



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PROGRAMA DE SEGUNDAS
ESPECIALIDADES**

**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CENTRO
QUIRÚRGICO**

**INFLUENCIA DEL ESTADO DE ÁNIMO PRE QUIRÚRGICO
EN EL DOLOR FÍSICO POST QUIRÚRGICO DEL PACIENTE
ADULTO POSTOPERADO DE CIRUGÍA ELECTIVA
ABDOMINAL DEL HOSPITAL I SAMUEL PASTOR –
CAMANÁ -2024.**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO
QUIRÚRGICO**

AUTOR:

Lic. TINTAYA PARICAHUA AYDEE REBECA

<https://orcid.org/0009-0007-4484-6226>

ASESOR:

Dr. MATTA SOLIS, EDUARDO PERCY

<https://orcid.org/0000-0001-9422-7932>

LIMA – PERÚ

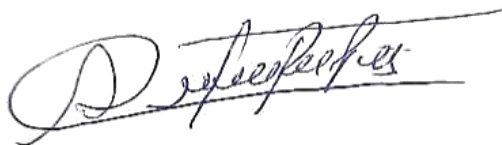
2024

DECLARACION JURADA DE AUTORIA Y ORIGINALIDAD

Yo, Tintaya Paricahua, Aydee Rebeca, con DNI 46788666, en mi condición de autor (a) de trabajo académico presentada para optar el título de especialista en enfermería en Centro Quirúrgico de título “Influencia del estado de ánimo prequirúrgico en el dolor físico post quirúrgico del paciente adulto postoperado de cirugía electiva abdominal entre septiembre a diciembre del Hospital I Samuel Pastor - Camaná, 2024”. **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que Regula el Repositorio Nacional de Ciencia Tecnología e innovación de acceso abierto y sus respectivos Reglamentos.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de 9% y se han respetado los derechos del autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregando la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado el presente documento A los 22 día del mes septiembre del año 2024.



Tintaya Paricahua ,Aydee Rebeca
Percy

DNI : 46788666



Matta Solis, Eduardo

DNI :4224812

Aydee Rebeca Tintaya Paricahua

INFLUENCIA DEL ESTADO DE ÁNIMO PRE QUIRÚRGICO EN EL DOLOR FÍSICO POST QUIRÚRGICO DEL PACIENTE ADULT...

 Quick ~~Submit~~

 Quick ~~Submit~~

 ENFERMERIA

Detalles del documento

Identificador de la entrega

~~trn:oid:::1:2991169572~~

Fecha de entrega

~~26 ago 2024, 10:21 p.m. GMT-5~~

Fecha de descarga

~~26 ago 2024, 10:46 p.m. GMT-5~~

Nombre de archivo

~~TESIS_AYDEE_REBECA_TINTAYA_PARICAHUA.docx~~

Tamaño de archivo

~~1.0 MB~~

55 Páginas

12,468 Palabras

73,802 Caracteres




9% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 8%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 3%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
Referencias:	43
ANEXOS	50

INDICE DE ANEXOS

ANEXO A: Operacionalización de variable	51
ANEXO B: Instrumentos de recolección de datos	52
ANEXO C: Consentimiento informado y/o Asentimiento informado	55

RESUMEN

Objetivo “Determinar la influencia del estado de ánimo prequirúrgico en el dolor agudo del paciente adulto post operado de cirugía electiva abdominal del Hospital Samuel Pastor - Camaná”. **Materiales y Métodos:** El estudio sigue un enfoque cuantitativo, transversal, correlaciona; tiene una muestra de 30 pacientes, con un muestreo no probabilístico, por conveniencia, cuya técnica aplicada fue el cuestionario, los instrumentos fueron la escala de evaluación del estado del ánimo (EVEA) y la escala analógica visual de dolor (EVA), la cual será aplicada en los pacientes operados por cirugía electiva de abdomen. **Resultados:** Según los hallazgos veremos si existe o no influencia del estado del ánimo prequirúrgico con la intensidad de dolor en la etapa post quirúrgica en pacientes de 21 a 59 años (adultos). **Conclusión:** se establecerá la presencia de una relación entre las variables estado de ánimo en la etapa prequirúrgica con el dolor agudo post quirúrgico, lo cual será de importancia para futuras investigaciones y una atención de calidad para los pacientes.

Palabras claves: Estado de ánimo, dolor agudo, cirugía abdominal.

ABSTRACT

Objective: “To determine the influence of pre-surgical mood on acute pain in adult patients after elective abdominal surgery at the Samuel Pastor Hospital - Camaná”. **Materials and Methods:** The study follows a quantitative, cross-sectional, correlational approach; it has a sample of 30 patients, with a non-probabilistic, convenience sampling, whose applied technique was the questionnaire, the instruments were the mood evaluation scale (EVEA) and the visual analogue pain scale (EVA), which will be applied to patients operated on for elective abdominal surgery. **Results:** According to the findings we will see whether or not there is an influence of the pre-surgical mood state with the intensity of pain in the post-surgical stage in patients from 21 to 59 years old (adults). **Conclusion:** the presence of a relationship between the variables mood state in the pre-surgical stage with acute post-surgical pain will be established, which will be important for future research and quality care for patients.

Keywords: Mood, acute pain, abdominal surgery.

I. INTRODUCCIÓN

En el año 2020, la Organización Mundial de la Salud estimó que el 80% de las personas experimentan estrés. Aquellos que padecen estrés suelen enfrentar síntomas como cansancio, ansiedad y depresión, los cuales son provocados por diversas reacciones fisiológicas. En los pacientes que están a punto de someterse a una cirugía, el estrés se presenta como una sensación de inquietud ante el procedimiento y la incertidumbre sobre los resultados (1).

En Londres, en el 2021, en un estudio de cohorte prospectivo de base institucional del 1 de noviembre de 2019 al 30 de octubre de 2020 en un Hospital, cuyo tamaño de la muestra se calculó después de un estudio piloto realizado en 30 pacientes programados para cirugía (208 participantes), se indicó el alto nivel de ansiedad preoperatoria aumentó las puntuaciones de dolor posoperatorio a las 2, 4, 8 y 12 h. El consumo total de tramadol dentro de las 24 h aumentó significativamente en pacientes con alta ansiedad preoperatoria. Sería mejor disminuir los grados de ansiedad pre operatoria para reducir el dolor posoperatorio y el consumo de analgésicos durante las 24 h (2).

En Alemania, en el año 2022, se evaluó, en un ensayo clínico prospectivo, inscribimos a pacientes que habían recibido un TKR en un hospital alemán entre octubre de 2015 y marzo de 2019, se aplicó un cuestionario para valorar las relaciones entre el dolor posoperatorio y los estados emocionales, está mediada por las expectativas negativas del tratamiento. Se evidenció que los estados emocionales predicen expectativas negativas del tratamiento $F(6, 108) = 8,32, p < 0,001$, con un excelente ajuste, $R^2 = 0,31$. Además, un análisis de mediadores reveló que los efectos indirectos y, por lo tanto, la relación entre los estados emocionales triste ($ab = 0,06$, IC del 95% [0,01, 0,14]), ansioso ($ab = 0,13$, IC del 95% [0,04, 0,22]) e irritable ($ab = 0,09$, IC del 95% [0,03, 0,17]) y el dolor postoperatorio está completamente mediado por las expectativas negativas del tratamiento. Mientras que los estados emocionales cansado ($ab = 0,09$, IC del 95% [0,03,

0,17]), mareado/entumecido ($ab = 0,07$, IC del 95% [0,01, 0,20]), débil ($ab = 0,08$, IC del 95% [0,03, 0,16] están parcialmente mediados por expectativas negativas del tratamiento. Por lo tanto, las estrategias de tratamiento innovadoras para reducir el dolor posoperatorio deben centrarse en eliminar las expectativas negativas del tratamiento mediante el establecimiento de un programa de gestión de expectativas preoperatorias diferenciado que también se centre en los estados emocionales (3).

Así mismo, en Lituania, en el 2019, en un estudio para evaluar la ansiedad preoperatoria, se utilizaron análisis cualitativos y cuantitativos, incluyendo estadística descriptiva. Los datos se compararon mediante tablas cruzadas, prueba t, prueba U de Mann-Whitney, ANOVA, correlaciones de RHO-Spearman y Kruskal-Wallis test, según el tipo y la normalidad de los datos; se consideró significativo un valor $p < 0,05$. Se evidenció una parte importante de los pacientes experimenta ansiedad antes de una intervención quirúrgica. Predominantemente están preocupados por el éxito de la cirugía, sienten incertidumbre sobre el período postoperatorio, las posibles complicaciones y la falta de información sobre el curso postoperatorio. Para reducir la ansiedad, la medicación es una opción menos atractiva para los pacientes que una conversación con un médico y familiares o amigos (4).

En Estados Unidos, en el 2020, se realizó un estudio que buscó determinar los factores de riesgo propuestos se asociaron significativamente con las calificaciones de dolor preoperatorio, las calificaciones del dolor posoperatorio a las 24 y 48 horas, y estimar la magnitud de la asociación. Se evidenció una asociación significativa entre la ansiedad, el tabaquismo actual, otras afecciones psicológicas y el uso actual de opioides con un aumento de la puntuación del dolor informado por el paciente antes de la operación, a las 20 a 24 horas del posoperatorio y a las 24 a 48 horas del posoperatorio. Dado que esta información se puede recopilar en un formato electrónico automatizado, proponemos que estos factores "de riesgo" se puedan utilizar para ayudar a identificar a los pacientes que pueden necesitar más atención para el control del dolor posoperatorio. Creemos que

estos factores "de riesgo" se podrían integrar en la comunicación de transferencia entre médicos y facilitar la comunicación con el paciente. Apoyamos que las opciones de control del dolor multimodales son una mejor opción que simplemente aumentar la cantidad de opioides para controlar el dolor posoperatorio, y hemos definido un grupo de órdenes de dolor para apoyar a guiar a los proveedores al prescribir modalidades de dolor (5).

Un estudio realizado en Veracruz, en México, en el año 2020, donde se estableció la frecuencia del dolor después de la cirugía en pacientes que presentaban ansiedad antes de someterse a una colecistectomía convencional. El estudio fue transversal, analítico, observacional. Se realizó una revisión sistemática de 23 000 pacientes. Se concluyó el 40% de los pacientes, presentó ansiedad severa, la evaluación del dolor con la escala EVA a las 24 horas mostró que el 64% de los pacientes experimentaron un dolor de moderado a severo, además de evidenció relación significativa entre la ansiedad con el dolor ($p=0.00$) (6).

Por otro lado, en México, en la localidad de Puebla, durante el 2019, en un estudio, se revisó la conexión entre la ansiedad antes de la cirugía y el dolor después de la operación en pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos programados, se informó un previo esclarecimiento del proceso quirúrgico en el 86.5% de los pacientes, 24% presentó experiencias quirúrgicas desagradables, 57.7% presenta una adaptabilidad regular al dolor. El grado de ansiedad predominante fue leve en el 43.8%, de la cual de tipo psíquica fue en el 54.3% y la ansiedad somática en 45.7%, mientras el 76% de los pacientes presentó dolor moderado. Se determinó que existe una relación débil entre la ansiedad y el nivel de dolor postoperatorio (7).

