran más adecuado disminuir el punto de corte a .70 (Ferrando & Anguiano, 2010).

Como parte de estos resultados preliminares, se obtuvo en principio un KMO de .64 el cual resultó por debajo del mínimo aceptable de .70. Luego de ello, se eliminaron los ítems 11 y 25 los cuales presentaban cargas factoriales de .37 y .36 las cuales favorecían el incremento del KMO. Además, para obtener resultados dentro de lo esperado la escala indicaba que no se debían incluir en los análisis los ítems de tres subescalas específicas Religión (16, 20), Humor (7, 19) y Uso de sustancias (15, 24). Después de ello, se obtuvo un KMO de .70 el cual se considera aceptable, y la prueba de Esfericidad de Bartlett resultó estadísticamente significativa ($\chi^2 = 724.32$, $p < .001$). Estos resultados indican que existe cierto grado de relación entre los ítems y, por tanto, se puede aplicar el análisis factorial.

Anexo 6. Confiabilidad del instrumento: Cuestionario de Estilos de Afrontamiento al Estrés – BRIEF COPE (Coping Estimation)

Leguía en su investigación presentada en el año 2019, realizó un análisis factorial exploratorio. Al aplicar el análisis factorial Exploratorio, se empleó el método de extracción de factorización de ejes principales con el fin de encontrar la cantidad de factores con los que se puedan interpretar la variable estrategias de afrontamiento en adultos mayores. Para determinar dicha cantidad, se aplicaron dos criterios: (a) el de autovalores mayores a uno y (b) el gráfico de sedimentación de Cattell. De acuerdo al criterio de autovalores mayores a uno, se encontró que se pueden extraer hasta tres factores. Mientras que, al revisar el gráfico de sedimentación se observa que se pueden extraer cuatro factores (ver figura siguiente). En la medida que ambos criterios arrojaron resultados de extracción entre tres y cuatro factores, se optó por realizar un nuevo análisis considerando las tres dimensiones propuestas originalmente por los autores del instrumento.

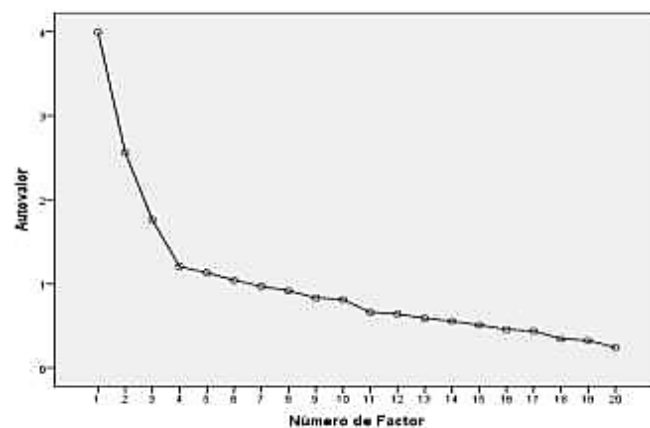


Figura. Gráfico de sedimentación de Cattell del instrumento Brief COPE (COPE28).

Los tres factores extraídos explicaron el 31.85% de la varianza acumulada. El primer factor, tuvo un autovalor de 4.10 y explicó 16.70% de la varianza. El segundo factor, tuvo un autovalor de 2.57 y explicó 9.55% de la varianza. Finalmente, el tercer factor tuvo un autovalor de 1.76 y explicó 5.61% de la varianza. Al aplicar la rotación oblimin (ver tabla

siguiente) se encontró que en el primer factor se agruparon los ítems correspondientes a la dimensión afrontamiento dirigido a la tarea (3, 10, 6, 4, 2, 21, 22, 26, 18, 8, 14, 25) con cargas factoriales entre .33 y .58, según Santos y Pérez (2014) dichos valores son adecuados, puesto que son superiores al mínimo recomendable de .30. En el segundo factor se agruparon los ítems correspondientes a la dimensión afrontamiento social y emocional (23, 28, 27, 12) con cargas factoriales entre .43 y .63, superiores al mínimo recomendable. Finalmente, en el tercer factor se agruparon los ítems correspondientes a la dimensión afrontamiento evitativo (5, 11, 13, 1) con cargas factoriales entre .32 y .69.

Tabla. *Análisis factorial exploratorio de las escalas del BRIEF COPE*

Ítems	Factores			γ_{ite}
	AT	ASE	AE	
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.	.58			.48
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.	.56			.55
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	.56			.50
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.	.55			.48
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.	.51			.43
21. Aprendo a vivir con ello.	.49			.50
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.	.48			.42
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.	.47			.48
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	.45			.31
8. Me critico a mí mismo.	.43			.38
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.	.43			.41
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.	.33			.33
23. Expreso mis sentimientos negativos.		.63		.48
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.		.57		.46
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.		.50		.35
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.		.43		.30
5. Me digo a mí mismo "esto no es real".			.69	.38
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.			.52	.39
13. Me niego a creer que haya sucedido.			.36	.38
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.			.32	.22

Nota: AT= Afrontamiento dirigido a la tarea; ASE= Afrontamiento social y emocional; AE=

Afrontamiento evitativo; γ_{ite} = correlación ítem-test corregida

Para la confiabilidad se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach, Según Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010) un valor entre .70 y .90 indica una buena consistencia interna para una escala. Asimismo, se evaluaron los intervalos de confianza según Bonett (2002), con el fin de determinar entre que valores oscila el verdadero “alfa” en la población.

