

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana



“INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014”

Autor:

JOSÉ ERNESTO BENAVIDES PAREDES

Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional
de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2014

DEDICATORIA



*Esta tesis se la dedico a los pacientes
A mis padres Yolanda y Eduardo por su inmenso amor que me nutrió el alma.
A mis Hermanos Lu, Ro y Javi por hacerme la vida fácil y difícil.
A mis doctores quienes dieron lo mejor de sí, para y por nosotros sus alumnos.*

EPÍGRAFE

“Si podéis curar, curad: si no podéis curar, calmad y si no podéis calmar, consolad”

Augusto Morri (1841-1912) Médico italiano.



RESUMEN

Introducción: La experiencia de enfermar y luego ser hospitalizado es angustiante para las personas, la situación emocional es crucial para el bienestar del paciente, la calidad de información ayuda a disminuir la ansiedad y mejorar la evolución de la enfermedad.

Objetivos: Evaluar la Influencia de la información, sobre los niveles de ansiedad; en el servicio de medicina del Hospital Carlos Monje Medrano - Juliaca

Metodología: Para el desarrollo del presente estudio se realizó el diseño observacional, prospectivo y transversal mediante un cuestionario aplicado a los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina del hospital Carlos Monje Medrano Juliaca, del 1 ro de Febrero al 31 de Marzo del año 2014

Resultados: Todos los pacientes presentaron algún nivel de ansiedad, la mayoría presentó un grado de ansiedad medio. Existe influencia de la información suministrada al paciente a cerca de su enfermedad sobre los niveles de ansiedad, siendo que los pacientes con mayor información presentan menores niveles de ansiedad.

Los pacientes que tenían conocimiento del diagnóstico, del objetivo del tratamiento y del pronóstico, presentaron menores niveles de ansiedad.

Palabras Clave: Ansiedad, Información, Hospitalización, Medicina.

ABSTRACT

Introduction: The experience of illness and after hospitalization is distressing for people, the emotional state is crucial for the welfare of the patient, the quality of information helps reduce anxiety and improve the evolution of the disease.

Objectives: To evaluate the influence of information on levels of anxiety; in the health service Hospital Carlos Monje Medrano - Juliaca

Methodology: For the development of this study , prospective, observational cross-sectional design was performed using a questionnaire administered to hospitalized patients in the Medicine of February 1 Juliaca hospital Carlos Monje Medrano at March 31, 2014

Results: All patients had some level of anxiety; the majority had an average degree of anxiety. There influenced by the information provided to the patient about their disease on levels of anxiety, being that patients with more information have lower levels of anxiety.

Patients who were aware of the diagnosis, the goal of treatment and prognosis, showed lower levels of anxiety.

Keywords: Anxiety, Information, Hospitalization, Medicine.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	17
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	33
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS.....	42
Anexo 1: Proyecto de Investigación.....	
Anexo 2: Ficha de recolección de datos.....	

INTRODUCCIÓN

En la experiencia que pude haber ganado en este proceso, como estudiante de medicina, dentro de tantas preguntas, análisis, conjeturas que te propone el estar cerca de gente de muy diversa procedencia, me ha llamado la atención, que más allá del malestar que genera el problema físico por el que atraviesa el paciente, que generalmente es el problema de mayor importancia, se agregan las múltiples alteraciones psicológicas que naturalmente hacen del paciente su morada, salvo pocas excepciones. Esta situación también se da en los familiares o personas más comprometidos. Sucede que uno de los estados de ánimo que perjudican al paciente en mayor medida es la ansiedad, que muchas veces pasa de soslayo entre los médicos.

Por otro lado la falta de comprensión de lo que sucede en su cuerpo, es el principal motivo que lleva al paciente a la preocupación, más aún si nos percatamos, que desde su llegada en emergencia, a pesar de brindarle información, no se cuenta con el tiempo necesario, ni el paciente con la debida atención. Muchas veces la familia simplemente acata las órdenes, como por ejemplo, comprar medicinas, hospitalizar al paciente; entienden de un modo general que el paciente necesita recibir un tratamiento y que es necesario, pero el entendimiento de la enfermedad queda postergado por lo pronto.

Como es muy común en el hospital donde realicé mis prácticas, el paciente que ingresa al servicio de medicina, pasa a hospitalización hasta completar los exámenes auxiliares.

Durante todo este período, al paciente y a la familia se van armando como piezas de un rompecabezas, las palabras del doctor y surgen las primeras preguntas, es ahí donde supongo yo, la buena información, es clave para mejorar el estado de ánimo del paciente y su familia, brindándole una información básica, simple, y clara de la enfermedad.

Soy testigo de que si se da información acerca de la enfermedad, mejora el ambiente laboral, mejora la relación médico paciente, y siendo la enfermedad por sí misma, una experiencia intensa y angustiante, conviene aliviar lo máximo posible el estrés psicológico. Esta es, como muchas, una tarea del buen médico y hemos de tomarla con gran entusiasmo.





CAPITULO 1
MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS:

La técnica de recolección de datos incluye la encuesta y entrevista.

1.2. INSTRUMENTOS:

-Ficha de recolección de datos:

-INSTRUMENTO IDARE (STAI)

El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI [State Trait-Anxiety Inventory]) está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. La llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), y 2. La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado). Aun cuando se construyó para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuro-psiquiátricos, médicos y quirúrgicos.

La escala A-Rasgo, consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala A- Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado. La escala A-Rasgo puede ser utilizada para determinar los sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica con

niveles de ansiedad distintos A-Estado. La escala A-Estado sirve para establecer los niveles de intensidad a- estado inducidos por procedimientos experimentales o en situaciones de campo, en un momento dado o a través de un continuo.

Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad.

Los sujetos contestan a cada uno de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 0 a 3.

En la escala A-Estado son:

- 0 - No en lo absoluto.
- 1 - Un poco.
- 2 - Bastante.
- 3 - Mucho.

En la escala A-Rasgo son:

- 0 - Casi nunca.
- 1 - Algunas veces.
- 2 - Frecuentemente.
- 3 - Casi siempre.

Las puntuaciones obtenidas se clasifican en la siguiente escala:

- 00 – 11 Ansiedad Muy baja
- 12 – 23 Ansiedad Baja
- 24 – 35 Ansiedad Media

36 – 47 Ansiedad Alta

48 – 60 Ansiedad Muy Alta

1.3. Materiales de Verificación

Ficha de Recolección de datos

Historia Clínica

Material de escritorio

PC core 2 duo

Impresora EPSON Stylus TX115

Sistema operativo Windows 7 Ultimate

Procesador de texto Word 2010

Soporte estadístico

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio de investigación fue realizado en el Servicio de Medicina del Hospital Carlos Monje Medrano ubicado en La Av Huancané del distrito de Juliaca Provincia San Román Dpto. Puno -Perú.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Se realizará aproximadamente del 1ro de enero del 2014 al 28 de febrero del 2014

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1 UNIVERSO

Estuvo conformado por todos los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina.

Entre el lapso del 1 ro de enero y 28 de febrero del año 2014.

Criterios de Inclusión

Pacientes que acepten participar en el estudio

Pacientes del servicio de Medicina

Pacientes entre 15 y 70 años

Pacientes que requieran hospitalización

Criterios de exclusión

Pacientes con enfermedad terminal

Pacientes en estado inconsciente

Pacientes con compromiso de conciencia

Pacientes que no hablaban castellano

2.3.2. Muestra

Cálculo del tamaño muestral

Basado en el muestreo probabilístico, se considerará una muestra para variables categóricas de tamaño desconocido.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

Planteamiento y permiso del Director del Hospital Carlos Monje Medrano; haciéndole llegar los alcances del presente estudio. Solicitud formal para revisión y aprobación del presente proyecto de tesis a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santa María, contando con el proyecto de tesis.

Se solicitará verbalmente la participación de los pacientes en el presente estudio; dado que con la entrevista no se encuentran sujetos a ningún riesgo por parte del investigador; se remarcará en que la participación de los evaluados es completamente anónima.

3.2. RECURSOS

Recursos humanos

El Investigador: José Ernesto Benavides Paredes

Recolector de datos: José Ernesto Benavides Paredes

Recursos Físicos

Fichas de recolección de datos

Recursos financieros

Autofinanciado por el autor

3.3. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Propiedades Psicométricas del IDARE

La confiabilidad se obtuvo a través, del método test-retest, encontrándose puntuaciones para la escala Ansiedad - Rasgo desde 0,73 (en un intervalo de 104 días) a 0,86; para la escala ansiedad - estado las correlaciones fueron relativamente bajas variando desde 0,16 a 0,54 con una mediana de 0,32; estas correlaciones bajas fueron anticipadas por los creadores de la influencia de factores situacionales únicos que se presentan en el momento del examen.

Las puntuaciones acerca de la validez concurrente de la escala Ansiedad - Rasgo se realizaron con las pruebas IPAT (Cattel y Scheir, 1.963), obteniéndose una correlación de 0,75 a 0,77, con el Inventario de Ansiedad Manifiesta de Taylor 1.953, encontrándose correlaciones entre 0,79 a 0,83, y con la Lista de Adjetivos de Zuckerman 1.960, con la cual se obtuvieron correlaciones desde 0,52 a 0,58. (Spielberger, Ch. y Guerrero, R. I.D.A.R.E. 1975, p.04).

3.4. CRITERIOS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

3.4.1. A NIVEL DE RECOLECCIÓN

Luego de la identificación de los pacientes se procederá a evaluar en forma individual, para ello se establecerá un relación amistosa informándoles sobre los objetivos de estudio y pedir su colaboración para la ejecución de la encuesta.

El llenado del instrumento será anónimo y hecho por el mismo evaluador para mantener

la confiabilidad de sus respuestas, bajo la supervisión del investigador

Para la evaluación final se procederá a seleccionar la información general y clasificar según los puntajes acumulados.

3.4.2. A NIVEL DE SISTEMATIZACIÓN

La información obtenida se procesará por medio del programa de Microsoft Office Excel 2010 y los paquetes estadísticos: SPSS versión 20.0

3.4.3. A NIVEL DE ESTUDIO DE DATOS

Los resultados obtenidos son agrupados y clasificados según puntajes para luego ser presentados en cuadros conjuntamente la descripción e interpretación de los resultados.

El análisis estadístico será efectuado con las pruebas chi cuadrado y T de Student



**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU
ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014**

Tabla 1.

Distribución de los pacientes según sexo y edad.

