

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Ansiedad y afrontamiento en pacientes adolescentes de traumatología

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORA

Camila Coloma López

ASESORA

Ana Vanessa Lostaunau Calero

Lima, setiembre, 2020

Resumen

Ansiedad y afrontamiento en pacientes adolescentes de Traumatología

En el área de Traumatología, los pacientes que sufren fracturas y requieran ser intervenidos quirúrgicamente, pueden presentar manifestaciones como la ansiedad, lo cual podría aumentar la percepción del dolor postoperatorio, y resultar en una estancia hospitalaria y recuperación más larga y difícil. Si los pacientes utilizan un afrontamiento adaptativo ante la hospitalización e intervención quirúrgica, los niveles de ansiedad podrían disminuir. La presente investigación tiene como objetivo principal analizar la relación entre ansiedad y afrontamiento en un grupo de 36 adolescentes entre 10 y 19 años hospitalizados y en consulta externa en el área de Traumatología de tres hospitales de Lima Metropolitana. Para ello, los instrumentos utilizados son el Inventario de autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en niños (STAIC) en la versión española de Seisdedos (1989) y la Escala de Afrontamiento para adolescentes (ACS) en la versión española de Pereña y Seisdedos (1997). Los resultados mostraron correlaciones inversas y significativas entre ansiedad estado y el estilo referencia a los otros ($r=-.331$, $p<0.01$), y la estrategia acción social ($r=-.439$, $p<0.05$), al igual que entre ansiedad estado/rasgo y la estrategia fijarse en lo positivo ($r=-.349$, $p<0.01$), ($r=-.359$, $p<0.01$) respectivamente. Por último, se halló una correlación directa y significativa entre ansiedad rasgo y el estilo de afrontamiento no productivo ($r=.681$, $p<0.05$), la estrategia reservarlo para sí ($r=.391$, $p<0.01$), y la estrategia autoinculparse ($r=.557$, $p<0.05$).

Palabras claves: Adolescencia, Ansiedad, Afrontamiento, Traumatología.

Abstract

Anxiety and coping in adolescent patients from Traumatology

In the area of Traumatology, patients who suffer fractures and require surgical intervention may present manifestations such as anxiety, which could increase the perception of postoperative pain, and result in a longer and more difficult hospital stay and recovery. If patients use adaptive coping strategies during hospitalization and surgical intervention, anxiety levels may decrease. The objective of this research is to analyze the relationship between anxiety and coping in a group of 36 adolescents between 10 and 19 years hospitalized and outpatient consultation in the area of Traumatology of three Hospitals in Lima. The instruments administered are the State-Trait Anxiety Inventory for children (STAIC) in the Spanish version by Seisdedos (1989) and the Adolescents' Coping Scale (ACS) in the adapted version of Pereña and Seisdedos (1997). The results showed inverse and significant correlations between state anxiety and the reference to others style ($r=-.331$, $p<0.01$), and social action strategy ($r=-.439$, $p<0.05$), as well as state/trait anxiety and focus on the positive strategy ($r=-.349$, $p<0.01$), ($r=-.359$, $p<0.01$) respectively. Finally, a direct and significant correlation between trait anxiety and non-productive coping style ($r=.681$, $p<0.05$), and keep to self-strategy ($r=.391$, $p<0.01$), and self-blame strategy ($r=.557$, $p<0.05$).

Keywords: Adolescence, Anxiety, Coping, Traumatology.

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Medición	12
Procedimiento	15
Análisis de datos	16
Resultados	17
Discusión	23
Referencias	33
Apéndices	41
Apéndice A: Consentimiento informado	41
Apéndice B: Asentimiento informado	42
Apéndice C: Ficha sociodemográfica	43
Apéndice D: Características del grupo de participantes	45

Introducción

La adolescencia según la Organización Mundial de la Salud (s.f.), es el periodo de crecimiento y desarrollo humano entre los 10 y 19 años que comprende dos etapas: la adolescencia temprana (10-14 años) y la adolescencia tardía (15-19 años). La adolescencia supone un periodo de transición de la infancia a la adultez, en donde se enfrentan una serie de desafíos como cambios físicos, cognitivos y sociales (Hidalgo Vicario, 2014; Salotti, 2006).

La adolescencia temprana, se caracteriza por la manifestación y preocupación por los cambios físicos, los cuales pueden ser motivo de ansiedad y/o entusiasmo para los adolescentes (Unicef, 2011). Además, comienza la curiosidad sexual, la búsqueda de autonomía e independencia, y son habituales los cambios en la conducta y emotividad; en cambio en la etapa de la adolescencia tardía, la dependencia afectiva de los padres se traslada a los pares, el adolescente va construyendo la identidad, y debe tomar decisiones en el ámbito educacional y ocupacional (Pineda Pérez & Aliño Santiago, 2002).

La adolescencia supone un periodo de vulnerabilidad y riesgos, en donde la mayoría de los problemas de salud son consecuencia de los comportamientos iniciados en esta edad, como por ejemplo las lesiones, accidentes, violencia, consumo de alcohol y drogas, conductas sexuales de riesgo, entre otras; que posteriormente tienen efectos negativos en su vida (Organización Mundial de la Salud, 2015; Hidalgo Vicario, 2014), y en ocasiones requieren hospitalización.

En esta etapa del desarrollo, existen distintas habilidades y herramientas que influyen y facilitan la forma como los adolescentes reaccionan a la hospitalización. El desarrollo cognitivo, por un lado, permite entender la situación que están viviendo y mostrar preocupaciones en relación a ésta, y por otro lado, el desarrollo socio emocional facilita la resiliencia ante el proceso de hospitalización (García & De la Barra, 2005).

No obstante, la literatura reporta que los adolescentes suelen vivir el proceso de la hospitalización como un evento amenazante, ya que durante ese tiempo, dependen de gran medida de los adultos, quienes suelen hacerles preguntas acerca de su cuerpo que puede resultarles incómodas (Alaya, 2015; García y De la Barra, 2005; Ullán de la Fuente, González Celador & Manzanera, 2010). En esta etapa, la imagen del cuerpo cobra gran

importancia, por lo que un cambio físico puede influenciar en la autoestima y autoconfianza, produciendo pesimismo y ansiedad (Bonilla Carrasco & Solano Ruiz, 2016).

De igual manera, los adolescentes hospitalizados deben adaptarse a nuevas costumbres, como el tipo de alimentación, horarios y medicamentos. A su vez, la separación de su entorno familiar y social, y ausentarse al colegio por un periodo de tiempo, es particularmente difícil en esta etapa en donde están buscando pertenecer a un grupo (Alaya, 2015; Ullán de la Fuente et al., 2010). Por otro lado, la incertidumbre de desconocer el proceso para su recuperación, y el tiempo de la estadía en el hospital, puede producir niveles de ansiedad en esta población, que se manifiesta en “cambios fisiológicos y psicológicos, como falta de sueño, irritabilidad, problemas alimentarios y dolores somáticos” (Alava Muñoz, 2015).

Dichos niveles de ansiedad se podrían intensificar si existe la presencia de limitaciones físicas y/o de desplazamiento, como suele ocurrir en el área de Traumatología, en donde los pacientes tienen cierta vulnerabilidad por la incapacidad de moverse (Alaya, 2015), y por las intervenciones quirúrgicas que frecuentemente deben realizarles (Alaya, 2015; Garcés Mejía, 2011).

En el área de Traumatología, los pacientes que sufren fracturas deben viajar al hospital y tolerar un tiempo de espera, luego son intervenidos para inmovilizarlos. Ello suele producir un dolor agudo e intenso, tanto cuando ingresan por emergencias como en el proceso posquirúrgico (Calero Romero, Palacios Viera & Ramírez Ramírez, 2016; Fuentes-Losada, Vergara-Amador & Laverde-Cortina, 2016; Puebla Díaz, 2005), en donde el dolor se podría intensificar debido a lesiones músculo-esqueléticas y tisulares (Nuche-Cabrera, 2009).

Investigaciones con pacientes hospitalizados como el de Alaya (2015) con una población entre 19 y 50 años, ingresados en el área de Traumatología en Ecuador, de los cuales el 40.54% tiene entre 19 y 29 años, muestra que entre la primera y segunda semana de hospitalización se producen mayores niveles de ansiedad. Cabe recalcar que, si bien se trata de una población adulta, y las respuestas emocionales por etapa de vida son distintas, los adolescentes se encuentran expuestos a las mismas condiciones hospitalarias que la población del estudio manifestó que percibe como negativas, tal como el desconocimiento del tiempo que estarán hospitalizados, la lejanía con sus familiares, y la postergación de las cirugías.

En la misma línea, el estudio de Aguilera Pérez y Whetsell (2007) en México, utilizó una muestra de pacientes pediátricos hospitalizados para recibir tratamiento médico o

quirúrgico. Para evaluar las diferencias en los niveles de ansiedad antes, durante y después de la hospitalización, se utilizó el instrumento STAIC, encontrando diferencias significativas en la ansiedad a través del tiempo, presentándose mayores puntajes de ansiedad durante doce horas después del ingreso al hospital y menor puntuación diez días después de salir de alta. Los autores explican que la disminución de ansiedad después del egreso se podría deber a que el paciente se siente más cómodo y seguro en casa ya que posee un mayor control del ambiente.

A nivel mundial, los traumatismos son una causa importante de morbilidad y mortalidad (García-Miranda, Guevara-López, Serratos-Vázquez, Roa-Aguirre & Rivera-Saldívar, 2012). En el caso de los adolescentes de 10 a 19 años, a nivel mundial, los traumatismos causados por accidentes de tránsito representan la primera causa de mortalidad (Organización Mundial de la Salud, 2010). Por otro lado, en el contexto peruano, las lesiones causadas por accidentes de tránsito son causa de un alto número de fallecimientos, representando la segunda causa de muerte en personas de 15 a 44 años, y la tercera causa en niños y adolescentes de 5 a 14 (Ministerio de Salud, 2013).

Además, los traumatismos son una de las principales causas de morbilidad y discapacidad en los adolescentes de todo el mundo, motivo por el cual requieren hospitalización (Organización Mundial de la Salud, 2015, 2018).

En el Perú, en el 2012 se atendió 961 casos de traumatismos de la cabeza, 601 pacientes con traumatismos del antebrazo y codo y 552 con traumatismos de la rodilla y pierna, únicamente en la población adolescente (Ministerio de Salud, 2012). Concretamente, entre los hombres adolescentes, la primera causa de hospitalización son los traumatismos, representando el 25.8% del total de hospitalizaciones en el 2010 y el 23.2% en el 2015 (Ministerio de Salud, 2017).

Entre los principales estudios en el área de Traumatología en el Perú, se encuentra el de Agramonte Caballero (2002), quien utilizó una muestra de 883 pacientes de 0 a 14 años de edad, en donde aproximadamente 50 pacientes son adolescentes de 11-14 años, hospitalizados por traumatismos en el Instituto Nacional de Salud del Niño. Se encontró que el motivo de lesión más frecuente fue producido por caídas (71,12%) y seguido por accidentes de tránsito (19,12%). El traumatismo más común fue de tipo cerrado en 96,72% de los pacientes y solo de tipo abierto en 3,28% de ellos. La parte del cuerpo más afectada fue el cráneo (57,26%), seguido por el traumatismo músculo-esquelético (33,52%), traumatismo facial (4,95%), traumatismo abdominal cerrado (2,7%), diez pacientes con traumatismo perineal y cuatro pacientes con traumatismo torácico.

Asimismo en el Perú, Bambaren Alatrística (2004), realizó un estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, sobre las lesiones producidas por accidentes de tránsito en 2,001 pacientes, de los cuales 170 (8.5%) pasaron a sala de operaciones o fueron hospitalizados. Las edades oscilaron entre 1-87 años, y los niños y adolescentes representaron el 33.23% de la muestra. Se encontró en todos los participantes, que la segunda región más afectada fue la de extremidades y pelvis, y la lesión más frecuente fue la fractura con un total de 74% de las lesiones.

La Traumatología es la especialidad médica que estudia las lesiones de origen traumático del aparato locomotor, sistema músculo esquelético y lesiones craneoencefálicas (Firpo, 2010; Garcés Mejía, 2011; Muñoz-Céspedes, Paúl-Lapedriza, Pelegrín-Valero & Tirapu-Ustarroz, 2001), que pueden incluir fracturas, contusiones, esguinces, luxación, lesión tendinosa o muscular, y heridas en general. Comprende además el estudio de enfermedades congénitas o adquiridas; y en casos muy graves de traumatismos, se puede producir osteomielitis y amputaciones (Firpo, 2010; Garcés Mejía, 2011).

Las fracturas son comunes en los pacientes de edad pediátrica, los reportes indican que 1/3 de ellos sufre al menos una fractura antes de los 17 años de edad, representando un problema para la salud pública (Cooper, Dennison, Leufkens, Bishop & van Staa, 2004). Éstas se pueden clasificar según su etiología, localización en el hueso, por su patogenia, por el trazo, por el número de fragmentos, y según exista o no exposición. Su tratamiento puede ser de tres tipos: por reducción, que es la corrección de los desplazamientos, que incluyen intervenciones quirúrgicas; la inmovilización, utilizando yesos o vendas; la rehabilitación y fisioterapia, según su gravedad (Firpo, 2010).

