



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**APOYO SOCIAL, RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y ANSIEDAD EN PACIENTES
DE LARGA ESTANCIA DE UN HOSPITAL DE LAS FUERZAS ARMADAS**

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autora:

Rocha Manco, Sabrina Giovvana

Asesor:

Becerra Flores, Sara Nilda
(ORCID: 0000-0003-4390-116X)

Jurado:

Livia Segovia, Jose Hector
Flores Giraldo, Wenceslao
Avila Miñan, Mildred

Lima - Perú

2021



Referencia:

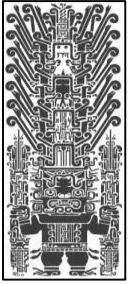
Rocha, S. (2021). *Apoyo social, relación médico-paciente y ansiedad en pacientes de larga estancia de un Hospital de las Fuerzas Armadas* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5529>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

VRIN | VICERRECTORADO DE
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**APOYO SOCIAL, RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y ANSIEDAD EN
PACIENTES DE LARGA ESTANCIA DE UN HOSPITAL DE LAS FUERZAS
ARMADAS**

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología, con mención en Clínica

Autora:

Rocha Manco, Sabrina Giovvana

Asesora:

Becerra Flores, Sara Nilda
(ORCID: 0000-0003-4390-116X)

Jurado:

Livia Segovia, Jose Hector

Flores Giraldo, Wenceslao

Avila Miñan, Mildred

Lima - Perú

2021

Dedicatoria

A mis tíos Teófilo y Juan, siempre estarán
en mis pensamientos.

A mi primo Agustín, porque fue como un
hermano para mí

Agradecimiento

A mis padres, por siempre confiar en mí.

A mis tíos y tías, por acompañarme a lo largo de todo este camino.

A mí asesora Sara B. por compartir sus conocimientos y su apoyo en esta investigación.

A mi profesor Dennis O., porque siempre estuvo presente a lo largo de mi desarrollo académico.

Índice

Dedicatoria	i
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Lista de tablas	vii
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	11
1.1. Descripción y formulación del problema	12
1.2. Antecedentes	14
1.2.1. Nacionales	14
1.2.2. Internacionales	17
1.3. Objetivos	18
1.3.1. Objetivo General	18
1.3.2. Objetivos Específicos	18
1.4. Justificación	19
1.5. Hipótesis	19
1.5.1. Hipótesis General	19
1.5.2. Hipótesis Específicas	19
II. Marco Teórico	20
2.1. Bases teóricas	20
2.1.1. Apoyo Social	20

2.1.1.1. Mecanismos de acción del apoyo social en la salud	20
2.1.1.2. Dimensiones del apoyo social	21
2.1.1.3. Fuentes de apoyo social	22
2.1.2. Relación médico-paciente	23
2.1.2.1. Factores	23
2.1.3 Ansiedad	26
2.1.3.1. Síntomas	28
2.1.3.2. Tipos	28
III. Método	39
3.1. Tipo de investigación	29
3.2. Ámbito temporal y espacial	29
3.3. Variables	29
3.3.1. Apoyo Social	29
3.3.2. Relación Médico-Paciente	29
3.3.3. Ansiedad	29
3.4. Población y muestra	30
3.5. Instrumentos	31
3.6. Procedimiento	34
3.7. Análisis de datos	34
IV. Resultados	36

V. Discusión de resultados	47
VI. Conclusiones	50
VII. Recomendaciones	51
VIII. Referencias	52
IX. Anexos	56

Lista de Tablas

Número		Página
1	Características socio-demográficas de la muestra	30
2	Matriz interpretativa de las puntuaciones del Cuestionario de Apoyo Social (MOS)	31
3	Matriz de correlaciones ítem-factor de los componentes del Cuestionario de Apoyo Social	36
4	Matriz de correlaciones ítem-test de los componentes del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente	37
5	Matriz de correlaciones ítem-factor de la escala Ansiedad-Estado	38
6	Confiabilidad de Apoyo Social, Relación Médico-Paciente y Ansiedad.	39
7	Normas percentilares de los instrumentos de medición	40
8	Apoyo Social percibido durante el tratamiento	41
9	Calidad de la relación médico-paciente durante el período de tratamiento	42
10	Niveles de ansiedad percibidos por los pacientes durante el período de tratamiento	43
11	Descriptivos y análisis inferencial del apoyo social y ansiedad estado según grado militar	43
12	Descriptivos y análisis inferencial de la relación médico-paciente según grado militar	44
13	Descriptivos y análisis inferencial del apoyo social y ansiedad estado según grupo de edad	45

14	Descriptivos y análisis inferencial de la relación médico-paciente según grupo de edad	45
15	Matriz de correlaciones de las variables de estudio	46

Resumen

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre el apoyo social, la relación médico-paciente y la ansiedad en pacientes de larga estancia hospitalaria de las fuerzas armadas, en una muestra conformada por 50 pacientes varones de las diversas especialidades, cuyas edades oscilan entre 18 y 58 años. Es un estudio de tipo no experimental, cuantitativo y de diseño correlacional. Los instrumentos utilizados fueron: el Cuestionario de Apoyo Social (MOS) de Sherbourne y Stewart (1991), el cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P) de Mingote Adán, Moreno-Jiménez, Rodríguez Carbajal, Gálvez Herrer y Ruiz-López (4) y el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE). Los resultados obtenidos arrojaron una relación directa de baja intensidad ($r = .36$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las variables Apoyo Social y Relación médico-paciente. Por otro lado, se encontró una relación inversamente proporcional, de moderada intensidad ($r = -.489$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las variables Apoyo Social y Ansiedad Estado. De igual forma, entre Relación médico-paciente y Ansiedad Estado presenta una relación inversa y de moderada intensidad ($r = -.449$) y estadísticamente significativa ($p < .01$).

Palabras clave: apoyo social, relación médico-paciente, ansiedad, soldados y oficiales.

Abstract

The objective of the research was to determine the relationship between social support, the doctor-patient relationship and anxiety in long-term hospital patients of the armed forces, in a sample made up of 50 male patients from various specialties, whose ages range from 18 and 58 years old. It is a non-experimental, quantitative study with a correlational design. The instruments used were: The Social Support Questionnaire (MOS) by Sherbourne and Stewart (1991), the Doctor-Patient Relations questionnaire (CREM-P) by Mingote Adán, Moreno-Jiménez, Rodríguez Carbajal, Gálvez Herrer and Ruiz-López (4) and the Inventory of Trait and State Anxiety (IDARE). The results obtained showed a direct relationship of low intensity ($r = .36$) and statistically significant ($p < .01$) between the variables Social Support and Doctor-patient relationship. On the other hand, an inversely proportional relationship was found, of moderate intensity ($r = -.489$) and statistically significant ($p < .01$) between the variables Social Support and State Anxiety. Similarly, between doctor-patient relationship and State Anxiety presents an inverse relationship and of moderate intensity ($r = -.449$) and statistically significant ($p < .01$).

Keywords: social support, doctor-patient relationship, anxiety, soldiers and officers.

I. INTRODUCCIÓN

Un paciente hospitalizado se refiere al ingreso de una persona a una empresa de salud, ya sea pública o privada en calidad de paciente para recibir la prestación de servicios, la cual debería de garantizar las mejores condiciones para una pronta recuperación de la persona en un determinado periodo de tiempo, pero como sabemos, en nuestro país las condiciones para una adecuada atención en el sector público no siempre es el ideal y por tal motivo el tiempo en permanecer hospitalizado se puede prolongar.

Durante este periodo es habitual que el paciente aumente sus niveles de ansiedad, temor y probablemente se sienta amenazado ante lo desconocido. Por eso la importancia de brindar la información necesaria al paciente y familia para brindarle un clima de confianza garantizando su seguridad durante su estancia hospitalaria (Océano, 2008).

La población en estudio son pacientes hospitalizados del Hospital Militar Central (HMC) que en su mayoría son personal joven que se encuentra brindando servicio militar voluntario y muchas veces refieren que se enrolan en el ejército u otras fuerzas armadas debido a muchos factores, uno de ellos es por elección y como parte de su proyecto de vida, sin embargo, existe otro grupo que ingresa al servicio militar debido a las carencias que puedan presentar y están en busca de un mejor futuro. Por otro lado, encontramos a los oficiales, donde la mayoría de ellos puede que hayan tenido otra realidad sin tantas carencias en cuanto a sus vivencias.

En esta investigación, se estudia la posible relación que exista entre el apoyo social y la relación médico-paciente con la ansiedad en pacientes hospitalizados en una población militar, ya que una óptima relación de las dos primeras generaría una adecuada adaptación a los acontecimientos que se atravesarían en su proceso de hospitalización, ya sea por el tiempo

prolongado, el diagnóstico, etc.; contribuyendo así adecuada sensibilización en la atención de pacientes.

Finalmente, las investigaciones nos permiten principalmente conocer para poder ocuparnos de ciertas carencias que se puedan identificar y así poder desarrollar soluciones y mejorar condiciones para pacientes hospitalizados.

