



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**“ANSIEDAD PREOPERATORIA Y DOLOR
POSOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A
CIRUGIA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DE UN
HOSPITAL DE LIMA NORTE – 2021”**

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

PRESENTADO POR:

**ALARCÓN GONZÁLEZ, LELIS
CODIGO ORCID: 0000-0001-6896-6969**

**ASESOR: Mg. RODOLFO AMADO AREVALO MARCOS
CODIGO ORCID: 0000-0002-4633-2997**

**LIMA – PERÚ
2021**

**“ANSIEDAD PREOPERATORIA Y DOLOR POSOPERATORIO EN
PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA EN EL CENTRO
QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL DE LIMA NORTE – 2021”**

Dedicatoria

Doy gracias a Dios y a mis padres por su apoyo y motivación en cada paso que doy en mi superación como profesional.

Agradecimiento

A mi familia por su comprensión y estímulo constante además por su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios.

A mi asesor: Mg. Rodolfo Amado Arévalo Marcos quien me brindó una valiosa orientación y guía en la elaboración del presente trabajo de investigación.

JURADOS:

Presidente : Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña
Secretario : Mg. Milagros Lizbeth Uturnco Vera
Vocal : Mg. Magdalena Petronila Rojas Ahumada

Índice general

Índice general	6
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
1. EL PROBLEMA	11
1.1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Formulación del problema	15
1.2.1 Problema general.....	15
1.2.2 Problemas específicos	15
1.3 Objetivos de la investigación	15
1.3.1 Objetivo general.....	15
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
1.4 Justificación de la investigación.....	16
1.4.1 Teórica.....	16
1.4.2 Metodológica	16
1.4.3 Practica	16
1.5 Delimitación de la investigación	16
1.5.1 Temporal.....	16

1.5.2 Espacial.....	17
1.5.3 Recursos	17
2. MARCO TEORICO	18
2.1 Antecedentes	18
2.1.1 Antecedentes Internacionales	18
2.1.2 Antecedentes nacionales	21
2.2 Bases Teóricas.....	23
2.2.1 Variable 1: Ansiedad perioperatoria	23
2.2.2 Ansiedad.....	25
2.2.3 Dimensiones de ansiedad	26
2.2.4 Variable 2: Dolor posoperatorio	27
2.2.5 Dolor.....	28
2.2.6 Intensidad del dolor.....	29
2.2.7 Intervenciones de enfermería en pacientes con intervención quirúrgica	30
2.2.8 Factores de riesgo del procedimiento quirúrgico.....	31
2.2.9 Ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio.....	32
2.2.9 Teoría de enfermería	32
2.3 Formulación de hipótesis	33
2.3.1 Hipótesis general.....	33
2.3.2 Hipótesis específicas	33
3. METODOLOGIA	35

3.1 Método de la investigación	35
3.2 Enfoque de la investigación	35
3.3 Tipo de investigación.....	35
3.4. Diseño de la investigación	35
3.5. Población, muestra y muestreo.....	36
3.6. Variables y Operacionalización.....	36
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
3.7.1. Técnica	40
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	40
3.7.3. Validación.....	41
3.7. 4 Confiabilidad	41
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	42
3.9. Aspectos éticos	42
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVO	43
4.1. Cronograma de actividades.....	43
4.2. Presupuesto	44
5. REFERENCIAS.....	45
Anexo 1. Matriz de consistencia	60
Anexo 2. Consentimiento informado	61
Anexo 3. Instrumento de recolección de datos	63
Anexo 4. Informe de similitud	67

RESUMEN

Las personas que van a ser sometidas a cirugía experimentan varias cosas, una de ellas la ansiedad y el dolor, que son importantes conocerlas para evitar posibles complicaciones y brindar el confort necesario que requieren los pacientes. En ese sentido el profesional de enfermería juega un rol muy importante, para prevenir y detectar a tiempo estos problemas en el paciente. El presente proyecto de investigación tiene como objetivo determinar la ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el centro quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021. . El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, correlacional, de diseño no experimental. La población estará conformada por 105 pacientes que son programados a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte. La técnica a utilizar será la encuesta y el instrumento el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI) para medir la ansiedad y la Escala Visual Analógica (EVA) para evaluar el dolor; dichos instrumentos han sido validados por juicio de expertos y la confiabilidad del instrumento de Ansiedad fue realizada por Mejía, en el 2009 con un alfa de Crombach de 0,89; para el caso de la Escala de EVA Canorio y Cardenas en 2021, determinaron un puntaje de 0,96, en el alfa de Crombach; observando así que ambas pruebas son confiables. Los resultados serán recolectados, procesados, codificados en la matriz de datos diseñada en el Excel para ser presentados luego en tablas y gráficos correspondientes.

Palabras Claves: Ansiedad, Dolor, postoperatorio, centro quirúrgico.