Las fracturas ortopédicas y las luxaciones se encuentran dentro de las emergencias pediátricas más dolorosas (Kennedy, Luhmann & Luhmann, 2004). Por este motivo, los pacientes que ingresan al área de Traumatología pueden presentar reacciones de “estrés post-lesión, tal como pesadillas, inquietud, falta de sueño, trastornos alimenticios, miedo, ira, ansiedad y depresión” sobre todo si la hospitalización se debe a un accidente automovilístico o caída (Wu, Zhang, Cheng, Lin & Wang, 2017).

Asimismo, se ha encontrado que los pacientes con fracturas que requieran ser intervenidos quirúrgicamente, podrían presentar reacciones o manifestaciones como la inseguridad, el miedo, la agitación y la ansiedad (Carapia-Sadurni, Mejía-Terrazas, Nacif-Gobera & Hernández-Ordóñez, 2011; de la Paz-Estrada, Prego-Beltrán y Barzaga-Hernández, 2006), lo que puede producir efectos negativos durante el proceso quirúrgico, tal como desórdenes intestinales, perturbaciones del sueño, palpitaciones, tensión muscular,

entre otras (de la Paz-Estrada et al., 2006).

La ansiedad es un patrón frecuente en una intervención pre quirúrgica en pacientes hospitalizados (Alava Muñoz, 2015; Chirveches et al., 2006; de la Paz-Estrada et al., 2006; Díez-Álvarez et al., 2012; Barrilero Gómez et al., 1998), que aparece sobre todo cuando el paciente no ha sido operado anteriormente, desconociendo lo que ocurre durante el proceso (Díez-Álvarez et al., 2012). En el caso de los adolescentes, los temores principales son perder el autocontrol por efecto de los medicamentos, temor de los resultados de la operación y las secuelas en la figura corporal, y temor a morir o despertar durante la anestesia (Campos Gutiérrez, Bernal Stoopan & Bolaños, 2011).

Los niveles de ansiedad también pueden tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica como por ejemplo, una mayor necesidad de analgésicos por un aumento del dolor, lo que conlleva a un incremento en la recuperación y estancia hospitalaria (Chirveches et al., 2006; Barrilero Gómez et al., 1998; Moix, 1994).

La ansiedad puede ser experimentada por todas las personas en diferentes grados, considerándose una respuesta adaptativa y una reacción emocional que tiene que ver con el hecho de sentirse en riesgo (Banda González, Maldonado Guzmán, Ibarra González & Martínez Hernández, 2011). Spielberger (1966, 1972), define la ansiedad de dos maneras: la ansiedad estado, se refiere a un estado emocional temporal, en donde la persona puede expresar una reacción de ansiedad por un periodo de tiempo, presentándose cambios fisiológicos y conductuales; y ansiedad rasgo, que se define como una característica de personalidad relativamente estable en el tiempo, en donde los sujetos son más propensos a sufrir estados de ansiedad.

Asimismo, existen diferencias significativas según sexo en la propensión a la ansiedad. Diversos estudios coinciden en que las mujeres adolescentes presentan mayores niveles de ansiedad que los hombres (Matud Anzar, Díaz, Aguilera Ávila, Rodríguez & Matud Anzar, 2003; Orgilés, Méndez, Carballo & Piqueras, 2012), lo cual se puede deber tanto a factores biológicos como psicosociales. Además, el sexo no solo influye en la prevalencia de los trastornos mentales como la ansiedad, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, la voluntad para pedir asistencia médica o psicológica, el proceso de la enfermedad, y la respuesta al tratamiento (Phillips & First, 2009; Wisner & Dolan-Sewell, 2009 citado por Arenas & Puigcerver, 2009).

Entre los estudios más relevantes sobre ansiedad en un contexto hospitalario, se encuentra el de Banda González et al., en el 2011, quienes obtuvieron una muestra de 80 pacientes hospitalizados entre 7 a 15 años, en donde el 42.5% corresponde al grupo de 13 a

15 años, de dos Instituciones de Salud en una ciudad de México. El objetivo fue medir la ansiedad rasgo/estado experimentada por los niños y adolescentes hospitalizados.

Para ello, se utilizó el instrumento STAIC, encontrando que el principal motivo de ingreso en ambos hospitales fue de tipo quirúrgico en general (48.8%), y en tercer lugar por Traumatología (22.5%). En la primera Institución, del total de 40 pacientes, se observa que el 38.2% presentó niveles de ansiedad-estado bajo y el 32.5% ansiedad-rasgo medio. En la segunda Institución, del total de 40 pacientes, el 29.4% mostró ansiedad-estado medio, y 60% mostró ansiedad-rasgo alto (30%) y ansiedad-rasgo medio (30%). Los ítems más significativos fueron los de ansiedad-rasgo, lo cual según los autores se podría entender como “la expresión de la inadecuación de los pacientes al entorno hospitalario” (Banda González et al., 2011).

Asimismo, el estudio de Jiménez Sarango (2014), tuvo como objetivo identificar los niveles de ansiedad en 52 pacientes de 6 a 14 años, de los cuales el 46% tiene entre 10 y 14, que han sufrido fracturas y serán intervenidos quirúrgicamente en el Área de Traumatología en un hospital de Ecuador. Se utilizó el test de ansiedad “lo que pienso y siento (CMAS-R)”, y se encontró que el 54% de los pacientes presentó ansiedad fisiológica, el 27% mostró inquietud/hipersensibilidad, y el 19% restante preocupaciones sociales y de concentración.

Frente a las diversas situaciones que pueden causar niveles de ansiedad en los adolescentes durante la hospitalización, se ha encontrado que estos suelen reaccionar de diferentes formas utilizando sus capacidades para afrontar los problemas mencionados. Algunos pacientes adoptan “conductas de retraimiento, ensimismamiento y aislamiento”, como un mecanismo de afrontamiento para evitar el estrés hospitalario. Otros pacientes, en cambio, tienen conductas rebeldes, en donde rechazan el tratamiento, los horarios y las normas del hospital (Velásquez Aguilar, 2014).

En el caso de los adolescentes, la respuesta emocional y la forma de afrontar la enfermedad están relacionadas con el “apoyo familiar y social, el funcionamiento familiar, el estilo de afrontamiento de los padres y las características personales” del paciente, así como el “tipo de enfermedad y su pronóstico, la etapa del tratamiento y su eficacia” (Flores-Carvajal & Urzúa, 2015).

En ese sentido, si dichas situaciones de vida estresantes no son afrontadas de una manera adecuada, se pueden producir consecuencias negativas como alteraciones emocionales y comportamientos inadecuados a corto, mediano y largo plazo. Al igual que dificultades en la adherencia al tratamiento, especialmente en los tratamientos que se relacionan con cambios en la apariencia física (Flores-Carvajal & Urzúa, 2015).

Frydenberg y Lewis (1994, 1999), definen el afrontamiento como las estrategias conductuales y cognitivas utilizadas para enfrentar las demandas de la vida y obtener una adaptación efectiva. Algunas de las acciones buscan cambiar estas demandas resolviendo el problema, otras ayudan a adaptarse, como ilusionarse, y otras muestran la incapacidad para resolverla, como desesperarse o enfermarse (Frydenberg & Lewis, 1999).

Diversos estudios han encontrado diferencias según sexo en el uso de estrategias de afrontamiento durante el periodo adolescente. En el caso de los hombres, tienden a utilizar con mayor frecuencia las estrategias de búsqueda de diversiones relajantes y la distracción física (Frydenberg & Lewis, 1999; Martín Seoane, Lucas Molina & Pulido Valero, 2011). Asimismo, son alentados socialmente a reprimir sus emociones y desarrollar su autonomía, y utilizan estrategias evitativas de afrontamiento como ignorar el problema (Martín Seoane, et al., 2011; Martínez Uribe & Morote Ríos, 2001)

En contraste, las mujeres recurren más a las estrategias de búsqueda de apoyo social y se concentran en resolver el problema (Frydenberg, 2008; Martín Seoane et al., 2011; Martínez Uribe & Morote Ríos, 2001; Scafarelli & García, 2010). Además, presentan mayor “apertura social y familiar hacia la expresión de sentimientos y la comunicación” (Martínez Uribe & Morote Ríos, 2001), y suelen acudir más a la religión que los hombres (Cassaretto, Chau, Oblitas, & Valdez, 2003).

Asimismo, existen contradicciones en las investigaciones sobre el uso de afrontamiento según la edad. Algunos autores señalan que los adolescentes más jóvenes utilizan con mayor continuidad estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, en donde buscan reducir la tensión por medio de la regulación emocional, y los mayores recurren a estrategias centradas en resolver el problema (Estévez Campos, Oliva Delgado & Parra Jiménez, 2012; González Barrón, Montoya Castilla, Casullo & Bernabéu Verdú, 2002). Por el contrario, otros autores mencionan que a medida que la edad aumenta, los adolescentes utilizan más el afrontamiento centrado en la emoción (Compas, Orosan & Grant, 1993) así como el estilo improductivo (Frydenberg & Lewis, 1993; Kirchner, Forns, Amador & Muñoz, 2010).

Entre los principales estudios de afrontamiento en adolescentes en contextos de salud, se encuentra el de Spirito, Stark y Tyc (1994), quienes compararon los factores de estrés así como las estrategias de afrontamiento que más utilizaron los pacientes hospitalizados con una enfermedad crónica (54 pacientes entre 7 y 17 años) versus los pacientes con una lesión aguda (71 pacientes entre 7 y 17 años), incluyendo fracturas óseas (15), esguinces graves (15), traumatismo craneal leve (8), apendicitis (7), dolor abdominal

intenso (2), y otros problemas agudos que requirieron hospitalización (24).

Se encontró con respecto a las estrategias de afrontamiento, que los adolescentes en el estudio son más propensos a utilizar estrategias cognitivas, como por ejemplo, buscar resolver el problema y la resignación. En cuanto a los adolescentes con una lesión aguda, utilizaron la estrategia de autoinculparse con mayor frecuencia que los pacientes con una enfermedad crónica, lo cual se puede deber a que estos pacientes obtuvieron lesiones debido a su comportamiento (Spirito et al., 1994).

Asimismo, Sousa Figueiredo, Sequeira Almeida, Oliveira Santos y Fontoura Carneiro (2015), realizaron un estudio en Portugal, en donde se utilizó una muestra de doce adolescentes entre 12 y 17 años, hospitalizados por más de 72 horas en todas las especialidades médicas, para conocer las experiencias de los adolescentes durante la hospitalización e identificar el uso de las estrategias de afrontamiento. Se encontró que utilizaron estrategias centradas en la resolución de problemas, en donde se esforzaron por sentirse bien, pensar positivo, usar estrategias para reducir el dolor, y estar de buen humor. Por otro lado, utilizaron estrategias para ignorar el problema, como no hacer nada sobre la situación, y tratar de no pensar en ello.

Adicional a los estudios de estrategias de afrontamiento en contextos hospitalarios, se ha estudiado su relación con la ansiedad. Por ejemplo, el estudio de Narváz Zambrano en el 2015, en un Hospital Pediátrico de Ecuador, investigó el afrontamiento de temores (que incluye miedo a lo desconocido, a las heridas, al peligro, a la muerte y a los médicos), y la ansiedad estado/rasgo, en una población de 9 a 12 años, en donde el 55% son pacientes de 11-12 años, que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica debido a traumatismos (55%), incluyendo fracturas de miembros superiores e inferiores; y cirugías abdominales (45%). El 60% de pacientes, atravesaba su primera intervención/hospitalización y el 40% tenía experiencia de intervención/hospitalización, de los cuales el 30% había tenido una experiencia positiva, es decir a una adaptación adecuada a la hospitalización, y el 10% una experiencia negativa, el paciente no logró adaptarse y muestra una conducta de rechazo hacia la hospitalización.

Los resultados sugieren que los pacientes con experiencias previas positivas mostraron niveles de ansiedad rasgo/estado bajos y medios y utilizaron niveles altos de afrontamiento de temores. Aquellos con experiencias previas negativas, presentaron niveles medios y altos de ansiedad rasgo/estado utilizando niveles promedios de afrontamiento de temores. Los pacientes que pasaban por su primera experiencia en intervención/hospitalización, muestran niveles medios (66.7%) y altos (33.3%) en ansiedad

estado y niveles bajos (25%) y medios (75%) en ansiedad rasgo; así como niveles bajos (33.3%), medios (41,75%) y altos (25%) en el manejo de niveles de afrontamiento de temores (Narváez Zambrano, 2015).