1.1 . Descripción y formulación del problema

La OMS (2016) estima que 1 de cada 5 personas se ven afectadas por la ansiedad o la depresión. Los síntomas de estas enfermedades se pueden exacerbar cuando se presenta un cambio en sus actividades diarias, una de ellas, puede ser que se les presente una enfermedad orgánica y requieran de una atención médica más específica que los lleve a hospitalizarse. El tiempo hospitalizado influyen en su deterioro físico y si el paciente mantiene una larga estancia que lo obliga a abandonar sus actividades laborales y cotidianas, pueden generar la manifestación de conductas no adaptativas en dicho proceso.

Por otro lado, el estudio epidemiológico metropolitano de Salud Mental (INSM, 2002) muestra una prevalencia de vida del 25.3% para los trastornos de ansiedad, siendo 20.3% para varones y 30.1% para mujeres.

Según Schlatter (2003), la ansiedad es la sensación subjetiva que presentamos ante situaciones que valoramos como amenaza o riesgo, ya sea por su carácter novedoso o imprevisto, o por la intensidad del estímulo.

Los desencadenantes para una ansiedad en el paciente de larga estancia hospitalaria son la enfermedad, la misma hospitalización y las expectativas del paciente con respecto a los cuidados, tratamiento e intervenciones a las que tiene que ser sometido. Dicha variable será medida con el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), adaptado por Rojas (1997).

Cuando las personas se ven envueltas en la condición de paciente requieren de soporte emocional porque en mucho de los casos no son capaces de afrontarlos solos, sino todo lo contrario, requieren de una red de apoyo conformado por familiares o amigos que les ayude a aliviar toda esta situación estresante para ellos.

Es por ello por lo que el apoyo social que percibe el paciente de su entorno es vital para obtener beneficios sobre su salud y el bienestar de él mismo. Se conoce que la interacción social es una necesidad básica de las personas que se da a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas las de afecto, aprobación, sentimiento de pertenencia, identidad y seguridad. La variable apoyo social será medida con el Cuestionario de Apoyo Social (MOS) de Sherbourne y Stewart (1991).

Una de las interacciones sociales por las que atraviesa el paciente durante su hospitalización es la relación médico-paciente, que es de gran importancia porque de dicha relación dependerá también la eficacia de un tratamiento o la calidad atención que generaría una mejor adaptación al proceso de hospitalización y todo lo que conlleva este proceso.

La atención recibida por parte del profesional está definida como relación médico-paciente que forma parte de las relaciones humanas más complejas cuyo fin es devolver la salud al paciente, aliviar su padecimiento y prevenir alguna otra enfermedad. Según Díaz (2011), la relación médico-paciente es la base fundamental de una buena consulta médica y debería ser considerado como el principal instrumento del médico.

Cuando dicha relación se ve afectado por diversos factores como: la falta información que se le brinda al paciente con respecto a su estado de salud; la escasa apertura sobre los posibles tratamientos a seguir que hacen que el paciente se sienta parte de su recuperación, la cual, a su vez, le brindarían cierta alianza que ayudaría a aumentar el nivel de confianza entre ellos. A todo esto, se suma factores externos que ayudan a generar pensamientos negativos

acerca de su estado de salud y no tener el control de lo que le está sucediendo. La relación médico paciente será medida Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P) de Mingote Adán, Moreno-Jiménez, Rodríguez Carvajal, Gálvez Herrer y Ruiz-López (4).

Todo lo explicado evidencia que es necesario el abordaje psicológico en pacientes de larga estancia hospitalaria para hacer un trabajo preventivo y detectar a tiempo los síntomas clínicos psicológicos que pueden afectar los procesos de recuperación, pero es un trabajo multidisciplinario que contribuye a mejorar la atención y recuperación de los pacientes. Por otro lado, este estudio servirá como base para incentivar a que se realicen futuras investigaciones que amplíen el conocimiento sobre las variables apoyo social, relación médico-paciente y ansiedad en pacientes de larga estancia hospitalaria y otras, ya que no se han encontrado evidencias de ello.

Por lo expuesto anteriormente se formula la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre el apoyo social, la relación médico-paciente y la ansiedad en pacientes de larga estancia hospitalaria del HMC?

1.2. Antecedentes

Para la realización del estudio se encontraron algunos estudios relacionados al tema, aunque no existe investigación en la que involucren las variables juntas.

1.2.1. Nacionales

Dentro de las pocas investigaciones a nivel nacional, encontramos el estudio de Ramos (2008), cuyo objetivo fue determinar la percepción, por parte de los usuarios externos, de la calidad de sus relaciones médico-paciente y su asociación con las características del médico y el paciente. Se encuestaron 168 pacientes, de los cuales 61.3% eran mujeres. Los resultados obtenidos nos revelaron que existió una adecuada relación médico-paciente en un 92.3% y el

89.3% afirmó estar muy satisfecho. Fueron el grupo de pacientes adultos jóvenes los que percibieron una relación médico-paciente inadecuada con mayor frecuencia.

Mendoza, Ramos y Gutiérrez (2014) describieron la relación médico-paciente (RMP) y determinaron los factores asociados a una buena percepción de esta por los pacientes que acuden a consultorios externos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH) del Ministerio de Salud. La población estuvo conformada por 179 pacientes, entre mujeres (116) y hombres (63). El 23% (41) de los usuarios percibieron una RMP buena, el 52% (93) regular y el 25% (45) mala. Las variables destacadas a una buena RMP fueron las “edades comprendidas entre 18 -35 años”, “haber elegido a su médico” y “ser atendido por una médico mujer”.

Por otro lado, Casanova (2015) determinó los factores asociados a la percepción de la relación médico-paciente de los médicos que laboran en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La población estuvo conformada por médicos de diferentes servicios: Otorrinolaringología (15 médicos), Oftalmología (25 médicos), servicio de Cabeza y Cuello (14 médicos). Utilizó una encuesta auto administrativa sobre la base de tres temas (influencia de la tecnología y la especialización en la deshumanización de la relación médico-paciente, influencia de la judicialización de la medicina, y el respeto y confianza del paciente), estaba conformada por 18 preguntas, cuyo nivel de confiabilidad fue de 0.92 (alfa de cronbach) y también realizó unas entrevistas personales a los médicos. Los resultados que obtuvo fue que el 46.7% (14/30) de los médicos entrevistados percibe la existencia de una buena relación médico paciente. El autor encontró que dentro de las situaciones que influyen sobre la relación médico-paciente está la falta de insumos y de infraestructura adecuada según la demanda, el poco tiempo dedicado al paciente en la consulta externa. Todo ello quiso decir que la relación médico-paciente se correlaciona fuertemente con la satisfacción del usuario y del médico.

Con referente a la variable apoyo social, Baca (2016) analizó la validez y confiabilidad del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes con diagnóstico de cáncer, mayores de 18 años y de ambos sexos. Las técnicas de análisis fueron: el alfa de Cronbach para la confiabilidad y el análisis factorial exploratorio (AFE) de ejes principales para la validez de rotación Promáx. Se logró un nivel elevado de confiabilidad (infinito= .94) y un modelo de tres factores (54.240% de la varianza total): informacional, afectivo e instrumental. El estudio concluyó en un adecuado nivel de confiabilidad y validez del instrumento.

Concha (2014) determinó la relación entre la depresión y el apoyo social en pacientes hospitalizados con enfermedad renal crónica estadio V en programa de hemodiálisis del Hospital Arzobispo Loayza. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes, entre las edades de 30 a 59 años, el 62% eran del sexo femenino. Utilizó las Escalas de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y la Escala de percepción de apoyo social de Zimet. En esta investigación se evidenció que el 65% de los pacientes percibieron un bajo apoyo social, también se demostró que el 65% de los pacientes en hemodiálisis presenta un grado severo de depresión. Estos resultados llevaron a la conclusión que existe una relación entre estas dos variables porque el 90.7% de los pacientes con depresión severa tuvo bajo apoyo social.

Con respecto a la variable ansiedad, Valdivia (2016) estableció la influencia de la información preoperatoria en el grado de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa. El instrumento que utilizó fue la Escala de ansiedad de Hamilton y la Escala de ansiedad preoperatoria “Ámsterdam preoperative anxiety and information scale” (APAIS) antes y después de proporcionar la información preoperatoria. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes, el 35% de los pacientes fueron varones y el 65% mujeres. Este trabajo dio como resultado que antes de recibir información, el 88.33% de los pacientes experimentaba ansiedad, y después de recibirla el

porcentaje se redujo a 66.67%. El autor concluyó que el ofrecer información preoperatoria adecuada a los pacientes puede contribuir a reducir significativamente sus niveles de ansiedad.

En el 2015, Salazar determinó la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados del servicio de medicina del Hospital 2 de Mayo. La población participante estuvo conformada por 104 pacientes, siendo el 50% varones y el otro 50% mujeres del total de pacientes. Los instrumentos que utilizó fueron: Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Beck Depression Inventory (BDI), APACHE II y la evaluación de satisfacción del médico tratante. Los resultados le arrojaron que el 23.1% de los pacientes presentaba ansiedad y el 27.88% depresión. La conclusión obtenida por la investigadora en su estudio nos hace mención que la prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, sin guardar relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a un menor tiempo de estancia hospitalaria.