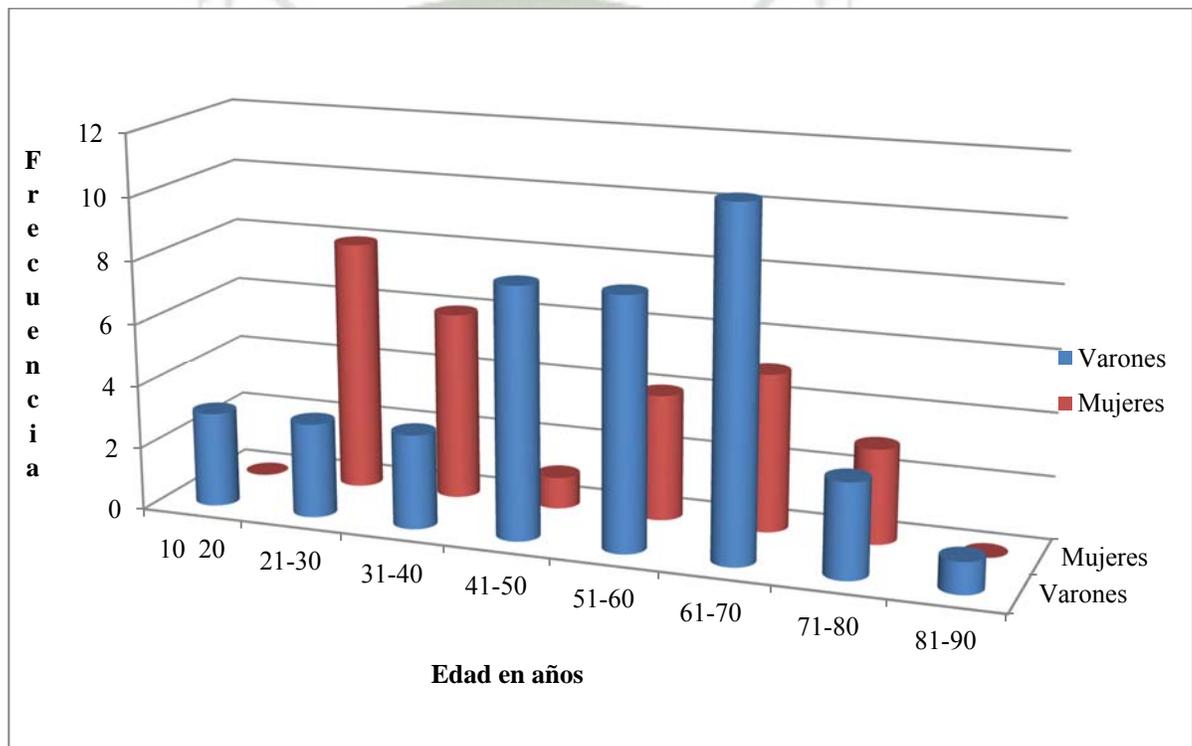
Edad (años)	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
10-20	3	4.48	0	0	3	4.48
21-30	3	4.48	8	11.94	11	16.42
31-40	3	4.48	6	8.96	9	13.43
41-50	8	11.94	1	1.49	9	13.43
51-60	8	11.94	4	5.97	12	17.91
61-70	11	16.42	5	7.46	16	23.88
71-80	3	4.48	3	4.48	6	8.96
81-90	1	1.49	0	0	1	1.49
Total	40	60	27	40	67	100

En la **Tabla y gráfico 1** se muestra que la mayor cantidad de pacientes varones se encuentran entre 60 y 70 años (16%), y mujeres entre los 20 y 40 años (21%).

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU
ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014**

Gráfico 1.

Distribución de los pacientes según sexo y edad.



INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014

Tabla 2.

Distribución de los pacientes según el grado de Instrucción.

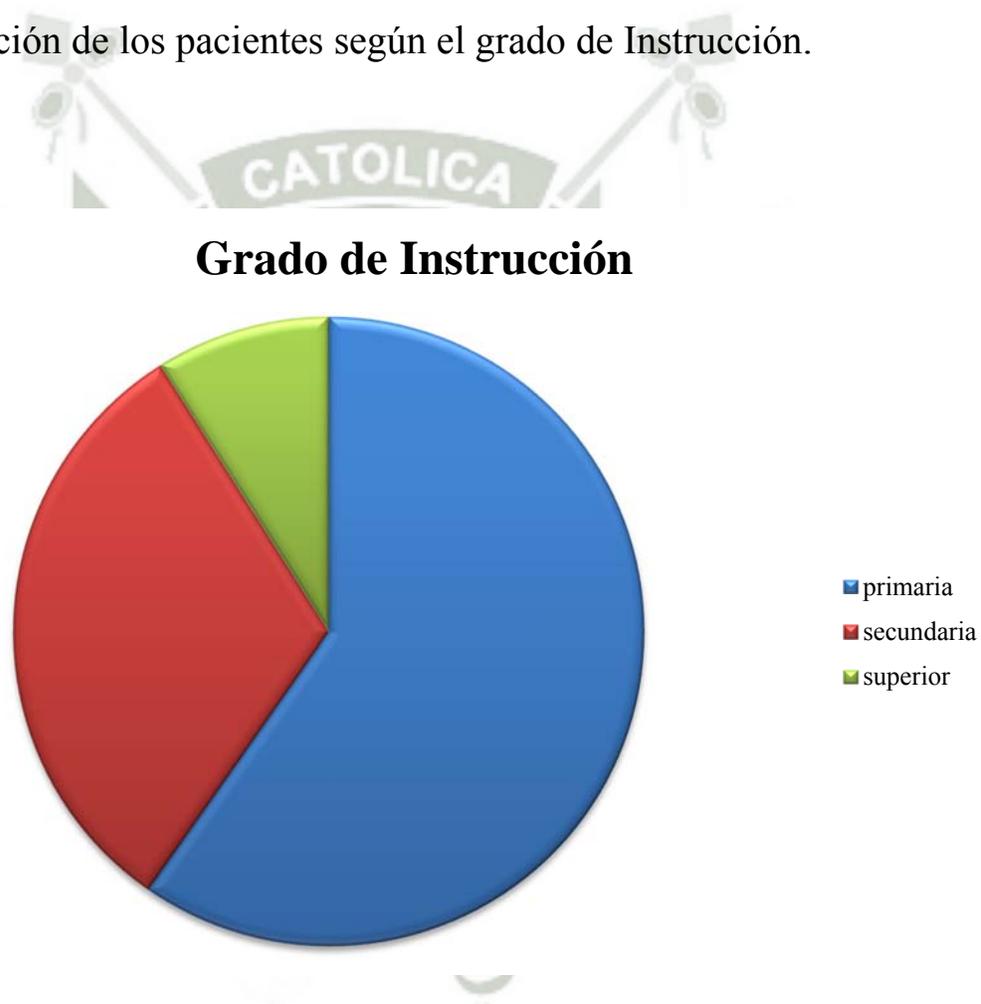
Grado de Instrucción	N	%
primaria	40	59.7
secundaria	21	31.3
superior	6	9.0
Total	67	100.0

En la **tabla y gráfico 2**, el nivel de instrucción de los pacientes es en más de la mitad de los casos, primaria (59.7%), seguido de secundaria (31.3%) y en un porcentaje menor, superior (9.0%).

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU
ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014**

Gráfico 2.

Distribución de los pacientes según el grado de Instrucción.



**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU
ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014**

Tabla 3.

Distribución de los pacientes según diagnósticos de enfermedad

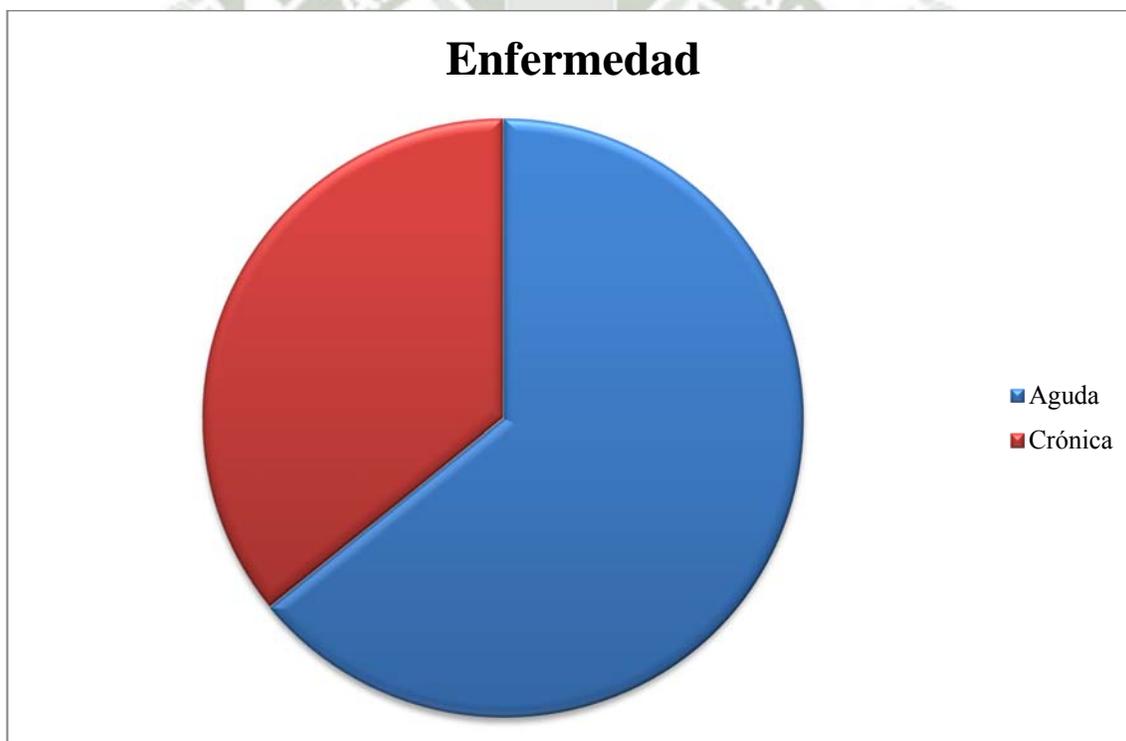
Enfermedad	N	%
aguda	43	64.2
crónica	24	35.8
Total	67	100.0

En la **tabla y gráfico 2** se aprecia que las patologías agudas fueron más frecuentes (64,2%) Y las patologías crónicas, menos frecuentes (35,8%)

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU
ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014**

Gráfico 3.

Distribución de los pacientes según diagnósticos de enfermedad



**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU
ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014**

Tabla 4.