Mediante una revisión bibliográfica de distintas publicaciones entre los años 2018 y 2023, en Costa Rica, se evidenció que, el dolor después de una operación sigue siendo un desafío en los servicios de salud, a pesar de la mayor comprensión de su fisiopatología y la disponibilidad de más opciones terapéuticas. Los avances tecnológicos permiten que los pacientes reciban tratamientos analgésicos variados, que son menos invasivos y ofrecen

mejores resultados con menos efectos secundarios. Es crucial que el personal de salud identifique los factores de riesgo que pueden complicar el manejo del dolor en los pacientes, ya que la adecuada administración de la analgesia es una responsabilidad clave. Esta gestión debe comenzar desde el primer encuentro con el paciente y ser personalizada y multidisciplinaria (8).

En Colombia, durante el 2018, En una investigación dirigida a analizar cómo las situaciones en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) afectan la percepción y los niveles de estrés de los pacientes, y a identificar las características sociodemográficas que influyen, se descubrió que el 37% de los estados emocionales más frecuentes entre los pacientes prequirúrgicos es el estrés. Este hallazgo, basado en un estudio realizado por la OPS en 2018 en diversos centros de salud, indica que los pacientes mayores, especialmente aquellos entre 60 y 80 años, tienden a experimentar más estrés comparado con los de edades entre 30 y 59 años. Esta diferencia puede deberse a factores como la mayor vulnerabilidad física y psicológica en la población de mayor edad, así como la mayor incidencia de enfermedades crónicas que incrementan la ansiedad prequirúrgica. Además, la incertidumbre sobre la recuperación y el temor a complicaciones postoperatorias pueden exacerbar los niveles de estrés en los pacientes mayores (9).

En estudios realizados en México en el año 2021, se determinaron los grados de ansiedad antes de una operación en pacientes programados para cirugía y la identificación de los factores que predisponen a la ansiedad en el Centro Médico Naval (CEMENA), en 152 pacientes se evidenció que al someterse a una intervención quirúrgica muestran ansiedad, el 99.3% de los pacientes experimentaron ansiedad leve, mientras que el 0.7% presentó ansiedad moderada según la escala de Spielberger. Entre los factores que contribuyen a esta ansiedad se incluyen la edad, el género, el nivel educativo, el estado civil y el tipo de anestesia y cirugía. Además, aquellos pacientes que sentían una mayor necesidad de recibir información también tendían a mostrar niveles más altos de ansiedad. Cabe destacar que, frente

a esta ansiedad, los pacientes suelen modificar sus estrategias de afrontamiento y comportamientos para manejar mejor la situación (10).

En un estudio realizado en Medellín, en el año 2020, se realizó un estudio con el objetivo de identificar las principales causas que llevan a una estancia hospitalaria prolongada, según lo reportado en la literatura especializada sobre servicios de hospitalización. Además, se llevó a cabo un análisis detallado de estos factores para comprender mejor sus posibles soluciones y su aplicación en centros de salud. Se concluyó que, en general, la duración de la hospitalización está estrechamente vinculada con la severidad de la condición del paciente. Por lo tanto, cuanto más grave y compleja sea la situación médica, mayor será la duración esperada de la hospitalización (11).

En Arequipa, 2019, en un estudio donde se compararían los grados de depresión entre mujeres y varones y ansiedad de ambos hospitales en un grupo de 50 personas hospitalizadas (MINSA y EsSalud) se evidenció que en el 89,5% de la actitud y enfoque del equipo médico, en comparación con el 54,8% de la claridad en la explicación del procedimiento que recibirá el paciente, reflejan elementos que influyen en la aparición de estrés. No obstante, las primeras características mencionadas tienen un efecto más significativo en el 65% de los pacientes (12).

En Lima, en el año 2019, en un estudio que buscaba determinar cómo se presenta la ansiedad en pacientes que fueron programados a cirugía electiva, este estudio siguió un método transversal, correlacional, analítico, observacional y básico. Se reportó una de las incidencias más bajas de estrés crónico en pacientes sometidos a cirugía. Un 55.86% de los pacientes experimentó ansiedad antes de la operación; haber tenido una cirugía previa ($p < 0.01$) y la falta de apoyo psicológico ($p < 0.03$), el tiempo de espera superior a un mes ($p < 0.01$) y la reprogramación de la cirugía ($p < 0.01$) están relacionados con esta ansiedad. La ausencia de educación incrementa en 1.8 veces la probabilidad de presentar ansiedad preoperatoria ($p < 0.01$, RPa 1.8 IC=1.7-1.9), mientras que haber esperado más de un mes para la cirugía

aumenta en 2.13 veces esta probabilidad ($p < 0.01$, RPa 2.13 IC=1.4-3.1) (13).

Los pacientes que se preparan para una cirugía suelen enfrentar altos niveles de estrés debido a diversas razones fisiológicas. Entre estas, se incluyen la incapacidad de desplazarse libremente desde la cama, la sensación de pérdida de control sobre su situación, el dolor intenso causado por diversos dispositivos médicos, y la dificultad para comunicarse verbalmente. Estos factores contribuyen significativamente a la ansiedad preoperatoria, de acuerdo con investigaciones del MINSA (14).

En Lima, Perú, en un estudio del año 2024, se revisó la literatura científica destaca la relación entre los niveles de ansiedad y las estrategias de afrontamiento en pacientes antes de una operación. La investigación utilizó un enfoque descriptivo con una revisión de 30 estudios, empleando un diseño no experimental. Los hallazgos indicaron que la preparación espiritual y el apoyo social son cruciales para que los pacientes enfrenten su situación, ayudando a reducir la ansiedad preoperatoria. Estos elementos no solo mitigaron el malestar emocional, sino que también facilitaron el proceso de recuperación, actuando como factores clave en la adaptación al proceso quirúrgico (15).

Dado la importancia del control de dolor post operatorio, se evidencia múltiples factores intervinientes. En este estudio se determinará la relación entre el estado del ánimo del paciente en la etapa prequirúrgica con el nivel de dolor post quirúrgico en usuarios operados por cirugía en el abdomen programados en el Hospital Samuel Pastor de Camaná, Perú 2024.

El estado de ánimo prequirúrgico abarca una gama de emociones y estados psicológicos, como depresión, ansiedad, alegría e ira, que experimentan los usuarios previos a entrar a una cirugía. Estos estados pueden influir significativamente en varios aspectos del proceso quirúrgico y la recuperación. La ansiedad es uno de los estados emocionales más comunes antes de una cirugía. La ansiedad prequirúrgica puede llevar a una

activación fisiológica que afecta negativamente la recuperación postoperatoria, aumentando la percepción del dolor y prolongando la estancia hospitalaria. Según un estudio, altos niveles de ansiedad están relacionados con una respuesta inmunológica alterada, lo que puede complicar la recuperación (16).

La ansiedad preoperatoria se presenta, como respuesta emocional, en pacientes que están a punto de someterse a una cirugía. Esta respuesta puede variar desde una leve inquietud hasta un miedo intenso y puede tener un impacto significativo en la experiencia quirúrgica y la recuperación del usuario. Diversos factores influyen en la aparición de esta ansiedad, incluyendo el temor a la cirugía misma, la incertidumbre sobre los resultados, la preocupación por el dolor postoperatorio y la posible discapacidad, así como la falta de información adecuada (17)

Además de la ansiedad, el miedo y la depresión también son emociones prevalentes. El miedo puede surgir de la incertidumbre sobre el resultado de la cirugía, mientras que la depresión puede ser una respuesta a la gravedad de la condición médica del paciente. Estas emociones pueden aumentar la sensibilidad al dolor y reducir la capacidad del paciente para afrontar el proceso quirúrgico (18).

Uno de los factores más comunes que provocan ansiedad es el miedo a la cirugía misma. Los pacientes pueden temer complicaciones quirúrgicas, errores médicos, y la posibilidad de no despertar después de la anestesia. Estos miedos pueden ser exacerbados por historias personales o de terceros, y la percepción general del riesgo asociado con las intervenciones quirúrgicas (19).

La falta de certeza sobre el éxito de la cirugía y el pronóstico postoperatorio es otra fuente importante de ansiedad. Los pacientes pueden preocuparse por el resultado de la operación y cómo afectará su calidad de vida a largo plazo. Esta incertidumbre puede ser especialmente pronunciada en procedimientos complejos o en situaciones donde la cirugía es un tratamiento para una enfermedad grave (20).

El temor al dolor postoperatorio es una preocupación significativa. Muchos pacientes temen no poder manejar el dolor después de la cirugía, lo que puede aumentar la ansiedad antes del procedimiento. Además, la preocupación por el tiempo de recuperación y la capacidad de volver a la vida normal puede contribuir a la ansiedad preoperatoria. La falta de información clara y comprensible sobre el procedimiento quirúrgico, el manejo del dolor y el proceso de recuperación puede aumentar la ansiedad. Los pacientes que no reciben una explicación adecuada de lo que pueden esperar antes, durante y después de la cirugía son más propensos a experimentar niveles elevados de ansiedad. Esto resalta la importancia de una buena comunicación entre el equipo de salud y el paciente (21).

Estudios han demostrado que el estado emocional prequirúrgico puede influir en la percepción del dolor después de la cirugía. Un estado emocional negativo, como la ansiedad, puede amplificar la experiencia del dolor y dificultar la gestión del mismo durante la recuperación. La preparación psicológica de los pacientes, incluyendo intervenciones como la educación preoperatoria y el apoyo emocional, puede ser crucial para minimizar los efectos negativos del estado emocional prequirúrgico. Estas intervenciones pueden ayudar a reducir la ansiedad y mejorar los resultados postoperatorios (22).

El dolor físico postoperatorio es una experiencia común y significativa que afecta a muchos pacientes después de una cirugía. Se define como la percepción sensorial desagradable y emocional que resulta de la lesión tisular y se asocia con el proceso de curación. La intensidad y duración del dolor pueden variar ampliamente según el tipo de cirugía, la extensión de la lesión y la sensibilidad individual del paciente. El manejo adecuado del dolor postoperatorio es esencial para facilitar la recuperación, mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones crónicas (23).

Uno de los principales modelos teóricos que explican el dolor postoperatorio es la teoría de la especificidad del dolor, que sugiere que el dolor es una sensación específica que se transmite a través de vías nerviosas específicas

desde la periferia hasta el cerebro. Esta teoría postula que el dolor postoperatorio es una respuesta directa al daño tisular causado por la cirugía, y que la intensidad del dolor está relacionada con la magnitud de la lesión. Sin embargo, esta perspectiva ha sido complementada por la teoría del patrón del dolor, que enfatiza la importancia de los patrones de actividad neuronal en la percepción del dolor. Según esta teoría, no es solo la lesión física la que determina la experiencia del dolor, sino también cómo el sistema nervioso procesa y modula estas señales (24).