1.2.2. Internacionales

En cuanto a la eficacia de una adecuada relación médico-paciente, Farías, Tifner y Tapia (2017) indagaron la calidad de la Relación Médico Paciente (RPM) en pacientes de una localidad de la provincia de San Juan. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes, entre mujeres y varones. Se obtuvo que más del 70% de los encuestados refirió que, u médico lo entiende, que confía en él, que se esfuerza en ayudarlo, que puede hablar él, que está contento con el tratamiento lo está beneficiando, que está de acuerdo con éste sobre las causas de sus síntomas, que es muy accesible, refieren sentirse mejor gracias a su médico, considera que tiene más información sobre su salud debido a su médico, sostiene que ahora controla mejor los síntomas, aunque no vea a su médico. Los respondientes de la clínica privada perciben que pueden hablar más con su médico y que lo encuentran más accesible que los usuarios del

hospital público. En todos los ítems del cuestionario más del 50% de los encuestados refiere una buena RMP.

Por su parte, Azcarate, Hernández y Guzmán (2014) identificaron la percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica (HAS), mediante el muestreo aleatorio se incluyó a 100 pacientes de ambos géneros entre 40 y 60 años de edad, con diagnóstico de HAS adscritos a la unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, a quienes aplicó el cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire. De los 100 pacientes, 84% padecía de HAS controlada, 54% refirió tener buena comunicación con su médico, 28% comunicación regular y 18% poca comunicación. En cuanto a la accesibilidad del médico hacia el paciente: 60% de los pacientes comunicó que sus médicos fueron accesibles con ellos, 26% regular y 14% poco accesibles. El grado de satisfacción que tenían los pacientes de acuerdo con la calidad de la atención médica que percibieron resultó: satisfactoria en 53%, regular 7% y poco satisfactoria en 20%.

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el apoyo social, la relación médico-paciente y la ansiedad en pacientes de larga estancia hospitalaria.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar y comparar los tipos de apoyo social en los pacientes hospitalizados según edad y grado militar.
- Identificar y comparar la relación médico-paciente que perciben los pacientes hospitalizados según edad y grado militar.
- Identificar y comparar los niveles de ansiedad en los pacientes hospitalizados según edad y grado militar.

- Validar los instrumentos de medición en las variables de estudio.

1.4. Justificación

Es predecible decir que a un óptimo apoyo social y relación médico-paciente generan una adecuada adaptación a los acontecimientos que se atravesarían en su proceso de hospitalización, con ello se genera conocimientos de la relación entre estas variables. Por lo tanto, se propone un fin teórico.

El fin práctico es que esta investigación va a generar acciones que permitan mejorar las condiciones para los pacientes de larga estancia hospitalaria, previniendo estados de ansiedad y para que no se vea afectada la adherencia al tratamiento.

1.5. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis General

Existe relación entre el apoyo social, la relación médico-paciente y la ansiedad en pacientes de larga estancia hospitalaria.

1.6.2. Hipótesis Específicas

- Existen diferencias entre los tipos de apoyo social que presentan los pacientes hospitalizados según edad y grado militar.
- Existen diferencias entre la relación médico-paciente que perciben los pacientes hospitalizados según edad y grado militar.
- Existen diferencias entre los niveles de ansiedad en los pacientes hospitalizados según edad y grado militar.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas

2.1.1. Apoyo Social

Existen diversas definiciones y trabajos con referente a apoyo social, entre las definiciones más conocidas encontramos las de Thoits (1982) y Bowling (1991). El primer autor lo conceptualiza como el nivel en que las necesidades sociales básicas son cubiertas por medio de la correlación con otras personas, es decir, se entiende como necesidad básica, la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Por otro lado, el autor, Bowling lo conceptualiza como el desarrollo interactivo donde la persona obtiene soporte emocional, instrumental o económica a partir del entorno donde se encuentra.

Así mismo, el apoyo social obtiene una función principal en el transcurso de la adaptación a la enfermedad crónica y en el alivio de los resultados de la salud. Puede prever la manifestación de las consecuencias a nivel psicológico y respuestas comportamentales que están ligadas al estrés psicológico, la baja adherencia al tratamiento y el aislamiento social. Creando un incremento de los autocuidados y aumento de los niveles de calidad de vida de las personas.

2.1.1.1. Mecanismo de acción del apoyo social en la salud. La relación entre las variables apoyo social y la salud se han establecido a través de dos teorías (Fachado, Menéndez y Gonzales, 2013)

a. Efecto directo. Indica que los niveles de salud son favorecidos por la variable apoyo social de forma independiente del nivel de estrés de la persona. El efecto directo va antes del momento del estrés de la persona. Se establecieron dos mecanismos, uno de ellos va relacionado con las consecuencias que la variable apoyo social tiene en los procesos fisiológicos, haciendo que mejoren la calidad de vida y el segundo repercutiera de manera

positiva en la salud y va relacionado con la transformación de conductas, instaurando hábitos de vida saludables. (Fachado et al., 2013)

Sin embargo, este tipo de modelo ha sido cuestionado en diversas oportunidades, indicando que no hay relación entre la variable estrés y apoyo social, así pues, las personas que difieren los niveles de apoyo social discrepan del bienestar mental y físico.

b. Efecto tampón o amortiguador. Fachado et al., en el 2013 indica que este efecto explica las consecuencias positivas de la variable apoyo social, ejerciendo un efecto tampón que disminuye los efectos individuales de los adversos de la enfermedad crónica. Se desarrollaron dos tipos de hipótesis para demostrar el efecto tampón del apoyo social:

- La variable apoyo social permite a las personas después que han sido expuestos a un agente estresor, puedan redefinir la situación estresante y que puedan enfrentarlas a través de estrategias libres de estrés o inhibir los procesos psico-patológicos que pueden desencadenarse en la falta de apoyo social.

- El apoyo social también prevé que las personas antes de la exposición determinen una situación como estresante mediante la seguridad que ofrece la disposición de distintos recursos tanto emocionales como materiales que ayudarías a las personas a poder hacer frente tal situación.

2.1.1.2. Dimensiones del apoyo social. Se han definido dos dimensiones del apoyo social:

a. Apoyo estructural o cuantitativo. Alude a la red social que tiene una persona o cantidad de personas a la que puede recurrir con la finalidad de obtener ayuda para solucionar los problemas planteados, estos pueden ser amigos, familia o pertenencia al grupo de pares y la interconexión entre estas redes. (Fachado et. al, 2013). Es decir, que esta red social se va a caracterizar de distintas formas dependiendo de su tamaño, frecuencia de contactos,

composición, densidad, parentesco, homogeneidad y fuerza, lo cual permiten realizar mejor algunas necesidades que otras.

b. Apoyo funcional o cualitativo. Alude a las percepciones de disposición de soporte, por lo que es de índole subjetivo. Cobb (1976) la define como la percepción que la persona tiene y hace creer que los demás lo cuidan y que es valorado y pertenece a una red de comunicación y responsabilidades mutuas. Los elementos que la componen son el apoyo emocional, informativo, instrumental, afectivo e interacción social positiva.

- Apoyo emocional: se refiere a la empatía, es decir, cuando los individuos sienten o consideran que otra persona les ofrece soporte lo conceptualizan como apoyo emocional.

- Apoyo informativo: se relaciona con los datos informativos que los individuos ofrecen a otras personas con el fin de que sea útil para hacer frente a las situaciones estresantes, diferenciándose del apoyo instrumental, en que los datos no son en sí misma la solución, pero permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

- Apoyo instrumental: es ofrecido cuando se utilizan ayudas materiales que directamente ayudan a quien las personas que lo necesitan

- Apoyo afectivo: alude a las expresiones de afecto que son ofrecidas a las personas por parte de su red social más cercana.

- Interacción social positiva: tiene relación con la disponibilidad que tienen las personas para estar con otras personas y distraerse, recrearse o divertirse.

2.1.1.3. Fuentes de apoyo social. Se propusieron diversas clasificaciones para poder conceptualizar las fuentes de apoyo social.

House (1981) indica que la relación de nueve fuentes de apoyo social, ya sean cónyuge, familiares, amigos, vecinos, jefes o superiores, compañeros de trabajo, persona de servicio o

cuidadores, grupos de auto ayuda y profesionales de la salud o servicios sociales. Otras indican la división de las redes de apoyo social o soporte en naturales, como la familia, amigos y compañeros de trabajo y organizadas como los grupos de ayuda o asociaciones, voluntariado.

Se han dividido también en redes informales, es decir, las que están cercas a las personas como la familia y las redes formales, como red de cuidadores de servicios sanitarios profesionales o servicios sociales que están a la disposición de los individuos.

2.1.2. Relación médico-paciente

Crawshaw (1995), indica que el acto médico se sostiene en un acuerdo de familiaridad y confianza, exigiendo al profesional un nivel de competencia y estar alerta al aumento de la legitimación social de los intereses individuales materiales junto a la presión de organizaciones de salud con fin de lucro.

Esto ha ayudado a distorsionar las funciones que tiene el profesional frente a su paciente como dispensador de soporte, apoyo y curación en la salud y la enfermedad.