ABSTRACT

People who are going to undergo surgery experience several things, one of them anxiety and pain, which are important to know to avoid possible complications and provide the necessary comfort that patients require. In that sense the nursing professional plays a very important role, to prevent and detect these problems in the patient in time. The present research project aims to determine preoperative anxiety and postoperative pain in patients undergoing surgery in the surgical center of a Hospital in Lima Norte - 2021. The study had a quantitative, correlational approach, with a non-experimental design. The population will be made up of 105 patients who are scheduled for surgery at the Surgical Center of a Hospital in Lima Norte. The technique to be used will be the survey and the instrument the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) to measure anxiety and the Visual Analogue Scale (VAS) to assess pain; Said instruments have been validated by expert judgment and the reliability of the Anxiety instrument was performed by Mejía, in 2009 with a Crombach alpha of 0.89; for the case of the Canorio and Cardenas EVA Scale in 2021, they determined a score of 0.96, in the Crombach alpha; thus observing that both tests are reliable. The results will be collected, processed, coded in the data matrix designed in Excel to be presented later in tables and corresponding graphs.

Key Words: Anxiety, Pain, postoperative, surgical center.

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Más de 230 millones de personas se someten a cirugía cada año en todo el mundo y el número aumenta anualmente. De todos estos, solo el 6% se produce en los países más pobres, donde vive más de un tercio de la población mundial. Los volúmenes quirúrgicos bajos se asocian con altas tasas de letalidad por afecciones quirúrgicas comunes tratables. La necesidad insatisfecha es mayor en el África subsahariana central, occidental y oriental y en el sur de Asia (1,2).

La pandemia ha puesto a prueba la capacidad de recuperación de los sistemas de atención médica, incluidos los hospitales, que en gran parte no estaban preparados. Los pacientes sometidos a cirugía son un grupo vulnerable en riesgo de exposición al SARS-CoV-2 y podrían ser particularmente susceptibles a complicaciones posteriores (3–5).

El tercer Consenso de Copenhague identifica el fortalecimiento de los servicios quirúrgicos como una de las soluciones para enfrentar los desafíos más importantes del mundo, y los servicios quirúrgicos juegan un papel importante en los objetivos de Desarrollo Sostenible (6).

De hecho, varios estudios destacaron que más del 60% de los pacientes de diferentes entornos quirúrgicos han experimentado ansiedad preoperatoria. Estos pacientes suelen tener miedo a un evento amenazante que va desde una complicación funcional hasta la muerte como consecuencia de la inducción de la anestesia o la técnica quirúrgica (7).

La ansiedad preoperatoria provoca en la mayoría de casos problemas emocionales, psiquiátricos y físicos, que puede afectar de forma negativa los resultados en el paciente, prolongando así la recuperación del mismo. Se estima que entre los pacientes ingresados a cirugía, del 25% al 80% de ellos experimentan ansiedad preoperatoria (8,9).

Diversos autores han mencionado que, en pacientes sometidos a cirugía electiva, se observaron con frecuencia problemas psicológicos incluido síntomas ansiosos. Entre estos, la ansiedad preoperatoria, con una prevalencia que van desde 11% a 80% entre los adultos, es de particular importancia como factor en el aumento de la morbilidad perioperatoria, que tiene como respuesta emocional asociada a varias respuestas fisiopatológicas acompañadas de activación del sistema nervioso autónomo (10).

Los síntomas ansiosos previos a la cirugía, son una preocupación real para muchos pacientes, quienes perciben el día de la cirugía como el día más grande y amenazador de sus vidas; por esto es importante la labor de enfermería para minimizar estos aspectos. El grado en que cada paciente manifiesta ansiedad depende de muchos factores, como la edad, sexo, tipo y extensión de la cirugía propuesta, experiencias quirúrgicas, etc. (11,12).

Un estudio sistemático informó que, la región europea mostró que la prevalencia de ansiedad preoperatoria entre pacientes quirúrgicos varió entre el 27 y el 80%, donde se observó mayor frecuencia en España y menor en Holanda. Asimismo, en la India revelaron que tuvo entre un 47% a 70,3%, mientras que en Pakistán osciló entre 62% y 97%. En cambio, en Estados Unidos fue alto con 20,2% y en Brasil en un 24% (13).

En Nigeria, por Akinsulore y colaboradores indicó que, 26 pacientes (51%) tenían ansiedad preoperatoria significativa mientras que 8 (15,7%) ansiedad posoperatoria significativa. La puntuación media de ansiedad preoperatoria de los pacientes ($42,72 \pm 9,84$) fue

estadísticamente significativamente mayor que la puntuación media de ansiedad posoperatoria ($37,73 \pm 8,44$; $p = 0,001$)(14).

La cirugía suele causar dolor posoperatorio que debe aliviarse lo antes posible y de manera eficaz para reducir el sufrimiento, promover el proceso de curación y rehabilitación y prevenir complicaciones. Sin embargo, el manejo clínico del dolor después de la cirugía está lejos de ser exitoso a pesar de la evidencia científica dramáticamente incrementada en esta área. Muchos pacientes sufren de dolor severo después de la cirugía; aún menos reconocido, muchos desarrollan dolor crónico después de la cirugía que podría ser, al menos en parte, el resultado de un dolor posoperatorio agudo no tratado (15).