El dolor postoperatorio no solo es una experiencia física, sino también emocional. La teoría de la puerta de control, desarrollada por Melzack y Wall, introduce la idea de que la experiencia del dolor es modulada por un "sistema de puertas" en la médula espinal que puede amplificar o reducir las señales de dolor que llegan al cerebro. Esta teoría sugiere que factores psicológicos como la ansiedad y el estrés pueden influir en la intensidad del dolor experimentado. En el contexto postoperatorio, los pacientes que experimentan altos niveles de ansiedad preoperatoria tienden a reportar mayores niveles de dolor postoperatorio, posiblemente debido a la sensibilización del sistema nervioso central (25).

Además de los factores psicológicos, el manejo del dolor postoperatorio puede verse afectado por factores sociales y culturales. Por ejemplo, las expectativas culturales sobre el dolor y su expresión pueden influir en la forma en que los pacientes informan su dolor y en cómo responden a las intervenciones analgésicas. Las diferencias en las creencias culturales sobre el dolor pueden llevar a variaciones significativas en la percepción y el manejo del dolor postoperatorio entre diferentes grupos de pacientes. El tratamiento del dolor postoperatorio suele incluir una combinación de terapias farmacológicas y no farmacológicas. Los analgésicos, como los opioides y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), son comúnmente utilizados para reducir el dolor. Sin embargo, el uso de opioides puede estar asociado con efectos secundarios como náuseas, vómitos y riesgo de dependencia. Por esta razón, se promueve cada vez más el uso de enfoques multimodales que combinan diferentes tipos de medicamentos y técnicas

para minimizar los efectos secundarios y mejorar el control del dolor. Entre las terapias no farmacológicas, las técnicas de manejo del estrés, la terapia cognitivo-conductual y la fisioterapia han demostrado ser efectivas para reducir el dolor postoperatorio y acelerar la recuperación (26).

Cuando un estado de ánimo (por lo general negativo) perdura mucho tiempo puede generar un malestar significativo capaz de interferir con las diversas actividades realizadas por la persona tanto en la esfera familiar, social o laboral. Esta alteración del estado del ánimo es nombrada trastorno afectivo o del estado del ánimo, la cual influye indudablemente en la salud de la persona (27).

Entre los estados alterados del ánimo se encuentran el estado Triste-depresivo es un estado de ánimo que se caracteriza por una tristeza profunda y persistente. Las personas en este estado suelen presentar síntomas como fatiga constante, labilidad emocional (cambios rápidos en el estado de ánimo), problemas de sueño y una tendencia a sentirse solas y aislarse socialmente. Esta condición puede ser debilitante y afectar significativamente la calidad de vida de la persona (28).

De igual manera, antes del proceso quirúrgico se puede apreciar el estado ansioso, el cual es un estado emocional caracterizado por una sensación de alerta o preocupación ante un peligro o amenaza futura. Los síntomas comunes incluyen irritabilidad, inseguridad, aprensión, y pueden estar acompañados de tensión física y cognitiva. Cuando la ansiedad es frecuente y severa, puede convertirse en un trastorno de ansiedad, afectando la vida diaria del individuo (29). Cuando se presentan simultáneamente síntomas de ansiedad y depresión, se habla de un trastorno ansioso-depresivo. Este trastorno combina los síntomas de ambos estados, como la preocupación excesiva y la tristeza persistente, y puede llevar a una debilitante combinación de emociones que impactan negativamente en la funcionalidad diaria (30).

Otro estado es el de ánimo alegre, el cual se caracteriza por sentimientos de

felicidad, tranquilidad y sosiego. Las experiencias positivas y una buena capacidad de afrontamiento ante problemas influyen directamente en mantener este estado de ánimo, facilitando una percepción más optimista de la vida y mejorando la resiliencia ante dificultades (31).

Por otro lado, encontramos el estado de ánimo iracundo, hostil o de ira, el cual se manifiesta con signos de conducta agresiva, impulsividad e impaciencia. Las personas con este estado emocional pueden reaccionar de manera desproporcionada ante situaciones cotidianas, mostrando enojo y hostilidad hacia los demás. La falta de control emocional puede llevar a conflictos y dificultades en las relaciones interpersonales. Las principales preocupaciones y temores manifestadas por los pacientes al operarse están relacionadas con la anestesia, por la posibilidad de no despertar, la pérdida de control consciente de la situación, sentirse indefenso y a las complicaciones de la cirugía como la invalidez; estos temores son expresados por una conducta generalmente ansiosa (32).

El estado emocional del paciente durante el proceso quirúrgico tiene una influencia significativa en su recuperación. Diversos estudios han demostrado que la ansiedad prequirúrgica y otras emociones negativas pueden desencadenar respuestas físicas y psicológicas adversas. Estos efectos incluyen una mayor respuesta al estrés, alteraciones en el sistema inmunológico y un incremento en la percepción del dolor, lo cual puede prolongar la estancia hospitalaria y complicar la recuperación postoperatoria (33).

La literatura sugiere que los pacientes que experimentan altos niveles de ansiedad suelen presentar complicaciones durante y después de la cirugía, como una recuperación más lenta y una mayor necesidad de analgésicos. Estudios han indicado que la intervención psicológica prequirúrgica puede mitigar estos efectos negativos, mejorando el bienestar emocional del paciente y, por ende, los resultados quirúrgicos. El manejo adecuado del estado emocional de los pacientes es crucial para optimizar el proceso de recuperación y minimizar las complicaciones postoperatorias (34).

Un estudio indica que, el paciente intervenido quirúrgicamente precisa de cuidados y ayuda para superar sus temores ante la cirugía. El profesional enfermero brindar estos cuidados en la esfera psico-emocional y espiritual, las cuáles permitirán un estado emocional positivo en el paciente (35).

La pandemia de la Covid -19 fue y es una amenaza en la relación enfermera-paciente. Dadas las normativas propias de la prevención del contagio, el Ministerio de Salud indicó al personal de salud hacer uso constante y perenne de los equipos de protección personal (EPP) como el uso de respiradores, gorro, protector facial, lentes, mandilón, guantes y protectores de calzado, lo cual impedía una adecuada relación del enfermero con el paciente (36).

El proceso quirúrgico se divide en tres fases diferenciadas que son: Fase prequirúrgica, transoperatoria y post operatoria. La enfermera de unidad de recuperación post anestesia deberá satisfacer las necesidades físicas y emocionales del paciente con el fin de reducir las complicaciones postquirúrgicas, deberá estar atenta ante signos de dolor, falta de oxígeno, y movimientos repentinos del paciente, también evidenciará, en el paciente, una respiración tranquila, no esforzada, nivel de conciencia del paciente en estado de alerta y que responda a interrogatorio, funciones vitales estables, vía aérea permeable con respiraciones espontáneas, presentar reflejo nauseoso, sentir poco dolor y mover los miembros superiores e inferiores (37).

El dolor tras una intervención quirúrgica es una situación frecuente en la atención del paciente; sin embargo, esta condición afecta el bienestar del paciente y compromete la evolución de la cirugía, por lo cual se previene y/o requiere una intervención temprana y adecuada para evitar complicaciones postoperatorias. El dolor postoperatorio es una variante del dolor agudo, surge por la lesión de tejido muscular, subcutáneo y hasta esquelético por una intervención quirúrgica determinada. Así mismo, se considera al dolor postoperatorio como una alteración del bienestar del paciente y muchas veces es inadvertido por el personal de salud, esta situación complica la

evolución de la enfermedad y trae consigo consecuencias negativas que afectarán física y emocionalmente al paciente, así como también una estancia hospitalaria prolongada que implica un gasto en salud mayor para la institución (38).

El dolor ha sido definido como una experiencia tanto sensorial y emocional que es desagradable; se encuentra influenciada por un componente físico (daño o lesión) y componente psicológico (emociones y estados de ánimo). Los tipos de dolor pueden ser clasificados como dolor agudo y crónico; el dolor agudo puede ser causado por una lesión tisular real o potencial que es identificable, es causado por estímulos nocivos provenientes de heridas o lesiones, su duración es corta (39).

Los cuidados postoperatorios de enfermería, de acuerdo con las directrices de la NANDA (NIC), incluyen la administración de oxígeno cuando sea necesario y la realización de ventilación adecuada. Además, es esencial monitorear la calidad y frecuencia de las respiraciones, alentar al paciente a toser y respirar profundamente, y obtener informes detallados del equipo quirúrgico y del anestesista. Se debe realizar un seguimiento constante de los signos vitales y evaluar el dolor cada 15 minutos o con mayor frecuencia si es necesario. También se requiere supervisar y cambiar los apósitos de las heridas quirúrgicas, controlar la temperatura corporal mediante métodos de calentamiento como mantas térmicas, y vigilar la producción de orina. Asimismo, se deben implementar estrategias tanto farmacológicas como no farmacológicas para el alivio del dolor, entre otras tareas importantes (40).

En el contexto del COVID-19, en el cuidado al paciente posterior a la cirugía se ajustaron estrictamente a las normativas establecidas por organismos internacionales como la OMS y el Ministerio de Salud (MINS) de Perú. Una de las principales medidas fue evitar que los pacientes con COVID-19 ingresaran a la URPA, implementando un protocolo de desinfección riguroso y designando un recorrido específico para su traslado a las unidades hospitalarias. Este proceso fue realizado por el enfermero instrumentista II con la ayuda del personal técnico, asegurando el cumplimiento de las

medidas de bioseguridad y la prevención de la propagación del virus (41).

El presente estudio se basa en la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson, la cual enfatiza el compromiso moral del enfermero en la dignificación del paciente durante toda su atención. Watson sostiene que el cuidado va más allá de los aspectos físicos, abordando también las necesidades emocionales y espirituales del paciente, lo que permite una intervención integral y humanizada del profesional de enfermería. Los conceptos clave de esta teoría incluyen la "persona", que se refiere al ser humano en su totalidad, integrando mente, cuerpo y espíritu, y es considerado el sujeto central de la enfermería. El "medio ambiente" es entendido como una realidad subjetiva que engloba las experiencias pasadas, presentes y futuras del individuo, influyendo en su percepción de la salud y la enfermedad. La "salud" es definida por Watson como un estado de unidad y armonía entre la mente, el cuerpo y el alma, y se considera una manifestación de la totalidad del ser. Finalmente, la "enfermería" es vista como un arte que implica la capacidad de comprender y empatizar con los sentimientos del paciente, expresándolos de manera que reflejen genuinamente la experiencia del paciente. Esta teoría resalta la importancia de una relación auténtica y empática entre el enfermero y el paciente, promoviendo un entorno terapéutico que facilite la sanación y el bienestar general (42).