Por otro lado, la ansiedad relacionada con el dolor, depende de la conciencia que tiene el paciente del nivel de amenaza representado por la lesión, así como de la elección de las estrategias de afrontamiento (Vranceanu et al., 2014). Las estrategias de afrontamiento, y la ansiedad por el dolor son respuestas protectoras comunes al dolor inicial (Keogh, Book, Thomas, Giddins & Eccleston, 2010) sin embargo, los pacientes que utilizan estrategias desadaptativas e ineficaces frente al dolor, suelen verse afectados por este y mantienen un estilo de vida más inactivo (Vranceanu et al., 2015). En ese sentido, las terapias cognitivas como la terapia de exposición y aceptación y la relajación podrían resultar efectivas para mejorar las estrategias de afrontamiento, reducir los síntomas prolongados y aumentar la actividad cuando se presentan lesiones (De, Vranceanu & Ring, 2013).

Lo descrito en el párrafo anterior, se puede observar en un estudio con 109 pacientes de 18 a 65 años programados para una intervención quirúrgica por fractura de mano en el área de traumatología en un Hospital de Corea, donde se encontró que las estrategias de afrontamiento desadaptativas en estos pacientes están asociadas con síntomas de dolor prolongados y rigidez en la mano debido a la restricción de actividad. Además, los resultados sugieren que la tendencia a percibir el dolor como algo “catastrófico”, es decir percibir de manera negativa y exagerada la experiencia del dolor y la ansiedad, se asocian con la incapacidad y rigidez para presionar con fuerza en el postoperatorio, incluso tres meses después de la cirugía. La ansiedad por sí sola se asocia con una disminución en la fuerza para presionar después de los seis meses de la cirugía (Roh, Noh, Oh, Gong & Baek, 2015).

A su vez, es importante mencionar que se han realizado diversas investigaciones que muestran que brindar información a los pacientes antes de una intervención quirúrgica, puede ayudar a reducir los niveles de la ansiedad que conlleva ese tipo de intervención (Bagés Fortacín et al., 2015; Díez-Álvarez et al., 2012; Jiménez Sarango, 2014). La eficacia de la información va a depender del estilo de afrontamiento que utiliza el paciente, puede producir efectos positivos en los pacientes que utilizan estilos activos de afrontamiento para resolver los problemas, y por el contrario efectos adversos para los que utilizan estilos evitativos (Moix, 1994).

En el estudio de Campos Gutiérrez et al. (2011), con pacientes de 4-15 años, se utilizó técnicas de afrontamiento, información y apoyo en la expresión de sentimientos, a través del Programa de Preparación Psicológica a la Cirugía (PPPC), encontrando que este Programa

proporciona beneficios emocionales al paciente, ya que podría disminuir los niveles de ansiedad postoperatorios y prevenir el desequilibrio emocional.

A pesar de que existen algunas investigaciones de ansiedad y afrontamiento por separado en contextos hospitalarios y específicamente en pacientes con fracturas en Traumatología, así como una investigación que relaciona ambas variables en pacientes de 18 años a más, no se han encontrado investigaciones que relacionen ambos constructos en población adolescente de 10 a 19 años que presenten fracturas y se encuentren en proceso pre y post quirúrgico en el área de Traumatología.

La carencia de investigaciones previas resalta la importancia de estudiar las variables de ansiedad y afrontamiento en población adolescente, ya que los hallazgos muestran que si los niveles de ansiedad del paciente antes de una intervención quirúrgica son intensos, la percepción del dolor postoperatorio puede aumentar, lo cual conlleva en una estancia hospitalaria y recuperación más larga y difícil, perjudicando tanto al paciente como al sistema de salud. No obstante, si los adolescentes utilizan un afrontamiento adaptativo ante la hospitalización e intervención quirúrgica, los niveles de ansiedad podrían disminuir, contribuyendo de manera positiva en su salud y bienestar (Bagés Fortacín et al., 2015; Carapia-Sadurni et al., 2011; Chirveches et al., 2006; Barrilero Gómez et al., 1998; Díez-Álvarez et al., 2012; Jiménez Sarango, 2014; Moix, 1994; Narváez Zambrano, 2015).

En ese sentido, la presente investigación constituye una primera aproximación en el tema de adolescentes en el área de traumatología, que busca que posteriores estudios puedan ampliar y profundizar al respecto. A partir de lo planteado, el objetivo principal del estudio es analizar la relación entre la ansiedad rasgo/estado y los estilos y estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes adolescentes hospitalizados y que acuden a consulta externa que presenten o hayan presentado una fractura y se encuentren en un proceso pre o post quirúrgico en el área de Traumatología de tres hospitales de Lima. Asimismo, como objetivos específicos se analizará las diferencias entre ambas variables psicológicas y los datos sociodemográficos edad y sexo; y los datos clínicos tiempo de hospitalización, motivo de fractura, intervención pre y post quirúrgica, nivel de dolor y área de evaluación.

Método

Participantes

El grupo de participantes está conformado por pacientes con fractura en uno de los miembros superiores o inferiores, que se encuentran hospitalizados en proceso pre o post quirúrgico y que acuden a consulta externa para controles post quirúrgicos en el área de Traumatología de tres hospitales de Lima Metropolitana. La participación se realizó con los pacientes que presentaron únicamente una fractura en uno de los miembros superiores o inferiores y que requirieron una intervención quirúrgica. Se excluyeron a los pacientes con luxaciones, esguinces, contusiones, lesiones tendinosas o musculares y heridas; así como traumatismos encéfalo craneanos y de columna vertebral; a los pacientes sometidos a una amputación, y aquellos que no presentaron escolaridad.

Los participantes fueron 36 adolescentes, cuyas edades fluctúan entre los 10 y 19 años de edad ($M=15.64$; $DE=2.87$). El 33.3% de ellos tiene entre 10 a 14 años y el 66.7% entre 15 a 19 años. La mayoría de los participantes es de sexo masculino (69.4%), proviene de Lima (63.9%) y el resto de provincia (36.1%). El mayor porcentaje estudia en el colegio (52.8%), y en una Institución superior (47.2%). En cuanto al nivel socio económico, el 33.3% pertenece al nivel D, 30.6% al nivel B, 13.9% al nivel C y 11.1% al nivel A y E (Apéndice D).

El 63.9% de pacientes se encuentran hospitalizados de 1 a 5 días (19.4%), y de 11 a 15 días (19.4%), de 6 a 10 días (13.9%), y de uno a tres meses (11.1%). El resto de pacientes acude a consulta externa (36.1%) y fueron dados de alta hace 2 a 3 días (21.2%), y hace 5 a 8 días (18.2%) (Apéndice D).

En cuanto a las fracturas, se encontró que la más común fue de tipo cerrado (91.7%), situada en uno de los miembros inferior (58.3%) y superior (41.7%). El motivo de fractura más común fueron las caídas (61.1%), practicando algún deporte (30.6%), y por un accidente de tránsito (8.3%). Asimismo, el 83.3% reportó no haber presentado anteriormente una fractura o una intervención quirúrgica (83.3%), y la mayoría se encontraba hospitalizado por primera vez (80.6%). A su vez, la mayoría de pacientes se encontraba en el proceso post quirúrgico (66.7%) y en el proceso pre quirúrgico (33.3%) (Apéndice D).

En la escala de nivel de dolor, el 27.8% reportó que “no duele”, 25% “duele poco”, 19.4% “duele un poco más”, 13.9% “duele más” y 13.9% “duele mucho”. Con respecto a la presencia de síntomas ansiosos, 44,4% no presentó ningún síntoma, y de aquellos que sí

manifestaron síntomas ansiosos, la mayoría presentó falta de sueño. Por último, el 69.4% de pacientes refiere que toma analgésicos actualmente y el 30.6% no toma ninguna medicación (Apéndice D).

Cabe resaltar que no se realizarán contrastes estadísticos entre las variables psicológicas con los datos clínicos número de hospitalización y tipo de fractura debido a la diferencia en el número de participantes entre cada grupo comparativo.

Medición

Para medir la variable Ansiedad se utilizó el Inventario *de Ansiedad Estado-Rasgo en niños* (STAIC), desarrollado por Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori y Platzek en 1973 en California, y adaptada al español por Seisdedos en 1989. Esta prueba tiene como objetivo medir dos dimensiones diferentes de la ansiedad: la Ansiedad-Estado (AE) y la Ansiedad-Rasgo (AR) en niños y adolescentes de 9 a 15 años (Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori & Platzek, 2009). Para la presente investigación, se utilizará la versión española de Seisdedos (1989).

La prueba STAIC ha sido medida en adolescentes por diferentes autores (Hoehn-Saric, Maisami & Wiegand, 1987; Strauss, Last, Hersen & Kazdin, 1988). Se ha sugerido que esta versión puede ser más útil en población adolescente, ya que podrían tener dificultad para entender el vocabulario de la versión STAI para adultos (Hoehn-Saric et al., 1987).

El STAIC está conformado por 40 ítems: la escala AE cuenta con 20 afirmaciones en las que se pide a los participantes responder cómo se sienten en una situación determinada, mediante una escala de tipo Likert de tres opciones del 1 al 3: 1. Nada; 2. Algo; 3. Mucho; y la escala AR consta de 20 afirmaciones en donde los sujetos responden cómo se sienten generalmente, a través de una escala de tipo Likert del 1 al 3: 1. Casi Nunca; 2. A veces; 3. A menudo (Spielberger et al., 2009).

Las respuestas pueden ser calificadas con uno a tres puntos, de acuerdo a la intensidad del síntoma presentado en cada ítem. La puntuación mínima de cada escala es de 20 puntos y la máxima de 60 puntos. A mayor puntaje obtenido, mayor es la ansiedad. Por otro lado, únicamente la escala Ansiedad Estado presenta ítems inversos (Spielberger et al., 2009).

Para calcular la validez de la prueba, se correlacionó el STAIC con otros inventarios de ansiedad como el CMAS (Children's Manifest Anxiety Scale for Children de Castañeda et al., 1956), y el GASC (General Anxiety Scale for Children de Saranson), en una población de 75 niños, encontrando una validez concurrente de .75 y .63 respectivamente en la escala de AR (Spielberger et al., 2009).

En lo que respecta a los análisis de confiabilidad de la prueba, se aplicó un análisis test-retest en una muestra de varones obteniéndose resultados de .31 para la escala de AE y .65 para AR; y en mujeres .47 para AE y .71 para AR. Además, los autores encontraron una consistencia interna alta en ambas escalas con un alfa de Cronbach de .82 para varones y .87 para mujeres en la escala AE, y coeficientes de .78 para varones y .81 para mujeres en la escala de AR (Spielberger et al., 2009).

En la adaptación española, se utilizó una muestra de 1013 niños y adolescentes, y se realizaron los análisis de confiabilidad a través del procedimiento pares-impares, obteniendo índices de .88 para varones y .90 para mujeres en la escala Ansiedad Estado, y de .83 para varones y .86 para mujeres en la escala de Ansiedad Rasgo (Seisdedos, 1989).

Para la presente investigación, se utilizará la versión española de Seisdedos (1989), ya que en el Perú, la versión española ha sido utilizada por González-Vigil Hertenberg (2008) en su estudio con 222 estudiantes de 10 a 12 años, en donde obtuvo una confiabilidad de .82 para la escala de AR. También, Céspedes Condoma (2015), en su investigación con 2,600 niños y adolescentes entre 8 y 15 años, obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de .85 para la escala AE y .81 para AR. Asimismo Idrogo Lozano (2015) en su estudio con 511 estudiantes entre 9 y 15 años, consiguió un alfa de .83 para AE y .81 para AR.

En el presente estudio, la escala de Ansiedad Estado obtuvo un alfa de Cronbach de .88 y la escala de Ansiedad Rasgo un alfa de Cronbach de .82.

Para medir el Afrontamiento se utilizará la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)* elaborada por Erica Frydenberg y Ramon Lewis en el año 1993 en Australia, adaptada en España por Pereña y Seisdedos en 1997. El objetivo de la prueba es evaluar los estilos y estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes entre 12 y 18 años (Frydenberg & Lewis, 1997). Para la presente investigación, se utilizará la versión española de Pereña y Seisdedos (1997).

Las autoras Frydenberg y Lewis (1997) desarrollaron dos versiones, una específica, y una general que evalúa cómo la persona afronta sus problemas de manera general. Este instrumento está compuesto por 80 ítems, 79 ítems cerrados y uno de tipo abierto, los cuales representan las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los adolescentes. Los 79 ítems cerrados se califican a través de una escala Likert de cinco puntos, en donde 1 es “no me ocurre nunca o no lo hago”, y 5 es “me ocurre o lo hago con mucha frecuencia”.

Los ítems se agrupan en 18 estrategias de afrontamiento y estos a su vez en tres estilos de afrontamiento. El primer estilo es resolver el problema, y comprende las estrategias concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, buscar

diversiones relajantes y distracción física. El segundo estilo es referencia a los otros, y comprende las estrategias buscar apoyo social, acción social, buscar apoyo espiritual, buscar ayuda profesional, invertir en amigos íntimos y buscar pertenencia. El último estilo se denomina afrontamiento no productivo y abarca las estrategias preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, ignorar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí y autoinculparse (Frydenberg & Lewis, 1997, 1999).