Mientras tanto, más del 80% de los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos y experimentan dolor posoperatorio agudo y aproximadamente el 75% de aquellos con dolor posoperatorio informan que la gravedad es moderada, grave o extrema (16).

No obstante, se informó que casi tres cuartas partes de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas tienen dolor agudo, y que entre el 20% y 80% de los pacientes posoperatorios experimentan dolor. Asimismo, la incidencia de dolor posquirúrgico en Turquía oscila entre el 30% y el 80%. Aunque no hay datos precisos sobre la incidencia de dolor posoperatorio en la República Turca del Norte de Chipre, se encontró que de los pacientes que se sometieron a cirugía abdominal, el 73% experimentó dolor en el primer día postoperatorio. En otro estudio, la puntuación media de “el dolor más severo en las primeras 24 horas” se encontró en $8,33 \pm 0,88$ (17).

Por lo tanto, los pacientes intentan hacer frente a esta situación mediante el uso de esfuerzos afectivos, cognitivos y conductuales específicos para gestionar las demandas de la situación real. El estilo de afrontamiento individual generalmente está relacionado con la personalidad

del paciente (estilo de afrontamiento disposicional), mientras que los pasos de acción utilizados se adaptan principalmente a la situación (esfuerzos de afrontamiento). Por lo tanto, el afrontamiento puede ser más eficaz si cuenta con el apoyo integral de los proveedores de atención médica, como el acompañamiento del profesional enfermero, los cuales deben centrarse en pacientes con alta ansiedad preoperatoria (18).

Varias investigaciones han demostrado que los enfermeros pueden influir significativamente en los resultados de los pacientes al proporcionar información preoperatoria y reducir los niveles de ansiedad para una más rápida recuperación. A medida que la enfermería avanza hacia la adopción de un estilo profesional de práctica, conocimientos y habilidades de enfermería que se dirigen hacia la identificación de las necesidades individuales de los pacientes (19).

La enfermería quirúrgica está cambiando a medida que el tipo de procedimientos quirúrgicos que se realizan se vuelve más complejo y se reduce el tiempo para brindar atención de enfermería. Esto ha resultado en la condensación del cuidado físico agudo requerido en unas pocas horas, a menudo en detrimento de otros aspectos de la intervención de enfermería, como el manejo de la ansiedad antes y después de la operación (20).

En el servicio de cirugía del establecimiento hospitalario donde se realizará el estudio, durante este año ya se ha podido restablecer la cantidad de cirugías que se realizaban hasta antes de la pandemia. La enfermera responsable del servicio de centro quirúrgico refiere “que uno de los problemas más importantes que se presentan los pacientes que van a ser sometidos a cirugías mayores programadas son los cuadros de angustia y miedo. El equipo de salud en general hace todo lo posible por mitigar este problema, pero falta conocer más a fondo la realidad de esta situación para poder generar estrategias más específicas y significativas en

beneficio del paciente”. En la etapa posoperatoria el problema que más aqueja a los pacientes de este servicio viene a ser el dolor. Uno de los médicos del área refiere sobre esto que “existe una preocupación por parte del equipo de trabajo, que busca constantemente en el proceso de atención, controlar y mitigar dicho síntoma”.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre ansiedad preoperatoria en su dimensión estado y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021?

¿Cuál es la relación entre ansiedad preoperatoria en su dimensión rasgo y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte– 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la relación entre ansiedad preoperatoria en su dimensión estado y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.

Determinar la relación entre ansiedad preoperatoria en su dimensión rasgo y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La investigación contribuirá a ampliar y actualizar conocimientos sobre ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio, considerando que existen limitados estudios sobre ello, y específicamente en el lugar donde se aplicara el cuestionario no se encontró estudio antecedente alguno. Los hallazgos a encontrarse será evidencia científica que permita establecer mejoras en beneficio de los pacientes que pasaran por un proceso quirúrgico.

1.4.2 Metodológica

El estudio en curso será realizado teniendo en cuenta los parámetros señalados en el método científico, de esa manera los resultados y conclusiones serán considerados como evidencia útil y significativa.

1.4.3 Practica

Los resultados del estudio serán compartidos con el personal de centro quirúrgico del establecimiento hospitalario donde se realizará, ello será de utilidad para evaluar y realizar estrategias que permitan mejorar el cuidado enfermero especializado orientado a los pacientes que pasaran por un proceso quirúrgico.

1.5 Delimitación de la investigación

1.5.1 Temporal

En cuanto a la delimitación temporal del proyecto de investigación, este se realizará entre los meses de abril y mayo del presente año, considerando todos los aspectos del desarrollo del mismo.

1.5.2 Espacial

El estudio será realizado en las instalaciones del Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte. Dicho Hospital se encuentra en Lima Norte y es un referente en toda la zona.

1.5.3 Recursos

Respecto a la delimitación en el aspecto recursos estos serán realizados con fuentes que serán garantizados por el autor de la investigación. Además, consideraremos todos los aspectos necesarios para poder realizar dicho trabajo durante época de pandemia.

2. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Rodríguez y col. (2019), en Ecuador, desarrollaron una investigación en la que tuvo por objetivo *“Evaluar el dolor posquirúrgico y la aplicación de terapias complementarias por el personal de enfermería”*, contaron con la participación de 91 pacientes de cirugía ambulatoria. El estudio fue de enfoque cuantitativo-transversal. Aplicaron la escala visual analógica (EVA). En los resultados indican que, el 37,4% manifestaron dolor después de la cirugía y el rango de intensidad doloroso fue leve. Concluyendo que, se evidenciaron buenos cuidados de enfermería en el manejo del dolor (21).

Herrera y col. (2017), en Ecuador, desarrollaron una investigación, que tuvo por objetivo *“Evaluar la prevalencia e intensidad del dolor agudo postoperatorio inmediato en pacientes sometidos a cirugía abdominal bajo anestesia general mediante la valoración subjetiva y objetiva”*, conformada por 268 participantes. El estudio fue de enfoque cuantitativo-descriptivo-transversal. Se utilizó el instrumento EVA. En los resultados encontraron que el 47,4% obtuvo un nivel moderado, seguido del dolor moderado en reposo con 23,9% y muy intenso en un 4%. Concluyeron que, los participantes que se hicieron cirugía tuvieron un buen manejo posoperatorio (22).

Turksal y col. (2020), en Turquía, elaboraron un estudio cuyo objetivo fue *“Investigar la tasa de ansiedad preoperatoria y su efecto sobre la anestesia recuperación y dolor postoperatorio en pacientes sometidos a nefrectomía de donante”*. La muestra estuvo conformada por 48 participantes, la cual aplicaron el instrumento State Trait Anxiety Inventory (STAI) y la Escala Visual Análoga (EVA). En sus resultados señalan que, las

puntuaciones de ansiedad se correlacionaron de forma significativa y positiva con las puntuaciones de dolor. Asimismo, indico que el aumento de los niveles ansiosos preoperatorios interrumpe en la recuperación de la anestesia, el control del dolor posoperatorio y la satisfacción del paciente. Concluyen que, los pacientes sometidos a una operación son relacionados con el alto nivel de ansiedad, debido a la recuperación tardía y mayor dolor post operatorio (23).

Zuidema y col. (2020), en Ámsterdam, desarrollaron un estudio de correlación donde tuvo como objetivo *“Investigar la correlación entre la ansiedad preoperatoria y las puntuaciones de dolor posoperatorio tardío”*, que estuvo conformada por 136 pacientes. El estudio fue descriptivo, correlacional. Emplearon el cuestionario STAI y EVA. En sus hallazgos encontraron que, no mostró una relación significativa entre el estado de ansiedad y la EVA media para las puntuaciones de dolor 6 semanas después de la operación ($B = 0.08$, 95% BI = $-0.02 - 0.17$, valor de $P = 0.11$). Concluyendo que, no existe una relación significativa entre la ansiedad preoperatorio y la EVA media para las puntuaciones de dolor o la EVA para las puntuaciones de dolor en reposo después de 6 semanas (24).

Ozturk y col. (2020), en Turquía, elaboraron una investigación cuyo objetivo era *“Determinar los efectos de la ansiedad preoperatoria sobre el dolor postoperatorio y el consumo de analgésicos en pacientes sometidas a cesáreas”*, donde participaron 160 mujeres. Utilizaron el Inventario de Ansiedad Rasgo (TAI) y EVA. En sus resultados mencionaron que, las pacientes con SAI preoperatorio > 45 y los que se sometieron a cesáreas con anestesia general, tuvieron puntuaciones de intensidad del dolor más altas en las primeras 12 horas. Por lo tanto, presentaron ansiedad en ello. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones medias de ansiedad y dolor ($p > 0,05$). Asimismo, estas puntuaciones de dolor posoperatorio fueron generalmente de

leves a moderadas y la causa de las calificaciones más baja puede estar relacionado con el hecho de que estaban menos motivados por el dolor. Concluyendo que, no se observaron correlaciones entre las puntuaciones de TAI y EVA (25).

Asuar (2017), en España, elaboro un estudio cuyo objetivo fue *“Valorar la calidad del manejo del dolor hospitalario y extrahospitalario durante las primeras 24 horas con la Escala Analógica Visual y Verbal del dolor (EVA) en cirugía mayor ambulatoria (CMA)”*. La población estuvo constituida por 70 personas. El estudio fue descriptivo-transversal. Se utilizó la escala de EVA. En el hallazgo menciono que, al ingreso en reanimación, según la escala visual y verbal analógica del dolor, encontraron los siguientes resultados; que un 80% no tuvieron ningún dolor o tan sólo una molestia ($EVA \leq 1$), y un 14,3% tuvo un dolor leve ($EVA > 1$ y ≤ 3). Concluyendo que, la mayor parte de las personas que fueron operadas refirieron un $EVA \leq 1$, la cual presentaron adecuados controles del dolor (26).