Distribución de los pacientes según los niveles de ansiedad

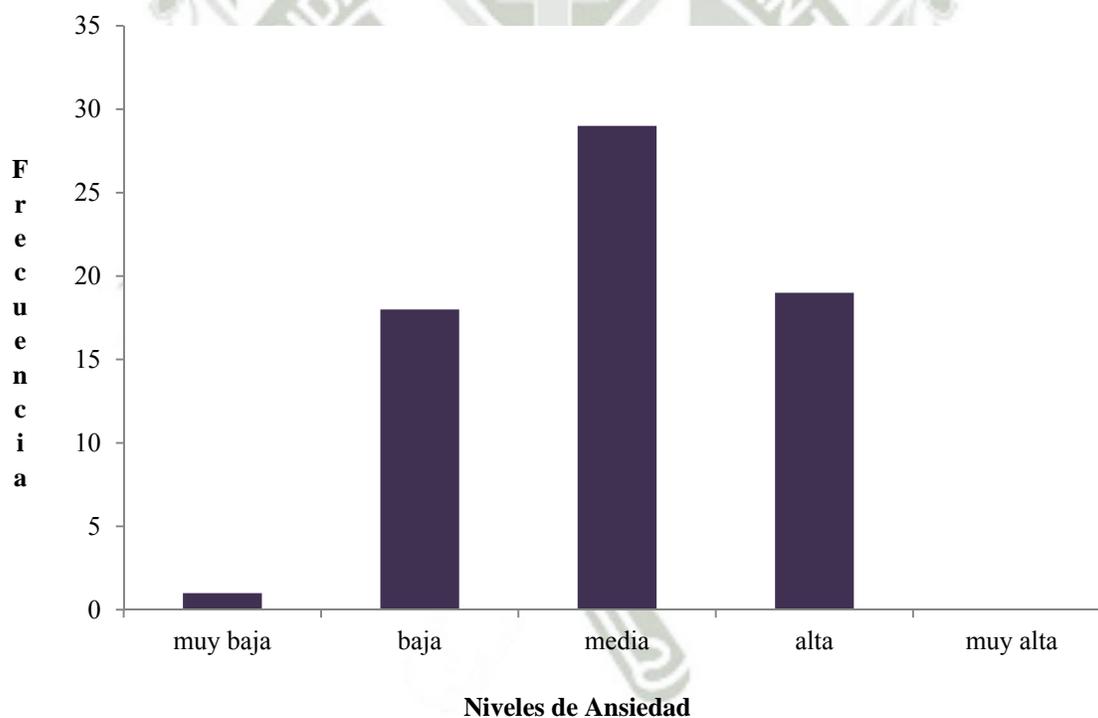
Nivel de Ansiedad	N	%
Muy baja	1	1.5
Baja	18	26.9
Media	29	43.3
Alta	19	28.4
Muy alta	0	0
Total	67	100.0

En la **tabla y gráfico 4** se ve que la mayoría de los pacientes presentaron, ansiedad media (43,3%), seguido de ansiedad alta (28%).

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU
ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014**

Gráfico 4.

Distribución de los pacientes según los niveles de ansiedad



INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014

Tabla 5.

Distribución de los pacientes según el nivel de ansiedad y el sexo

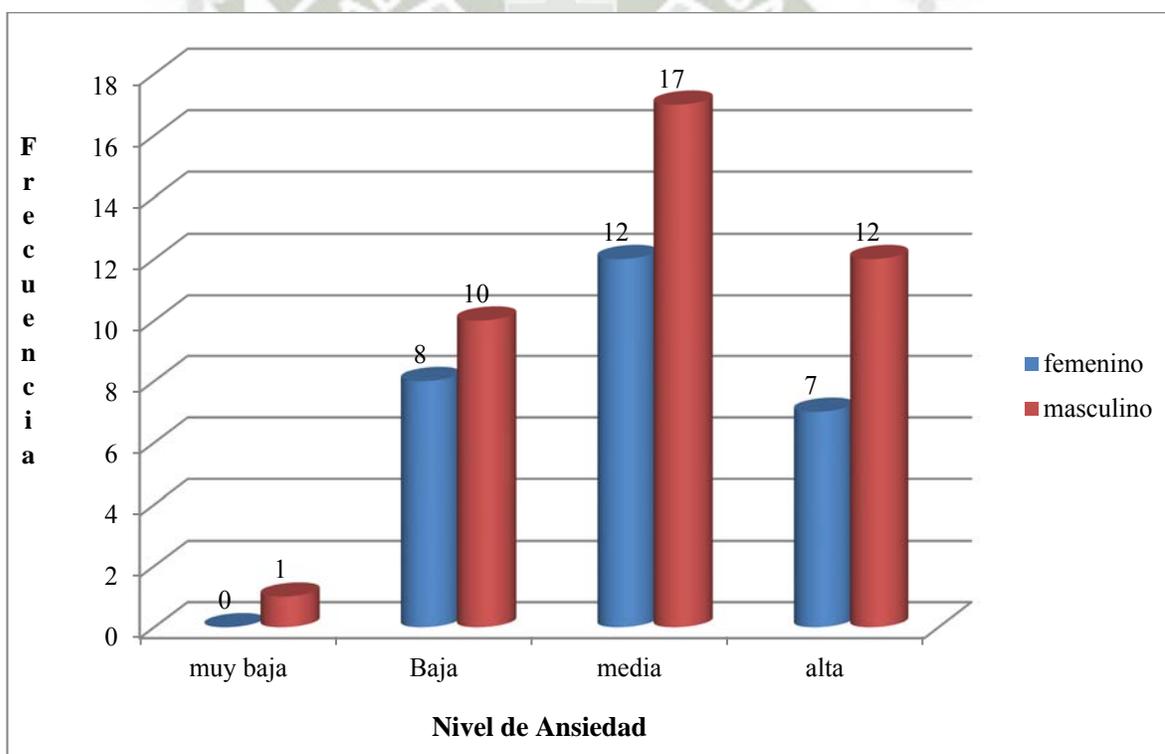
Sexo	Nivel de ansiedad								Total	P	
	Muy baja		Baja		Media		Alta				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N		%
Femenino	0	0	8	44.44	12	41.38	7	36.8	27	40.3	0.82
Masculino	1	100	10	55.56	17	58.62	12	63.2	40	59.7	
Total	1	100	18	100	29	100	19	100	67	100	

En la **tabla 5** se aprecia en primer lugar que no existe diferencia significativa entre, los niveles de ansiedad entre varones y mujeres,

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU
ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014**

Gráfico 5.

Distribución de los pacientes según el sexo y el nivel de ansiedad.



**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU
ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014**

Tabla 6.

Distribución de los pacientes según la ansiedad y el grado de instrucción

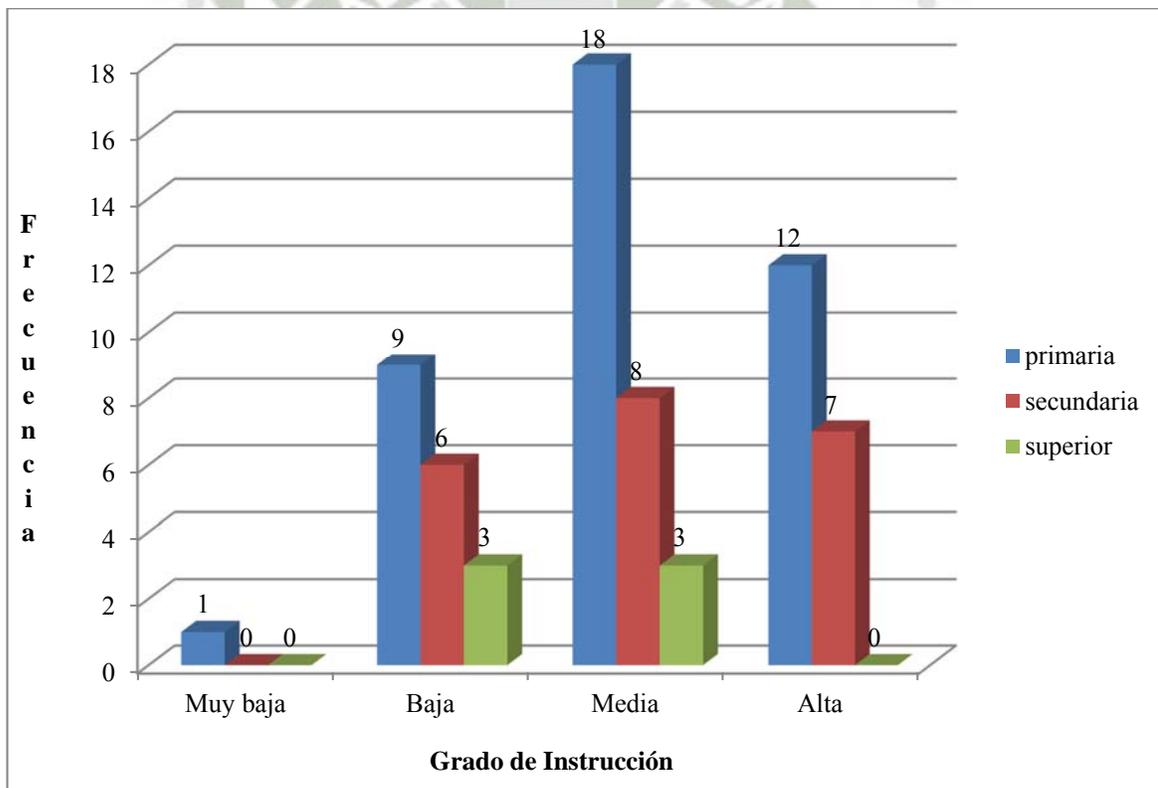
Grado de Instrucción	Niveles de Ansiedad								Total		P
	Muy baja		Baja		Media		Alta		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Primaria	1	100	9	50	18	62.07	12	63.2	40	59.7	0.63
Secundaria	0	0	6	33.33	8	27.59	7	36.8	21	31.34	
Superior	0	0	3	16.67	3	10.34	0	0	6	8.96	
Total	1	100	18	100	29	100	19	100	67	100	

En la **tabla 6** se aprecia que entre los distintos grados de instrucción y los niveles de ansiedad no hay diferencias significativas

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU
ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014**

Gráfico 6.

Distribución de los pacientes según la ansiedad y el grado de instrucción



**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU
ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014**

Tabla 7.