La validez y confiabilidad se obtuvieron mediante dos estudios, el primero con 643 estudiantes australianos, entre los 15 y 18 años; el segundo con 576 escolares, entre los 13 y 17 años (Frydenberg & Lewis, 1997). Con respecto a la validez, los autores realizaron tres análisis factoriales en cada grupo de ítems, usando las respuestas de los participantes de la muestra, a través del método de los componentes principales con rotación Oblícu Oblimin, encontrando que las 18 escalas obtuvieron validez de constructo, verificando la existencia de dichas dimensiones (Frydenberg & Lewis, 1997).

En cuanto a la confiabilidad, se realizó un análisis de correlación test-retest, en donde once ítems de la forma general y siete ítems de la forma específica no arrojaron correlaciones significativas. Sin embargo, se obtuvo en ambas aplicaciones respuestas alejadas en no más de un punto en el 70% de los participantes, por lo que se concluyó que todos los elementos cumplen las normas de estabilidad. Además, se halló que los coeficientes test-retest para las subescalas de la forma específica oscilaron entre .49 y .82 y los coeficientes de consistencia interna de Cronbach entre .62 y .87. En el caso de la forma general, los coeficientes test-retest variaron entre .50 y .84 y los coeficientes de consistencia interna entre .54 y .85 (Frydenberg & Lewis, 1997).

Pereña y Seisdedos (1997), adaptaron la prueba en una muestra española de 452 adolescentes entre 12 y 20 años. Para obtener la validez, se realizaron comparaciones de medias de los puntajes de adolescentes españoles y australianos, se analizaron las diferencias en las respuestas según el sexo, las correlaciones entre las escalas y un análisis factorial que confirmaron la validez de la prueba. En cuanto a la confiabilidad, se encontró una correlación test-retest de .68, y el alfa de Cronbach para las estrategias de afrontamiento fueron de .85 (buscar apoyo espiritual), .84 (buscar ayuda profesional), .80 (buscar apoyo social), .76 (autoinculparse), .74 (invertir en amigos íntimos), .73 (preocuparse), .72 (concentrarse en resolver el problema), .70 (reservarlo para sí), .70 (acción social), .69 (reducción de la tensión), .68 (esforzarse y tener éxito), .68 (ignorar el problema), .68 (fijarse en lo positivo), .67 (buscar pertenencia), .67 (hacerse ilusiones), .64 (distracción física), .58 (falta de afrontamiento), .54 (buscar diversiones relajantes) (Frydenberg & Lewis, 1997).

Para la presente investigación, se utilizará la Forma General en la versión española de Pereña y Seisdedos en 1997 debido a que se han realizado estudios previos en el Perú, obteniéndose adecuados niveles de confiabilidad. El estudio de Mikkelsen Ramella (2011) alcanzó un alfa de Cronbach de .82, .87, .85 para los estilos resolver el problema, referencia a los otros y afrontamiento no productivo, respectivamente, y coeficientes entre .53 para la estrategia reducción de la tensión y .83 para buscar ayuda profesional. Por su parte, Obando Castillo (2011) alcanzó coeficientes de Cronbach de .81, .89 y .87 para los estilos resolver el problema, referencia a los otros y afrontamiento no productivo, e índices entre .55 para la estrategia acción social y .76 para las estrategias buscar apoyo social, preocuparse y autoinculparse.

En el presente estudio, se obtuvo puntajes de alfa de Cronbach de .85, .83 y .76 para los estilos resolver el problema, referencia a los otros y afrontamiento no productivo. Además, índices de Cronbach para las estrategias de afrontamiento de .86 (buscar ayuda profesional), .85 (buscar apoyo social), .83 (autoinculparse), .82 (concentrarse en resolver el problema), .74 (distracción física), .65 (reservarlo para sí), .62 (ignorar el problema), .60 (invertir en amigos íntimos), .60 (acción social), .57 (fijarse en lo positivo), .57 (preocuparse), .51 (buscar diversiones relajantes), .49 (falta de afrontamiento), .48 (esforzarse y tener éxito), .47 (buscar apoyo espiritual), .47 (hacerse ilusiones), .46 (buscar pertenencia) y .36 (reducción de la tensión). Los puntajes menores a .50 no se tomarán en cuenta para la investigación debido a que muestran baja confiabilidad (Hinton, 2014).

Procedimiento

Para realizar la investigación, en primer lugar, se obtuvo el permiso de las autoridades competentes en los tres hospitales donde se realizó el estudio. En cada hospital, se coordinó con los jefes del área de traumatología los horarios adecuados para realizar la aplicación, y se brindó a la evaluadora una lista de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión de la investigación.

En segundo lugar, durante el horario acordado, los profesionales de salud verificaban que los pacientes estén lúcidos y se encuentren en esos momentos acompañados de algún familiar. Entonces, se invitaba a la evaluadora a ingresar a la sala, presentarse y explicar tanto al paciente como a los padres el objetivo de la investigación, recalando que es voluntaria, anónima y confidencial, que no se entregarán resultados y que el participante se puede retirar voluntariamente cuando lo requiera.

Al aceptar su participación, se les entregó a los padres y a los adolescentes mayores

de edad un consentimiento informado (Apéndice A) y a los menores de edad un asentimiento informado (Apéndice B). Luego, se procedió a tomar la ficha sociodemográfica (Apéndice C) y los dos instrumentos. La administración de las pruebas se realizó de manera individual y en un único momento, el tiempo de aplicación fue de aproximadamente 30 minutos con cada paciente.

Es importante recalcar que, considerando los aspectos éticos en una evaluación, aquellos pacientes que no se encontraban acompañados del padre/madre o tutor(a), no participaron de la investigación. Además, durante la aplicación, se observó que los participantes de menor edad se cansaron a la hora de resolver la prueba de afrontamiento. Cuando esto sucedió, se les brindó un tiempo de descanso y se les preguntó si deseaban continuar. En todos los casos, los adolescentes aceptaron continuar y completaron la prueba.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 23. Primero, se llevó a cabo el análisis de la normalidad a través de las pruebas de normalidad de Shapiro-Wilk. Asimismo, se midió la asimetría y curtosis para identificar la magnitud de la distribución, dado que la dispersión de los datos no fue grande, se procedió a utilizar estadísticos paramétricos. Para obtener las correlaciones entre estrategias de afrontamiento y ansiedad, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, así como el criterio de Cohen para valorar la magnitud de la correlación. Por último, para analizar las diferencias entre las variables de estudio y los datos sociodemográficas y clínicos, se realizaron estudios de contraste y se utilizaron los estadísticos T de Student y ANOVA.

Cabe recalcar que para analizar las diferencias entre la variable ansiedad y el dato clínico motivo de fractura, en donde el tamaño de muestra es desigual (caída $n=22$), deporte ($n=11$) y accidente de tránsito ($n=3$), se realizó un análisis de varianza Anova de un factor a través del estadístico F de Welch, debido a que su uso es apropiado cuando se tiene un tamaño desigual y una heterogeneidad de varianzas (Mayers, 2013). Para revisar en dónde se encuentran las diferencias entre los grupos se llevó a cabo la prueba post hoc Games-Howell, encontrando solo diferencias significativas entre los grupos de ansiedad y el motivo de fractura accidente de tránsito.

Resultados

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación. A partir de los análisis descriptivos se encontró que la ansiedad estado presenta una media de 31.83 ($DE=7.05$), y la ansiedad rasgo una media de 33.86 ($DE=6.45$) (Tabla 1).

En cuanto a los estilos de afrontamiento, se puede observar que el más utilizado por los adolescentes es resolver el problema. Además, en cuanto a las estrategias de afrontamiento, utilizan con mayor frecuencia y de igual manera las estrategias buscar diversiones relajantes, distracción física, fijarse en lo positivo, concentrarse en resolver el problema, y preocuparse, las cuales, a su vez, pertenecen al estilo resolver el problema, a excepción de la estrategia preocuparse la cual corresponde al estilo de afrontamiento no productivo. Por otro lado, la estrategia que menos utilizan los adolescentes es acción social, que pertenece al estilo referencia a los otros (Tabla 1).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de ansiedad estado/rasgo y estilos y estrategias de afrontamiento

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>IC (95%)</i>	
					<i>Li</i>	<i>Ls</i>
Ansiedad Estado	31.83	7.05	20.00	46.00	29.31	33.86
Ansiedad Rasgo	33.86	6.45	23.00	53.00	31.49	35.78
Resolver el problema	3.58	0.56	2.15	4.65	3.39	3.77
Referencia a los otros	2.70	0.48	1.70	3.56	2.54	2.86
Afrontamiento no productivo	2.34	0.35	1.50	3.28	2.23	2.46
Buscar diversiones relajantes	76.42	17.01	35.00	105.00	70.66	82.17
Distracción física	76.03	18.72	42.00	105.00	69.69	82.36
Preocuparse	74.11	16.77	32.00	100.00	68.44	79.18
Fijarse en lo positivo	70.56	13.67	40.00	95.00	65.93	75.18
Concentrarse en resolver el problema	70.33	16.98	36.00	100.00	64.59	76.08

Buscar apoyo social	60.33	18.67	20.00	96.00	54.02	66.65
Invertir en amigos íntimos	59.22	15.47	32.00	92.00	53.99	64.46
Buscar ayuda profesional	55.56	22.06	20.00	100.00	48.09	63.02
Reservarlo para sí	43.89	14.6	20.00	70.00	38.95	48.83
Autoinculparse	41.67	15.68	20.00	90.00	36.36	46.97
Ignorar el problema	37.78	12.56	20.00	65.00	33.53	42.03
Acción social	26.22	7.43	16.00	48.00	23.71	28.74

N=36

Para responder al objetivo principal, se realizó el análisis de correlación entre ansiedad estado/rasgo y los estilos y estrategias de afrontamiento. En cuanto a los estilos de afrontamiento, se halló una correlación inversa, mediana y estadísticamente significativa entre ansiedad estado y el estilo referencia a los otros; al igual que una correlación directa y grande entre ansiedad rasgo y el estilo afrontamiento no productivo (Tabla 2).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se encontraron correlaciones inversas, medianas y estadísticamente significativas entre ansiedad estado y rasgo y la estrategia fijarse en lo positivo, así como entre ansiedad estado y la estrategia acción social. Además, se halló una correlación directa y grande entre ansiedad rasgo y la estrategia autoinculparse; al igual que una correlación directa y mediana entre ansiedad rasgo y la estrategia reservarlo para sí (Tabla 2).

Tabla 2

Correlaciones entre ansiedad estado/rasgo y estilos y estrategias de afrontamiento

	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Referencia a los otros	-.331*	
Acción social	-.439**	
Resolver el problema		
Fijarse en lo positivo	-.349*	-.359*
Afrontamiento no productivo		.681**
Autoinculparse		.557**
Reservarlo para sí		.391*

N=36, *p<0.05, **p<0.01

Con respecto a los objetivos específicos, se analizaron las diferencias entre las variables ansiedad rasgo/estado y los estilos y estrategias de afrontamiento con los datos sociodemográficos edad y sexo.

En cuanto a la edad, se encontró que esta se relaciona de manera inversa con ansiedad estado ($r = -.35, p < 0.05$) y con las estrategias de invertir en amigos ($r = .42, p < 0.05$), y acción social ($r = .36, p < 0.05$). Por otro lado, no se encontró relación entre la edad y los estilos de afrontamiento (Tabla 3).

Además, como se puede ver en la Tabla 3, el grupo que pertenece a la adolescencia temprana (10 a 14 años) presenta mayor puntaje de ansiedad estado en comparación al grupo que representa la adolescencia tardía (15 a 19 años). En ese sentido, los resultados muestran que los adolescentes tardíos suelen utilizar con mayor frecuencia las estrategias de invertir en amigos íntimos y acción social, en comparación al grupo de adolescentes tempranos.

Tabla 3

Diferencias en los puntajes de ansiedad estado y estrategias de afrontamiento según edades

	10 a 14 años n=12		15 a 19 años n=24		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Ansiedad Estado	36.08	6.92	29.71	6.22	2.79	0.01	0.97
Invertir en amigos íntimos	49.33	12.34	64.17	14.66	-3.01	0.01	1.1
Acción social	22.00	4.35	28.33	7.82	-2.6	0.01	1.0

N=36

Con respecto al sexo, los resultados en la Tabla 4 muestran que existe una diferencia significativa entre ansiedad estado/rasgo y sexo, en donde las mujeres presentan mayores puntajes de ansiedad estado/rasgo que los hombres.

Además, no se encontraron diferencias significativas entre los estilos de afrontamiento y sexo. Sin embargo, se hallaron diferencias entre algunas estrategias de afrontamiento y sexo, evidenciando que las mujeres tienden a utilizar más las estrategias de buscar ayuda profesional y preocuparse, en comparación a los hombres (Tabla 4).