Por ello, la escala total presentó un alfa de Cronbach aceptable obteniendo un puntaje de .73 (IC95% = .66, .79) el cual cumple con el valor mínimo aceptable. Para la dimensión afrontamiento dirigido a la tarea se obtuvo un alfa de Cronbach de .80 (IC95% = .75, .84) y presentó correlaciones ítem-test entre .31 y .55, superiores al valor mínimo de .20 o .30. En la dimensión de afrontamiento social y emocional se obtuvo un alfa de Cronbach de .61 (IC95% = .49, .70) y presentó correlaciones ítems-test entre .30 y .48, superiores al valor mínimo aceptable. Finalmente, la dimensión de afrontamiento evitativo se obtuvo un alfa de Cronbach de .56 (IC95% = .49, .70) y presentó correlaciones ítems- test entre .22 y .39.

Escala de valores para el cálculo de la confiabilidad del instrumento

Intervalos al que pertenece el coeficiente alfa de Cronbach	Valoración de la fiabilidad de los ítems analizados
[0 ; 0,5[	Inaceptable
[0,5 ; 0,6[	Pobre
[0,6 ; 0,7[	Débil
[0,7 ; 0,8[	Aceptable
[0,8 ; 0,9[	Bueno
[0,9 ; 1]	Excelente

En el trabajo de estudio de investigación presente, también se halló la confiabilidad del instrumento Cuestionario de Estilos de Afrontamiento al Estrés – BRIEF COPE (Coping Estimation) para lo cual se usó el índice estadístico más conveniente, que en este caso es el Alfa de Cronbach, interpretando sus valores de resultado según criterio presentado en la tabla anterior sobre los resultados que a continuación se plasman:

Tabla 21. *Análisis para la confiabilidad según el Alfa de Cronbach aplicado al instrumento de BRIEF COPE (Coping Estimation) o de Estilos de Afrontamiento al Estrés*

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,842	28

Fuente: Elaboración propia.

El valor del índice de Cronbach resultó 0,842, lo que lleva a la interpretación que este instrumento o cuestionario contiene una consistencia interna buena de los ítems, es decir ofrece una confiabilidad buena.

Anexo 7. Escala de valores del coeficiente de correlación

Tabla 22. Escala de valores del coeficiente de correlación

Rango	Relación
- 1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta.
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja.
-0,01 a - 0,19	Correlación negativa muy baja.
0.0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja.
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja.
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada.
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0.9 a 0,99	Correlación positiva muy alta.
1	Correlación positiva grande perfecta

Fuente: Modificado de Hernández et al

Anexo 8. Aprobación del Comité de Ética

Anexo 9. Consentimiento Informado

Institución : Universidad Privada Norbert Wiener
Investigador : VANESA PAOLA SAMANEZ PIMENTEL
Titulo : Ansiedad preoperatoria y estilos de afrontamiento en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana

Propósito del Estudio: Estamos invitando a usted a participar en un estudio llamado: "Ansiedad preoperatoria y estilos de afrontamiento en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana". Este es un estudio desarrollado por la investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener, *VANESA PAOLA SAMANEZ PIMENTEL*. El propósito de este estudio es determinar la relación que existe entre la ansiedad preoperatoria y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana. Su ejecución ayudará/permitirá a que los resultados de este estudio redunden en beneficio de todos los pacientes antes de operarse.

Procedimientos:

Si Usted decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

- Contestar los cuestionarios de la ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD DE SPIELBERGER (IDARE) y el CUESTIONARIO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS: BRIEF COPE (COPING ESTIMATION) que contienen preguntas con opciones múltiples

Ambas encuestas pueden demorar unos 20 minutos. Los resultados se le entregaran a Usted en forma individual o almacenaran respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos: Su participación en el estudio no conllevará riesgo alguno.

Beneficios:

Usted se beneficiará en el aspecto que de manera adecuada podrá conocer los resultados del proyecto que le pueda ser de utilidad.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de Usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente:

Si usted se siente incómodo/a durante el desarrollo del cuestionario, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con la Srta. VANESA PAOLA SAMANEZ PIMENTEL al número de teléfono: 994 152 088. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, teléfono 01- 706 5555 anexo 3286

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante:
Nombres
DNI:

Investigador
Nombres
DNI:

Anexo 10. Informe del asesor de Turnitin