Bedaso y col. (2019), en Etiopia, elaboraron un estudio cuyo objetivo era *“Evaluar la prevalencia y factores asociados de alto nivel de preoperatoria ansiedad entre pacientes quirúrgicos”*, que de enfoque cuantitativo-descriptivo. Participaron 402 pacientes. Utilizaron el instrumento STAI. Entre los resultados encontraron que la prevalencia de un alto nivel de ansiedad preoperatoria entre los pacientes quirúrgicos electivos programada para cirugía fue 102 (48,3%), también encontraron que tener un fuerte apoyo social (AOR = .16 CI = 0.07, 0.34), daño por error del médico o enfermera (AOR = 5.03, CI = 2.85, 8.89), resultado inesperado de la operación (AOR = 3.03, CI = 1.73, 5.19), incapaz de recuperarse (AOR = 2,96, IC = 1,18, 4,87) y la necesidad de transfusión de sangre (AOR = 2,76, IC = 1,65, 4,62) se asociaron significativamente con la ansiedad preoperatoria. Concluyeron que, el

predominio de ansiedad antes de la operación fue alta. Asimismo, los pacientes deben ser evaluados regularmente por ansiedad durante la visita preoperatoria (27).

Figueroa y col. (2017), en México, desarrollaron una investigación en la que tuvo como objetivo “*Determinar la relación de la ansiedad preoperatoria y los estilos de afrontamiento psicológico en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria quirúrgica*”. El estudio fue descriptivo-transversal. Participaron 62 pacientes. Aplicaron el instrumento STAI. En los resultados se observa que el 46,8% tuvo ansiedad preoperatoria alta. Concluyendo que, el profesional de salud debe emplear estrategias y programas para controlar o manejar la negatividad emocional ante la intervención quirúrgica (28).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Huanca A. (2019), en Puno, realizó un estudio que buscó objetivo “*Determinar la asociación entre ansiedad preoperatoria y el apoyo social en personas programadas a cirugía mayor en un hospital de EsSalud*”. La investigación fue correlacional, siendo realizada en 4 meses, contando con una población de 127 participantes. Se aplicó el Inventario STAI y el cuestionario MOS. En los resultados se encontró que la ansiedad-estado preoperatoria fue moderada con 62,9% y la ansiedad-rasgo preoperatoria también salió moderada con 60,6%. En términos globales los pacientes indicaron un nivel escaso de apoyo social con el 66,9%. En cuanto al nivel de instrucción, los que tuvieron una carrera profesional tuvieron más ansiedad moderada (62,7%), y en cuanto a cirugías previas, los que no tuvieron antecedentes

de algún proceso quirúrgico, presentaron más ansiedad moderada y grave. Concluyeron que existe una relación significativa entre el apoyo emocional y la ansiedad en los pacientes (29).

Tovar L. y Lozano A. (2020), en Pucallpa, realizaron un estudio cuyo objetivo fue “*Evaluar el Nivel de ansiedad pre-quirúrgica del paciente programado a cirugía en el Hospital de EsSalud en Pucallpa*”. La investigación fue descriptiva-transversal, donde participaron 58 personas, siendo el instrumento de medición el Inventario STAI. En los resultados se encontró que en la dimensión ansiedad-estado, el 62,1% señaló sentirse poco calmado, seguido del 37,9% que estaba bastante inquieto. En la dimensión ansiedad-rasgo, el 91,4%, señaló que le preocupa algún error, seguido del 60,3% que indicó que le da ganas de llorar. En ansiedad-estado predominaron los que señalaron tener ansiedad media (56,9%) y en ansiedad-rasgo los que señalaron tener ansiedad baja (7%). Concluyeron, que la ansiedad pre-quirúrgica del paciente sometido a un proceso quirúrgico programado fue medio. Se sugiere dar apoyo emocional a los pacientes (30).

Grandez S. (2017), en Lima, desarrollo un estudio que tuvo como objetivo “*Valorar la asociación entre la educación preoperatoria y ansiedad en pacientes que serán sometidos a intervención quirúrgica*”. Fue un estudio correlacional, su población fue de 50 participantes, y se empleó el instrumento de medición STAI y un cuestionario para evaluar la educación antes del proceso quirúrgico. En los resultados se encontró que existe una asociación directa y significativa entre ambas variables principales del estudio. En cuanto a la ansiedad predominó la baja (78%), seguida de la media (12%) y alta (10%). Concluyeron que es

importante informar a los pacientes sobre el procedimiento a seguir en la cirugía, estar más informados y educados disminuye los niveles de ansiedad (31).

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Variable 1: Ansiedad perioperatoria

El período perioperatorio es uno de los eventos que ocasiona mucha atención y preocupación para la mayoría de los servicios de centro quirúrgico en donde ya que es en donde las personas asisten por una cirugía programada. A menudo desencadena respuestas emocionales, cognitivas y fisiológicas. El profesional enfermero de este servicio, busca con su ciencia del cuidado, brindar una atención de enfermería perioperatoria que proporcione un mejor entorno y calidad de vida al paciente antes, durante y después de la cirugía (32).