Distribución de los pacientes según el nivel de ansiedad y el diagnóstico de enfermedad

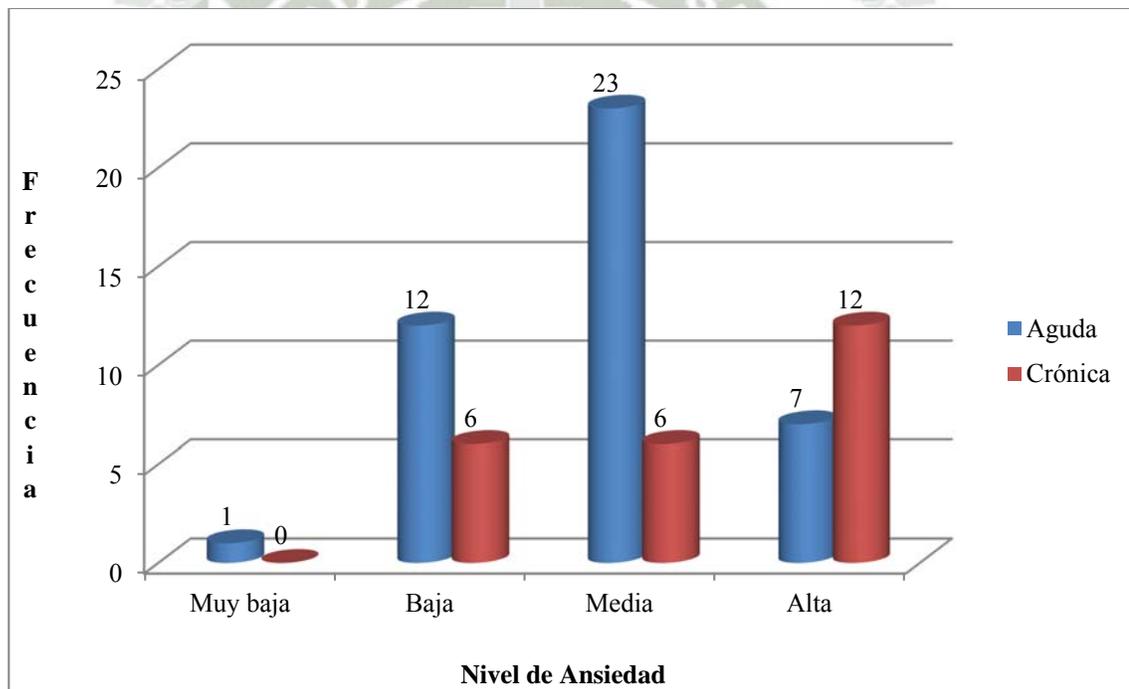
Diagnóstico de enfermedad	Nivel de Ansiedad								Total		p
	Muy baja		Baja		Media		Alta		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Aguda	1	100	12	66.67	23	79.31	7	36.8	43	64.18	0.02
Crónica	0	0	6	33.33	6	20.69	12	63.2	24	35.82	
Total	1	100	18	100	29	100	19	100	67	100	

En la **tabla y gráfico 7** se aprecian los niveles de ansiedad de un paciente con enfermedad aguda son significativamente mayores que los que presentan diagnóstico de enfermedad crónica.

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU
ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014**

Tabla 7.

Distribución de los pacientes según el nivel de ansiedad y el diagnóstico de enfermedad



**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU
ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014**

Tabla 8.

Nivel de ansiedad de los pacientes según el conocimiento de la enfermedad

Conocimiento de la enfermedad		Nivel de Ansiedad								Total	P*	
		muy baja		baja		media		alta				
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Nombre de enfermedad	no	0	0	3	17	8	28	11	58	22	33	0.039
	si	1	100	15	83	21	72	8	42	45	67	
De qué trata su enfermedad	no	0	0	8	44	17	59	13	68	38	57	0.318
	si	1	100	10	56	12	41	6	32	29	43	
Tratamiento	no	0	0	10	56	24	83	17	89	51	76	0.019
	si	1	100	8	44	5	17	2	11	16	24	
Riesgos y complicaciones	no	1	100	11	61	27	93	18	95	57	85	0.011
	si	0	0	7	39	2	7	1	5	10	15	
Pronostico	no	0	0	6	33	23	79	18	95	47	70	<0.0001
	si	1	100	12	67	6	21	1	5	20	30	
Total		1	100	18	100	29	100	19	100	67	100	

* Valor de p obtenido por el estadístico Chi cuadrado

En la **tabla 8** muestra que el conocimiento de lo que trata la enfermedad no produce cambios significativos en la ansiedad de los pacientes. El conocimiento del pronóstico del paciente fue el que más se relacionó con niveles bajos de ansiedad.



CAPITULO III
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la Tabla y Gráfico 1 se muestra que la población estudiada presenta una edad muy diversa; así encontramos pacientes desde los 16 hasta los 81 años de edad, siendo más frecuente entre los 50 a 70 años de edad (41.8). La población masculina fue de 59,7%, frente a un 40,3% de población femenina. La mayor cantidad de pacientes varones se encuentran entre 50 y 70 años (16%), y mujeres entre los 20 y 40 años (21%) y una distribución más heterogénea que la de la población masculina.

Nuestros resultados concuerdan con el estudio de Castro (9) quien reporta como edades más frecuentes entre 40 y 60 años, y difiere puesto que se realizó en pacientes quirúrgicos, en la proporción de géneros, en éste estudio la proporción varón mujer es de 4/3 aproximadamente, en el estudio Castro (9) es de varón mujer 1/2, por motivos claros si se considera que incluyeron pacientes de gineco-obstetricia.

En el gráfico y tabla 2 el nivel de instrucción de los pacientes es en más de la mitad de los casos primaria (59.7%), seguido de secundaria (31.3%) y en un porcentaje menor, superior (9.0%), muy similar al estudio de Castro (9), realizado en Arequipa, en el cual se consideraron 62 casos, donde se señala que población más frecuente se muestra en el nivel primaria, (51,6%), secundaria (32,3%) y superior (16,1%).

En la Tabla y Gráfico 3 se aprecia la distribución de los pacientes clasificando su diagnóstico de hospitalización como agudo y crónico, siendo las patologías agudas más frecuentes (64,2%) Y las patologías crónicas, menos frecuentes (35,8%)

En la Tabla y Gráfico 4 se ve que todos los pacientes presentaron algún grado de ansiedad, únicamente un paciente presentó ansiedad muy baja, la mayoría de los pacientes presentaron, ansiedad media (43,3%), seguido de ansiedad alta (28%) y baja (26,9%), ningún paciente presentó ansiedad muy alta. En el estudio Castro (9) la mayoría de pacientes presentó ansiedad baja (88,7%), el 11,3%, presentó ansiedad media, y no hubieron pacientes con ansiedad alta ni muy alta. Barragán (12) administró información previa a la cirugía y evaluó el nivel de conocimientos mediante dos cuestionarios de autoevaluación correspondiente a la prueba STAT para evaluar la ansiedad estado y rasgos. Encontró que el grupo sin información presentó mayores niveles de Ansiedad Estado que el grupo que recibió información, siendo el resultado estadísticamente significativo ($p=0,002$).

En la Tabla y Gráfico 5 se aprecia en primer lugar que no existe diferencia significativa entre, los niveles de ansiedad entre varones y mujeres (valor de $p=0,82$) a diferencia del estudio Grau Martin (7) donde se encuentra que la ansiedad estaba presente en el 39,8% de las mujeres y 21,5% de los varones ($p = 0,003$).

En la Tabla y Gráfico 6 vemos que entre los distintos grados de instrucción no presentan un factor que condicione ansiedad puesto que en no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0,63$).

En la Tabla y Gráfico 7 se muestra que los niveles de ansiedad de un paciente con enfermedad aguda sí son significativamente mayores que los que presentan diagnóstico de enfermedad crónica ($p=0,02$), es de resaltar que cuando hablamos de niveles de ansiedad altos, los pacientes con enfermedad crónica superan en número a los pacientes de enfermedad aguda.

En nuestro estudio la relación entre varones y mujeres que presentan ansiedad es de 1/1 lo que coincide con la bibliografía de Kaplan y Sadock (4).

En la bibliografía revisada no se ofrecen datos al respecto de la relación entre ansiedad y el grado de instrucción ni entre los pacientes que presentan una enfermedad aguda o crónica, todo este teniendo en cuenta que en el presente estudio, se realizó en el servicio de medicina, y se excluyeron pacientes con enfermedad terminal.

La Tabla y Gráfico 8 muestra que el conocimiento del nombre de la enfermedad, disminuye significativamente los niveles de ansiedad ($p=0,03$), además se debe señalar que más de la mitad (67%) sí conocía el nombre de su enfermedad, en el grupo de los que presentaron ansiedad alta la mayoría no conocían el nombre de la enfermedad. El conocimiento de la fisiopatología, (en la pregunta “¿conoce Ud. de qué trata la enfermedad?”), no produjo cambios significativos en la ansiedad de los pacientes. El conocimiento del tratamiento y de sus complicaciones, produce cambios significativos disminuyendo la ansiedad del paciente ($p=0,01$ en ambos casos), si nos fijamos en el grupo de ansiedad baja, es mayor el porcentaje de pacientes que si conocen su tratamiento, comparado con los grupos de ansiedad media y alta. El conocimiento del pronóstico del paciente se relacionó con niveles bajos de ansiedad en mayor medida ($p=0,0001$), el porcentaje de lo que desconocen su pronóstico se incrementa dramáticamente desde los que presentaron ansiedad muy baja hacia los que presentaron ansiedad media y ansiedad alta.

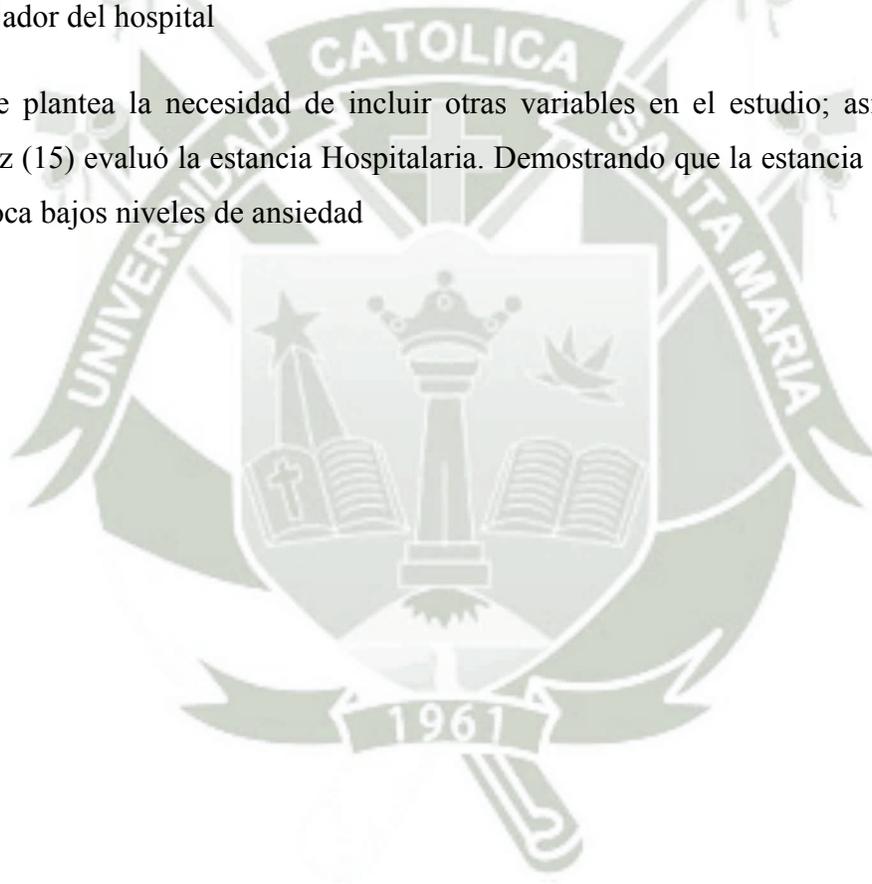
En el total, los pacientes que conocían su diagnóstico fueron 67% frente a los que no 33%. El estudio Castro (9) demostró que el porcentaje de los pacientes que conocen su diagnóstico fueron del 53,2%. Grau Martin (7) coincide cuando indica que los pacientes con ansiedad tenían peor conocimiento del diagnóstico médico. El estudio Peña Barroto (10) realizado en Cuba, se encontró que el 22,5% de los pacientes desconocían los riesgos que podría tener la intervención quirúrgica

Los pacientes que conocían el objetivo que persigue el tratamiento que recibían eran del 24% frente a los que no lo conocían 76%. En el estudio Castro los pacientes

conocían las metas de la cirugía y el tratamiento era del 22,6%, resultado muy similar probablemente a que no se cuenta con el tiempo adecuado para dar una información completa al paciente.