En los antecedentes del estudio se tiene a Alvarado y Colaboradores (43). En Ecuador, en el año 2024. En su estudio relacionado con las causas de la ansiedad en los pacientes en estado quirúrgico. Tuvo como objetivo de analizar las causas generadoras de ansiedad en los pacientes pre quirúrgicos. Métodos: Se realizó un estudio con enfoque cualitativo, descriptiva utilizando el método deductivo - inductivo. La población estuvo constituida por las publicaciones originales, las publicaciones enfocadas en el objetivo de este estudio y las publicaciones que permitieron el estudio de la realidad problemática. Se consultaron las bases de datos como Dialnet, Scopus, Google Scholar, ScIELO, MedLine y otras. Se utilizó em método PRISMA - Preferred reporting for system reviews and met-analisis, para la

revisión de los estudios de las diferentes bases de datos obtenidos. Se identificaron 434 escritos, de los cuales se eliminaron 129 por ser duplicados, dejando 305 documentos. Tras aplicar criterios de inclusión y exclusión, se descartaron 248 artículos, quedando 57 textos completos. Finalmente, se seleccionaron 7 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. Entre los hallazgos, se destacaron los factores determinantes para la ansiedad preoperatoria, como la experiencia con la anestesia, procedimientos que implican cambios corporales importantes, y el historial de cirugías previas. Se encontró que las mujeres son 3,46 veces más propensas a la ansiedad que los hombres, con un resultado estadísticamente significativo ($p < 0,01$). Las principales causas de ansiedad fueron preocupación por el éxito de la cirugía (29,3%), el proceso postoperatorio (19,5%), y posibles complicaciones (11,4%). Además, se documentó que el 23,7% de los pacientes experimentan ansiedad, siendo más común en mujeres ($p = 0,023$), independientemente de la edad. Se enfatizó la importancia de la información y la preparación psicológica para reducir la ansiedad antes de la cirugía.

Baagil y Colaboradores (44), en Alemania, en el año 2023, en su estudio sobre el impacto de la ansiedad de la etapa pre-operatoria en la utilización de los analgésicos y anestésicos. Tuvo como cuyo objetivo “recopilar y resumir sistemáticamente los datos existentes sobre el impacto de la ansiedad preoperatoria en el uso de anestésicos y analgésicos en pacientes quirúrgicos adultos de una manera integral”. Método: el estudio contó con un enfoque descriptivo, diseño transversal. Incluyeron artículos relevantes en las bases de datos de PubMed, Cochrane Library, Medline y Google Scholar desde enero de 2013 hasta agosto de 2023. Los términos de búsqueda incluyeron “ansiedad preoperatoria”, “ansiedad”, “dolor posoperatorio”, “ansiedad de la anestesia y la cirugía”. En pacientes que se sometieron a cirugía o intervenciones en anestesia general, anestesia regional o análogo sedación. Los hallazgos obtenidos evidenciaron que la ansiedad preoperatoria puede tener un profundo impacto en el resultado del tratamiento quirúrgico. La ansiedad preoperatoria es una condición

prevalente, con su incidencia que varía del 11% al 80%, dependiendo de la metodología de evaluación empleada. Destacándose la necesidad crítica de identificar a los pacientes ansiosos con prontitud e implementar intervenciones efectivas que mitiguen la ansiedad preoperatoria y sus posibles consecuencias. Finalmente se definió que la ansiedad preoperatoria puede presentar incidencia en la fase final del tratamiento quirúrgico.

Fernández y Colaboradores (45), en España, en el año 2022, en su estudio sobre la influencia del dolor post operatorio con la ansiedad en pacientes que tuvieron una cirugía cardíaca. El objetivo fue “identificar la influencia de los niveles de ansiedad preoperatoria en la predisposición al dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca en función de los requerimientos analgésicos, así como explorar la relación entre la ansiedad preoperatoria, el dolor postoperatorio y el sexo”. Métodos: Estudio de cohorte prospectivo de pacientes sometidos a cirugía cardíaca evaluó los niveles de ansiedad preoperatoria como un factor que influye en el dolor posoperatorio inmediato. Participaron 116 pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugía cardíaca electiva en un hospital terciario de la Junta de Sanidad de Castilla y León, España, entre enero y abril de 2020. Respecto a la ansiedad preoperatoria, la muestra total obtuvo una mediana de 60 (percentil 25 = 40; percentil 75 = 80) para estado de ansiedad, y una mediana de 30 para un rango latente de ansiedad (percentil 25 = 25 = 13; percentil 75 = 55). El valor medio del dolor postoperatorio fue de 3,57 (DE = 1,81) en la escala vNRS. La dosis media de morfina necesaria como dosis de rescate fue de 13,21 mg (DE = 7,59). La intensidad del dolor verbalizada por los pacientes disminuyó significativamente a lo largo de los turnos de tarde, noche y mañana en el período de seguimiento de 48 h ($p < 0,001$). Se concluyó que los requerimientos de analgesia postoperatoria aumentan con niveles más altos de ansiedad preoperatoria y disminuyen con cada año adicional de edad, independientemente del sexo. Por lo tanto, niveles más altos de ansiedad preoperatoria y una edad más baja parecen actuar como predictores de mayores requerimientos de analgesia en pacientes de

cirugía cardíaca.

Gutiérrez (46), en México, en el año 2020. En su estudio sobre la presencia del dolor post operatorio en pacientes que sufren de ansiedad pre operatoria, los mismos que fueron sometidos a colecistectomía. Tuvo como objetivo la evaluación de la presencia del dolor postoperatorio en los pacientes que presentan ansiedad pre operatoria, los que fueron operador por colecistectomía. Métodos: Se realizó un estudio observacional analítico transversal en pacientes sometidos a colecistectomía convencional en el Hospital de Especialidades #14 del IMSS. Antes de la cirugía, se utilizó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) para medir los niveles de ansiedad, y estos se correlacionaron con la percepción del dolor evaluada a las 0, 12 y 24 horas mediante la Escala Visual Analógica (EVA). El análisis inferencial incluyó pruebas de ANOVA y t de Student, así como medidas de tendencia central y dispersión para describir la muestra. Los datos se analizaron con el software IBM SPSS. Los resultados mostraron que el 40% de los pacientes experimentó ansiedad severa, mientras que el 30% tuvo ansiedad leve o moderada. La evaluación del dolor a las 24 horas con la EVA reveló que el 64% de los pacientes sufría de dolor moderado a severo. Se identificó una relación significativa entre los niveles de ansiedad y la percepción del dolor, con una mayor intensidad del dolor en pacientes con niveles más altos de ansiedad ($p=0.00$). Se concluyó que la incidencia de dolor postoperatorio es elevada y que existe una correlación significativa entre la percepción del dolor y la ansiedad prequirúrgica.

Avellaneda (47). En México, en el año 2020. En su estudio relacionado con la incidencia del dolor agudo post operatorio en pacientes que son sometidos a intervenciones quirúrgicas. Tuvo como objetivo determinar la incidencia del dolor agudo en etapa post operatoria de pacientes que fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas. Métodos: se realizó una investigación documental, con enfoque cualitativo, analítica, prospectiva, longitudinal, observacional y descriptivo. La población estuvo compuesta por los pacientes que fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas, las cuales fueron asistidas por robot. Como técnica se utilizó la revisión bibliográfica y

la revisión de los expedientes de los pacientes. Se utilizó como herramienta la ficha de recolección de datos de la escala EVA del dolor. Este estudio concluye que las mujeres presentan una mayor incidencia de dolor agudo postoperatorio, alcanzando un 70%. Los pacientes estudiados tenían una edad promedio de 50 años y un puntaje ASA de 3. El tipo de cirugía más común fue la ginecológica, con un 42%, seguida de la urológica con un 18.8%. Según la escala visual analógica (EVA), el 50% de los pacientes experimentó dolor leve a moderado al salir del quirófano, mientras que solo el 6% presentó dolor severo. Estos resultados pueden estar influenciados por factores psicológicos, genéticos, físicos, comorbilidades y el tipo de cirugía realizada. La investigación sugiere la necesidad de desarrollar más estudios para crear guías o protocolos que ayuden a reducir el dolor agudo postoperatorio, especialmente en cirugías robóticas, con el fin de disminuir los tiempos de estancia hospitalaria.

Calahulle y Colaboradores (48), en Moquegua, en el 2023, En su investigación destinada a evaluar el nivel de ansiedad y los mecanismos de afrontamiento durante la fase preoperatoria de los pacientes que serán sometidos a cirugía, el objetivo fue "determinar la relación entre el nivel de ansiedad y el proceso de afrontamiento en el preoperatorio de los pacientes del servicio de cirugía". Se utilizó un estudio correlacional básico con un enfoque cuantitativo no experimental transversal, empleando el software estadístico SPSS v.25. Los instrumentos de investigación incluyeron la escala de ansiedad STAI desarrollada por Spielberger con un alfa de Cronbach de 0,816 y la escala COPE para la estimación del afrontamiento, creada por Carver et al. y adaptada al español por Víctor Salar C. en 1993, con un alfa de Cronbach de 0,919. De una muestra total de 60 pacientes del servicio de cirugía en el período preoperatorio, el 88% presentó un nivel de ansiedad regular y el 53% mostró un proceso de afrontamiento regular. La relación entre el nivel de ansiedad y el proceso de afrontamiento en el preoperatorio fue del 85.7% para aquellos con altos niveles de ansiedad y altos procesos de afrontamiento, el 65.6% mostró niveles regulares de ansiedad y afrontamiento, y el 47.6% tuvo niveles bajos de ansiedad con

un afrontamiento regular.

Risco (49). En Piura, en el año 2023. En su estudio sobre el Grado de la ansiedad del paciente en la etapa preoperatoria. Tuvo como objetivo determinar el nivel de la ansiedad de los pacientes preoperatorios. Métodos: se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, con diseño no experimental, de corte transversal. La población estuvo compuesta por 70 pacientes prequirúrgicos y la muestra se conformó por 60 pacientes en igual situación. Las técnicas utilizadas fueron a través de la encuesta y como instrumento el cuestionario de Speilberg sobre la graduación de la ansiedad. Los resultados indican que, en el preoperatorio de la Clínica Los Cocos en 2021, se observó que la mayoría de los pacientes adultos tenían alrededor de 50 años (32%). La educación secundaria fue el nivel educativo más común (52%), y un gran porcentaje de los pacientes estaba en una relación de convivencia (42%). En cuanto a la ocupación, el 52% no trabajaba. El nivel de ansiedad, evaluado mediante signos adversos, fue generalmente medio en el 58% de los casos. Asimismo, el nivel de ansiedad según los síntomas positivos fue medio en el 55% de los pacientes. Para 2022, el nivel de ansiedad preoperatoria siguió siendo medio para el 63% de los pacientes.

Samanez (50), describió en Lima en el año 2021, en su estudio relacionado con la Ansiedad preoperatoria y las formas de afrontamiento en pacientes. El estudio tuvo como propósito “determinar la relación entre la ansiedad preoperatoria y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana”. Métodos: Para ello, se empleó un enfoque cuantitativo aplicado, con un método hipotético deductivo y un diseño no experimental de tipo descriptivo y correlacional. De una población de 244 pacientes atendidos en dos meses, se seleccionó una muestra representativa de 150 mediante muestreo aleatorio simple. Se aplicaron dos instrumentos principales: la Escala de valoración de la ansiedad de Spielberger (IDARE) para medir la ansiedad preoperatoria y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento al Estrés - BRIEF COPE para evaluar los estilos de afrontamiento. Los resultados mostraron que el 57,33% de los pacientes

presentaba un nivel alto de ansiedad operatoria, el 26,00% un nivel medio y el 16,67% un nivel bajo. En cuanto a los estilos de afrontamiento, el 65,33% de los pacientes tenía un nivel medio, el 32,00% un nivel alto y el 2,67% un nivel bajo. Se concluyó que existe una relación inversa y moderada ($Rho = -0,519$) y estadísticamente significativa ($p = 0,000$) entre la ansiedad preoperatoria y los estilos de afrontamiento al estrés.