La ansiedad preoperatoria es reconocida como un factor de riesgo potencial de complicaciones posoperatorias y que puede ser prevenible. Por tanto, los pacientes quirúrgicos están expuestos a presentar un estado mental desagradable con presencia de ansiedad y miedo, durante el período preoperatorio (33).

A Ramsay se le atribuyó la primera definición de ansiedad preoperatoria, quien la define como "una sensación de mal estado de salud o tensión que es secundario a un paciente preocupado por su enfermedad, hospitalización, anestesia y cirugía, o enfrentar lo desconocido" (34).

La ansiedad que se evidencia en el período preoperatorio, se considera uno de los problemas más comunes, asimismo este trae con si complicaciones postoperatorias, que llevan hacen retrasar muchas veces la recuperación. Además, los pacientes que presentan un mayor nivel de ansiedad preoperatoria requieren dosis más altas de tratamiento como anestesia (35).

La proporción de pacientes que experimentan ansiedad antes de la cirugía planificada, incluso una mínimamente invasiva, se estima en un 50-70% (36).

Es evidente el avance del personal enfermero con el cuidado de las vidas de los seres humanos en los servicios quirúrgicos, algunos ejemplos de ello se expresan en la política de seguridad para pacientes quirúrgicos, las buenas prácticas de esterilización e instrumentación en quirófano, e intervenciones de enfermería a favor de la seguridad del paciente y disminución de riesgos asociados a la anestesia y la cirugía. A pesar de estos trascendentales avances, el trabajo no ha sido suficiente sobre las respuestas emocionales de las personas que son sometidas a algún procedimiento quirúrgico ya que esto genera temores y aumenta la ansiedad por la preocupación de los resultados de la cirugía o por el tiempo que se pasara en el nosocomio (37).

A pesar del gran impacto que genera la ansiedad, existen estudios donde se evidencia que los licenciados de enfermería han desarrollado estrategias para poder contrarrestar esta, como por ejemplo brindar la información adecuada sobre el proceso de recuperación. Otras técnicas de relajación implementadas para procedimientos quirúrgicos son reportadas en investigaciones donde participan pacientes de cirugía por cáncer de mama, fibroadenoma o con enfermedad fibroquística, el logro de la ansiedad ha disminuido muchas veces (38).

El seguir el proceso de los pacientes programados para alguna cirugía es de suma importancia para que el personal enfermero reconozca situaciones y circunstancias que provocan los cuadros de ansiedad, con el fin de realizar un acompañamiento clínico e informativo y potenciar la atención durante todas las etapas del proceso quirúrgico (39).

2.2.2 Ansiedad

La ansiedad es el sentimiento de temor, miedo e inquietud, que es producido al enfrentarse a situaciones de amenaza o tensión, la cual afecta en diferentes momentos de la vida (40).

Sin embargo, la respuesta psicofisiológica ansiosa humana fue descrita científicamente por primera vez por Sigmund Freud como un sentimiento de peligro inminente y apremiante que podría basarse en un riesgo objetivo o moral. La ansiedad se considera la ansiedad como un estado mental caracterizado por una intensa sensación de tensión, preocupación o aprensión, en relación con algo adverso que podría suceder en el futuro. Asimismo, puede ser una respuesta adaptativa, que impulsa conductas de afrontamiento para enfrentar posibles peligros, pero si es excesiva y desmotivada, puede volverse disfuncional y considerarse como trastornos de ansiedad (41, 42).

La ansiedad se caracteriza por la interacción de componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales. A nivel cognitivo, la ansiedad es un sentimiento de aprensión de una posible amenaza o peligro futuro para la seguridad personal. Las manifestaciones fisiológicas incluyen síntomas físicos de excitación, como frecuencia cardíaca elevada, palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar o tensión muscular (43).

No obstante, la ansiedad preoperatoria es un concepto desafiante en el cuidado especializado de enfermería antes de la intervención al quirófano. La mayoría de los pacientes que esperan un tipo de cirugía experimentan síntomas ansiosos (44).

Otros estudios señalan que a mayor ansiedad preoperatoria más consecuencias negativas, tanto psicológicas como somáticas, que afectan la anestesia, los cuidados postoperatorios y el tratamiento, junto con el proceso de rehabilitación (45).