Las diferencias que se encuentran entre el presente estudio y los relacionados se deben principalmente a que se realizaron en el área quirúrgica del hospital, además en el servicio de medicina no se hace firmar el “consentimiento informado”. Otro gran motivo por el cual se encuentran diferencias es el contexto cultural, la población habla con mucha dificultad el castellano y mucho menos el argot del personal trabajador del hospital

Se plantea la necesidad de incluir otras variables en el estudio; así el estudio Moñiz (15) evaluó la estancia Hospitalaria. Demostrando que la estancia hospitalaria provoca bajos niveles de ansiedad





CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.** Mayores niveles de información influyen disminuyendo significativamente los niveles de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Carlos monje Medrano.
- Segunda.** El conocimiento del diagnóstico de la enfermedad, disminuye los niveles de ansiedad. El conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad no produce cambios significativos en la ansiedad de los pacientes. El conocimiento del tratamiento disminuye los niveles de ansiedad de los pacientes. El conocimiento de los riesgos y complicaciones disminuye la ansiedad de los pacientes. El conocimiento del pronóstico del paciente disminuye significativamente los niveles de ansiedad de los pacientes.
- Cuarta.-** Todos los pacientes presentaron algún grado de ansiedad, únicamente un paciente presentó ansiedad muy baja, la mayoría de los pacientes presentaron, ansiedad media 43.3%, seguido de ansiedad alta 28.4%, baja 26.9 y ansiedad muy baja 1,5%, ningún paciente presentó ansiedad muy alta.
- Tercera.-** Las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes estudiados son: La edad media de la población femenina es de 45,2 años y de la población masculina 51 años; predomina el género masculino en una proporción de cuatro varones por cada tres mujeres. El 59.7% de pacientes tienen instrucción primaria, el 31.3% tiene nivel secundario y el 9% tiene educación superior.
- El 64,2% de los pacientes presentaron diagnóstico de enfermedad aguda y el 35,8% de enfermedad crónica.

RECOMENDACIONES

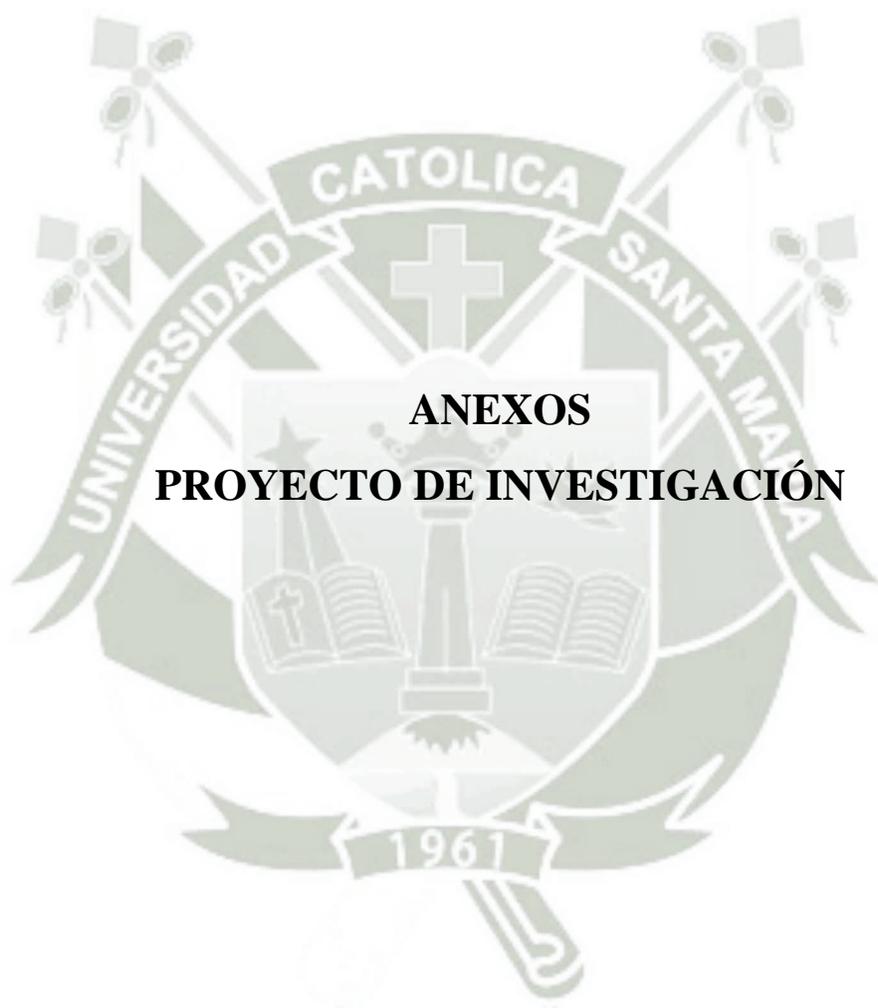
En base a los resultados se realizan las siguientes recomendaciones:

1. Al jefe del servicio de medicina, sería muy conveniente que se hagan interconsultas a psiquiatría o a psicología, vía consulta externa, o como visita al servicio de medicina, en especial a los pacientes con mayores niveles de ansiedad.
2. A los médicos, se necesita mejorar los niveles de información, en puntos básicos, principalmente en el nombre y el pronóstico de la enfermedad, hago hincapié en que es más importante la calidad de la información, antes que la cantidad de información. El médico debe servir como guía y ejemplo de actitud, procurar dentro de lo posible, que los familiares sirvan de alivio y consuelo para el paciente.
3. A los futuros investigadores, valorar otros factores que puedan estar relacionados a los niveles de ansiedad que en este estudio no se tomaron en cuenta, como el tiempo de hospitalización, gravedad de la enfermedad, o la sensación de gravedad. Además evaluar los factores que afectan a los pacientes que no hablan castellano, a los pacientes con enfermedades terminales. Se debería continuar con los estudios de ansiedad, puesto que se encontraron , niveles de ansiedad altos y medios,

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Padilla A: Trastornos de Ansiedad: Salud Mental en Atención Primaria del Servicio Canario de Salud. 2008; 2: 37-59.
2. Baras Pastor L, Mayner Eiguren G: Ansiedad generalizada: Manual del Residente en Psiquiatría; 2009.
3. American Psychiatric Association: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV: American Psychiatric Association; 1994.
4. Kaplan y Sadock: Manual de Psiquiatría Clínica: 4ª ed. 2007.
5. Sociedad Latinoamericana de Psiquiatría: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico: Sociedad Latinoamericana de Psiquiatría; 2003.
6. Córdova Castañeda A: Guía de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México; 2010.
7. Grau Martín A, Suñer Soler R, Abulí Picar P, Comas Casanovas P: Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad
8. Montelongo R: Los Trastornos de Ansiedad: Revista Digital Universitaria de la UNAM. 2005; 6 Supl 11.
9. Castro Ali M: Influencia de la Información suministrada al paciente Prequirúrgico sobre sus niveles de ansiedad, en el área de cirugía del hospital Goyeneche de Arequipa 2009
10. Peña Borroto D: Consentimiento informado en el paciente quirúrgico. Camagüey, Julio - Septiembre de 2002

11. Guix Oliver: Cumplimiento Y Percepción Del Consentimiento Informado En Un Sector Sanitario De Cataluña 1999
12. Barragán Ángela: Influencia del suministro de información en los niveles de ansiedad en pacientes adultos sometidos a cirugía de terceros molares
13. Gavito María: “La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados”. Rev Inst Nal Enf Resp Mex Julio - septiembre 2000
14. Reyes Iglesias B: “Algunos factores del nivel de ansiedad en pacientes sometidos a cirugía vascular.” Cuba Septiembre - Diciembre de 1989
15. Moñiz Mora MV: “Evaluación de la respuesta psicológica perioperatoria en la cirugía de corta estancia hospitalaria”.
16. Eysenck SBG, Lara Cantu MA: Un estudio transcultural de la personalidad en adultos mexicanos e ingleses. Salud Mental 1989; 12: 14-20.
17. Elsass P, Eikard B, Junge J, Lykke J, Staun P, Feldt - Rasmussen M Psychological effect of detailed presurgery information. Acta Anaesthesiol Scand 1987; 31: 579-583.
18. Moerman N, Van Dam F, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative and Anxiety and Information Scale (APAIS). Anesth Analg 1996; 82: 445-451.
19. Lonsdale M, Hutchison GL. Patients' desire for information about anaesthesia. Anaesthesia 1991; 46: 410-412.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE SU ENFERMEDAD SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD; EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO JULIACA -2014”

Proyecto de tesis elaborado
por el bachiller:

JOSÉ ERNESTO BENAVIDES
PAREDES

Para optar el Título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

AREQUIPA - PERÚ

2013

I. PREÁMBULO

En la experiencia que pude haber ganado en este proceso, como estudiante de medicina, dentro de tantas preguntas, análisis, conjeturas que te propone el estar cerca de gente de muy diversa procedencia, me ha llamado la atención, que más allá del malestar que genera el problema físico por el que atraviesa el paciente, que generalmente es el problema de mayor importancia, se agregan las múltiples alteraciones psicológicas que naturalmente hacen del paciente su morada, salvo pocas excepciones. Esta situación también se da en los familiares o personas más comprometidos. Sucede que uno de los estados de ánimo que perjudican al paciente en mayor medida es la ansiedad, que muchas veces pasa de soslayo entre los médicos.

Por otro lado la falta de comprensión de lo que sucede en su cuerpo, es el principal motivo que lleva al paciente a la preocupación, más aún si nos percatamos, que desde su llegada en emergencia, a pesar de brindarle información, no se cuenta con el tiempo necesario, ni el paciente con la debida atención. Muchas veces la familia simplemente acata las órdenes, como por ejemplo, comprar medicinas, hospitalizar al paciente; entienden de un modo general que el paciente necesita recibir un tratamiento y que es necesario, pero el entendimiento de la enfermedad queda postergado por lo pronto.

Como es muy común en el hospital donde realicé mis prácticas, el paciente que ingresa al servicio de medicina, pasa a hospitalización hasta completar los exámenes auxiliares.