Aquije y Colaboradores (51), en Arequipa, durante el 2021, En su estudio titulado "Factores predisponentes y nivel de ansiedad preoperatorio en pacientes de un hospital", el objetivo fue "determinar la relación entre los factores predisponentes y el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes de un Hospital Público". Métodos: La metodología utilizada fue de tipo básica, con un diseño de investigación no experimental, correlacional y transversal, y un enfoque cuantitativo. La muestra consistió en 61 pacientes preoperatorios a quienes se les aplicó la Escala modificada de Zung para evaluar la ansiedad. Los resultados mostraron que el nivel de ansiedad predominante era moderado en un 65.6%. La prueba de hipótesis general empleó el Rho de Spearman, cuyos resultados indicaron que no había correlación entre el género y la ansiedad (valor sig = -0.193), los estudios y la ansiedad ($p = 0.898$), la condición laboral y la ansiedad (valor sig = 0.072), y la presencia de cirugías previas y la ansiedad ($p = 0.208$).

Nuntón y Colaboradores (52), en Trujillo, en el año 2020. En su estudio acerca del Nivel de ansiedad y magnitud del dolor en pacientes después de las cirugías en el Hospital Regional de Docencia. El objetivo del estudio fue "determinar el nivel de estrés y su relación con la intensidad del dolor en pacientes postoperados". Métodos: La muestra incluyó a 96 adultos postoperados que cumplían con los criterios de inclusión y a quienes se les administró la Escala de Valoración del Estrés y la Escala Visual Analógica del Dolor. Se utilizó la prueba estadística Tau b de Kendall con un nivel de significancia de ≤ 0.05 . Los resultados, presentados en tablas simples y de doble entrada, revelaron que el 66.7% de los pacientes tenía un nivel de estrés medio, el 25% un nivel alto, y solo el 8.3% un nivel bajo. Además, el 70.8% de los pacientes experimentó dolor moderado, el 24% dolor muy

intenso, y solo el 5.2% dolor leve. Se concluyó que existe una relación altamente significativa entre el nivel de estrés y la intensidad del dolor en los pacientes postoperados del servicio de cirugía "A" del Hospital Regional Docente de Trujillo ($p < 0.000$)

Localmente se tiene a Yépez (53). En Cusco, en el año 2022. En su estudio sobre el Nivel de la ansiedad pre operatoria de pacientes que están programados para cirugía. Tuvo como objetivo determinar el grado de la ansiedad de los pacientes pre operatorios que están programados para cirugía. Métodos: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, la población estuvo conformada por 80 pacientes, los cuales se encontraban hospitalizados y listos para la cirugía, la muestra fue la totalidad de la población. La técnica fue la encuesta y el cuestionario fue el cuestionario de Spielberg que mide la escala de ansiedad. En los resultados se puede apreciar que, en las características demográficas: El 55% de los pacientes eran mujeres, el 61.3% tenía entre 30 y 59 años, y el 23.8% eran mayores de 60 años. En cuanto a educación, el 56.3% había cursado estudios superiores, mientras que el 3.8% eran analfabetos. Además, el 53.8% estaba casado y el 5% divorciado. Por el tipo de cirugía y experiencia previa: El 46.3% de los procedimientos quirúrgicos realizados fueron cirugías abiertas, y el 55% de los pacientes no había sido operado anteriormente. En cuanto al nivel de ansiedad: Se determinó que el nivel de ansiedad preoperatoria era generalmente medio en el 67.5% de los casos. Según los síntomas positivos, el 61.3% presentaba un nivel de ansiedad medio y el 6.3% un nivel alto. Respecto a los síntomas negativos, el 66.3% tenía un nivel de ansiedad medio y el 7.5% un nivel alto.

Ruiz (54). En Cusco, en el año 2021. En el estudio relacionado con los niveles de ansiedad pre operatorio de pacientes de maternidad. Tuvo como objetivo definir los grados de ansiedad de las madres programadas para cirugía del hospital Antonio Lorena de Cusco. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, donde la población estuvo compuesta por 110 pacientes que estuvieron programados para cirugía. La muestra estuvo compuesta por 85 madres en etapa pre operatoria. Se utilizó como técnica

la encuesta y como herramienta el cuestionario denominado la escala de Zung, la cual se encarga de medir los niveles de ansiedad. En los resultados se pudo apreciar que el 56% de las madres atendidas tenía entre 18 y 29 años, el 69% vivía en convivencia y el 65% provenía de zonas urbanas. En cuanto a los niveles de ansiedad preoperatoria, se observaron diversos síntomas: el 65% presentó síntomas cardiovasculares con frecuencia, el 59% reportó síntomas respiratorios ocasionalmente, el 68% manifestó síntomas gastrointestinales de manera intermitente, el 52% tuvo síntomas genitourinarios constantes, el 60% nunca experimentó síntomas neuromusculares, y el 47% mostró síntomas neurovegetativos frecuentemente. Cognitivamente, el 32% siempre sintió preocupación y el mismo porcentaje experimentó temor con regularidad, mientras que el 59% nunca tuvo confianza y el 60% nunca se sintió seguro. Respecto a la actividad motora, el 38% presentó hiperactividad frecuente, el 34% tuvo falta de movimiento a veces, el 35% mostró movimientos repetitivos ocasionalmente, y el 42% nunca tuvo movimientos desorganizados. Además, el 39% tuvo dificultad en la expresión verbal siempre y el 51% no presentó conductas de evitación. En resumen, el 43% de las pacientes presentó ansiedad leve, el 38% ansiedad moderada y el 19% ansiedad severa, concluyendo que la mayoría experimentó un nivel leve de ansiedad preoperatoria.

Esta investigación es de gran importancia para el campo de la salud, ya que explora cómo el estado emocional de los pacientes antes de la cirugía puede afectar su experiencia de dolor después del procedimiento. Esta investigación es valiosa porque permite comprender mejor la relación entre el estado psicológico y las respuestas físicas postoperatorias, lo que puede llevar a un manejo más efectivo del dolor y la ansiedad en el entorno hospitalario.

Al identificar a los pacientes con mayor riesgo de experimentar dolor severo debido a su estado emocional, los profesionales de la salud pueden desarrollar estrategias personalizadas para minimizar el malestar y mejorar la recuperación. En el campo de la salud, este estudio contribuye a la

comprensión holística del paciente, integrando aspectos psicológicos en la planificación del cuidado quirúrgico y postoperatorio, y subraya la importancia de un enfoque interdisciplinario que incluya la evaluación y manejo de factores emocionales para optimizar los resultados clínicos.

Referente a la justificación teórica, podemos verificar en diferentes fuentes tanto a nivel nacional e internacional, la importancia del manejo de los factores relacionados con el dolor post operatorio y la necesidad de más estudios en relación entre el estado del ánimo preoperatorio con la repercusión post operatorio del dolor. Por lo cual, queda justificada la realización del estudio, el cual debe contribuir con conocimiento científico actualizado respecto al tema de estudio.

Respecto a la justificación práctica, los resultados obtenidos en nuestro estudio permitirán, un cambio del actuar del enfermero del Hospital Samuel Pastor - Camaná en relación con el confort y medidas de acción a mejorar la calidad de la atención en relación de influir positivamente en el estado de ánimo del paciente previo al acto quirúrgico. Pues el estado emocional, es una reacción psicoactiva, frente a una reacción de un estímulo, las emociones desencadenadas tienen relación con la conducta como un ajuste personal. Un estado emocional cursado con estados negativos como miedo, angustia o depresión, desencadenarán una alteración del bienestar de la persona.

Finalmente, en relación a la meticulosidad metodológica del análisis, el presente estudio será ejecutado conforme a los principios básicos del método científico. Primeramente, en base a una adecuada base teórica y metodológica respaldada en bibliografías de importancia. Esto ha posibilitado el establecimiento de una base teórica y metodológica, respaldada por fuentes bibliográficas de gran relevancia. Este enfoque ha simplificado la obtención de resultados y conclusiones pertinentes, lo que supone un aporte significativo para potenciar la calidad de la vida profesional de los enfermeros.

En consecuencia, la presente investigación se realiza con el objetivo de

determinar la influencia del estado de ánimo prequirúrgico en el dolor agudo del paciente adulto post operado de cirugía electiva abdominal del Hospital I Samuel Pastor - Camaná.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Enfoque y diseño de investigación

El estudio se encuentra entre los estudios cuantitativos correlacionales, porque describirá la recolección de datos estadísticos contrastados con la realidad de la investigación. De igual manera, se tendrá un diseño no experimental, pues no existirá manipulación de variables. Se realizará en el futuro, posterior a la aceptación, se procederá a la recolección y recopilación de datos (55).

Tendrá un corte transversal, cuya recolección de la información, mediante encuesta, será en un solo momento. Tendrá un carácter descriptivo porque describirá los hallazgos de la población estudiada y busca responder la pregunta de investigación al cumplir con los objetivos planteados, en virtud de la aplicación del instrumento durante un único momento y de forma temporal (56).

2.2. Población, muestra y muestreo

Población:

La población estará conformada por el total de pacientes adultos intervenidos quirúrgicamente, de manera electiva, por cirugía abdominal, entre los meses de septiembre a diciembre del 2024, en el Hospital Samuel Pastor - Camaná (Arequipa).

Según los datos proporcionados por el servicio de estadísticas del hospital mencionado, se registraron un total de 30 pacientes durante este período, lo que representa la población total de interés para la investigación.

Muestra:

La muestra se conformará por la totalidad de la población.

Muestreo:

La selección de la muestra en este estudio seguirá un enfoque no probabilístico por conveniencia, pues todos los individuos operados de cirugía abdominal en el periodo de septiembre a diciembre del 2024 tendrán igual oportunidad de ser seleccionados para participar en la investigación.

Criterios de inclusión:

Se considerará a los pacientes con los siguientes requisitos:

- Pacientes adultos entre 21 a 59 años, post operados de cirugía abdominal laparoscópica, operados por primera vez, los cuales saben leer y escribir, y que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que deseen participar en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con dolor crónico por una enfermedad crónica (mayor a 6 meses), con alteraciones diversas.

2.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos

2.3.1. Técnicas: En el proceso de recolección de dato se utilizará la técnica de encuesta, cuya metodología es combinada; definida como la agrupación de preguntas según las dimensiones relacionadas con una o más variables de forma adecuada y eficiente (57). Los instrumentos utilizados serán la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) propuesta por Sanz y la escala de valoración visual (EVA) diseñada para medir el dolor por Scott y Huskisson (58).