Tabla 4

Diferencias en los puntajes de ansiedad estado/rasgo y estrategias de afrontamiento según sexo

	Hombres n=25		Mujeres n=11		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Ansiedad Estado	29.8	5.88	35.64	7.03	-2.58	0.01	0.9
Ansiedad Rasgo	31.64	5.31	38.18	6.34	-3.21	0.00	1.12
Buscar ayuda profesional	50.8	20.04	66.36	23.57	-2.04	0.05	0.71
Preocuparse	70.56	16.93	82.18	13.9	-2	0.05	0.75

N=36

De igual manera, se analizaron las diferencias entre la ansiedad estado/rasgo y los estilos y estrategias de afrontamiento con los datos clínicos tiempo de hospitalización, motivo de fractura, intervención pre y post quirúrgica, y nivel de dolor. Se encontró que no hay diferencias significativas en cuanto a ambas variables psicológicas y tiempo de hospitalización. Además, no se mostró diferencias entre ansiedad rasgo, estilos y estrategias de afrontamiento y motivo de fractura. De igual manera, no se hallaron diferencias entre los estilos de afrontamiento e intervención pre o post quirúrgica.

No obstante, como se puede ver en la Tabla 5, sí se observa una diferencia significativa entre ansiedad estado y motivo de fractura. Los pacientes que sufrieron una fractura debido a un accidente de tránsito, presentan mayores puntajes de ansiedad estado, en comparación a aquellos que sufrieron una fractura por caída o practicando algún deporte.

Tabla 5

Diferencias en los puntajes de ansiedad estado según motivo de fractura

	Caída n=22		Deporte n=11		Accidente de tránsito n=3		<i>Welch(2,17.5)</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
	Ansiedad Estado	31.32	5.29	28.45	5.87	45		

N=36

A su vez, como se observa en la Tabla 6, sí se halla una diferencia significativa entre ansiedad estado/rasgo e intervención pre o post quirúrgica. Los pacientes pre quirúrgicos presentan mayores puntajes de ansiedad estado/rasgo que los pacientes postquirúrgicos.

Igualmente, se observa una diferencia significativa entre la estrategia de afrontamiento autoinculparse e intervención pre o post quirúrgica, en donde los pacientes pre quirúrgicos utilizan con mayor frecuencia esta estrategia en comparación a los pacientes post quirúrgicos (Tabla 6).

Tabla 6

Diferencias en los puntajes de ansiedad estado/rasgo y estrategias de afrontamiento según intervención pre o post quirúrgica

	Pre quirúrgico n=24		Post quirúrgico n=12		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Ansiedad Estado	35.58	5.02	29.58	6.66	2.75	0.01	1.02
Ansiedad Rasgo	37.83	6.53	31.54	5.19	3.14	0.003	1.07
Autoinculparse	48.33	18.87	37.71	12.77	2.00	0.05	0.66

N=36

Por último, en cuanto al nivel de dolor, los pacientes que marcaron “duele mucho” presentan mayores puntajes de ansiedad estado en comparación a los que marcaron “no duele”, “duele poco”, “duele un poco más” y “duele más ($M_{duelemucho}=42.40$, $DE_{duelemucho}=4.04$; $M_{noduele}=28.40$, $DE_{noduele}=6.83$; $M_{duelepoco}=27.56$, $DE_{duelepoco}=3.40$; $M_{dueleunpocomás}=32.29$, $DE_{dueleunpocomás}=4.72$; $M_{duelemás}=33.40$, $DE_{duelemás}=2.30$; $F(4,31) = 9.018$, $p<0.01$).

Finalmente, en cuanto al área de evaluación, los resultados muestran que los pacientes hospitalizados presentan mayores puntajes de ansiedad estado en comparación con los pacientes que acuden a consulta externa ($M_{hosp}=34.39$, $DE_{hosp}=6.23$; $M_{ce}=26.62$, $DE_{ce}=4.37$; $t=3.97$, $p<0.01$, $d=1.44$). Además, los pacientes de consulta externa utilizan con mayor frecuencia la estrategia acción social en comparación con los que se encuentran hospitalizados ($M_{ce}=29.85$, $DE_{ce}=8.26$; $M_{hosp}=24.17$, $DE_{hosp}=6.21$; $t=-2.33$, $p=.03$, $d=0.77$).



Discusión

La presente investigación tiene como objetivo principal conocer la relación entre ansiedad y afrontamiento en un grupo de pacientes adolescentes con fractura en uno de los miembros superiores o inferiores en el área de Traumatología. Para ello, en primer lugar, se comentará los análisis descriptivos obtenidos en ambas variables psicológicas. Posteriormente, se analizará la relación entre ansiedad estado/rasgo y estilos y estrategias de afrontamiento, y finalmente, se discutirá las diferencias obtenidas según ambas variables psicológicas y los datos sociodemográficos y clínicos.

Con respecto a los análisis descriptivos de la variable ansiedad, los resultados muestran que los pacientes presentan puntajes promedios de ansiedad estado y rasgo. Estos resultados concuerdan con lo encontrado en el estudio de González et al., (2011).

A su vez, se encontró que la media de ansiedad rasgo puntúa ligeramente más que la de ansiedad estado. Los puntajes similares se podrían entender ya que los adolescentes se encuentran en un contexto de hospitalización en el que se esperaría que presenten estados de ansiedad debido a la presencia de limitaciones físicas, incapacidad de moverse, intervenciones quirúrgicas, el dolor por la fractura, etc. (Alaya, 2015; Garcés Mejía, 2011; Kennedy et al., 2004). En ese sentido, se podría decir que, si bien los puntajes de ansiedad no son altos, los pacientes estarían presentando en alguna medida ansiedad estado y rasgo, las cuales se consideran respuestas adaptativas comunes por el contexto de hospitalización en el que se encuentran (González et al., 2011).

Según los análisis descriptivos realizados de los estilos de afrontamiento, se puede observar que el estilo que reportó un mayor uso por parte de adolescentes en general, es resolver el problema, seguido por referencia a los otros, ambos considerados como estilos funcionales de afrontamiento. Estos resultados sugieren que la mayoría de ellos, para enfrentar su condición médica y el proceso de hospitalización, utilizan un afrontamiento activo y directo, lo cual se asocia a resultados favorables de salud y adaptación socioemocional en adolescentes (Connor-Smith & Compas, 2002; Frydenberg & Lewis, 1999; Seiffge-Krenke, 2000).

En la misma línea, el estilo menos utilizado fue el afrontamiento no productivo, considerado un afrontamiento disfuncional y orientado a la evitación, ya que no permite que se encuentre una solución al problema, por lo que su uso podría provocar que la salud se vea afectada de manera negativa (Casaretto et al., 2003; Solís & Vidal, 2006). De acuerdo con

ello, se podría decir que, a pesar de las adversidades, los adolescentes en su mayoría no estarían evadiendo sus problemas, por el contrario, estarían presentando herramientas y recursos para adaptarse y encontrar una solución a dichas dificultades (García & De la Barra, 2005).

En cuanto a los análisis descriptivos de las estrategias de afrontamiento, se encontró que los adolescentes suelen utilizar con la misma frecuencia las estrategias buscar diversiones relajantes, distracción física, fijarse en lo positivo, concentrarse en resolver el problema y preocuparse, que pertenecen al estilo resolver el problema, salvo la estrategia preocuparse, que corresponde al estilo de afrontamiento no productivo; mientras que la estrategia que obtuvo la media más baja es acción social, la cual pertenece al estilo referencia a los otros.

Estos resultados estarían indicando que los adolescentes en general enfrentan sus dificultades realizando actividades de ocio como ver televisión y escuchar música, así como actividades físicas como el deporte; lo cual cabe resaltar que en este caso no les es posible realizar debido a las limitaciones físicas que presentan, lo que podría ocasionar que busquen otras estrategias dirigidas a solucionar el problema. A su vez, mantienen una actitud positiva de la situación a pesar de los problemas y buscan analizar las distintas opciones para poder resolver las dificultades (Frydenberg & Lewis, 1997). De igual manera, los adolescentes suelen preocuparse y pensar en su futuro (Chau, 2004; Martínez Uribe & Morote Ríos, 2001), lo cual coincide con lo reportado por Seiffge-Krenke et al. (2010) en su estudio con 8654 adolescentes de 17 países de todo el mundo incluyendo Perú, en donde las preocupaciones relacionados con el futuro son percibidos como las más estresantes por todos los adolescentes.

Los resultados obtenidos sobre el mayor uso de las estrategias de afrontamiento por parte de los adolescentes, coinciden con investigaciones anteriores como la de Martínez Uribe y Morote Ríos (2001) y Canessa (2002) dentro del contexto peruano, la de Velosio-Besio et al. (2010) en el contexto chileno, y Morales Salinas y Moysén Chimal (2015) en el mexicano. A su vez, estas investigaciones mostraron dentro de las estrategias menos utilizadas acción social, la cual consiste en manifestar a los demás sus preocupaciones y buscar ayuda. Ello se podría deber a que, al estar hospitalizados, no pueden realizar actividades con sus amigos, y se ve reducida la oportunidad de verlos y contar con ellos (Martínez Uribe & Morote Ríos, 2001). En este sentido, el apoyo requerido por los adolescentes se podría estar trasladando únicamente a sus padres o familiares que sí pueden estar presentes.

En relación al objetivo principal, los resultados muestran correlaciones entre ansiedad estado/rasgo y los estilos y estrategias de afrontamiento. En primer lugar, respecto a los estilos de afrontamiento, se encontró una correlación inversa y mediana entre el estilo referencia a los otros y ansiedad estado. Si bien los resultados obtenidos muestran que los adolescentes utilizan con poca frecuencia la estrategia acción social, la cual pertenece al estilo referencia a los otros, como se mencionó anteriormente, estos resultados se podrían deber a que el no tener a sus amigos a disponibilidad cuando lo requieren; ya que en nuestro contexto en el hospital existe un horario de visitas que deben respetar; podría estar ocasionándoles ansiedad.

En la misma línea, la correlación inversa se podría explicar ya que, ante un contexto como una hospitalización o cirugía, en general las personas, y en este caso los adolescentes, requieren de compañía y ayuda de otros, ya sea un familiar, amigo o un profesional, para obtener información acerca de la situación estresante y así reducir la incertidumbre, así como validar las propias reacciones, comparando conductas y sentimientos con estos (Orcasita Pineda & Uribe Rodríguez, 2010).

A su vez, se observa una correlación directa y grande entre el estilo de afrontamiento no productivo y ansiedad rasgo. Los pacientes adolescentes que puntuaron más alto en ansiedad rasgo, estarían utilizando estrategias no funcionales ante el contexto en el que se encuentran, es decir podrían estar valorando la hospitalización, el proceso quirúrgico y/o la fractura como una situación negativa y que desborda su capacidad para afrontarlas. En ese sentido, podrían estar rechazando conscientemente el problema o responsabilizándose por este. Esto coincide con lo reportado por (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1999), quienes afirman que, en situaciones que provocan ansiedad, además de la experiencia emocional y las reacciones fisiológicas, en ocasiones se pueden observar conductas de evitación.

En segundo lugar, respecto a las estrategias de afrontamiento, los resultados muestran correlaciones inversas y medianas entre la estrategia fijarse en lo positivo y ansiedad estado y rasgo. Si bien como se ha mencionado anteriormente, el contexto de hospitalización podría generar ansiedad, los adolescentes que puntuaron más bajo en ansiedad podrían estar contando con diversas herramientas y recursos para facilitar la forma en cómo reaccionan ante estas situaciones, como por ejemplo, mantener una visión positiva y optimista, intentando ver el lado bueno de la situación (Frydenberg & Lewis, 1997).

Resultados similares se muestran en el estudio de Figueiredo et al. (2015), con adolescentes entre 12 y 17 años, hospitalizados en todas las especialidades médicas, los cuales utilizaron estrategias centradas en la resolución de problemas, en donde se esforzaron

por sentirse bien, pensar positivo, usar estrategias para reducir el dolor, y estar de buen humor.

Por otra parte, se encontró una correlación inversa y mediana entre la estrategia acción social y ansiedad estado. Como se mencionó anteriormente, si bien los resultados mostraron que el acceso limitado a sus amistades para ayudarlos a resolver sus problemas podría estar causándoles ansiedad; los adolescentes estarían buscando ayuda y dando a conocer sus preocupaciones a sus padres o familiares, lo cuales sí pueden estar presentes en el hospital, con el objetivo de reducir la ansiedad ocasionada por el proceso de hospitalización.

Igualmente, se halló una correlación directa y grande entre la estrategia autoinculparse, la cual comprende conductas que sugieren que la persona se ve como responsable de su problema; y ansiedad rasgo. Esto último se puede evidenciar en el estudio de Spirito et al. (1994), en donde los pacientes adolescentes que presentaron lesiones agudas, utilizaron con mayor frecuencia la estrategia de autoinculparse, en comparación a aquellos pacientes con una enfermedad crónica.