Durante todo este período, al paciente y a la familia se van armando como piezas

de un rompecabezas, las palabras del doctor y surgen las primeras preguntas, es ahí donde supongo yo, la buena información, es clave para mejorar el estado de ánimo del paciente y su familia, brindándole una información básica, simple, y clara de la enfermedad.

Soy testigo de que si se da información acerca de la enfermedad, mejora el ambiente laboral, mejora la relación médico paciente, y siendo la enfermedad por si misma, una experiencia intensa y angustiante, conviene aliviar lo máximo posible el estrés psicológico. Esta es, como muchas, una tarea del buen médico y hemos de tomarla con gran entusiasmo.



ii. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1 Enunciado del problema

¿Existe Influencia de la información del paciente acerca de su enfermedad sobre sus niveles de ansiedad; en área de Medicina del Hospital Carlos Monje Medrano?

1.2 Descripción del problema

a) Área del conocimiento

Campo: Ciencias de la salud

Área: Medicina Humana

Especialidad: Psiquiatría

Línea: Ansiedad

b) Análisis u operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Nombre de la Enfermedad	Si No	Nominal
	Conocimiento acerca de la Enfermedad	Si No	Nominal
	Conocimiento sobre el tratamiento	Si No	Nominal
	Conocimiento sobre los Riesgos y Complicaciones	Si No	Nominal
	Conocimiento sobre el Pronóstico	Si No	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE NIVELES DE ESTRÉS	El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)	Ansiedad Muy Baja Ansiedad Baja Ansiedad Media Ansiedad Alta Ansiedad Muy Alta	Ordinal
OTRAS VARIABLES	Edad	Años	Razón
	Sexo	Masculino Femenino	Nominal
	Nivel de Instrucción	Primaria Secundaria Superior	Ordinal
	Diagnóstico	De acuerdo a la Patología	Nominal

c) Interrogantes básicas

¿Qué información tiene el paciente hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Carlos Monje Medrano?

¿Cuáles son los niveles de ansiedad en el paciente; en el servicio de medicina del Hospital Carlos Monje Medrano?

¿Existe Influencia de la información que tiene el paciente, sobre sus niveles de ansiedad; en el servicio de medicina del Hospital Carlos Monje Medrano?

d) Tipo de investigación

Observacional Prospectivo, Transversal y analítico.

e) Nivel de investigación

Explicativo

1.3 Justificación

Originalidad: Según la experiencia que tuve realizando el internado médico, no se acostumbra a dar información de acuerdo a como suponen los principios éticos y las exigencias del derecho médico, existen muy pocos estudios relacionados al tema, mucho menos aplicado en la realidad de Juliaca-Perú la ciudad donde realicé mi internado, (Grado de ansiedad y nivel de información en usuarios en fase preoperatorio de cirugía abdominal, Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote-2006.). Las variables que consideramos para valorar la información son un método lógico y nuevo, por todo lo explicado el presente estudio es original.

Relevancia científica: Conocer los efectos de la información suministrada al paciente nos puede permitir reformular y mejorar el proceso de información, con la finalidad de reducir sus niveles de ansiedad.

Factibilidad: El estudio se podría realizar de manera adecuada ya que se cuenta con la accesibilidad y buena disposición para la colaboración con la investigación, en el hospital Carlos Monje Medrano donde realicé mi internado. Los datos serán obtenidos de manera directa por entrevista.

2 Marco conceptual

2.1 La Información Médica

La información médica es un elemento fundamental de la actividad sanitaria.

El derecho a la información médica tiene su fundamento en nuestra Constitución. La Ley General de Salud del Perú LEY 26842 (LGS) se refiere concretamente al consentimiento informado. Constitución peruana de 1978.

Todos los enfermos tienen derecho “a que se dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Existe mucha controversia, en cuanto a saber si es correcto o no el decirle al paciente su pronóstico fatal, o decirle que va a sufrir durante mucho tiempo, o que no existe cura para la enfermedad, o a explicarle la imposibilidad de administrar tratamiento debido a diversas limitaciones como por ejemplo la económica.

En mi experiencia, he visto muchos pacientes que se encuentran varios días, y no conocen su diagnóstico, otros por su puesto se les ha explicado ya su diagnóstico y siguen sin entender, Por supuesto he visto que en la ciudad de Juliaca la gente es poca expresión verbal, mas del 80% de personas que trabajan en el hospital hablan Quechua y Castellano o Aymara y Castellano, o las tres lenguas, pero el castellano no lo dominan lo suficiente como para comprender al médico son gente bastante tímida a comparación de ciudades más grandes, a esto agregamos que los médicos no tienen tiempo y/o dejan todo a tarea de los internos de medicina sin ningún control, teniendo como consecuencia pacientes muy poco enterados de lo que sucede en el hospital.

A esto se puede agregar un conocimiento empírico, aparentemente mágico donde los pacientes y sus familias, atribuyen las enfermedades a sucesos mágicos; he escuchado hablar de “Mal viento” “Brujería”, y les cuesta mucho entender lo más básico de la anatomía humana, menos aún fisiopatología. Es por poco un arte, el explicar y hacerse entender, el conseguir la tranquilidad y la confianza de los pacientes y sus familiares.

Así también una de las razones usadas por los médicos para no informar a los pacientes es la idea de que la información médica puede elevar los niveles de ansiedad del enfermo.

Al analizar la bibliografía reciente, se encuentra cierta disparidad entre algunos autores en cuanto a opinar si la información médica eleva o no los niveles de ansiedad de los enfermos. Spring postula que la información médica, además de elevar los niveles de ansiedad del paciente, puede contribuir a aumentar el número de complicaciones en el período de postoperatorio. Otro autor en esa misma línea es Alfidí, quien encuentra un porcentaje del 35% de pacientes en los que se elevó la ansiedad de forma cuantitativa tras ser informados de su enfermedad y del tratamiento. Frente a esos autores, existen otros que en sus respectivos estudios, encontraron porcentajes cercanos al 70% de pacientes que opinaban que la información médica que habían recibido les había ayudado a manejar mejor la ansiedad previa a la intervención a que iban a ser sometidos. En el estudio de Freeman no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a elevación en los niveles de ansiedad entre un grupo de pacientes, que fue informado de forma exhaustiva sobre su enfermedad y el tratamiento correspondiente, y otro que no recibió información médica.

Apoyándose en la idea de que la información médica puede elevar los niveles de ansiedad en los enfermos, surge desde la cultura anglosajona el concepto de privilegio terapéutico como una de las excepciones al principio general de obtención del. El privilegio terapéutico se define como aquella situación en que el médico, amparándose en la certeza absoluta de que la información médica puede causar un daño psicológico importante al paciente, no lleva a cabo el proceso del consentimiento informado

2.2 Derechos del Paciente

LEY GENERAL DE SALUD. LEY N° 26842

Artículo 4.- Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia.

Art 15.- Toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho:

c) A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes.

g) A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren.

h) A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste.

Por todo lo expuesto anteriormente existe un formato donde se le debe hacer firmar

al paciente y poner la huella digital antes de realizar un procedimiento o para una cirugía, en la mayoría de casos, la cultura y educación de los pacientes hace que estos no pregunten, y simplemente firman sin entender que es lo que se firma, definitivamente no se da buena información a los pacientes para dar tratamiento médico, pues así he visto y probado, al cabo de un tiempo, empiezan las quejas repentinas y consecuentemente la mala relación médico-paciente, la mala predisposición de la familia, y el malestar del paciente, es decir todo lo contrario a que se procura en un hospital.

La comunicación se debe dar en un ambiente apropiado, con calma y sin interferencias. El lenguaje deberá ser adecuado para la comprensión según el nivel cultural de quienes lo están recibiendo y fundamentalmente se hablará sobre lo que se conoce más de lo que se

Ignora.

El objetivo fundamental es calmar la ansiedad y fomentar la confianza. El paciente debe tener claro que no está firmando una autorización para que se realice cualquier cosa.

Obtener el consentimiento para un procedimiento operatorio, no excluye la responsabilidad profesional médica por el daño emergente de una mala praxis.

La esencia del consentimiento es el acuerdo entre las partes, a través de la información y del entendimiento de los actos profesionales, para una libre y razonada aceptación de los mismos.

Queda claro que el justo equilibrio del profesional se halla entonces a mitad de camino entre no decir más ni menos, no preocupar, pero tampoco minimizar situaciones.

Es conveniente cuando se trate de procedimientos electivos, que se entregue el

consentimiento con anterioridad al día de la intervención.

El mismo se adjuntará a la historia clínica.

Tiene que ser específico para cada supuesto, sin perjuicio que puedan adjuntarse hojas informativas generales.

En cualquier momento la persona afectada puede revocar libremente su consentimiento.

Los contenidos a considerar son:

1. Nombre de la enfermedad
2. Explicación de la naturaleza de la enfermedad y su evolución natural.
3. Nombre del procedimiento a realizar, especificando en qué consiste y como se llevará a cabo.
4. Explicar los beneficios, las limitaciones del tratamiento en todos sus niveles, prevención primaria a cuaternaria.
5. Explicar los riesgos que conlleva el tratamiento.
6. Explicar las complicaciones que pudieran ocurrir, las dificultades y las posibles consecuencias del tratamiento.
7. Explicación sobre el tiempo de recuperación, sobre las condiciones de alta, y el pronóstico

2.4 La Ansiedad

La ansiedad (del latín anxietas, angustia, aflicción) es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o, por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado. La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común,

junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia

Fisiopatología

Ansiedad y sistema límbico

En los trastornos por ansiedad participan algunas de las estructuras cerebrales que conforman el sistema límbico, y es ahí en donde se ha observado que los fármacos ansiolíticos ejercen algunas de sus acciones. El sistema límbico es el responsable de las emociones y de las estrategias asociadas a la supervivencia. Entre estas emociones se encuentran: el miedo, la furia, las sensaciones ligadas al sexo o al placer y también al dolor y a la angustia.

Experimentalmente se ha demostrado la participación de algunas de las estructuras límbicas en los procesos ansiosos. Por ejemplo, la lesión del área septal en su porción lateral produce cambios la cual es una prueba útil para evaluar procesos conductuales sugerentes de ansiedad. Estos cambios son revertidos por la estimulación eléctrica de estos núcleos.

También se ha sugerido la participación de la amígdala en el proceso de la ansiedad. La lesión de la parte anterior y posterior de la amígdala central y la parte anterior de la amígdala basolateral de la rata reduce la ansiedad.

Además, la aplicación in situ de benzodiazepinas (diazepam, lormetazepam y flurazepam) y del barbitúrico fenobarbital en la amígdala, produce acciones ansiolíticas. Estas acciones reductoras de ansiedad son antagonizadas por el flumazenil, un antagonista del complejo receptor GABA/benzodiazepinas. El estrés crónico, disminuye los niveles cerebrales del ácido gamma- amino butírico (GABA) en el hipocampo, lo que coincide con observaciones en estado ansioso y depresivo, en quienes se han encontrado niveles disminuidos de GABA en el líquido cefalorraquídeo.