2.2.3 Dimensiones de ansiedad

2.2.3.1 Ansiedad de rasgo (AR)

Es referido a la tendencia estable a prestar atención, experimentar e informar emociones negativas como miedos, preocupaciones y ansiedad en muchas situaciones. Esto es parte de la dimensión de personalidad del neuroticismo versus la estabilidad emocional. La ansiedad de rasgo también se manifiesta por preocupaciones repetidas acerca de los síntomas corporales y la notificación de los mismos. La ansiedad rasgo se caracteriza por una percepción estable de los estímulos ambientales (eventos, declaraciones de otros) como amenazantes. Las personas con ansiedad por rasgos a menudo experimentan y manifiestan ansiedad de estado, en situaciones que la mayoría de personas no ha experimentado tales respuestas. Se cree que este sesgo refleja cognitivo-perceptivo. Por tanto, en el nivel perceptivo, existe un sesgo excesivo de atención a los estímulos amenazantes. A nivel cognitivo, hay una interpretación negativa distorsionada de la información que es congruente con las respuestas ansiosas y las fomenta. Finalmente, en el nivel de la memoria, hay un recuerdo excesivo de información amenazante. Estos tres sesgos son comunes en personas con un tipo de personalidad ansiosa por rasgo y tienen importantes roles de causas etiológicas en varios tipos de trastornos afectivos (46).

2.2.3.2 Ansiedad de estado (AE)

El estado de ansiedad refleja un bienestar emocional temporal o índole que es caracterizado por sentimiento subjetivo, conscientemente percibido de tensiones y aprensiones, y una mayor actividad del sistema nervioso autónomo (47).

2.2.4 Variable 2: Dolor posoperatorio

El dolor posquirúrgico o posoperatorio se ha descrito como una respuesta compleja al trauma tisular durante la cirugía que estimula una aversión del sistema nervioso central. Se experimenta inmediatamente después de la cirugía cuando desaparece el efecto de la anestesia (48).

El dolor posoperatorio se describe como una afección clínica común que, cuando no se controla adecuadamente, puede tener como resultado una serie de consecuencias negativas importantes para el paciente (49).

El dolor posoperatorio agudo sigue siendo un problema médico importante. Los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria ambulatoria tienen dolor postoperatorio clínicamente significativo incluso cuando se optimiza la administración de opioides orales y complementos no opioides. Las técnicas analgésicas regionales mejoran el control del dolor, excepto que su uso se limita a una minoría de todos los pacientes quirúrgicos. Para aquellos pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos mayores, el dolor continuo o el dolor en reposo y el dolor durante las actividades son síntomas clínicos importantes (50).

En el postoperatorio inmediato, la activación directa de los nociceptores, la inflamación y el posible daño a las estructuras nerviosas provocan dolor en reposo o dolor incidente en el sitio quirúrgico y la región cercana. Hay dolor provocado al tocar la herida, el movimiento, la respiración, la tos o la actividad gastrointestinal. También puede haber daño nervioso efectivo, un componente neuropático puede desarrollarse inmediatamente después de la cirugía y persistir en ausencia de estímulo nociceptivo o inflamatorio periférico. El dolor puede convertirse en crónico y persistente después de la cirugía, siendo este el principal factor que interfiere en el regreso del individuo a las actividades de la vida diaria, lo que afecta su capacidad y productividad. El dolor crónico posoperatorio persistente (POCP) se define como un dolor que persiste aproximadamente en un periodo de 2 meses a más, y que se origina por la cirugía, cuando se excluyen otras causas de dolor, como el cáncer o una infección crónica presente (51).

Un buen control del dolor después de la cirugía es importante para prevenir resultados negativos como taquicardia, hipertensión, isquemia miocárdica, disminución de la ventilación alveolar y cicatrización deficiente de la herida. Las exacerbaciones del dolor agudo pueden provocar sensibilización neural y liberación de mediadores tanto a nivel central como periférico (52).

2.2.5 Dolor

Es definido como consecuencias de eventos físicos o resultados de un proceso fisiológico. Está enmarcada de esta manera por el subcomité de taxonomía de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y adaptada en 1979, la cual define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, que se asocia con el daño tisular real, potencial o descrita

en términos de tal daño, asimismo, ha sido aceptada por varias organizaciones profesionales, gubernamentales y no gubernamentales, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS) (53, 54).

Del mismo modo, el dolor a menudo es difícil de medir y evaluar con precisión debido a su subjetividad donde la sensación experimentada por cualquier individuo tiene connotaciones tanto físicas como emocionales. El dolor, sin embargo, es un protector sensorial vital y fenómeno esencial para la supervivencia. Generalmente, el dolor es provocado por cualquier estímulo que dañe el tejido y alerta a las afrentas patológicas individuales en el cuerpo, y permite evitar el estímulo o patógeno ofensivo. Sin embargo, cuando la señalización se vuelve aberrante y crónica, la sensación de dolor se vuelve perjudicial para el individuo, tanto física como psicológicamente (55).

No obstante, el dolor es siempre una experiencia individual influenciado en diversos grados ya sea por factores biológicos, psicológicos y sociales; a medida que cada individuo aprende el término "dolor" a través de experiencias de daño físico y emocional vivido (56).

2.2.6 Intensidad del dolor

En la segunda mitad del siglo XX, el dolor llegó a entenderse como una experiencia que sólo puede ser informado por la víctima. No obstante, el dolor ha llegado a ser visto como un fenómeno subjetivo con muchas características, de las cuales la gravedad o intensidad es como la dimensión sobresaliente del dolor en que ha sido la necesidad de establecer la eficacia de analgésicos y otras terapias condicionales. Por lo tanto, esta intensidad ha sido objeto de la mayor parte de innovación metodológica en la investigación del dolor (57).