Dichos autores explican que esto se podría deber a que algunos pacientes obtuvieron lesiones debido a su comportamiento. Ello podría explicar que los adolescentes, sobre todo en el contexto peruano, se responsabilicen y critiquen a sí mismos ya que durante el proceso de hospitalización y recuperación, requieren del cuidado de sus familiares en casa y que ellos tarden largas horas en comprar sus medicamentos, causando que abandonen sus labores. Asimismo, los adolescentes se ven obligados a dejar actividades o tareas que habían dejado pendientes y algunos deben abandonar su trabajo, ocasionando que dejen de aportar en la economía del hogar, y sus familiares se vean perjudicados, produciéndoles esto ansiedad.

Además, se evidenció una correlación directa y mediana entre la estrategia reservarlo para sí y ansiedad rasgo. Los adolescentes se encuentran en una etapa de desarrollo en la cual existe un deseo de búsqueda y pertenencia a un grupo (Alaya, 2015; Ullán de la Fuente et al., 2010), y preocupación por la imagen del cuerpo (Bonilla Carrasco & Solano Ruiz, 2016). En este sentido, para aquellos que puntuaron más alto en ansiedad rasgo, que la fractura genere cambios físicos y/o falta de desplazamiento, podría generarles vergüenza e influenciar en su autoestima, produciendo pesimismo y ansiedad, y por ese motivo se aíslen para que sus amigos, familiares o profesores no se enteren o conozcan estas dificultades (Bonilla Carrasco & Solano Ruiz, 2016).

Por otro lado, para responder a los objetivos específicos, se exploraron las diferencias

entre las variables ansiedad rasgo/estado y los estilos y estrategias de afrontamiento con los datos sociodemográficos edad y sexo.

Con respecto a la edad, los resultados muestran que se relaciona de manera inversa con ansiedad estado, lo cual coincide con investigaciones como la de Aguilera Pérez y Whetsell (2007), Hernández Pérez y Rabadán Rubio (2013) y Melamed y Siegel (1975) con poblaciones de adolescentes hospitalizados. En este caso, el grupo de 10 a 14 años, presentan mayores puntajes de ansiedad estado en comparación al grupo de 15 a 19 años.

Estos resultados se podrían deber a que el desarrollo cognitivo permite a los adolescentes de mayor edad comprender lo que les está sucediendo, entender la información que les proporciona el personal de salud, lo que podría reducir la incertidumbre; al igual que presentan mejores recursos para hacer frente a las situaciones que les causan ansiedad (Aguilera Pérez & Whetsell, 2007; Hernández Pérez & Rabadán Rubio, 2013).

Igualmente, los resultados se podrían entender por la etapa del desarrollo, en la cual los adolescentes mayores presentan un mayor control de sus impulsos y emociones, así como son más independientes de sus padres y tienen más libertad a la hora de tomar decisiones (Pineda Pérez & Aliño Santiago, 2002). En contraste, los adolescentes tempranos, la mayoría estudiando en el colegio, presenta menos autonomía, dependen de mayor medida de sus padres quienes no siempre pueden estar presentes para solucionar sus problemas durante la hospitalización, produciéndoles ansiedad (Pineda Pérez & Aliño Santiago, 2002).

Por otro lado, se encontraron diferencias entre algunas estrategias de afrontamiento y la edad. Los resultados muestran que los adolescentes tardíos suelen utilizar con mayor frecuencia las estrategias de invertir en amigos íntimos y acción social, en comparación al grupo de adolescentes tempranos.

Esto último demuestra que los adolescentes mayores tienden a utilizar estrategias orientadas hacia el estilo de afrontamiento referencia a los otros, lo cual se relaciona con lo mencionado anteriormente, en la medida en que los resultados se podrían deber a la etapa evolutiva en la que se encuentran los adolescentes, en la cual suelen buscar y comprometerse en relaciones íntimas, al igual que percibir redes de apoyo social cercanas con las que podrían compartir sus problemas, con mayor frecuencia que los adolescentes menores, quienes probablemente aun dependen de sus padres cuando se encuentran ante diferentes preocupaciones (Canessa 2002).

En cuanto al sexo, se encontró que las mujeres presentan mayores puntajes de ansiedad estado/rasgo que los hombres. Estos resultados son similares con lo hallado en diversas investigaciones (Agudelo Vélez, 2009; Matud Aznar et al., 2003; Orgilés et al.,

2012; Spielberger et al., 2009). Esto se podría deber a factores psicosociales, tal como los estereotipos atribuidos a los sexos en nuestra sociedad, en donde la mujer es percibida como una persona indefensa, que presenta más preocupaciones, y es dependiente (Matud Aznar et al., 2003); en comparación a los hombres quienes se deben mostrar más seguros, independientes y son alentados socialmente a inhibir sus emociones, incluso llegando a negar la ansiedad para encajar dentro del estatus que es considerado como lo masculino (Matud Aznar et al., 2003; Spielberger et al., 2009).

Además, se hallaron diferencias entre algunas estrategias de afrontamiento y sexo, observándose que las mujeres tienden a utilizar más las estrategias de buscar ayuda profesional y preocuparse, en comparación a los hombres. Esto coincide con diversos estudios quienes señalan que las mujeres suelen recurrir a las estrategias de búsqueda de apoyo social (Frydenberg, 2008; Martín Seoane et al., 2011; Martínez Uribe & Morote Ríos, 2001; Scafarelli & García, 2010) y presentan una apertura social y familiar hacia la expresión de sentimientos y la comunicación (Martínez Uribe & Morote Ríos, 2001). En cuanto a la estrategia preocuparse, si bien las mujeres muestran una estrategia orientada a la búsqueda del otro para resolver el problema, también suelen preocuparse por su futuro en general, lo cual es una preocupación frecuente entre los adolescentes peruanos (Chau, 2004; Martínez Uribe & Morote Ríos, 2001; Moreano, 2006).

De igual manera, se analizaron las diferencias entre la ansiedad estado/rasgo y los estilos y estrategias de afrontamiento con los datos clínicos tiempo de hospitalización, intervención pre y post quirúrgica, motivo de fractura y nivel de dolor.

En cuanto al tiempo de hospitalización, se encontró que no hay diferencias significativas con ansiedad y afrontamiento. Se esperaba encontrar diferencias con ansiedad estado, sin embargo, la falta de diferencias se podría deber a que los puntajes de ansiedad se mantienen durante el tiempo de hospitalización. Esto se podría entender por el contexto en el que se encuentran los participantes, percibiendo la hospitalización como un evento desconocido del cual no poseen control (Aguilera Pérez & Whetsell, 2007). Esto coincide la investigación de Alaya (2015) en el área de Traumatología encontrando que el tiempo prolongado de hospitalización puede mantener los puntajes de ansiedad en los pacientes.

En relación a ello, si bien los puntajes de ansiedad se mantienen durante el proceso de hospitalización, se encontró que la intervención pre y post quirúrgica sí estaría generando diferencias en los puntajes de ansiedad, evidenciándose que los pacientes pre quirúrgicos presentan mayores puntajes de ansiedad estado/rasgo que los pacientes postquirúrgicos. Ello se podría deber a que antes de una intervención quirúrgica, sobre todo aquellos que

atravesan su primera cirugía, sienten temor de perder el autocontrol por efecto de los medicamentos, a los resultados de la operación y las secuelas que ésta pueda dejar en la figura corporal (Campos Gutiérrez et al., 2011). Con respecto a los cambios en la imagen corporal, como se mencionó anteriormente, este factor es importante para los adolescentes, por lo que un cambio en lo físico podría generar ansiedad (Bonilla Carrasco & Solano Ruiz, 2016).

A su vez, debido a las condiciones hospitalarias en nuestro contexto, las postergaciones de las cirugías son frecuentes, lo cual podría aumentar la ansiedad en los pacientes debido a que ya habían tomado conciencia de la cirugía, y al aplazarla podrían presentar incertidumbre y preocupación y nuevamente mentalizarse para enfrentar esta situación (Alava Muñoz, 2015).

Igualmente, se encontró que los pacientes pre quirúrgicos utilizan con mayor frecuencia la estrategia autoinculparse en comparación a los pacientes post quirúrgicos. Los pacientes en proceso pre quirúrgico estarían criticándose a sí mismos por su situación, lo cual se relaciona y se podría explicar con lo encontrado anteriormente en donde los pacientes que se autoinculpan presentaron mayores puntajes de ansiedad. Además, en el postoperatorio, el evento amenazante que implica someterse a una cirugía ya culminó, por lo que se esperaría que, el peligro o la ansiedad tanto para el paciente como para sus familiares, disminuya.

Por otro lado, los pacientes que sufrieron una fractura debido a un accidente de tránsito, presentan mayores puntajes de ansiedad estado, en comparación a aquellos que sufrieron una fractura por caída o practicando algún deporte. Ello se podría deber en primer lugar a que un accidente de tránsito es un evento repentino e involuntario, que podría sobrepasar la capacidad del adolescente para adaptarse a la situación. A su vez, por el dolor que se puede experimentar al sufrir una fractura a causa de un accidente de tránsito. Según Wu et al. (2017), los pacientes que presentan lesiones relacionadas con accidentes, suelen presentar niveles de ansiedad, que podrían incluir pesadillas, problemas de sueño y alimentación, y enojo.

En cuanto al nivel de dolor, los pacientes que marcaron “duele mucho” en la escala de nivel de dolor, presentan mayores puntajes de ansiedad estado en comparación a los que marcaron “no duele”, “duele poco”, “duele un poco más” y “duele más”. La ansiedad relacionada con el dolor, depende de la conciencia que el individuo tiene del nivel de gravedad de la lesión, así como de la elección de estrategias de afrontamiento (Vranceanu et al., 2014). En ese sentido, los pacientes podrían estar percibiendo que el dolor supera sus

propias estrategias para superarlo o disminuirlo (Soucase, Monsalve & Soriano, 2005), ya que es una situación que sobrepasa su control. De igual manera, el nivel de dolor va a depender del tipo y motivo de fractura que presente cada paciente, así como de su umbral de dolor (Martínez López & Sánchez Roper, 2000).

Por último, se exploraron las diferencias entre las variables psicológicas ansiedad y afrontamiento con el área de evaluación. Los resultados muestran que los pacientes hospitalizados presentan mayores puntajes de ansiedad estado en comparación con los pacientes que acuden a consulta externa. Esto se podría deber a que cuando se encuentran hospitalizados, hay diversos factores que podrían causar ansiedad, tal como el trauma en sí, el desconcierto o incertidumbre cuando recién ingresan al Hospital, la separación de su entorno familiar y social, las limitaciones de movilización e intervenciones quirúrgicas y el dolor (Alaya, 2015; García & De la Barra, 2005; Ullán de la Fuente et al., 2010). En contraste, aquellos pacientes que acuden a consulta externa podrían estar presentando menores puntajes de ansiedad, debido a que una vez culminada la consulta pueden regresar a sus casas, es decir un lugar seguro y con mayor privacidad, en donde los adolescentes podrían estar percibiendo un mayor control sobre el ambiente (Aguilera Pérez & Whetsell, 2007); al igual la fantasía de ya encontrarse bien, y un mayor soporte social por parte de sus familiares.

En relación a esto último, los pacientes de consulta externa utilizan con mayor frecuencia la estrategia acción social en comparación con los que se encuentran hospitalizados. Los pacientes de consulta externa solo fueron 13 participantes, por lo que el hecho que los pacientes de consulta externa utilicen más esta estrategia, explicaría el bajo uso por parte de los adolescentes hospitalizados.

Además, la mayoría de pacientes que acudieron a consulta externa tiene entre 15 a 19 años, pertenecen a la etapa de la adolescencia tardía, lo cual coincide con los resultados obtenidos previamente en donde ellos utilizan esta estrategia orientada al estilo de referencia a los otros con mayor frecuencia que los adolescentes tempranos, lo cual se podría entender por la etapa de desarrollo en la cual se encuentran en donde están buscando pertenecer en un grupo (Alaya, 2015; Ullán de la Fuente et al., 2010), y además, como se encuentran de alta, tienen mayor acceso y facilidad para buscar ayuda y realizar actividades con sus amigos y familiares.

En conclusión, los adolescentes del presente estudio presentaron puntajes medios de ansiedad estado y rasgo lo cual se entiende por el contexto de hospitalización, cirugía y fractura en el que se encuentran. Dichos puntajes de ansiedad son enfrentados por los

adolescentes en su mayoría mediante estrategias de afrontamiento dirigidas a solucionar el problema y orientadas al estilo referencia a los otros. Estos estilos activos y funcionales de afrontamiento podrían estar teniendo un efecto positivo en la salud y bienestar de los adolescentes, así como en la progresión y recuperación de la enfermedad, y la recuperación postquirúrgica y el ajuste (Barra Almagiá, 2004; Barra, Cerna, Kramm & Véliz, 2006).