Complejo de receptor GABA.

El GABA es el neurotransmisor inhibitor más importante en el Sistema Nervioso Central (SNC), donde aproximadamente el 30 % de las sinapsis son GABAérgicas. Se han propuesto dos tipos de receptores para el GABA: los receptores GABAA y los GABAB; los primeros están asociados con receptores a benzodiazepinas y canales de membrana para el ión cloro. Los segundos se relacionan con la adenilato ciclasa y parecen no estar modulados por las benzodiazepinas.

En el contexto de la ansiedad, se ha demostrado que las benzodiazepinas y otras drogas ansiolíticas ejercen sus acciones por la estimulación de los receptores GABA. Estos receptores se encuentran localizados sobre la membrana neuronal y contienen un sitio de alta afinidad para las benzodiazepinas. El receptor GABAA es un pentámero integral de un complejo de glicoproteínas hetero-oligométricas transmembranales, constituido por dos subunidades, una α de 50 KDa y otra β de 55 kDa. En un principio, se consideraba que la subunidad α era el sitio de afinidad para el GABA y la subunidad β para las benzodiazepinas, sin embargo, algunos estudios proponen que ambas subunidades reconocen tanto al GABA como a las benzodiazepinas.

Se ha establecido que los receptores GABAA están constituidos por un complejo de proteínas oligoméricas que forman subunidades con múltiples sitios de reconocimiento de varios agentes ansiolíticos, sedantes y anticonvulsivantes. El hecho de que las drogas ansiolíticas y sedantes intervengan en la neurotransmisión GABAérgica hace que los receptores GABAA constituyan un sitio de interés para investigar los mecanismos cerebrales involucrados en la ansiedad y en las acciones de los fármacos ansiolíticos.

Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden

clasificarse en diferentes grupos:

-Físicos: Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, "nudo" en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

-Psicológicos: Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor la muerte, la locura, o el suicidio.

-De conducta: Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.

-Intelectuales o cognitivos: Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

Sociales: Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/ o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas

Se clasifican en:

Trastorno de Pánico: Es un trastorno en el cual la persona ha sufrido uno o más ataques de pánico, seguido de la preocupación por sufrir un nuevo ataque, y las consecuencias que el mismo podría depararle. La crisis o ataque de pánico se caracteriza por su comienzo brusco y una duración de sólo algunos minutos. De modo súbito surge un temor intenso, que se acompaña de algunos de los siguientes síntomas: temblor, taquicardia, mareos, sensación de desmayo, sensación de muerte, despersonalización, sensación de falta de aire, de dificultad para tragar, trastornos gastrointestinales y cosquilleos o parestesias. Por lo general, el Trastorno de Pánico se acompaña de [Agorafobia](#), que es el temor a descomponerse en un lugar donde resulte difícil escapar u obtener ayuda, en el hipotético caso de sufrir una crisis de pánico

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG): el TAG se caracteriza por presentar como síntoma principal un estado de preocupación permanente, invasiva y difícil de controlar, con una duración de al menos seis meses. Los focos de preocupación son los habituales en la población (salud, economía, seguridad, desempeño laboral, problemas hogareños, etc.), pero su intensidad es desproporcionada. Se acompaña de sueño no reparador, concentración dificultosa, irritabilidad, impaciencia y contracturas musculares.

Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC): En el TOC, los individuos sufren de

frecuentes obsesiones. Es decir, pensamientos recurrentes, que se presentan en contra de la voluntad del sujeto, pero que este no logra apartar con facilidad de su mente, a pesar de enormes esfuerzos, y de reconocer muchas veces lo absurdo de los contenidos de dichas obsesiones. Los temas más frecuentes : temor a la contaminación o al contagio, necesidad de determinado orden y pulcritud, temor de lastimar a alguien de modo impulsivo o inadvertido, etc. Las compulsiones (lavarse las manos repetidamente, tocar o alinear algunos objetos en especial, pensar o repetir determinadas frases o palabras, etc.) se presentan como un intento de aliviar la ansiedad despertada por las obsesiones.

Trastorno de Ansiedad Social: Su principal característica es el miedo intenso y persistente a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. La exposición a tales situaciones produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de pánico, o síntomas característicos tales como rubor, transpiración profusa de manos, temblor, palpitaciones, etc. Este temor excesivo y desproporcionado conduce a estas personas a la evitación de buena parte de su interacción social, lo cual les ocasiona un serio deterioro en la calidad de vida.

Trastorno por estrés postraumático: Suele ocurrir luego de la exposición a un trauma intenso, tal como presenciar una muerte, sufrir la muerte violenta de un ser querido, ser víctima de un ataque con peligro para la propia vida, o verse en medio de un desastre natural (terremoto, etc.) Sus principales síntomas son tres: revivir el evento traumático, a través de pesadillas o flashbacks; conductas evitativas, tales como evitación de situaciones o lugares relacionadas con el evento traumático; y

embotamiento emocional. Se acompaña también de síntomas que reflejan una elevada ansiedad, como irritabilidad, impaciencia e inquietud.

Fobias Específicas: Las personas que sufren este desorden presentan un temor intenso, desproporcionado e irracional a determinados objetos o situaciones claramente discernibles y circunscriptas, tales como animales (arañas, ratas, aves, o animales domésticos) lugares cerrados o elevados, etc.

Quienes lo padecen reconocen lo inadecuado de sus temores, que por otra parte, los lleva a instrumentar conductas evitativas tendientes a sortear un posible encuentro con el estímulo desencadenante de su temor.

Aerofobia (miedo a volar): El temor de emprender un viaje en avión es muy común. Muchas personas refieren inquietud con relación a volar. Encontramos aquellos a los que dicha perspectiva les produce una ligera inquietud, que normalmente se disipa luego del despegue (diversas encuestas encontraron que sólo un 5% de quienes vuelan lo hacen sin ningún tipo de temor o inquietud).

Estrés de la Vida Cotidiana: Permanentemente, en nuestra vida cotidiana, nos encontramos sobrecargados de exigencias derivadas de diferentes situaciones estresantes: problemas laborales y económicos, exámenes, discusiones con nuestra pareja o familia, aumento de precios, disminución de sueldos, falta de trabajo, etcétera, lo que nos demanda un gran esfuerzo de adaptación, generando además conflictos con nuestros allegados y con nosotros mismos, incluyendo un gran desgaste de nuestro organismo.

La Crisis de Pánico

Una persona va caminando tranquilamente por la calle. O manejando su auto. Quizás no va pensando en nada en particular. Repentinamente comienza a sentir palpitaciones, parece que el corazón va a saltar de su pecho..., siente un miedo intenso a morir, desesperación, necesidad de escapar. Enseguida nota que le cuesta respirar, y un mareo le hace pensar que podría desvanecerse. Queda paralizado por el miedo. No comprende lo que ocurre, pero se siente en peligro.

Llamamos crisis o ataque de pánico a la aparición repentina de miedo intenso, acompañado de algunos de los siguientes síntomas:

1. Palpitaciones, o aumento de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas musculares.
4. Sensación de ahogo o falta de aire.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión en el pecho.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o sensación de desmayo.
9. Sensación de irrealidad o de despersonalización.
10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Sensación de hormigueo.
13. Escalofríos o sofocaciones.

Deben presentarse por lo menos cuatro de los síntomas típicos para diagnosticar un ataque. Además, deben irrumpir de modo brusco, alcanzando su máxima intensidad en los primeros 10 minutos aproximadamente, para luego decrecer en forma rápida.

3 Análisis de Antecedentes Investigativos

3.1. CASTRO ALI, MILAGROS

“Influencia de la Información suministrada al paciente Prequirurgico sobre sus niveles de ansiedad, en el área de cirugía del hospital Goyeneche de Arequipa 2009”

Se realizó un estudio en el área de cirugía del Hospital Goyenoche, se encuentran fundamentalmente entre los 30 a 60 años de edad, Lo que conocen con mayor frecuencia los pacientes es el nombre y la especialidad del médico que los va a intervenir, 67% luego conocen con mayor frecuencia el diagnóstico por el cual van a ser intervenidos. Todos los demás conceptos evaluados son conocidos por lo menos de la mitad de los evaluados. De 12 ítems en la encuesta del CI, el promedio de ítems respondidos satisfactoriamente es de 4. Al final del estudio se evidencia que todo paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica mayor programada, firma el CI a pesar que sus preguntas no fueron resueltas en forma comprensiva y de no haber quedado satisfechos con la información brindada acerca de su condición médica.

3.2. PEÑA BORROTO, Daily

“Consentimiento informado en el paciente quirúrgico”. Camagüey, Julio - Septiembre de 2002

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en 364 pacientes anunciados al salón de operaciones de forma electiva, para ser intervenidos quirúrgicamente por las especialidades de cirugía general, neurocirugía y ortopedia. El estudio se llevó a cabo en el Hospital Provincial “Manuel Ascunce Domenech” de Camagüey desde julio a septiembre de 2002 con el objetivo de evaluar el nivel de información recibida por los pacientes antes de una intervención anestésica y quirúrgica. Se excluyeron los

pacientes que por su estado clínico deteriorado no estaban en condiciones de tomar una decisión. Se encontró que el 22.25 % de los pacientes desconocían los riesgos que podía tener la intervención quirúrgica y anestésica, respectivamente. El 82.41 % de los pacientes no recibió ninguna información sobre riesgos quirúrgicos, este porcentaje fue superior para los riesgos anestésicos (87.91 %). Sólo a un 34.35 % de los pacientes se les solicitó su consentimiento para la cirugía, cifra aún menor para el método anestésico empleado (7.97 %). Existió un bajo grado de conocimiento de los pacientes sobre la intervención médica realizada y escasa información proporcionada, más acentuada cuando se trató de riesgos anestésicos, predominaron los pacientes a los que no se les estadísticamente, se aceptó como significativo un valor de $P \leq 0,05$.

3.3 GUIX OLIVER JOHAN

“Cumplimiento Y Percepción Del Consentimiento Informado En Un Sector Sanitario De Cataluña” Nov – Dic 1999

Encuesta telefónica realizada a 314 expacientes quirúrgicos de los hospitales de un sector, entre 18 y 75 años, intervenidos en los tres meses anteriores a la realización del estudio, con el fin de conocer la percepción de los usuarios respecto del proceso de consentimiento. De estos, revisión de la documentación clínica de un 30%, para conocer el porcentaje de cumplimiento de la documentación del proceso de consentimiento. El 61% de los pacientes recuerdan haber firmado el documento de consentimiento, 59,2% recordaban explicaciones sobre riesgos o complicaciones de la intervención a que serían sometidos 9% no entendieron suficientemente lo que se les haría en la operación, y un 36% entendieron que el documento de consentimiento eximia a los profesionales de responsabilidades. Existía relación estadísticamente

significativa respecto de grupo de edad, nivel educativo, y vía de ingreso. En 78% de las historias clínicas revisadas existía documento de consentimiento informado. El diagnóstico constaba en un 14,9%, y la firma del médico existía en un 48,9%. Se constató relación estadísticamente significativa respecto a la vía de ingreso de los pacientes.