2.3.2. Instrumentos:

Para la variable independiente (estado de ánimo), se aplicará la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) propuesta por Sanz, la cual fue aplicada para el estudio de pacientes quirúrgicos por Robleda y

colaboradores en España, mediante un estudio observacional retrospectivo realizado en 127 pacientes adultos de cirugía ortopédica y traumatológica (muestreo por conveniencia) valoraron el dolor postoperatorio mediante la escala numérica verbal y con cinco variables del estado emocional: ansiedad, sudoración, estrés, miedo y llanto. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi-cuadrado, la prueba t de Student o ANOVA y un análisis de regresión logística multivariante (59).

El estado emocional preoperatorio se evaluó con la herramienta de práctica clínica habitual. Se trata de una escala dicotómica (ausente=0 / presente=1) de 5 ítems: ansiedad, sudoración, estrés, miedo y llanto. Con estos ítems se obtuvo la puntuación total del estado emocional, que puede oscilar entre 0 (ausencia total de alteración del estado emocional preoperatorio) y 5 (máxima alteración del estado emocional preoperatorio). Para el propósito de este estudio, no se establecieron niveles de intensidad de las alteraciones del estado emocional preoperatorio (59).

Se aplicó en un estudio descriptivo, explicativo, longitudinal, prospectivo con enfoque cuantitativo, la Escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) (Validez: 0.81 y confiabilidad 0.88 como promedio) y dimensionó el estado de ánimo en: negativo, positivo, muy positivo (60). En otro estudio observacional, prospectivo, trasversal y de análisis invariado los datos recolectados fueron mediante la Escala de Valoración de los Estados de Ánimo (EVEA), dimensionando el estado de ánimo en alegre, alegre y ansioso, alegre hostil (61).

El instrumento a utilizar consta de 16 preguntas, las cuales están distribuidas en 4 dimensiones: Triste-depresivo (ítem 4, 7, 10 y 16), ansioso (ítems 1,5,9,13), alegre (ítems 3,6,12,15) e iracundo-hostil (ítem 2,8,11,14); la puntuación por cada ítem es de 0 a 10; se deberá sumar cada puntuación de los cuatro ítems correspondientes a las dimensiones y dividirlo entre 4; se asignará el estado emocional a la dimensión con mayor puntaje (59).

Para la variable dolor físico en el paciente postoperado de cirugía abdominal, se utilizará la escala visual análoga (EVA), la cual fue diseñada para medir el dolor por Scott y Huskisson. González C, et al y Vicente M, et al, demuestran su validez, así como su confiabilidad (alfa de Cronbach de 0.91). En ambos casos se verifica que la EVA está compuesta por una línea horizontal de 10 puntos, se le pide al paciente colocar su dedo en el nivel de dolor que siente, cada punto será medido de la siguiente manera: dolor ausente (0 puntos), dolor leve (1 a 3 puntos), dolor moderado (4 a 6 puntos), dolor muy fuerte (7 a 9 puntos), peor dolor posible (10 puntos) (38).

2.3.3. Validez y confiabilidad

Los instrumentos utilizados en esta investigación son dos: la escala valoración del estado de ánimo (EVEA) propuesta por Sanz, y aplicada para el estudio de pacientes quirúrgicos; así mismo, los estudios otros autores demuestran su validación de contenido, criterio y constructo para población peruana; por lo que, el instrumento es confiable con un alfa de Cronbach de 0.88 (58).

Para la variable dependiente: Dolor físico en el paciente postoperado de cirugía abdominal, se usó la escala visual análoga (EVA), la cual fue diseñada para medir el dolor por Scott y Huskisson. Autores, demuestran su validez, así como su confiabilidad (alfa de Cronbach de 0.91) (38).

2.4. Variables de estudio

El presente estudio tiene como variable independiente, el estado de ánimo, y como variable dependiente es el dolor físico en el paciente post operado de cirugía abdominal.

Variable independiente: Estado de ánimo

Definición conceptual:

Se define al estado de ánimo como una respuesta emocional ante una

situación específica. En la neurociencia es la respuesta ante una reacción emocional dada por la activación de estímulos inductores. Por lo que el estado emocional constituye un estado afectivo difuso que presenta una duración corta. Esta alteración del estado del ánimo es nombrada trastorno afectivo o del estado del ánimo, la cual influye indudablemente en la salud de la persona (16).

Definición operacional:

El estado de ánimo de los pacientes en la etapa prequirúrgica del Hospital Samuel Pastor de Camaná será medida en hospitalización a través del instrumento que consta de 16 preguntas, las cuales están distribuidas en 4 dimensiones: Triste-depresivo (ítem 4, 7, 10 y 16), ansioso (ítems 1,5,9,13), alegre (ítems 3,6,12,15) e iracundo-hostil (ítem 2,8,11,14); la puntuación por cada ítem es de 0 a 10; se deberá sumar cada puntuación de los cuatro ítems correspondientes a las dimensiones y dividirlo entre 4 (58).

Variable dependiente: Dolor físico en el paciente post operado de cirugía abdominal

Definición conceptual:

El dolor posoperatorio es definido como una situación frecuente en la atención del paciente, el cual afecta el bienestar del paciente y compromete la evolución de la cirugía, por lo cual se previene y/o requiere una intervención temprana y adecuada para evitar complicaciones postoperatorias (38).

Definición operacional:

La valoración del dolor post quirúrgico será en la etapa de recuperación post anestésica, con el paciente despierto mediante una valoración visual, la cual es la escala de EVA, el cual dará como resultado 5 dimensiones del dolor según lo referido por el paciente y visualizado por el investigador. La pregunta será: del 0 al 10 al preguntar sobre el nivel del dolor (62).

2.5. Plan de recolección de datos

2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para realizar este estudio, es imprescindible obtener una carta de presentación de la Dirección General de la Universidad Privada María Auxiliadora. Posteriormente, se entregará esta carta a la persona adecuada y se solicitará la autorización del director del Hospital Samuel Pastor - Camaná. Se destacará que la recopilación de datos se efectuará de manera ordenada y con un enfoque interpretativo, respetando rigurosamente los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la aplicación de la encuesta.

2.5.2. Aplicación de instrumentos de recolección de datos

Seguidamente, se procederá a la recopilación de datos, previa coordinación con el servicio de cirugía del hospital para la respectiva autorización. Este proceso se llevará a cabo durante un período establecido durante los meses de septiembre a diciembre del presente año, mediante entrevistas individuales a los participantes. El trabajo se realizará de lunes a viernes, según la hospitalización de los pacientes con los criterios de inclusión. Se les dará información clara y comprensible sobre los objetivos del estudio y se les proporcionará un formulario de consentimiento informado. Este documento acreditará su participación y se mantendrá como prueba de su involucramiento en la investigación. Cada participante invertirá alrededor de 40 minutos en completar el cuestionario, y luego se revisarán y registrarán los resultados obtenidos.

2.6. Métodos de análisis estadísticos

Los datos hallados serán analizados y procesados mediante Microsoft Excel 2019 y luego serán ingresados y procesados por el paquete estadístico SPSS versión 27. Primero se elaborará la matriz de datos generales, luego se procederá a la tabulación respectiva tanto de los datos

generales como las respuestas obtenidas. Los resultados serán presentados en tablas y/o gráficos para facilitar su análisis e interpretación, considerando la variabilidad en los niveles de las variables estudiadas.

2.7. Aspectos éticos

Los aspectos éticos serán la imparcialidad, justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía. El fin es proteger o salvaguardar a los colaboradores encuestados (63). Los principios éticos que rigen este estudio son los siguientes: Justicia, que asegura una selección equitativa y justa de los participantes mediante procedimientos imparciales; Beneficencia, que garantiza que el estudio no causará daño a los participantes y buscará beneficiarlos, evitando cualquier riesgo para su integridad; No maleficencia, que compromete a no causar daño y a prevenir cualquier sufrimiento innecesario, manteniendo la confianza de los participantes en el estudio; y Autonomía, que respeta la capacidad de los participantes para decidir libre y voluntariamente su participación, asegurando que su consentimiento sea informado y libre de presiones externas (64).

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2024												
	SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			
Identificación del Problema	■	■											
Búsqueda de la bibliografía vía internet de los repositorios		■	■										
Elaboración de la introducción: Situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes			■	■	■								
Construcción de la sección de introducción referente a la Importancia y justifica la investigación						■	■						
Determinar y enunciar los Objetivos de la investigación dentro de la introducción.						■	■	■					
Definición de la sección de material y métodos: Enfoque y diseño de investigación								■	■				
Determinación de la Población, muestra y muestreo								■	■				
Elección de la Técnicas e instrumentos de recolección de datos								■	■	■	■		
Elaboración de la sección material y métodos: Aspectos bioéticos									■	■	■		
Elaboración de la sección material y métodos: Métodos de análisis de información										■	■		
Elaboración de aspectos administrativos del estudio										■	■		
Elaboración de los anexos											■	■	
Evaluación anti plagio – Turnitin											■	■	■
Aprobación del proyecto												■	
Sustentación del proyecto													■

Recursos financieros

MATERIALES	TOTAL				
	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	S/.
Equipos					
1 laptop	2800	00	00	00	2800
Memoria tipo USB de 8Gb	70	00	00	00	70
Disco duro externo 1 Tb	10	00	00	00	10
Materiales de escritorio					
Lapiceros	20	00	00	00	20
Hojas bond A4	30	00	00	30	60
Sobres de manila	10	00	00	00	10
Material Bibliográfico					
Libros	00	00	00	00	00
Fotocopias e impresiones	50	50	50	50	200
Espiralado	00	00	00	70	70
Otros					
Movilidad	100	100	100	100	400
Viáticos	20	20	20	20	80
Comunicación	00	00	00	00	00
Consumo de energía eléctrica	80	80	80	80	320
Consumo de internet	69	69	69	69	276
Recursos Humanos					
Asesor estadístico	00	00	200	200	400
Imprevistos*	00	00	00	00	00
TOTAL	3259	319	519	619	4.716

Referencias:

1. Lais J , Venturini L , Backes C , Beuter M , Da Rosa P , Rieth E. Stressors factors experienced by hospitalized elderly from the perspective of the Neuman Systems Model. Esc Nerry, Anna. 2018; 22(4):1-9. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TDcpHRGWWs8F6frvT9ZYJks/?lang=en#>
2. Tadesse M , Ahmed S , Regassa T , Girma T , Hailu S , Mohammed A , et al. Effect of preoperative anxiety on postoperative pain on patients undergoing elective surgery: Prospective cohort study. Ann Med Surg (Lond). 2021 Dec; 22;73:103190. Disponible en; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8767241/>
3. Stuhlreyer J, Klinger R.. The Influence of Preoperative Mood and Treatment Expectations on Early Postsurgical Acute Pain After a Total Knee Replacement. Front Psychiatry. 2022 Apr; 26;13:840270. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9086617/>
4. Kuzminskaitė V, Kaklauskaitė J, Petkevičiūtė J.. Incidence and features of preoperative anxiety in patients undergoing elective non-cardiac surgery. Acta Med Litu. 2019; 26(1):93-100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6586376/>
5. Armstrong, April D , et al. Risk Factors for Increased Postoperative Pain and Recommended Orderset for Postoperative Analgesic Usage. The Clinical Journal of Pain. 2020 November; 36(11):p 845-851. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7671821/>
6. Gutierrez T.. Prevalencia del dolor postoperatorio en pacientes con ansiedad preoperatoria sometidos a colecistectomía convencional en el Hospital de Especialidades No. 14. Universidad Veracruzana. 2020. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/50328/GutierrezEstandoTeresa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
7. Sales G.. Ansiedad quirúrgica y su relación con el dolor postquirúrgico en pacientes sometidos a cirugía electiva. Universidad Autónoma de Puebla. 2019 diciembre - mayo. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/c9d4d741-41c8-4cb4-8632-25cf9b8c2a7c/content>
8. María José Pérez Piedra. Postoperative pain management. Revista Médica Sinergia. 2023 septiembre; ISSN: 2215-4523. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1101/2315>
9. Bernal D , González R , Rojas I. Factores estresores en pacientes en unidades de cuidado intensivo adulto. Revista de Enfermagem Referência. 2018; 4(16):1-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388256613007/388256613007.pdf>
10. López S, Sillas D, Álvarez V, Rivas O.. Level of preoperative anxiety in patients scheduled for surgery. Med Interna Mex. 2021; 37(3):324-34. Disponible en; <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2021/mim213c.pdf>