Luego de realizar el estudio, es importante mencionar las limitaciones que se encontraron. En primer lugar, el tiempo brindado para la aplicación no permitió encontrar una mayor cantidad de participantes. Con respecto a esto, los padres de adolescentes menores de edad que debían firmar un consentimiento para autorizar la participación de sus hijos, en ocasiones no se encontraban durante el horario de permisos para la aplicación, por lo que no fue posible que ellos participen en la investigación. Debido a esto, el grupo de participantes es relativamente pequeño, por lo que los resultados obtenidos no se pueden generalizar en contextos similares. Para investigaciones posteriores, se recomienda ampliar el número de participantes con el objetivo de obtener mayor representatividad en los resultados.

Asimismo, otra limitación se encuentra en la distribución del grupo de participantes, ya que la cantidad de éstos en cuanto al sexo, tipo y motivo de fractura no es homogénea. Se recomienda equiparar dichas variables lo cual aportaría a un mayor conocimiento de adolescentes hospitalizados en el área de Traumatología.

Además, durante la aplicación de la prueba de afrontamiento se encontró que la longitud de esta fue otra limitación. Se observó que sobre todo los adolescentes de menor edad se cansaban rápidamente debido a la extensión de esta. Como recomendación, se podría aplicar la prueba de afrontamiento permitiendo un tiempo de descanso a la mitad de la prueba, para que los participantes puedan reposar y continuar respondiendo de la manera más acertada posible. Igualmente, otra opción sería la adaptación o creación de pruebas de afrontamiento para adolescentes más cortas.

Finalmente, es importante mencionar que, al momento de aplicar los instrumentos, se encontró una condición que no se pudo controlar, ya que no había total privacidad con los pacientes por interrupciones por parte del personal de salud y los familiares.



Referencias

- Agramonte Caballero, J. S. (2002). *Aspectos epidemiológicos en pacientes que sufrieron Trauma Pediátrico*. Tesis para optar el título de Cirujano Pediatra, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1994/Agramonte_cj.pdf?sequence=1
- Agudelo Vélez, D. M. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico, Vol 5(12)*, 139-160.
- Aguilera Pérez, P., & Whetsell, M. V. (2007). La ansiedad en niños hospitalizados. *Aquichan, 7(2)*, 207-218.
- Alava Muñoz, K. A. (2015). *Niveles de ansiedad en pacientes del servicio de traumatología del Hospital Pablo Arturo Suárez producto de la hospitalización*. Tesis para optar el título de Psicóloga Clínica, Universidad Central del Ecuador. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/7047/3/T-UCE-0007-118c.pdf>
- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (internet), 3(1)*, 20-29. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v3n1/art03.pdf>
- Bagés Fortacín, C., Lleixà Fortuño, M., Español Puig, C., Imbernón Casas, G., Munté Prunera, N., & Vázquez Morillo, D. (2015). Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería Global, 14(39)*, 29-40. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/clinica2.pdf>
- Bambaren Alatrística, C. (2004). Características epidemiológicas y económicas de los casos de accidentes de tránsito atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista Médica Herediana, 15(1)*, 30-36. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v15n1/v15n1ao5.pdf>
- Banda González, O. L., Maldonado Guzmán, G., Ibarra González, C. P., & Martínez Hernández, P. J. (2011). Valoración de la Ansiedad Estado/rasgo en Pacientes Pediátricos Hospitalizados. *Desarrollo Científico de Enfermería, 19(9)*, 313-318. Obtenido de <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-313.pdf>
- Barra A, E., Cerna C, R., Kramm M, D., & Véliz V, V. (2006). Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Terapia Psicológica, 24(1)*, 55-61. Obtenido de <https://www.redalyc.org/html/785/78524106/>
- Barra Almagiá, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud, 14(2)*, 237-243.
- Barrilero Gómez, J., Casero Mayorga, J., Cebrián Picazo, F., Córdoba Monedero, C. A., García Alcaraz, F., Gregorio González, E., . . . Tébar Parreño, F. J. (1998). Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. *Revista de Enfermería(8)*, 3-20.

- Bonilla Carrasco, M., & Solano Ruiz, M. (2016). ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA ADOLESCENTE: LA EXPERIENCIA DE PADECER UNA DEFORMIDAD FÍSICA. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(2), 1-9. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/714/71446259010_1.pdf
- Calero Romero, E. A., Palacios Viera, F. A., & Ramírez Ramírez, R. A. (2016). *Incidencia del tratamiento psicológico en dolor crónico benigno en personas que se encuentran en rehabilitación por padecimientos físicos*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología, Universidad de El Salvador, El Salvador. Obtenido de <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/12275/1/14102870.pdf>
- Campos Gutiérrez, M., Bernal Stoopan, A., & Bolaños, R. (2011). La ansiedad postoperatoria en el paciente pediátrico. *Revista de Investigación Médica Sur*, 18(2), 46-51.
- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología* (5), 191-233. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118132008>
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y estrés*, 5(2), 129-143.
- Carapia-Sadurni, A., Mejía-Terrazas, G. E., Nacif-Gobera, L., & Hernández-Ordóñez, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260-263. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf>
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de Psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(2), 363-392.
- Céspedes Condoma, E. (2015). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo en Niños y Adolescentes de Lima Sur*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología, Universidad Autónoma del Perú, Lima.
- Chirveches, E., Arnau, A., Soley, M., Rosell, F., Clotet, G., Roura, P., . . . Faro, M. (2006). Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería Clínica*, 16(1), 3-10.
- Compas, B. E., Orosan, P. G., & Grant, K. E. (1993). Adolescent stress and coping: implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16(3), 331-349. doi:10.1006/jado.1993.1028
- Connor-Smith, J. K., & Compas, B. (2002). Vulnerability to Social Stress: Coping as a Mediator or Moderator of Sociotropy and Symptoms of Anxiety and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26(1), 39-55.
- Cooper, C., Dennison, E. M., Leufkens, H. G., Bishop, N., & van Staa, T. P. (2004). Epidemiology of Childhood Fractures in Britain: A Study Using the General Practice Research Database. *Journal of Bone and Mineral Research*, 19(12), 1976-1981.
- de la Paz-Estrada, C., Prego-Beltrán, C., & Barzaga-Hernández, E. (2006). Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. *Revista Mexicana de Anestesiología*,

- 29(3), 159-162. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma063d.pdf>
- De, S., Vranceanu, A., & Ring, D. C. (2013). Contribution of Kinesophobia and Catastrophic Thinking to Upper-Extremity-Specific Disability. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 95(1), 76-81. doi:10.2106/JBJS.L.00064
- Díez-Álvarez, E., Arrospe, A., Mar, J., Alvarez, U., lo Belaustegi, A., Lizaur, B., . . . Arana, J. M. (2012). Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enfermería Clínica*, 22(1), 18-26. doi:10.1016/j.enfcli.2011.09.005
- Estévez Campos, R., Oliva Delgado, A., & Parra Jiménez, Á. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 39-53.
- Firpo, C. A. (2010). *Manual de Ortopedia y Traumatología*. Buenos Aires: Primera Edición Electrónica y Tercera Edición.
- Flores-Carvajal, D., & Urzúa M., A. (2015). Propuesta de evaluación de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad crónica en adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(3), 169-174. doi:10.1016/j.rchipe.2015.08.007
- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent Coping: Advances in Theory, Research and Practice* (2nd Edition ed.). London: Routledge. doi:10.4324/9780203938706
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16(3), 253-266.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1994). Coping with different concerns: Consistency and variation in coping strategies used by adolescents. *Australian Psychologist*, 29(1), 45-48. doi:10.1080/00050069408257320
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1997). *ACS. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes* (2da edición ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1999). Things don't get better just because you're older: A case for facilitating reflection. *British Journal of Educational Psychology*, 69(1), 81-94. doi:10.1348/000709999157581
- Fuentes-Losada, L. M., Vergara-Amador, E., & Laverde-Cortina, R. (2016). Evaluación del manejo de dolor en niños con fractura en extremidades en un servicio de urgencias. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 44(4), 305-310.
- Garcés Mejía, C. (2011). *Factores estresantes frente al proceso pre quirúrgico que generan niveles de ansiedad en los pacientes inmovilizados del área de traumatología del HCAM*. Tesis para optar el título de Psicóloga Clínica, Universidad Central del Ecuador, Quito. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1563/1/T-UCE-0007-30.pdf>
- García S, R., & de la Barra M, F. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes. *Revista Médica de Clínica Las Condes*, 16(4), 235-241.

- García-Miranda, G. M., Guevara-López, U., Serratos-Vázquez, M., Roa-Aguirre, L., & Rivera-Saldívar, G. (2012). Tendencias de prescripción en el control del dolor en un Hospital de Ortopedia y Traumatología. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 35(1), 40-45. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2012/cma121f.pdf>
- González Barrón, R., Montoya Castilla, I., Casullo, M., & Bernabéu Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- González-Vigil Hertenberg, T. (2008). *Relación entre percepción del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parental con ansiedad en púberes*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Hernández Pérez, E., & Rabadán Rubio, J. (2013). La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada. *Perspectiva Educativa*, 52(1), 167-181. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4174389>
- Hidalgo Vicario, M. (2014). Adolescencia. Perspectivas asistenciales. *ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 2(2), 130-136.
- Hinton, P. (2014). *Statistics Explained* (3rd ed.). London: Routledge. doi:10.4324/9781315797564
- Hoehn-Saric, E. L., Maisami, M., & Wiegand, D. (1987). Measurement of Anxiety in Children and Adolescents Using Semistructured Interviews. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(4), 541-545.
- Idrogo Lozano, D. Y. (2015). *Niveles de ansiedad estado-rasgo en estudiantes del nivel primaria y secundaria de una Institución Educativa Privada y una Nacional del Distrito de La Victoria*. Tesis para optar el título de Psicólogo, Universidad Peruana Unión, Lima. Obtenido de <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/132>
- Jiménez Sarango, F. M. (2014). *Niveles de ansiedad en pacientes de 6 a 14 años que han sufrido fracturas y serán intervenidos quirúrgicamente en el Área de Pediatría Traumatológica, de los hospitales de la ciudad de Loja, en el período mayo-octubre del 2014*. Tesis para optar el título de Licenciatura en Psicología Clínica, Universidad Nacional de Loja, Loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/14210>
- Kennedy, R., Luhmann, J., & Luhmann, S. (2004). Emergency Department Management of Pain and Anxiety Related to Orthopedic Fracture Care. *Pediatric Drugs*, 6(1), 11-31.
- Keogh, E., Book, K., Thomas, J., Giddins, G., & Eccleston, C. (2010). Predicting pain and disability in patients with hand fractures: Comparing pain anxiety, anxiety sensitivity and pain catastrophizing. *European journal of pain*, 14(4), 446-451.
- Kirchner, T., Forns, M., Amador, J., & Muñoz, D. (2010). Stability and consistency of coping in adolescence: A longitudinal study. *Psicothema*, 22(3), 382-388. Obtenido de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32753/1/571835.pdf>

- Martín Seoane, G., Lucas Molina, B., & Pulido Valero, R. (2011). Diferencias de género en el afrontamiento en la adolescencia. *Brocar. Cuadernos de Investigación Histórica*(35), 157-166. doi:10.18172/brocar.1599
- Martínez López, N., & Sánchez Roperó, E. (2000). Socorrismo avanzado: actuación ante fracturas de extremidades. *Emergencias y catástrofes*, 1(3), 174-179. Obtenido de http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Socorrismo_avanzado-actuacion_ante_fracturas_de_extremidades.pdf
- Martínez Uribe, P., & Morote Ríos, R. (2001). Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología de la PUCP*, 19(2), 211-236. Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/3628>
- Matud Aznar, M., Díaz, F., Aguilera Ávila, L., Rodríguez, M., & Matud Aznar, M. (2003). Diferencias de género en ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes universitarios. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3(1), 5-15. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2515661>
- Mayers, A. (2013). *Introduction to Statistics and SPSS in Psychology*. Harlow, England: Pearson. Obtenido de <http://www.r-izadi.ir/files/-Introduction-to-SPSS-in-Psychology--2013-.pdf>
- Melamed, B., & Siegel, L. (1975). Reducation of Anxiety in Children Facing Hospitalization and Surgery by Use of Filmed Modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 511-520.
- Mikkelsen Ramella, F. (2011). *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Obtenido de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/416>
- Ministerio de Salud. (2012). *Salud en la Etapa de Vida Adolescente. Boletín Estadístico de Salud*. Ministerio de Salud. Perú: Oficina General de Estadística e Informática. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2732.pdf>
- Ministerio de Salud. (2013). *Análisis epidemiológico de las lesiones causadas por accidentes de tránsito en el Perú, 2013*. Dirección General de Epidemiología. Lima: SINCO Editores SAC. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2930.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). *Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud . Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- Moix, J. (1994). Emoción y cirugía. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 10(2), 167-175. Obtenido de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/29651/28701>
- Morales Salinas, B. G., & Moysén Chimal, A. (2015). Afrontamiento del estrés en adolescentes estudiantes de nivel medio superior. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 9(1), 9-20. Obtenido de <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/604869>