Por otro lado, Rodríguez (2008) menciona que la relación médico-paciente como un enlace interpersonal, así que estos son factores principales que la provocan y cada uno contribuye características de personalidad, conectadas a la enfermedad y propicia que cada relación tenga particularidades.

2.1.2.1. Factores. A la hora que el médico decide relacionarse con el paciente de manera profesional, debe saber las particularidades de la enfermedad y los efectos que tiene sobre el paciente. Es decir, que el profesional médico debe conocer el cuadro interno de la enfermedad, la perspectiva subjetiva del paciente acerca de su situación. Este cuadro está condicionado por 4 factores conectados a la enfermedad, características que lo rodean, de la personalidad del paciente y condiciones sociales. (Rodríguez, 2008)

. ***Factores dependientes del carácter de la enfermedad.*** Se relaciona con la manera distinta en que el sujeto percibe su enfermedad según el grado de esta, aguda, crónica o, por supuesto, en grado terminal. Una enfermedad aguda muchas veces es interpretada por el sujeto como un problema momentáneo al cual no se le presta mucha importancia. Sin embargo, si al inicio ha sido brusco y en conjunto con las particularidades de la personalidad del paciente y basado en sus experiencias, puede producir temores que impidan la búsqueda de soporte, llegando a tener recelos para ofrecer y recibir explicaciones. (Rodríguez, 2008)

Esto indica que el nivel de una enfermedad va a tener distinto impacto en la percepción de los individuos y en la forma en cómo estos lo perciben.

Rodríguez, (2008) indica que en algunas oportunidades el paciente crónico percibe su enfermedad de manera catastrófica y siente que se privará de tener una vida agradable. El profesional médico debe tener en consideración esto para establecer una relación médico – paciente saludable, el enfermo crónico percibe su enfermedad como una gran desgracia que arrastrará hasta la muerte y que lo privará de llevar una vida agradable, con satisfacción de sus gustos. El médico debe conocer muy bien esto para poder establecer una relación médico-paciente saludable con este tipo de enfermo y con su familia, teniendo especial cuidado con esta última si el aquejado es un niño. Es necesario, tener en consideración el bienestar familiar, ya que si el paciente es un niño no va a poder ser capaz de percibir su enfermedad de manera adecuada y la familia cuando conoce el diagnóstico tiende a deprimirse y sobrevalorar la enfermedad, pudiendo deteriorar la situación.

Factores dependientes de las circunstancias en las que transcurre la enfermedad. Se debe tener en consideración la perspectiva del individuo acerca de su enfermedad y los efectos que conlleva. (Rodríguez, 2008). Es decir, que la preocupación, la ansiedad son algunos efectos

que deben tomarse en cuenta pues está ligada a su estado de salud y puede ocasionar actitudes negativas y que deterioran la recuperación de este.

El entorno del paciente va a jugar un papel fundamental en la forma que el profesional médico se relacione con él, ya que durante el transcurso de la enfermedad del paciente va a necesitar de soporte emocional, y si el paciente vive solo o con su familia, rodeado de problemas o no, va a repercutir en el paciente de manera negativa o positiva. Estas características como otras van a determinar la forma del paciente de comprender su enfermedad, si este está hospitalizado o en casa, solo o acompañado o si tiene confianza al personal médico son variables que van a permitir al individuo a asimilar mejor su situación. (Rodríguez, 2008)

Las consecuencias de la enfermedad, como los tratamientos dolorosos y peligrosos van a influir en el paciente y sus expectativas son satisfechas con respecto al tratamiento o no, estos factores van a determinar en gran medida la conducta del paciente.

Personalidad del paciente antes y durante la enfermedad. Rodríguez (2008) menciona que el paciente va a percibir de distinta manera su enfermedad según la etapa de vida en la que se encuentre. El niño no va a comprender de manera adecuada lo que está atravesando, así como el adolescente, muchas veces, se va a sentir privado de su independencia y va a percibir que sus padres, quienes toman un rol activo, lo están controlando. El joven va a estar más atento a la limitación de su vida social a consecuencia de la enfermedad y el adulto mayor, tiende a tomar un rol más pasivo y a excluirse socialmente, llevando a pensar con mayor rapidez en la muerte.

Es por ello importante tener en consideración la etapa del paciente para brindar un mejor apoyo y establecer una relación saludable en base a sus necesidades considerando las particularidades de cada etapa antes mencionadas. También es importante tener en cuenta las

características de personalidad durante el transcurso de la personalidad y como están van cambiando, pues puede ser un criterio indiscutible de cómo la misma ha repercutido en el individuo y cómo esto está impactando de manera positiva o negativa el proceso de recuperación.

Rodríguez (2008) indica que hay otras características a tomar en cuenta como el nivel de susceptibilidad del paciente ante situaciones desagradables, sus reacciones emocionales, adaptación o falta de ella a nuevas situaciones, rasgos del carácter, capacidades del individuo, intereses, valores, aspiraciones, concepción del mundo y especialmente lo relacionado con su enfermedad, autovaloración y sistema motivacional.

También hay que tomar en cuenta el nivel de escolaridad, los conocimientos que posee acerca de la salud, tratamiento y servicios que se ofrezcan al respecto.

Los rasgos de personalidad del paciente es otro factor a tomar en cuenta, pues si este padece de una enfermedad psiquiátrica o si tiene los recursos de afronte para la situación estresante va a permitir al médico poder ayudar al paciente de manera adecuada. (Rodríguez, 2008).

Esto indicaría que hay un conjunto de factores que van a cumplir un papel importante y van a influenciar a la hora de determinar la manera en que el médico se va a relacionar con el paciente con el fin de buscar el bienestar de este y hacer el paciente tome un rol activo de su situación.

2.1.3. Ansiedad

Spielberger y Díaz (1975), indica que la ansiedad es una reacción emocional desagradable desencadenada por un agente externo, por lo que el sujeto lo percibe amenazador, teniendo como consecuencias cambios fisiológicos y conductuales en el individuo.

Este autor desarrolla la teoría Ansiedad Rasgo (AR) - Ansiedad Estado (AE), considera que la Ansiedad Rasgo abarca las particularidades individuales, relativamente estables del individuo, así como su tendencia a la ansiedad. Y la Ansiedad Estado como un estado emocional transitorio de la persona, caracterizado por sentimientos de tensión subjetivos y el crecimiento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Estos estados van a variar según la intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Tobal y Cano (1995), también conceptualizan la ansiedad como una respuesta emocional ante una situación percibida amenaza, generando un estado de alerta cognitivo, activación fisiológica del organismo, inquietud motora, estado que podría mejorar el nivel de respuesta del paciente al medio.

Por ello, la ansiedad es una reacción en principio deseable, pues tiende a generar que la persona busque ayuda y alternativas de respuestas para un mejor resultado, pero si la ansiedad es percibida de manera intensa, esto traería efectos negativos y que van a interferir en la vida de los individuos, produciendo malestar y originando posibles trastornos.

Schlatter (2003) menciona que la ansiedad se conceptualiza como una sensación subjetiva que los individuos presentan ante situaciones estresantes y percibidas como amenazantes, ya que son imprevistas, además toma en cuenta la intensidad del estímulo estresante. Esta situación pone en alerta al cerebro, encargado de promover la respuesta adecuada. Algunas de estas respuestas se encuentran diseñadas de manera automática y otras se realizan de manera consciente. En el último caso, la parte consciente deberá estar atenta a ajustar, orientar y poner punto final a las diversas reacciones desencadenadas por la situación estresante. El objetivo es usar los recursos del individuo al máximo para poder hacer frente al agente estresor, teniendo en consideración el instinto de supervivencia del individuo. Los autores antes mencionados concuerdan al definir la ansiedad como una respuesta emocional de

la persona ante distintas situaciones percibidas como amenazantes y esto va a conllevar diversos efectos que van a favorecer o no la respuesta del paciente y poner a prueba los recursos que posee para hacerlo frente, sin embargo, si el paciente no tiene los recursos suficientes para ello, esto va a repercutir en las funciones del individuo.

2.1.3.1. Síntomas.

- Síntomas motores: son a consecuencia del aumento de la tensión muscular, dificultad o incapacidad para relajarse, la inquietud, el temblor, los dolores de cabeza y el cansancio.
- Síntomas fisiológicos: a consecuencia del aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo y aumento de adrenalina y cortisol en la sangre, como las palpitaciones, sudoración, mareos, sequedad de boca, diarreas, etc.
- Síntomas psicopatológicos: en relación con un estado de hipervigilancia o de alerta, como insomnio inicial o de conciliación, preocupación, temores, irritabilidad, distraibilidad o agresividad.

2.1.3.2. Tipos. Schlatter (2003) hace distinción de dos tipos de ansiedad: Ansiedad psíquica y somática.

- Ansiedad psíquica: abarca principalmente la preocupación, obsesión, miedo, necesidad de búsqueda de ayuda, percepción de pérdida de control, etc. La ansiedad disminuye la concentración y por tanto dificulta el aprendizaje; distorsiona las percepciones; reduce la memoria, sobre todo por afectarse la capacidad de retención de nuevos conceptos.
- Ansiedad somática: son las manifestaciones corporales como las palpitaciones o aceleración del ritmo cardíaco, temblor, escalofríos, hormigueos, sequedad de boca, sudoración, dificultad para respirar o para tragar, sensación de inestabilidad, entre otros síntomas que son percibidos y expresados a través del cuerpo.