11. Escobar Sanchez, S. , Alvarez Galvis, S , Ochoa Leon L. Estancia prolongada en hospitalización, descripción en literatura y análisis para su manejo. Repositorio Universidad CES. 2020; 1-55. Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5019/1128264789_2020.pdf?sequence=1
12. Muoz, N , Tejada, R , Gallegos, N , Obando, S , et al. Ansiedad y depresión en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Perú. Rev Psicol La Salud. 2019; 7(1):333-48. Disponible en: <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/874/1219>
13. Valdiviezo C. Factores asociados a ansiedad preoperatoria en pacientes atendidos en el hospital Las Mercedes, Paíta, 2019. Rev Univ Priv Antenor Orrego. 2020; 1(1):5-20. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/6383/REP_ESC.MEDP_VALDIVIEZO.CRISTHYAN_FACTORES.ASOCIADOS.ANSIEDAD.PREOPERATORIA.PACIENTES.ATENDIDOS.HOSPITAL.MERCEDES.PAITA.2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Byk J , Suguiyoma G , De Oliveira D. Cirugía relacionada con la edad: una evaluación exhaustiva de la literatura. Rev Bioethics. 2019; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/ahNkMsSfbS6CZzLv75Ht4Dnd/abstract/?lang=es>
15. Yohaira Q. Nivel de ansiedad y proceso de afrontamiento de los pacientes en periodo preoperatorio. Universidad Cayetano Heredia. 2024; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/15268?show=full>
16. Navarro-García MA, Marín-Fernández B, de Carlos-Alegre V, Martínez-Oroz A, Martorell-Gurucharri A, Ordoñez-Ortigosa E, et al. Trastornos del ánimo preoperatorios en cirugía cardíaca: factores de riesgo y morbilidad postoperatoria en la unidad de cuidados intensivos. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2011;64(11):1005-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2011.06.009>
17. Adhikari SP, Pathak BD, Ghimire B, Baniya S, Joshi P, Kafle P, et al. Prevalence of pre-operative anxiety and associated risk factors among patients awaiting elective surgery in a tertiary care hospital. F1000Res [Internet]. 2023;12:1207. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.136320.2>
18. Quintero, A. Yasnó, D. Riveros, O. Castillo, J. Borráez, B. Colombia. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos [Internet]. Redalyc.org. [citado el 2 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3555/355552642006/html/>
19. Oh J, Lee W, Ki S, Suh J, Hwang S, Lee J. Assessment of preoperative anxiety and influencing factors in patients undergoing elective surgery: An observational cross-sectional study. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2024 [citado el 2 de agosto de 2024];60(3):403. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1648-9144/60/3/403>

20. Friedrich S, Reis S, Meybohm P, Kranke P. Preoperative anxiety. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2022;35(6):674-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/aco.0000000000001186>
21. Akutay S, Ceyhan Ö. The relationship between fear of surgery and affecting factors in surgical patients. *Perioper Med (Lond)* [Internet]. 2023 [citado el 2 de agosto de 2024];12(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13741-023-00316-0>
22. Gordillo León Fernando, Arana Martínez José M., Mestas Hernández Lilia. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2011 Oct [citado 2024 Ago 02] ; 4(3): 228-233. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300008&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300008>.
23. Esteve-Pérez N., Sansaloni-Perelló C., Verd-Rodríguez M., Ribera-Leclerc H., Mora-Fernández C.. Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2017 Jun [citado 2024 Ago 03] ; 24(3): 132-139. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000300132&lng=es. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2017.3542/2016>.
24. Sánchez Herrera Beatriz. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichan* [Internet]. 2003 Dec [cited 2024 Aug 02] ; 3(1):32-41. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100006&lng=en.
25. Torrecillas, L. "Funciones de enfermería en los cuidados y tratamiento del dolor." *Evaluación y control del dolor. Escalas de valoración*. 2001. Disponible en: <http://www.saludbalear.com>
26. Novel, G. Aspectos psicológicos del dolor. *Revista Rol de Enfermería*, 1986. No. 104, pp. 41-48. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/108823/1/108823.pdf>
27. Neipp M.. ¿Cómo influye el estado de ánimo en la salud? *The conversation, Academic rigor, journalistic flair*. 2019; Disponible en: <https://research.umh.es/vivo/individual?uri=http%3A%2F%2Fresearch.umh.es%2Fvivo%2Fpub%2Farticulo%2F202190>.
28. Sadock B , Samoon A , Sadoxk V. *Manual de bolsillo de psiquiatría clínica* [Internet]. 6°. 6th ed. 9788417033989 , editor. Barcelona: Wolters Klumer; 2019.
29. Ortega Maldonado A , Sala nova Soria M. Evolución de los modelos sobre el afrontamiento del estrés: hacia el coping positivo. *Àgora Salut*. 2016; (3):285-93. Disponible en: <https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/155710/30-Alberto%2c%20Marisa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Baquerizo T.. Aspectos emocionales en el paciente quirúrgico. 2021. Disponible en:

https://www.medicosecuador.com/librosecng/articulos/1/aspectos_psicologicos.htm

31. Quintero A , Yasnó DA , Riveros OL , Castillo J , Borráez BA. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Rev Colomb Cirugía. 2017; 32(2):115-20. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/15/88>
32. WHO. Trastornos de ansiedad [Internet]. Who.int. [citado el 2 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
33. Cazares F , Vinaccia S , Quiceno J , Montoya B. Psychological Preparation for Surgery: Systematic Review of the Literature. Psychol Av la Discip. 2016 10(2):73-85. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317472540_Psychological_preparation_for_surgery_Systematic_review_of_the_literature
34. Lanini I, Amass T, Calabrisotto CS, Fabbri S, Falsini S, Adembri C, et al. The influence of psychological interventions on surgical outcomes: a systematic review. J Anesth Analg Crit Care [Internet]. 2022 [citado el 2 de agosto de 2024];2(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s44158-022-00057-4>
35. Zúñiga Vargas O , et al. Directiva sanitaria para el uso de equipos de protección personal para los trabajadores del Hospital Santa Rosa. Minsa. 2020.; p. 0-26. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hsr/normas-legales/4241837-rd-122-2023-hsr>
36. Gersch C , Heimgartner N , Rebar C , Willis L. Enfermería medico quirúrgica. 49788416781607th ed. clínico. E, editor.: WOLTERS KLUWER; 2017.
37. Hoppenfeld J. Dolor Abdominal. En: Fundamentos de medicina del dolor. 1st ed. carolina del Norte: Wolters Kluwer; 2015.
38. González-Estavillo AC , et al. Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. Rev Mex Anesthesiol. 2018 Enero- Marzo; 41(1):7-1. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma181b.pdf>
39. Aguilar CV. Clasificaciones nanda, noc, nic 2018-2020. 2020. Disponible en: <https://contenidos.salusplay.com/hubfs/ebooks/Clasificaciones-NANDA-NOC-NIC-2018-2020.pdf>
40. Cattáneo A , Coppola EF , Medina AF , Pachón Guzmán A. Manejo y tratamiento de pacientes en áreas quirúrgicas durante la pandemia COVID-19. Revisión en el área de Ortopedia y Traumatología. Rev la Asoc Argentina Ortop y Traumatol. 2020 abril; 85(2). Disponible en: <https://raaot.org.ar/index.php/AAOTMAG/article/view/1101/3272>
41. Topal Hançer A, Demir P. Postoperative telenursing during the COVID-19 pandemic: Improving patient outcomes. J Perianesth Nurs [Internet]. 2023 [citado el 2 de agosto de 2024];38(4):622-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2022.11.011>
42. Contreras I , Hernandez E , Peñaloza D , Caballero E. Filosofía de Jean Watson Versus la Teoría de Virginia Henderson sobre la Satisfacción

- Usuaría en Pacientes Adultos, Revisión de la Literatura. 2017. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/teora-de-atencion-del-ser-humano-por-jean-watson/250371154>
43. Alvarado Chacón, Roberto Enrique. García Arias, Nemis. Tulcán Cruz, Maritza Alexandra. Causas de ansiedad en los pacientes prequirúrgicos, revisión bibliográfica [Internet]. Edu.ec. 2024 [citado el 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17629>
 44. Baagil H , Baagil H , Gerbershagen MU. Preoperative Anxiety Impact on Anesthetic and Analgesic Use. Medicina (Kaunas). 2023 Nov; 23;59(12):2069. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10744982/>
 45. Fernández-Castro M , Jiménez JM , Martín-Gil B , et al. The influence of preoperative anxiety on postoperative pain in patients undergoing cardiac surgery. Sci Rep. 2022 Oct; 1;12(1):16464. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9526739/>
 46. Gutiérrez Estañol TV. Prevalencia del dolor postoperatorio en pacientes con ansiedad preoperatoria sometidos a colecistectomía convencional en el hospital de especialidades No.14 [Internet]. Cdigital.uv.mx. 2020 [citado el 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/50328/GutierrezEstanoITeresa.pdf?sequence=3>
 47. Avellaneda Suarz FA. Incidencia del dolor agudo postoperatorio en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas asistidas por robot [Internet]. Unam.mx. 2020 [citado el 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000802327/3/0802327.pdf>
 48. Calahulle Mamani M, Gutierrez Gamez de Herrera D, Valdivia Basurco R. Nivel de ansiedad y proceso de afrontamiento en el periodo preoperatorio de los pacientes del servicio de cirugía Hospital Regional Moquegua 2023 - HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2023. Universidad Nacional del Callao. 2023. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/8670/TE SIS%20-%20CALAHUILLE-GUTIERREZ-VALDIVIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 49. Risco Ramos, JM. Nivel de ansiedad del paciente adulto en el preoperatorio en la Clínica Los Cocos, Piura - 2022. Internet. 2023. Disponible en: <https://repositorio.usanpedro.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8927e406-7d40-4c61-b51e-bb4c42836e28/content>
 50. Samanez V.. Ansiedad preoperatoria y estilos de afrontamiento en pacientes de una clínica de Lima Metropolitana, 2021. Universidad Norbert Wiener. 2021; Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5577/T061_41046609_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 51. Aquije Dionicio AY, Santos Monrroy KY. Factores predisponentes y nivel de ansiedad preoperatorio en pacientes de un Hospital Público de