3.4. BARRAGÁN, Ángela

Influencia del suministro de información en los niveles de ansiedad en pacientes adultos sometidos a cirugía de terceros molares. En el estudio se comparó el dar o no información prequirúrgica a un grupo de 50 sujetos siendo asignados aleatoriamente, 25 al grupo control (sin información) y 25 grupos de estudio. Primero se les suministró un cuestionario de pregunta abierta semiestructurada para indagar en el sentido común del paciente, su concepto sobre la cirugía, antecedentes, experiencias, inquietudes y temores. Luego se administro la información y el día de la cirugía se ofreció un instructivo de dos cuestionarios de auto evaluación correspondiente a la prueba STAI para evaluar la ansiedad

Estado y rasgos. El grupo control presentó mayor nivel de Ansiedad Estado que el grupo estudio, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.002$). Se necesita más investigación para determinar clínica de preparación quirúrgica de los pacientes. Los pacientes sin experiencias previas mostraron mayores niveles de Ansiedad Estado y Rasgo que los que tenían experiencias; los pacientes que tenían experiencias previas negativas presentaron mayores niveles de Ansiedad Estado y Rasgo con respecto a los de experiencias positivas, aunque ninguna de las dos diferencias fue estadísticamente significativa.

3.5. GAVITO, María del Carmen.

“La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados”. Rev Inst Nal Enf Resp Mex Julio - septiembre 2000

El propósito de este estudio fue evaluar el efecto que ejerce la información estructurada y detallada de una cirugía de tórax en pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias que son sometidos a ella. A los pacientes se les aceptó mediante un consenso médico-quirúrgico para ser operados (toracotomía). Se les incluyó en el estudio bajo los siguientes criterios: alfabetas, edad entre 18 a 65 años y de cualquier sexo; se les aplicaron los instrumentos de medición de su situación emocional: escala HAD (mide ansiedad y depresión), IDARE (mide ansiedad), una escala análoga visual para ansiedad y otra para dolor (EVA); una escala prequirúrgica (APAIS) y un cuestionario de personalidad (EPQ). Los pacientes fueron asignados aleatoriamente para recibir, o no, información por parte de dos investigadoras ajenas a la evaluación emocional; 24 horas después de la cirugía se les aplicaron los instrumentos para medir ansiedad y dolor, el IDARE y EVA y una semana después el HAD. De 33 pacientes, 14 recibieron la maniobra experimental (caso) y 19 la control. Los resultados arrojan algunas diferencias entre los grupos, pero no son estadísticamente significativas. Parece que además de la información del proceso quirúrgico, se requieren de otras intervenciones para modificar la situación emocional del paciente.

3.6. REYES IGLESIAS, Bárbara.

“Algunos factores del nivel de ansiedad en pacientes sometidos a cirugía vascular.”

Cuba Septiembre - Diciembre de 1989

Las enfermeras del Salón de Operaciones observan con gran frecuencia altos niveles de ansiedad en pacientes sometidos a cirugía vascular; con el fin de conocer algunos factores que inciden en este estado psicológico, se sometió a estudio una muestra de 20 pacientes intervenidos quirúrgicamente en esta especialidad. Se demuestra que el acto quirúrgico es un estímulo generador de ansiedad y la importancia que adquiere el tiempo de preparación psicológica a la operación, en el cual desempeña un papel relevante la figura del médico de asistencia.

3.7. MOÑIZ MORA, M.V.

Evaluación de la respuesta psicológica perioperatoria en la cirugía de corta estancia hospitalaria.

El objetivo fue evaluar las características de la respuesta psicológica perioperatoria en niños sometidos a cirugía de corta estancia hospitalaria. Se estudia 100 niños, de 6-14 años y su familia, en régimen de hospitalización de corta estancia. Conclusiones: la cirugía de corta estancia hospitalaria provoca bajos niveles de ansiedad en los niños, no observando valores del STAIC-R o STAIC-E sugestivos de alteraciones de ansiedad y neurosis. Las niñas presentan mayor ansiedad y temores específicos ante la cirugía. La hospitalización previa, con o sin cirugía, disminuye la ansiedad. Los conflictos familiares en el año anterior a la cirugía provocan mayor ansiedad y depresión en el niño.

Objetivos

4.1. Objetivo general

Determinar la Influencia de la información, sobre los niveles de ansiedad; en el servicio de medicina del Hospital Carlos Monje Medrano

4.2. Objetivos específicos

Describir las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes; en el servicio de Medicina del hospital Carlos Monje Medrano

Determinar la información del paciente en el servicio de medicina del hospital Carlos Monje Medrano

Determinar los niveles de ansiedad en el paciente; en el servicio de medicina del hospital Carlos Monje Medrano

Hipótesis

Los pacientes con mayor información acerca de su enfermedad, presentan menores niveles de ansiedad en el servicio de medicina del Hospital Carlos Monje Medrano de Juliaca

iii PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

4.1. Técnicas:

La técnica de recolección de datos incluye la encuesta y entrevista.

4.2. Instrumentos:

INSTRUMENTO IDARE (STAI)

El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI [State Trait-Anxiety Inventory]) está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. La llamada Ansiedad-Rasgo(A-Rasgo), y 2. La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado). Aun cuando se construyó para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuro-psiquiátricos, médicos y quirúrgicos.

La escala A-Rasgo, consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala A- Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado. La escala A-Rasgo puede ser utilizada para determinar los sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles de ansiedad distintos A-Estado. La escala A-Estado sirve para establecer los niveles de intensidad a- estado inducidos por procedimientos experimentales o en situaciones de campo, en un momento dado o a través de un continuo.

Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a

una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad.

Los sujetos contestan a cada uno de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 0 a 3.

En la escala A-Estado son:

0 - No en lo absoluto.

1 - Un poco.

2 - Bastante.

3 - Mucho.

En la escala A-Rasgo son:

0 - Casi nunca.

1 - Algunas veces.

2 - Frecuentemente.

3 - Casi siempre.

Calificación del IDARE

Las puntuaciones obtenidas se clasifican en la siguiente escala:

Rango Clasificación

00 – 11 Ansiedad Muy baja

12 – 23 Ansiedad Baja

24 – 35 Ansiedad Media

36 – 47 Ansiedad Alta

48 – 60 Ansiedad Muy Alta

4.3. Materiales de Verificación

Ficha de Recolección de datos

Historia Clínica

Material de escritorio

PC core 2 duo

Impresora EPSON Stylus TX115

Sistema operativo Windows 7 Ultimate

Procesador de texto Word 2010

Soporte estadístico

Campo de Verificación

5.1. Ubicación espacial

El Hospital Carlos Monje Medrano se encuentra ubicado en La Av Huancané del distrito de Juliaca Provincia San Román Dpto. Puno -Perú.

5.2. Ubicación temporal

Se realizará aproximadamente del 1ro de enero del 2014 al 28 de febrero del 2014

5.3. Unidades de estudio

Pacientes hospitalizados en el servicio de medicina.

Criterios de Inclusión

Pacientes que acepten participar en el estudio

Pacientes del servicio de Medicina

Pacientes entre 15 y 70 años

Pacientes que requieran hospitalización

Criterios de exclusión

Pacientes con enfermedad terminal

Pacientes en estado inconsciente

5.3.1. Población

Todos los pacientes Hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Carlos

Monje Medrano.

Cálculo del tamaño muestral

Basado en el muestreo probabilístico, se considerará una muestra para variables categóricas de tamaño desconocido.

Estrategia de Recolección de Datos

6.1. Organización

Planteamiento y permiso del Director del Hospital Carlos Monje Medrano; haciéndole llegar los alcances del presente estudio. Solicitud formal para revisión y aprobación del presente proyecto de tesis a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santa María, contando con el proyecto de tesis.

Se solicitará verbalmente la participación de los pacientes en el presente estudio; dado que con la entrevista no se encuentran sujetos a ningún riesgo por parte del investigador; se remarcará en que la participación de los evaluados es completamente anónima.

6.2. Recursos

6.2.1. Recursos humanos

El Autor: José Ernesto Benavides Paredes

Recolector de datos: José Ernesto Benavides Paredes

6.2.2. Recursos Físicos

Fichas de recolección de datos

6.2.3. Recursos financieros

Autofinanciado por el autor

6.3. Validación de instrumentos

Propiedades Psicométricas del IDARE

La confiabilidad se obtuvo a través, del método test-retest, encontrándose puntuaciones para la escala Ansiedad - Rasgo desde 0,73 (en un intervalo de 104 días) a 0,86; para la escala ansiedad - estado las correlaciones fueron relativamente bajas variando desde 0,16 a 0,54 con una mediana de 0,32; estas correlaciones bajas fueron anticipadas por los creadores de la influencia de factores situacionales únicos que se presentan en el momento del examen.

Las puntuaciones acerca de la validez concurrente de la escala Ansiedad - Rasgo se realizaron con las pruebas IPAT (Cattell y Scheir, 1.963), obteniéndose una correlación de 0,75 a 0,77, con el Inventario de Ansiedad Manifiesta de Taylor 1.953, encontrándose correlaciones entre 0,79 a 0,83, y con la Lista de Adjetivos de Zuckerman 1.960, con la cual se obtuvieron correlaciones desde 0,52 a 0,58. (Spielberger, Ch. y Guerrero, R. I.D.A.R.E. 1975, p.04).

6.4. Criterios para el manejo de los resultados

6.4.1. A nivel de recolección

Luego de la identificación de los pacientes se procederá a evaluar en forma individual, para ello se establecerá un relación amistosa informándoles sobre los objetivos de estudio y pedir su colaboración para la ejecución de la encuesta.

El llenado del instrumento será anónimo y hecho por el mismo evaluador para mantener la confiabilidad de sus respuestas, bajo la supervisión del investigador

Para la evaluación final se procederá a seleccionar la información general y clasificar según los puntajes acumulados.

6.4.2. A nivel de sistematización

La información obtenida se procesará por medio del programa de Microsoft Office Excel 2010 y los paquetes estadísticos: SPSS versión 20.0

6.4.3. A nivel de estudio de datos

Los resultados obtenidos son agrupados y clasificados según puntajes para luego ser presentados en cuadros conjuntamente la descripción e interpretación de los resultados.

El análisis estadístico será efectuado con las pruebas chi cuadrado y T de Student

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Secuencia de Actividades de acuerdo al cronograma de Gantt.

TIEMPO	2014																			
	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Búsqueda de información	X	X	X		X															
Elaboración del proyecto					X	X	X	X												
Presentación del proyecto									X	X	X	X								
Recolección de datos													X	X	X					
Análisis e interpretación																	X	X		
Elaboración del inf. final																			X	X