- Moreano, L. (2006). *Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes universitarios*. Tesis para optar el título Licenciado en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Muñoz-Céspedes, J., Paúl-Lapedriza, N., Pelegrín-Valero, C., & Tirapu-Ustarroz, J. (2001). Factores de pronóstico en los traumatismos craneoencefálicos. *Revista de Neurología*, 32(4), 351-364. Obtenido de <http://www.portalciencia.net/vdc/pronotce.pdf>
- Narváez Zambrano, A. O. (2015). *Afrontamiento de temores y niveles de ansiedad en niños pre quirúrgicos de 7 a 12 años de edad en el Servicio de Pediatría del Hospital Carlos Andrade Marín, Quito 2014*. Tesis para optar el título de Psicólogo, Universidad Central del Ecuador, Quito. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/7638/1/T-UCE-0007-59pi.pdf>
- Nuche-Cabrera, E. (2009). Control del dolor agudo postoperatorio en cirugía ortopédica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 32(S1), 100-103. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2009/cmas091y.pdf>
- Obando Castillo, R. (2011). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Obtenido de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/1238>
- Orcasita Pineda, L. T., & Uribe Rodríguez, A. F. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 4(2), 69-82. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a07.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Prevención de los traumatismos en los niños. Informe de la Secretaría*. Organización Mundial de la Salud. Consejo Ejecutivo. Obtenido de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB127/B127_5-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *La OMS y el ONUSIDA publican un nuevo conjunto de normas para mejorar la atención dispensada a los adolescentes*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Obtenido de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/health-standards-adolescents/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Accidentes de tránsito*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. *Desarrollo en la adolescencia. Un periodo de transición de crucial importancia*. Obtenido de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Orgilés, M., Méndez, X., Carballo, J., & Piqueras, J. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115-120. doi:10.1016/j.rpsm.2012.01.005

- Pereña, J., & Seisdedos, N. (1997). *ACS. Escalas de afrontamiento para Adolescentes. Adaptación española Adolescent Coping Scale*. Madrid: TEA Ediciones.
- Phillips, K.A. & First, M.B. (2009). Introducción. En W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 3-6) Barcelona: Elsevier Masson
- Pineda Pérez, S., & Aliño Santiago, M. (2002). El concepto de adolescencia. En *Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la Salud en la Adolescencia* (págs. 15-23). MINSAP.
- Puebla Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/06.pdf>
- Roh, Y. H., Noh, J. H., Oh, J. H., Gong, H. S., & Baek, G. H. (2015). To What Degree Do Pain-coping Strategies Affect Joint Stiffness and Functional Outcomes in Patients with Hand Fractures? *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 473(11), 3484-3490.
- Salotti, P. (2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología, Universidad de Belgrano, Buenos Aires. Obtenido de <http://repositorio.ub.edu.ar/>
- Scafarelli, L. M., & García, R. C. (2010). Estrategias de afrontamiento al estrés en una muestra de jóvenes universitarios uruguayos. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 165-175.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23(6), 675-691. doi:10.1006/jado.2000.0352
- Seiffge-Krenke, I., Bosma, H., Chau, C., Çok, F., Gillespie, C., Loncaric, D., . . . Rohail, I. (2010). All they need is love? Placing romantic stress in the context of other stressors: A 17-nation study. *International Journal of Behavioral Development*, 34(2), 106-112.
- Seisdedos, N. (1989). *STAIC, Cuestionario de Autoevaluación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Solís, C., & Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *REVISTA DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL HERMILIO VALDIZAN*, 7(1), 33-39.
- Soucase, B., Monsalve, V., & Soriano, J. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(1), 8-16. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n1/nota2.pdf>
- Sousa Figueiredo, Â., Sequeira Almeida, C., Oliveira Santos, M., & Fontoura Carneiro, C. (2015). Adolescents' experiences during hospitalisation in a paediatric unit. *Journal*

- of *Nursing Referência*, 4(6), 105-114. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/3882/388241612015_2.pdf
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. En C. D. Spielberger, *Anxiety and Behavior* (págs. 3-19). New York and London: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an Emotional State. En C. D. Spielberger, *Anxiety: Current Trends in Theory and Research* (Vol. 1, págs. 23-49). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J., & Platzek, D. (2009). *STAI-C. Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado / Rasgo en niños* (4ta ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Spirito, A., Stark, L., & Tyc, V. (1994). Stressors and coping strategies described during hospitalization by chronically ill children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(3), 314-322.
- Strauss, C., Last, C., Hersen, M., & Kazdin, A. (1988). Association Between Anxiety and Depression in Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16(1), 57-68.
- Ullán de la Fuente, A., González Celador, R., & Manzanera, P. (2010). El cuidado de los adolescentes en los hospitales españoles: los pacientes invisibles. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(3), 146-152.
- Unicef. (2011). *Estado mundial de la Infancia 2011 - La Adolescencia. Una época de oportunidades*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf
- Velásquez Aguilar, L. O. (2014). *Niños hospitalizados: Guía de intervención psicológica en pacientes infantiles* (Primera ed.). Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Obtenido de hdl.handle.net/10757/338232
- Vranceanu, A.M., Hageman, M., Strooker, J., ter Meulen, D., Vrahas, M., & Ring, D. (2015). A preliminary RCT of a mind body skills based intervention addressing mood and coping strategies in patients with acute orthopaedic trauma. *Injury*, 46(4), 552-557.
- Vranceanu, A.M., Bachoura, A., Weening, A., Vrahas, M., Smith, M., & Ring, D. (2014). Psychological Factors Predict Disability and Pain Intensity After Skeletal Trauma. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 96(3), 1-6.
- Wisner, K.L. y Dolan-Sewell, R. (2009). ¿Por qué tiene importancia el género? En: W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 7-17). Barcelona: Elsevier Masson.
- Wu, H., Zhang, F., Cheng, W., Lin, Y., & Wang, Q. (2017). Factors Related to Acute Anxiety and Depression in Inpatients with Accidental Orthopedic Injuries. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 29(2), 77-84.

Apéndice A

Consentimiento informado

Yo, _____, acepto que mi hijo/a de _____ años de edad realice la presente investigación realizada por Camila Coloma estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, con el propósito de conocer cómo se sienten y enfrentan los adolescentes en este periodo de hospitalización.

Tengo conocimiento que en esta investigación, se le pedirá a mi hijo/a responder una ficha de datos y dos cuestionarios, lo que le tomará un aproximado de 20 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial debido a que es anónima y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Debido a que se trata de un estudio en un contexto académico, no habrá devolución de resultados.

Si su hijo/a tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para él/ella.

Si usted está de acuerdo en que su hijo/a participe, marque sí o no.

Sí

No

Nombre del padre/madre

Firma

Fecha

Apéndice B

Asentimiento informado

La presente investigación es realizada por Camila Coloma estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. El propósito de este estudio es conocer cómo se sienten y enfrentan los adolescentes en este periodo de hospitalización.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una ficha de datos y dos cuestionarios, lo que le tomará un aproximado de 20 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial debido a que es anónima y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Debido a que se trata de un estudio en un contexto académico, no habrá devolución de resultados.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas puede abstenerse de responder.

Si está de acuerdo en participar, marque sí o no.

Sí No

Firma (opcional)

Fecha

Apéndice C

Ficha Sociodemográfica

- Hospitalización
- Paciente pre quirúrgico
- Consulta externa
- Paciente post quirúrgico

Evaluación cognitiva

<i>Orientación en el tiempo</i>		<i>Orientación es espacio</i>	
¿Qué día es hoy?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Dónde estamos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Qué año estamos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Datos sociodemográficos

Edad _____	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Cuidador principal _____ Lengua materna _____
Ocupación Estudia <input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Servicio Militar <input type="checkbox"/> No estudia <input type="checkbox"/>		
Si marcó estudia: <ul style="list-style-type: none"> • Colegio <input type="checkbox"/> Grado _____ • Universidad <input type="checkbox"/> • Instituto <input type="checkbox"/> • Escuela militar <input type="checkbox"/> Rango _____ 		
¿En qué lugar naciste? Lima <input type="checkbox"/> Provincia <input type="checkbox"/> Lugar: _____ Tiempo en Lima: _____	Personas con las que vive en Lima Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a(s) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: _____	

Datos clínicos

Pacientes hospitalizados

- ¿Hace cuánto tiempo está hospitalizado(a)? _____

Pacientes que acuden a consulta externa

- ¿Hace cuánto tiempo salió de alta en el hospital? _____

Ambos pacientes

- ¿Presenta un diagnóstico médico adicional a la fractura?
Si ¿Cuál? _____ No
- Parte del cuerpo afectada: _____
- Tipo de fractura: Abierta Cerrada

- Motivo de fractura: _____
- Toma alguna medicación actualmente: analgésicos Otros: _____
- ¿Anteriormente has estado hospitalizado? Si No
 - Si marcaste si: ¿cuántas veces? _____ ¿Motivo? _____
- ¿Anteriormente has tenido alguna fractura? Si No
 - Si marcaste si, ¿en qué parte del cuerpo? _____ ¿Te operaron por ello? _____
- ¿Anteriormente te han hecho una cirugía? Si No
 - Si marcaste si, ¿por qué motivo? _____
- Marca en la escala del 0 al 5 el nivel de dolor que sientes en este momento:



Presencia de síntomas ansiosos

- Marca si presenta actualmente alguno de los siguientes síntomas:
 - Falta de sueño
 - Irritabilidad
 - Problemas alimentarios
 - Falta de concentración
- ¿Presenta un diagnóstico clínico de ansiedad? Si No
- ¿Actualmente está recibiendo apoyo psicológico debido a la fractura? Si No
 - Otros motivos: _____

Nivel socioeconómico

Nivel A Alto (Ingresos familiares brutos mensuales mayores o iguales a S/. 14,205)	
Nivel B Medio (Ingresos familiares brutos mensuales mayores o iguales a S/. 7,297)	
Nivel C Bajo superior (Ingresos familiares brutos mensuales mayores o iguales a S/. 4,193)	
Nivel D Bajo inferior (Ingresos familiares brutos mensuales mayores o iguales a S/. 2,851)	
Nivel E Extrema pobreza (Ingresos familiares brutos mensuales mayores o iguales S/. 2,120)	

Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados [Apeim], 2017. Niveles socioeconómicos 2017.

Apéndice D

Características del grupo de participantes

Variables descriptivas de los pacientes atendidos en Traumatología

		<i>F</i>	<i>%</i>
Área de evaluación	Hospitalización	23	63.9
	Consulta externa	13	36.1
Edades	10 - 14	12	33.3
	15 - 19	24	66.7
Sexo	Masculino	25	69.4
	Femenino	11	30.6
Ocupación	Estudia	25	69.4
	Estudia y trabaja	11	30.6
Estudia	Colegio	19	52.8
	Institución superior	17	47.2
Lugar de nacimiento	Lima	23	63.9
	Provincia	13	36.1
Lengua materna	Español	34	94.4
	Quechua	2	5.6
Cuidador principal	Madre	28	77.8
	Padre	8	22.2
Parte del cuerpo afectada	Miembro inferior	21	58.3
	Miembro superior	15	41.7
Tipo de fractura	Abierta	3	8.3
	Cerrada	33	91.7
Motivo de fractura	Caída	21	61.1
	Deporte	11	30.6
	Accidente tránsito	3	8.3
Intervención quirúrgica	Pre quirúrgica	12	33.3
	Post quirúrgica	24	66.7
Tiempo de hospitalización	1 a 5 días	7	19.4
	6 a 10 días	5	13.9
	11 a 15 días	7	19.4
Tiempo que salió de alta	1 a 3 meses	4	11.1
	2 a 3 días	7	21.2
	5 a 8 días	6	18.2
Diagnóstico adicional a fractura	No	29	80.6
	Si	7	19.4
Anterior hospitalización	No	29	80.6
	Si	7	19.4
Anterior fractura	No	30	83.3
	Si	6	16.7
Anterior cirugía	No	30	83.3
	Si	6	16.7
Toma medicación actualmente	Analgésicos	25	69.4
	No toma	11	30.6
Apoyo psicológico debido a fractura	No	31	86.1
	Si	5	13.9

Escala nivel de dolor	No duele	10	27.8
	Duele poco	9	25.0
	Duele un poco más	7	19.4
	Duele mas	5	13.9
	Duele mucho	5	13.9
Presencia de síntomas ansiosos	Ninguno	16	44.4
	Un síntoma	10	27.8
	Dos síntomas	6	16.7
	Tres síntomas	4	11.1
Falta de sueño	No	21	58.3
	Si	15	41.7
Irritabilidad	No	28	77.8
	Si	8	22.2
Problemas alimentarios	No	32	88.9
	Si	4	11.1
Falta de concentración	No	29	80.6
	Si	7	19.4
NSE	Nivel A	4	11.1
	Nivel B	11	30.6
	Nivel C	5	13.9
	Nivel D	12	33.3
	Nivel E	4	11.1

N=36