III. Método

3.1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo no experimental porque ambas variables no serán manipuladas, cuantitativo y de diseño correlacional.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación es transversal puesto que la información en la muestra se recaudará en un único momento.

3.3. Variables

3.3.1. Apoyo social

Thoits (1982) lo define como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidad básica la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación.

3.3.2. Relación médico-paciente

Rodríguez (2008) define a la relación médico-paciente como la relación interpersonal, donde el médico y el paciente son los factores indispensables que la provocan y cada uno de ellos aporta a la misma sus características de personalidad, vinculadas con la enfermedad y propiciando que cada relación tenga características generales muy particulares.

3.3.3. Ansiedad

Spielberger y Díaz (1975) señalan que la ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto.

3.4. Población y muestra

La población estará constituida por pacientes hospitalizados en una UUHH de un hospital de las fuerzas armadas, que se caracteriza por tener más de dos semanas hospitalizados. Las edades de los pacientes comprenden desde los 18 años hasta los 60 años. El número total de pacientes es de 50 a partir del mes de Julio hasta diciembre del 2019.

En la tabla 1 se presenta la distribución de la muestra de acuerdo a su edad y grado en la escala militar. Se agruparon a los participantes en 4 grupos de edad (ver Figura 1), los cuales estuvieron conformados por sujetos adultos de 18 a 58 años; dentro de los cuáles el 70% (n=35) se encuentran en el intervalo de 18 a 28 años, el 16 % (n=8) tiene entre 29 a 38 años, solo 2 (4%) se incluyeron en el intervalo de 39 a 48 años y 5 (10%) en el de 49 a 58 años. Mientras que, de acuerdo al grado se contó con la participación de 31 soldados (62%) y 19 (38%) oficiales.

Tabla 1

Características socio-demográficas de la muestra

Edad del Paciente	Gado Militar		Total
	Soldado	Oficial	
18 a 28	31	4	35
29 a 38	0	8	8
39 a 48	0	2	2
49 a 58	0	5	5
Total	31	19	50

3.5. Instrumentos para la recolección de datos

La técnica que se empleará fue la entrevista y observación, y se utilizarán tres instrumentos: Cuestionario de apoyo social, Cuestionario de Relación Médico-Paciente e IDARE

Cuestionario de Apoyo Social (MOS) de Sherbourne y Stewart

El cuestionario de MOS de Apoyo Social Percibido (MOS), desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991), más que evaluar las condiciones relacionadas con la salud evalúa el apoyo social percibido por las personas. Consta de 20 ítems, conformado por dos áreas: apoyo social estructural (el ítem 1 de respuesta abierta que hace referencia al tamaño de la red social) y apoyo social funcional (19 ítems de respuesta múltiple); dentro de esta última área encontramos cuatro factores: emocional/informacional (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), tangible o instrumental (preguntas 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (preguntas 6, 10 y 20).

Las opciones de respuesta están dadas a través de una escala likert de 1 (*nunca*) a 5 (*siempre*).

Tabla 2

Matriz interpretativa de las puntuaciones del Cuestionario de Apoyo Social (MOS)

	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Tangible o instrumental (ayuda material)	20	12	4
Interacción social positiva (Relaciones sociales de ocio y distracción)	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3

Confiabilidad

Sherbourne y Stewart (1991) encontraron, a nivel de la escala general, un coeficiente alfa de Cronbach de .97; y, a nivel de las dimensiones, entre .91 y .96; niveles considerados muy adecuados. Los estudios recopilados determinan por medio del alfa de Cronbach: a nivel de escala general, de .86 a .97; a nivel de dimensiones, de .74 a .96.

Validez

Sherbourne y Stewart (1991) detectaron correlaciones entre las dimensiones de .72 a .88, considerados niveles altos de correlación. Los diversos estudios citados determinaron a través del AFE niveles entre 59% y 69% de la varianza explicada.

En la investigación de Baca (2016), cuyo objetivo fue analizar la validez y confiabilidad del cuestionario a pacientes con cáncer de Trujillo. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes con diagnóstico de cáncer, mayores de 18 años y de ambos sexos. Las técnicas de análisis fueron: el alfa de Cronbach para la confiabilidad y el análisis factorial exploratorio (AFE) de ejes principales para la validez de rotación Promax. Se logró un nivel elevado de confiabilidad (infinito= .94) y un modelo de tres factores (54.240% de la varianza total): informacional, afectivo e instrumental. El estudio concluyó en un adecuado nivel de confiabilidad y validez del instrumento.

Los autores Ahumada, Del Castillo, Muñoz y Moruno (2005), validaron el cuestionario MOS que mide el apoyo social en pacientes con EPOC, DM, HTA, y dentro de cada patología, variables que influyen en la percepción de apoyo social. La muestra estuvo conformada por 301 de dos centros de Salud. El 60,8% son mujeres, con una edad media de 48,8 años, el análisis factorial revela la existencia de 3 factores, que explican el 68,72% de la varianza global, en los tres se han obtenido valores cercanos a 1 (máxima consistencia). Las mujeres muestran una

menor percepción de apoyo afectivo e instrumental y un menor tamaño de su red. Al aumentar la edad disminuye la percepción de apoyo, en todos los grupos.

Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P)

El Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P) de Mingote Adán, Moreno-Jiménez, Rodríguez Carvajal, Gálvez Herrer y Ruiz-López (4); que evalúa la calidad de la relación médico-paciente. El mismo consta de 13 ítems y se muestra como un instrumento fiable, válido y de fácil cumplimiento, diseñado para permitir la evaluación tanto en contextos clínicos como de investigación.

Los autores procedieron a la adaptación al castellano del cuestionario PDQR (Patient-Doctor Relationship Questionnaire) de Van der Feliz-Cornelis, Van Oppen, Van Marwijk, De Beurs y Van Dyck, 2004 (5) en su versión de 15 ítems. En primer lugar, realizaron la traducción de cuestionario al español (CREM-P) y posteriormente lo tradujeron al inglés, evaluando el nivel de precisión y ajuste de las diferencias encontradas.

El cuestionario presenta una escala de tipo Likert de 6 puntos donde 1 significa *totalmente en desacuerdo*, 2 *en desacuerdo*, 3 *levemente en desacuerdo*, 4 *levemente de acuerdo*, 5 *de acuerdo* y 6 *totalmente de acuerdo*. Las puntuaciones implican que a mayor puntaje mayor acuerdo, tanto que a menor puntaje mayor desacuerdo.

Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE)

La ansiedad rasgo fue medida a través del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), adaptado por Rojas (1997) en población adulta hispanohablante de nuestro medio. El inventario se encuentra constituido por dos escalas independientes de autoevaluación que son utilizadas para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) y Ansiedad-Estado (A-Estado). (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). El IDARE es un inventario autoadministrable que cuenta con una puntuación

mínima de 20 y una máxima de 80 para ambas escalas. Consta de 40 ítems y tiene cuatro opciones a marcar: no en lo absoluto, un poco, bastante y mucho.

La confiabilidad fue evaluada a través del método test-retest en una muestra de estudiantes universitarios (N=464), mostrando indicadores aceptables que varían entre .86 y .92 para la escala ansiedad rasgo (Spielberger, 1966). Adicionalmente el análisis de confiabilidad por alfa de Cronbach demostró que el IDARE posee una buena consistencia interna (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

3.6. Procedimiento

En primera instancia se solicitó el permiso pertinente a un hospital de las fuerzas armadas escogido para la toma de las pruebas. Una vez obtenido el permiso, los pacientes fueron consultados sobre su participación voluntaria en la investigación haciendo uso del consentimiento informado. Las fechas de aplicación de instrumentos fueron diversas por la disponibilidad de tiempo del investigador y los pacientes.

3.7. Análisis de datos

Se elaboró una base de datos con la información obtenida en los instrumentos aplicados. Se utilizó el SPSS 25, donde se realizó un análisis exploratorio de los datos utilizando la Prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para saber si es paramétrico o no paramétrico. Para realizar el análisis comparativo de la variable Relación Médico-Paciente (no paramétrico) se utilizaron las pruebas de la Kruskal Wallis y U Mann-Whitney para las variables de control edad y grado militar respectivamente; y para las variables de Apoyo Social (paramétrico) y Ansiedad Estado (paramétrico) se utilizó el Anova para la variable de control edad y para grado militar se utilizó T-Student. Finalmente, para poder analizar la relación de variables se utilizó la prueba Spearman para las variables paramétricas paramétricas y Pearson para las no paramétricas.

Por último, se realizó la interpretación de todos los resultados para así poder constatar las hipótesis con los cuales se realizarán las conclusiones de la investigación.

IV. RESULTADOS

La Tabla 3 presenta los resultados del análisis de fiabilidad para las dimensiones del Cuestionario de Apoyo Social a través del método de correlación ítem-test, empleándose para ello el coeficiente r de Pearson. En general, los índices indican que los ítems se relacionan de forma directa y con una magnitud alta ($.733 < r < .922$) respecto a la dimensión a la que pertenecen, además de contar con una alta significancia estadística ($p < .01$). Los índices de la dimensión Apoyo Emocional se encuentran comprendidos entre $.733 < r < .832$ ($p < .01$), los que pertenecen a Apoyo Instrumental entre $.779 < r < .860$ ($p < .01$), Interacción Social Positiva $.877 < r < .992$ ($p < .01$), mientras que en Apoyo Afectivo se observa $.826 < r < .887$ ($p < .01$).