- Arequipa - 2021. Universidad César Vallejo. 2021; Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60184/Aguije_DAY-SantosMKY-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
52. Nuntón Ríos C , Sáenz Layza S. Nivel de estrés e intensidad del dolor en pacientes post operados. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2019. Universidad Nacional de Trujillo. 2020; Disponible en:
<https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7a5f2a37-d5ab-4e78-8b03-8144f7d66210/content>.
 53. Martínez Y, Carmen L. Nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes hospitalizados programados a intervenciones quirúrgicas en la Clínica Guadalupe Wanchaq Cusco, 2021. Universidad Andina del Cusco; 2021. Disponible en:
<https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/4765>
 54. Ruiz Vargas G. Niveles de ansiedad preoperatorio en pacientes del servicio de maternidad del Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018. Universidad Andina del Cusco; 2021. Disponible en:
<https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/4384>
 55. Sampieri RH , Fernández C , Baptista P. Metodología de la investigación. 6th. 2020. 122202020203202020620nd ed. M-H/ IE e, editor. Obregón México: Ed. S.A. Vol. 53. 1-589 p.; 2014. ISBN: 978-1-4562-2396-0
 56. Hernández R., Fernández C., Baptista P.. Metodología de la investigación. 6ta. México: Mc Graw Hill. 2018. ISBN: 978-1-4562-2396-0
 57. Coronel R.. Estrategias de cobranza para la disminución de los índices de morosidad en caja Paita -Chachapoyas.: Universidad Cesar Vallejo; 2020. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/51707/Bruno_SLJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 58. Sanz J.. Escala de Valoración del estado de ánimo (EVEA). Universidad Complutense Madrid. 2001; Vol. 27, N° 111. Disponible en:
<https://docta.ucm.es/entities/publication/8412089a-a354-4e57-8e1e-04ba53c9720d>
 59. Robleda G , et al. Influence of preoperative emotional state on postoperative pain following orthopedic and trauma surgery. Rev Lat Am Enfermagem. 2016; 22(5):785-91. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292684/>
 60. Soplín Mendoza L.. Efectos de la musicoterapia sobre el estado de ánimo de los adultos mayores, Programa del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2015. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza UNTRM. 2015; Disponible en:
<https://repositorio.untrm.edu.pe/handle/20.500.14077/656#:~:text=Conclusi%C3%B3n%3A%20La%20aplicaci%C3%B3n%20de%20la,por%20efecto%20de%20la%20aplicaci%C3%B3n>
 61. Serván R.. Estados de ánimo de los docentes de enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. 2019; Disponible en:

- <https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/2022/Servan%20Trigoso%20Roswith.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
62. Vicente Herrero MT. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. Rev la Soc Española del Dolor. 2018; 25(4):228-36. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>
63. Mesía. Contexto Ético de la Investigación Social. 2007;11 (19:140. Investigación Educativa. 2007 Enero - junio; vol. 11 N.º 19, 137 - 151. Disponible en: <file:///C:/Users/Rebeca/Downloads/admOjs,+3624-12378-1-CE.pdf>
64. Beauchamp, Tom L , Childress, James F. Principles of Biomedical Ethics. 8va edición. Oxford University Press. 2011 septiembre - diciembre; volumen 17, núm 64. Disponible en: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/Produccion_Animal/Bioetica.pdf

ANEXOS

ANEXO A: Operacionalización de variable

TÍTULO: INFLUENCIA DEL ESTADO DE ÁNIMO PRE QUIRÚRGICO EN EL DOLOR FÍSICO POST QUIRÚRGICO DEL PACIENTE ADULTO POSTOPERADO DE CIRUGÍA ELECTIVA ABDOMINAL ENTRE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL HOSPITAL SAMUEL PASTOR – CAMANÁ -2024							
Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Nº de ítems	Escala valorativa
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Estado de ánimo prequirúrgico</p>	<p>Naturaleza Cuantitativa</p> <p>Escala de medición</p> <p>Nominal</p>	<p>Las experiencias vividas, así como el nivel de afrontamiento a problemas tienen influencia directa en la manera de sobrellevar los problemas de la vida diaria (17).</p> <p>Esta alteración del estado del ánimo es nombrada trastorno afectivo o del estado del ánimo, la cual influye indudablemente en la salud de la persona (16).</p>	<p>El estado de ánimo de los pacientes en la etapa prequirúrgica del Hospital Samuel Pastor de Camaná será medida en hospitalización a través del instrumento que consta de 16 preguntas, las cuales están distribuidas en 4 dimensiones: Triste-depresivo, ansioso, alegre y, por último, iracundo-hostil. La puntuación por cada ítem es de 0 a 10; se deberá sumar cada puntuación de los cuatro ítems correspondientes a las dimensiones y dividirlo entre 4.</p>	<p>Triste – depresivo</p> <p>Ansioso</p> <p>Alegre</p> <p>Iracundo - hostil</p>	<p>1) Me siento melancólico</p> <p>2) Me siento decaído</p> <p>3) Me siento apagado</p> <p>4) Me siento triste</p> <p>5) Me siento nervioso</p> <p>6) Me siento tenso</p> <p>7) Me siento ansioso</p> <p>8) Me siento intranquilo</p> <p>9) Me siento alegre</p> <p>10) Me siento optimista</p> <p>11) Me siento animado</p> <p>12) Me siento contento</p> <p>13) Me siento irritado</p> <p>14) Me siento enojado</p> <p>15) Me siento molesto</p> <p>16) Me siento enfadado</p>	<p>(16 ítems)</p> <p>ítem 4, 7, 10 y 16</p> <p>ítems 1,5,9,13</p> <p>ítems 3,6,12,15</p> <p>ítem 2,8,11,14</p>	<p>La puntuación por cada ítem es de 0 a 10. Se deberá sumar cada puntuación de los cuatro ítems correspondientes a las dimensiones y dividirlo entre 4</p> <p>Se asignará el estado emocional a la dimensión con mayor puntaje</p>
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Dolor físico postoperatorio</p>	<p>Naturaleza Cuantitativo</p> <p>Escala de medición</p> <p>Nominal</p>	<p>El dolor pos operatorio es definida como una situación frecuente en la atención del paciente, el cual afecta el bienestar del paciente y compromete la evolución de la cirugía, por lo cual se previene y/o requiere una intervención temprana y adecuada para evitar complicaciones postoperatorias (24).</p>	<p>La valoración del dolor post quirúrgico será en la etapa de recuperación post anestésica, con el paciente despierto mediante una valoración visual, la cual es la escala de EVA, el cual dará como resultado 5 dimensiones del dolor según lo referido por el paciente y visualizado por el investigador. La pregunta será: del 0 al 10 ¿Cuánto cataloga su dolor?</p>	<p>Dolor ausente</p> <p>Dolor leve</p> <p>Dolor moderado</p> <p>Dolor muy fuerte</p> <p>Peor dolor posible</p>	<p>Valor numérico referido: 0</p> <p>Valor numérico referido: 1 a 3</p> <p>Valor numérico referido: 4 a 6</p> <p>Valor numérico referido: 7 a 9</p> <p>Valor numérico referido: 10</p>	<p>La escala consta de una puntuación de 0 – 10.</p> <p>(10 ítems)</p>	<p>Según lo referido por el paciente será valorado para el diagnóstico de la intensidad de dolor.</p>

ANEXO B: Instrumentos de recolección de datos

Escala de valoración del estado de ánimo (EVEA)

Instrucciones:

El presente cuestionario tiene por objetivo conocer su estado de ánimo actualmente, a continuación Ud. encontrará diferentes estados de ánimo, por lo cual se le pide marcar con una X de acuerdo a la intensidad en la cual los siente Ud. en este momento, dónde "0" corresponde a NADA y "10" a MUCHO; recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, sólo marcar de acuerdo a cómo se siente Ud. ahora mismo. Muchas gracias.

DATOS GENERALES

Edad: _____

Sexo: F () M ()

Situación conyugal


- Soltero (a) ()
- Casada (a) ()
- Conviviente ()
- Divorciado/Separado (a) ()
- Viudo (a) ()

Grado de instrucción

- Sin estudios ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior técnica ()
- Superior universitaria ()

Diagnóstico preoperatorio: _____

Diagnóstico postoperatorio: _____

N°	Items	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		NADA										
1	Me siento nervioso (a)											
2	Me siento irritado (a)											
3	Me siento alegre											
4	Me siento melancólico (a)											
5	Me siento tenso (a)											
6	Me siento optimista											
7	Me siento decaído (a)											
8	Me siento enojado (a)											
9	Me siento ansioso (a)											
10	Me siento apagado (a)											
11	Me siento molesto (a)											
12	Me siento animado (a)											
13	Me siento intranquilo (a)											
14	Me siento enfadado (a)											
15	Me siento contento (a)											
16	Me siento triste											

Fuente: Sanz J. Escala de Valoración del estado de ánimo (EVEA), 2013 (38)

ANEXO B: Escala visual análoga (EVA)

Instrucciones:

Señale Ud. del 0 al 10 cuánto dolor siente actualmente, dónde 0 no tiene dolor y 10 es el peor dolor posible

0	11	22	33	44	55	66	77	88	99	110
Ausente	Leve			Moderado			Muy fuerte			Peor dolor posible

Fuente: González-Estavillo A et al (25).

ANEXO C: Consentimiento informado y/o Asentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Al decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los apartados. **Título del proyecto:** INFLUENCIA DEL ESTADO DE ÁNIMO PRE QUIRÚRGICO EN EL DOLOR FÍSICO POST QUIRÚRGICO DEL PACIENTE ADULTO POSTOPERADO DE CIRUGÍA ELECTIVA ABDOMINAL ENTRE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL HOSPITAL SAMUEL PASTOR - CAMANÁ -2024

Investigadora principal: Lic. AYDEE REBECA TINTAYA PARICAHUA

Propósito del estudio: Analizar la INFLUENCIA DEL ESTADO DE ÁNIMO PRE QUIRÚRGICO EN EL DOLOR FÍSICO POST QUIRÚRGICO DEL PACIENTE ADULTO POSTOPERADO DE CIRUGÍA ELECTIVA ABDOMINAL ENTRE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL HOSPITAL SAMUEL PASTOR - CAMANÁ - 2024

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin

sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a

Aydee Rebeca Tintaya Paricahua **Contacto con el Comité de Ética:** Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al presidente del Comité de Ética de la Universidad María Auxiliadora.

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio de título INFLUENCIA DEL ESTADO DE ÁNIMO PRE QUIRÚRGICO EN EL DOLOR FÍSICO POST QUIRÚRGICO DEL PACIENTE ADULTO POSTOPERADO DE CIRUGÍA ELECTIVA ABDOMINAL ENTRE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL HOSPITAL SAMUEL PASTOR - CAMANÁ -2024

y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Camaná _____, _____ del 2024.

FIRMA

DNI: _____