Tabla 3

Matriz de correlaciones ítem-factor de los componentes del Cuestionario de Apoyo Social

Dimensiones	Ítems	R
Apoyo Emocional	3	,783**
	4	,806**
	8	,766**
	9	,771**
	13	,733**
	16	,766**
	17	,827**
	19	,832**
Apoyo Instrumental	2	,810**
	5	,779**
	12	,833**
	15	,860**
Interacción Social Positiva	7	,877**
	11	,890**
	14	,922**
	18	,882**

Apoyo Afectivo	6	,848**
	10	,887**
	20	,826**

** $p < .01$

El análisis de fiabilidad para el Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (ver Tabla 4), a través del método de correlación ítem-test, arrojó coeficientes directos y de alta intensidad ($.818 < r < .941$), además de contar con una alta significancia estadística ($p < .01$).

Tabla 4

Matriz de correlaciones ítem-test de los componentes del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente

Componentes	r
1	,891**
2	,933**
3	,907**
4	,891**
5	,838**
6	,941**
7	,818**
8	,867**
9	,883**
10	,856**
11	,929**
12	,921**
13	,889**

** $p < .01$

En cuanto a la dimensión Ansiedad-Estado del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (ver Tabla 5) se obtuvo coeficientes de correlación directos y de una intensidad de moderada

(.407 < r < .584) a buena (.631 < r < .789), además de contar con una alta significancia estadística ($p < .01$). El componente con menor índice de correlación respecto de la escala fue el ítem 6 ($r = .407$).

Tabla 5

Matriz de correlaciones ítem-factor de la escala Ansiedad-Estado

Ítems	R
1	,769**
2	,576**
3	,558**
4	,527**
5	,631**
6	,407**
7	,527**
8	,707**
9	,506**
10	,703**
11	,654**
12	,584**
13	,452**
14	,557**
15	,740**
16	,789**
17	,543**
18	,453**
19	,681**
20	,640**

** $p < .01$

Para la exploración de evidencias de confiabilidad de los instrumentos se empleó, además, el método de Consistencia Interna para lo cual se aplicó el análisis a las puntuaciones

totales de las herramientas de medición, obteniéndose los coeficientes alfa de cada una de ellas (ver Tabla 6). Se obtuvo un alfa= .978 para el Cuestionario de Relación Médico-Paciente, en cuanto al Cuestionario de Apoyo Social se obtuvo un alfa= .946, mientras que para la dimensión Ansiedad-Estado del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, se obtuvo un alfa= .751; esto demuestra la alta confiabilidad de los instrumentos mencionados.

Tabla 6

Confiabilidad de Apoyo Social, Relación Médico-Paciente y Ansiedad.

Instrumento	Confiabilidad
CREM-P	.978
Cuestionario de Apoyo Social	.946
IDARE (Ansiedad Estado)	.907

Para la elaboración de los baremos de los instrumentos se realizó la construcción de la tabla de percentiles a partir de las puntuaciones obtenidas por los integrantes de la muestra (estos pueden ser visualizados en la Tabla 7).

Tabla 7*Normas percentilares de los instrumentos de medición*

Percentiles	Apoyo social	Relación Médico-Paciente	Ansiedad Estado
1	25	14	20
5	32	23	20
10	38	26	27
15	49	34	29
20	51	51	29
25	56	55	30
30	58	55	32
35	61	58	34
40	62	60	37
45	64	61	38
50	67	63	41
55	69	63	43
60	71	64	44
65	72	64	46
70	76	65	47
75	82	66	47
80	85	67	48
85	89	72	50
90	93	74	51
95	95	77	55

La Tabla 8 reúne las frecuencias de respuesta de los evaluados relacionadas con la percepción del Apoyo Social recibido de acuerdo a su edad y el grado en la escala militar. Se puede resaltar que, en general, el 40% (n=26) perciben un apoyo óptimo (28%; n=14) o bueno (24%; n=12), mientras que el 24% (n=12) lo evalúa como pésimo. Respecto a la edad, se encontró que los encuestados cuyas edades se encuentran entre los 18 y 28 años valoraron como bueno (16%; n=8) y muy bueno (14%; n=7) el apoyo social que vienen recibiendo; mientras que el 20% (n=10) calificaron este como pésimo. En cuanto al grado militar, se encontró que son los oficiales califican mejor el apoyo social que recibieron (26%; n=13), donde el 16% (n=8) lo calificó como “muy bueno”; por otro lado, el 18% (n=9) de los soldados calificaron recibir un apoyo social “pésimo”, frente a un 12% (n=6) que lo consideró “muy bueno.

Tabla 8*Apoyo Social percibido durante el tratamiento*

Variables	Niveles								Total	
	Pésimo		Regular		Buena		Muy Buena			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Edades (años)										
18 a 28	10	20%	10	20%	8	16%	7	14%	35	70%
29 a 38	1	2%	1	2%	2	4%	4	8%	8	16%
39 a 48	0	0%	0	0%	0	0%	2	4%	2	4%
49 a 58	1	2%	1	2%	2	4%	1	2%	5	10%
Total	12	24%	12	24%	12	24%	14	28%	50	100%
Grado Militar										
Soldado	9	18%	9	18%	7	14%	6	12%	31	62%
Oficial	3	6%	3	6%	5	10%	8	16%	19	38%
Total	12	24%	12	24%	12	24%	14	28%	50	100%

La Tabla 9 resume la percepción de los evaluados respecto a la calidad de la relación médico-paciente durante su tratamiento. El 28% (n=14) indicó haber desarrollado una relación “muy buena” con el personal de salud, frente a un 24% (n=12) que calificaron esta como “pésima”. Los encuestados de entre 18 y 28 años tuvieron una mejor valoración de la relación con el personal tratante (30%, n=15), donde el 14% (n=7) la calificó como “muy buena”, frente a un 20% (n=10) que la describió como “pésima”. Por otra parte, un gran número de soldados (n=10; 20%) indicó que la relación con sus tratantes fue “pésima”, frente a un menor número de ellos (n=9; 18%) que la calificó como “muy buena”; mientras que, dentro del grupo de oficiales, la calificación de la relación médico-paciente fue mejor calificada (38%, n=17).

Tabla 9*Calidad de la relación médico-paciente durante el período de tratamiento*

Variables	Niveles								Total	
	Pésimo		Regular		Buena		Muy Buena			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Edades (años)										
18 a 28	10	20%	8	16%	7	14%	10	20%	35	70%
29 a 38	1	2%	2	4%	3	6%	2	4%	8	16%
39 a 48	0	0%	1	2%	1	2%	0	0%	2	4%
49 a 58	1	2%	0	0%	2	4%	2	4%	5	10%
Total	12	24%	11	22%	13	26%	14	28%	50	100%
Grado Militar										
Soldado	10	20%	5	10%	7	14%	9	18%	31	62%
Oficial	2	4%	6	12%	6	12%	5	10%	19	38%
Total	12	24%	11	22%	13	26%	14	28%	50	100%

La Tabla 10 muestra los niveles de ansiedad experimentados por los evaluados durante su tratamiento. En su mayoría (74%; n=37) los pacientes indicaron haber experimentado niveles de ansiedad de mediana (54%; n=27) a alta (20%; n=10) intensidad, donde la mayor cantidad de reportes (56%; n=28) fue realizada por pacientes entre los 18 y 28 años de edad, de los cuales el 16% (n=8) indicó niveles altos de ansiedad. Semejante situación se encontró en el grupo conformado por soldados, donde el 48% (n=24) reportó haber experimentado niveles moderados (36%; n=18) y altos (12%, n=6) de ansiedad, mientras que en el grupo de oficiales se observó una prevalencia de síntomas de mediana intensidad (54%, n=27).

Tabla 10*Niveles de ansiedad percibidos por los pacientes durante el período de tratamiento*

Variables	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	n	%
Edades (años)								
18 a 28	7	14%	20	40%	8	16%	35	70%
29 a 38	3	6%	3	6%	2	4%	8	16%
39 a 48	1	2%	1	2%	0	0%	2	4%
49 a 58	2	4%	3	6%	0	0%	5	10%
Total	13	26%	27	54%	10	20%	50	100%
Grado Militar								
Soldado	7	14%	18	36%	6	12%	31	62%
Oficial	6	12%	9	18%	4	8%	19	38%
Total	13	26%	27	54%	10	20%	50	100%

La comparación de las puntuaciones obtenidas por los evaluados de acuerdo a su grado militar se realizó a través de la prueba T de student para muestras independientes (ver Tabla 11). Las puntuaciones de Apoyo Social ($p = .075$) y Ansiedad ($p = .663$) para los grupos soldados-oficiales presentaron diferencias estadísticamente no significativas ($p > .05$); esto permite rechazar la hipótesis estadística alternativa (distribuciones heterogéneas entre categorías) y conservar la hipótesis estadística nula (distribuciones homogéneas entre categorías).

Tabla 11*Descriptivos y análisis inferencial del apoyo social y ansiedad estado según grado militar*

Mediciones	Soldados	Oficiales	<i>t</i>	<i>p</i>
	(<i>n</i> =31) <i>M(DE)</i>	(<i>n</i> =19) <i>M(DE)</i>		
Apoyo social	63.03 (17.028)	72.42 (18.834)	-1.818	.075
Ansiedad	38.94 (9.602)	40.21 (10.617)	-.438	.663

En cuanto al contraste según el grado militar de la Relación Médico-Paciente se realizó a través de la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Los resultados, resumidos en la Tabla 12, señalan la presencia de diferencias estadísticamente no significativas ($p >.05$), lo que llevó a decidir rechazar la hipótesis estadística alternativa (distribuciones heterogéneas entre categorías) y conservar la hipótesis estadística nula (distribuciones homogéneas entre categorías).

Tabla 12

Descriptivos y análisis inferencial de la relación médico-paciente según grado militar

Mediciones	Soldado ($n=31$) $M(DE)$	Oficial ($n=19$) $M(DE)$	U	p
Relación Médico-Paciente	55.16 (16.690)	60.68 (14.587)	246.500	.337

La Tabla 13 recopila los estadísticos descriptivos y los índices inferenciales obtenidos de la aplicación del Análisis de Varianza de un Factor (ANOVA) a las puntuaciones de las variables Apoyo Social y Ansiedad Estado, lo cual tuvo el fin de determinar la existencia de diferencias según el grupo de edad de los encuestados. Se encontró que las diferencias presentes son estadísticamente no significativas ($p >.05$), teniendo Apoyo Social un $p =.115$ y Ansiedad un $p =.804$. Esto llevó al rechazo de la hipótesis estadística alternativa (distribuciones heterogéneas entre categorías) y conservar la hipótesis estadística nula (distribuciones homogéneas entre categorías).

Tabla 13

Descriptivos y análisis inferencial del apoyo social y ansiedad estado según grupo de edad

	18 a 28	29 a 38	39 a 48	49 a 58		
Mediciones	(n=35)	(n=8)	(n=2)	(n=5)	<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M(DE)</i>	<i>M(DE)</i>	<i>M(DE)</i>	<i>M(DE)</i>		
Apoyo social	63.06 (17.322)	76.38 (19.949)	85.50 (6.364)	68.20 (17.050)	2.086	.115
Ansiedad	40.11 (9.782)	38.13 (12.518)	33.50 (4.950)	39.00 (9.192)	0.329	0.804

Para contraste de las puntuaciones de la variable Relación Médico-Paciente, en función de los conglomerados de edad, se empleó la prueba de Análisis de Varianza de Kruskal-Wallis. Los resultados, resumidos en la Tabla 14, señalan la presencia de diferencias estadísticamente no significativas ($p > .05$), lo que llevó a decidir rechazar la hipótesis estadística alternativa (distribuciones heterogéneas entre categorías) y conservar la hipótesis estadística nula (distribuciones homogéneas entre categorías).

Tabla 14

Descriptivos y análisis inferencial de la relación médico-paciente según grupo de edad

	18 a 28	29 a 38	39 a 48	49 a 58		
Mediciones	(n=35)	(n=8)	(n=2)	(n=5)	<i>Chi</i>	<i>P</i>
	<i>M(DE)</i>	<i>M(DE)</i>	<i>M(DE)</i>	<i>M(DE)</i>		
Relación Médico-Paciente	55.77 (15.832)	60.25 (16.968)	63.00 (2.828)	60.60 (20.792)	1.596	.660

En la Tabla 15 se pueden visualizar los coeficientes de correlación entre las variables de estudio. Los índices señalan la una relación directa, de baja intensidad ($r = .36$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las variables Apoyo Social – Relación médico-

paciente. Además, se señala que existe una relación inversamente proporcional, de moderada intensidad ($r = -.489$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las variables Apoyo Social – Ansiedad Estado. Asimismo, se aprecia una relación inversa, de moderada intensidad ($r = -.449$) y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre las variables Relación médico-paciente – Ansiedad Estado.

Tabla 15

Matriz de correlaciones de las variables de estudio

Variables	1	2	3
1. Apoyo social	—		
2. Relación Médico-Paciente	.36**	—	
3. Ansiedad Estado	-.489**	-.449**	—

** $p < .001$

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este apartado se muestran los principales hallazgos de la investigación entre apoyo social, relación médico-paciente y ansiedad en pacientes de larga estancia de un hospital de las fuerzas armadas, así mismo, se describen y comparan tales hallazgos con las bases teóricas y estudios previamente publicados que guardan relación con el presente tema de estudio.

Con referente al apoyo social percibido durante la estancia hospitalaria, en general el 40% (n=26) de pacientes perciben un apoyo óptimo, siendo el 28% “muy buena” (n=14) y el 24% “buena” (n=12), mientras que el 24% (n=12) lo evalúa como “pésimo”.

Esto se debe a que las edades correspondientes entre los 18 y 28 años la valoran como “buena” un 16% (n=8) y “muy buena” el 14% (n=7) el apoyo social que vienen recibiendo, mientras que el 20% (n=10) calificaron este como pésimo.

En cuanto al grado militar, se encontró que los oficiales califican mejor el apoyo social que recibieron (26%; n=13), donde el 16% (n=8) lo calificó como “muy bueno”; por otro lado, el 18% (n=9) de los soldados calificaron recibir un apoyo social “pésimo”, frente a un 12% (n=6) que lo consideró “muy bueno”.

Esto indica que los soldados presentan mayores necesidades sociales básicas debido a la falta de diversos factores como de afecto, identidad, seguridad y aprobación por un supervisor. Evidenciando una falta de soporte emocional, instrumental o económico a partir del entorno que percibe.

Por su parte, la calidad de la relación médico-paciente durante la estancia hospitalaria percibida por los participantes en un 28% (n=14) mantienen un “Muy Buena” relación y el 24% (n=12) lo calificaron como “Pésima”. Los participantes entre 18 a 28 años manifestaron una mejor valoración de la relación con el personal de Salud (30%, n=15). Donde el 14% (n=7)

la calificó como “muy buena”, frente a un 20% (n=10) que la describió como “pésima”. Cabe resaltar que un gran número de soldados (n=10; 20%) indicó que la relación con sus tratantes fue “pésima”, frente a un menor número de ellos (n=9; 18%) que la calificó como “muy buena”; mientras que, dentro del grupo de oficiales, la calificación de la relación médico-paciente fue mejor calificada (38%, n=17).

Según lo expuesto con referente a la relación médico-paciente, se determina que los oficiales mantienen una mejor relación con el personal de salud que los soldados, ya que estos tienen mejores condiciones de atención hospitalaria debido a la jerarquía que manejan las fuerzas armadas. De acuerdo a lo que refiere Rodríguez (2008) la relación médico-paciente es un enlace interpersonal que puede estar afectado por factores como la personalidad antes y durante la enfermedad del paciente y el tiempo que transcurre de la atención de la enfermedad que, en su mayoría, la atención a oficiales es más eficaz que a la de los soldados.

Mendoza, Ramos y Gutiérrez (2014) en línea con los resultados mostrados, descubrieron las diversas percepciones que están asociados a una buena percepción por los pacientes que acuden a consultorio externos. Donde el 23% de los usuarios percibieron una Buena relación, el 52% fue Regular y el 25% lo percibió como Mala. Dentro de los factores que determinaron que la relación era Buena se destacó el hecho de “elegir a su médico”, “ser atendido por una mujer” y “edades comprendidas entre 18 a 35 años” en congruencia con nuestra investigación.

Con referente a los niveles de ansiedad percibidos por los pacientes durante el periodo de tratamiento fueron elevados. Mostrando en su mayoría (74%, n=27) que los pacientes indicaron haber experimentado niveles de ansiedad mediana (54%, n=27) a alta (20%, n=10) intensidad, donde la mayor cantidad de reportes (56%; n=28) fue realizada por pacientes entre los 18 y 28 años de edad, de los cuales el 16% (n=8) indicó niveles altos de ansiedad. Semejante

situación se encontró en el grupo conformado por soldados, donde el 48% (n=24) reportó haber experimentado niveles moderados (36%; n=18) y altos (12%, n=6) de ansiedad, mientras que en el grupo de oficiales se observó una prevalencia de síntomas de mediana intensidad (54%, n=27).

Tal y como se refleja en los resultados, Valdivia (2016) también estableció que la influencia de la información preoperatoria en el grado de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados porque antes de recibir dicha información, el 88.33% de los pacientes experimentaban ansiedad, y después de recibirla el porcentaje se redujo a 66.67%.

Por tal razón, es importante la relación que perciben los pacientes con respecto al personal de salud que los atiende, de esto puede depender si se reduce de forma significativa los niveles de ansiedad.

Aunque Salazar (2015) concluye en su investigación que la ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados si bien es alta, no guarda relación con la gravedad de la enfermedad y se asocia a un menor tiempo de estancia hospitalaria, pero todo ello queda sin argumento ante todo lo expuesto en esta investigación.

VI. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el presente estudio se puede concluir que:

1. Las puntuaciones de Apoyo Social ($p=.075$) y Ansiedad ($p=.663$) para los grupos soldados-oficiales presentaron diferencias estadísticamente no significativas ($p>.05$), rechazando la hipótesis estadística alternativa y conservar la hipótesis estadística nula.
2. La puntuación de la Relación Médico-Paciente ($p=.337$) con respecto a los grados militares presentados en esta investigación muestran diferencias estadísticamente no significativas ($p>.05$), lo que llevó a decidir rechazar la hipótesis estadística alternativa y conservar la hipótesis estadística nula.
3. Existen diferencias no significativas en las puntuaciones según grupo de edades de las variables Apoyo Social $p=.115$ y Ansiedad un $p=.804$, rechazando así la hipótesis estadística alternativa y conservar la hipótesis estadística nula.
4. Existen diferencias estadísticamente no significativas con referente a las puntuaciones de Relación médico-paciente ($p=.660$) de los grupos de edades, rechazando de igual forma la hipótesis estadística alternativa y conservar la hipótesis estadística nula.

VII. RECOMENDACIONES

1. Sensibilizar al personal médico con referente a los diversos factores que influyen en el comportamiento de los soldados según el apoyo social que en su mayoría se percibe como deficiente.
2. Desarrollar talleres de habilidades sociales para los soldados y así puedan tener mayores herramientas de comunicación con sus médicos tratantes.
3. Generar espacios de recreación entre los mismos pacientes y así poder controlar diversos pensamientos o sensaciones de inestabilidad manteniéndolos ocupados.
4. Realizar sesiones individuales y grupales de juego de roles durante las postulaciones para identificar el perfil de cada postulante y poder determinar su permanencia en las fuerzas armadas.

VIII. REFERENCIAS

- Ahumada, Del Castillo, Muñoz y Moruno (2005). *Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria*. Sociedad Analuza de Medicina Familiar y Comunitaria. <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf>
- Azcarate, E. Hernández, I. y Guzmán, M. (2014). Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. *Atención Familiar*, 21(3), 83-85
- Baca, D. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista de Investigación en Psicología*, 19(1), 177–190.
- Bowling, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Fam Practice*, 8(1), 68-83. Recuperado de Apoyo social Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica, 2013.
- Casanova, J. (2015). *Factores asociados en la percepción del médico sobre la relación médico-paciente Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins*. [Tesis doctoral]. Universidad de San Martín de Porres.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. Recuperado de Apoyo social Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica, 2013.
- Concha (2014). *Depresión y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica estadio V en programa de hemodiálisis, Hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima*. [Tesis de pregrado]. Universidad Católica de Santa María.

- Crawshaw, R. (1995). *Patient-Physicianconvenant. Police Perspectives.*
<http://files.sld.cu/reveducmedica/files/2011/05/29-tesis-ariel-calderon-rodriguez.pdf>
- Díaz (2011). *Relación entre la satisfacción del usuario y la calidad de la comunicación médico-paciente en el Centro de Salud de Conocoto.* [Tesis para optar por el título de Diplomado de Gerencia y Calidad en servicios de Salud]. Universidad Técnica Particular de Loja.
- Fachado, A., Menéndez, M., & González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria*, 19(2), 118-123.
http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_3.pdf
- Farías, P., Tifner, S. y Tapia, M. (2017). Evaluación de la relación Médico-Paciente (RMP) en una población de San Juan. *Revista de Salud Pública*, 21(3), 45-53
- House, J. (1981). *Work stress and social support. Massachusetts.* Addison-Wesley.
- Instituto especializado de salud mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2002). *Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental.*
<http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2002-ASM-EESM-M/files/res/downloads/book.pdf>
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J. y Aguirre, D. (2011). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150
- Mendoza, C., Ramos, C. y Gutiérrez, E. (2014). Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horiz Med*, 16(1), 14-19. <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v16n1/a03v16n1.pdf>

- Mingote Adán, J., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez Carvajal, R. Gálvez Herrer, M. y Ruiz-López, P. (2008). Validación psicométrica de la versión española del cuestionario de relaciones médico-paciente (CREM-P). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(2), 94-100
- Océano (2008). *Manual de la enfermería/Centrum Nueva Edición*. Editorial Océano.
- Organización mundial de la salud (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión 400%*.
World Health Organization
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Ramos (2008). *Percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios externos del Departamento de Medicina del Hospital Carrión, Callao*. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Rodríguez, M. (2008). *Relación médico-paciente*. Editorial Ciencias Médicas.
- Salazar, C. (2015). *Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima*. [Tesis para obtener el título de Médico Cirujano]. Universidad Ricardo Palma.
- Schlatter (2003). *La ansiedad: Un enemigo sin rostro*. Editorial EUNSA.
- Sherbourne, C. & Stewart, A. (1991). *The MOS Social Support Survey*.
<http://cmcd.sph.umich.edu/assets/files/Repository/Women%20Take%20Pride/The%20MOS%20Social%20Support%20Survey.pdf>
- Spielberger, C. & Díaz, R. (1975). *Inventario de ansiedad, rasgo-estado IDARE*. Librería Interacadémica.
- Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Social Behav.*, 23(2), 145-159.

Recuperado de Apoyo social Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica, 2013.

Tobal y Cano, A. (2008). Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: El componente metacognitivo. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 305-319. Recuperado de https://webs.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento_cognitivo-conductual_caso_trastorno_ansiedad_generalizada.pdf

Valdivia (2016). *Influencia de la información preoperatoria en el grupo de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa, diciembre 2015 - Febrero 2016*. [Tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano]. Universidad Católica de Santa María.

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, mayor de edad, de años, manifiesto que he sido informado/a sobre el estudio que lleva por título: “Apoyo social, relación médico-paciente y ansiedad en pacientes de larga estancia hospitalaria del HMC” de la alumna Sabrina Giovvana Rocha Manco, estudiante de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

1. He recibido suficiente información sobre el estudio.
2. He podido hacer todas las preguntas que he creído conveniente sobre el estudio y se me han respondido satisfactoriamente.
3. Comprendo que mi participación es voluntaria.
4. Comprendo que puedo retirarme del estudio y revocar este consentimiento:
 - a. Cuando quiera
 - b. Sin tener que dar explicaciones y sin que tenga ninguna consecuencia de ningún tipo.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y que mis datos nunca serán transmitidos a terceras personas o instituciones.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este estudio, para cubrir los objetivos especificados.

Firma del participante

Anexo B

Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente

Autores: Mingote Adán, Moreno-Jiménez, Rodríguez Carvajal, Gálvez Herrer y Ruiz-López

Adaptado: Van der Feliz-Cornelis, Van Oppen, Van Marwijk, De Beurs y Van Dyck

Edad: Sexo: Tiempo Hospitalizado: Grado:

Lea cada ítem y marque con una "X" con el que se sienta más identificado, teniendo en consideración el significado de cada una de las opciones.

Totalmente en desacuerdo: TD
 En desacuerdo: D
 Levemente en desacuerdo: LD
 Levemente de acuerdo: LA
 De acuerdo: A
 Totalmente de acuerdo: TA

Nº	ÍTEMS	TD	D	LD	LA	A	TA
1	Mi médico me entiende						
2	Confío en mi médico						
3	Mi médico se esfuerza en ayudarme						
4	Puedo hablar con mi médico						
5	Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico						
6	Mi médico me ayuda						
7	Mi médico me dedica suficiente tiempo						
8	El tratamiento que me ha puesto mi médico me está beneficiando						
9	Estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas						
10	Encuentro a mi médico muy accesible						
11	Gracias a mi médico me encuentro mejor						
12	Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud						
13	Ahora controlo mejor mis síntomas (aunque vea menos al médico)						

Anexo C

Cuestionario de Apoyo Social MOS

Autores: Sherbourne y Stewart

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que usted dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y pueda hablar acerca de todo lo que se le ocurra)

Escriba el n°. de amigos íntimos y familiares cercanos:

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con una "X" la alternativa con la que mejor se identifique

N°	Frases	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3	Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
4	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
6	Alguien que le muestre amor y afecto					
7	Alguien con quién pasar un buen rato					
8	Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
9	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10	Alguien que le abrace					
11	Alguien con quien pueda relajarse					
12	Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13	Alguien cuyo consejo realmente desee					
14	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15	Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
16	Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17	Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18	Alguien con quién divertirse					
19	Alguien que comprenda sus problemas					
20	Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido					

Anexo D

Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE)

Autores: Spielberger, Gorsuch y Lushene

Adaptado: Rojas

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describir aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique cómo se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

Nº	VIVENCIAS	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contraído				
5	Me siento a gusto				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8	Me siento descansado				
9	Me siento ansioso				
10	Me siento cómodo				
11	Me siento con confianza en mí mismo				
12	Me siento nervioso				
13	Estoy agitado				
14	Me siento a punto de explotar				
15	Me siento relajado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento muy preocupado y aturdido				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				
21	Me siento mal				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecer ser				
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme				
26	Me siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mí mismo				
33	Me siento seguro				
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico				
36	Me siento satisfecho				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y altero				