La intensidad del dolor es un dominio de resultado común evaluado en los ensayos clínicos de dolor y, con mayor frecuencia, se dirige al tratamiento del dolor. Sin embargo, para evaluar la intensidad del dolor en una escala de 0 a 10, se emplea la escala analógica verbal (EVA), donde 0 significa ningún dolor en absoluto y 10 el dolor más insoportable, donde el paciente podrá indicar o manifestar la intensidad del dolor (58).

Aunque el dolor promedio de un individuo es posiblemente el dominio de resultado más importante al que señala en el tratamiento del dolor, siguen siendo dominios de intensidad prioritaria para evaluar su estado de salud en su pronta recuperación o mejoría (59).

2.2.7 Intervenciones de enfermería en pacientes con intervención quirúrgica

Son los eventos adversos relacionados con la salud de los pacientes puede suceder, aunque las intervenciones quirúrgicas son parte del cuidado de la salud, contribuyendo a la prevención de problemas de integridad física y la pérdida de vidas, que son considerablemente asociado con riesgos de complicaciones y muerte. El bienestar del paciente debe ser el principal objetivo de los profesionales que asisten al paciente quirúrgico ya que, en el período preoperatorio, pueden presentar altos niveles de estrés, así como desarrollar sentimientos que pueden actuar negativamente sobre su estado de ánimo, haciéndolo vulnerable y dependiente. Sin embargo, las responsabilidades de las enfermeras de quirófano es garantizar una buena atención de enfermería antes, durante y después de la cirugía. En un entorno de atención de salud cada vez más tecnológico, siempre existe el riesgo de desviar el enfoque de la atención de enfermería hacia la tecnología médica. Por tanto, el enfermero es consciente de informar al paciente sobre su problema de salud, el

procedimiento quirúrgico y, principalmente, cómo pueden participar y lidiar en su recuperación postoperatoria, dando pre y asesoramiento postoperatorio en lenguaje claro, respetando su creencia y cultura. Estos procedimientos asistenciales, a su vez, se realizan de acuerdo con conocimientos especializados, con el fin de satisfacer las necesidades originadas en el tratamiento quirúrgico del paciente (60–62).

El enfermero especialista en centro quirúrgico con su ciencia del cuidado, debe buscar que el paciente afronte en las mejores condiciones su cirugía, enfocándose en educar e informar adecuadamente al paciente para minimizar su incertidumbre hacia la anestesia y cirugía. Mediante una revisión sistemática informo que, se debe involucrar en este proceso al familiar, ya que por su cercanía al paciente constituye una red de soporte emocional fundamental para el paciente. Todo ello contribuye a minimizar los riesgos y complicaciones, así mismo disminuye la estancia hospitalaria y mejora su satisfacción (63).

2.2.8 Factores de riesgo del procedimiento quirúrgico

Para algunos procedimientos, las características del procedimiento están asociadas con el nivel de ansiedad aguda del procedimiento, que incluyen:

- Invasión del procedimiento
- Incertidumbre del resultado
- Procedimientos de diagnóstico con la posibilidad de un hallazgo maligno, p. Ej., Biopsia de mama o biopsia de próstata
- Más ansiedad asociada con los procedimientos de tratamiento en comparación con los procedimientos de detección
- La calidad de la comunicación entre el médico y el paciente sobre el procedimiento.

- Presencia o ausencia de sedación durante el procedimiento
- Anticipación del dolor y la incomodidad
- Miedo a la anestesia general (64).

2.2.9 Ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio

Un factor de riesgo para el desarrollo de dolor después de una cirugía es la ansiedad preoperatoria. Esto es sorprendente dado que la ansiedad ha recibido una atención considerable en la bibliografía más amplia sobre el dolor posoperatorio, incluida su relación con el dolor posoperatorio agudo y el dolor posoperatorio crónico (DPC). El vínculo entre una mayor ansiedad preoperatoria y un mayor riesgo de desarrollar DPC se ha documentado en varios estudios (65, 66).

Se ha evidenciado un vínculo más consistente entre la ansiedad preoperatoria y el aumento de las calificaciones de dolor posoperatorio agudo en personas que se someten a una variedad de procedimientos quirúrgicos, incluida la histerectomía abdominal electiva, la mastectomía radical, la cirugía de cáncer de mama y la cirugía colorrectal (67).

La investigación de Kalkman et al, encontraron que la ansiedad en el estado preoperatorio, cuando se mide como ansiedad específica para la anticipación de la cirugía versus una medida general de ansiedad en el estado, era un predictor independiente significativo de dolor posoperatorio severo (EVA > 7/10) en una gran muestra de personas sometidas a una amplia gama procedimientos quirúrgicos (es decir, cirugías oftalámicas, laparoscópicas, otorrinolaringológicas, abdominales y ortopédicas) (68, 69).

2.2.9 Teoría de enfermería

La teoría de Peplau, de las relaciones interpersonales en enfermería fue elegida como teoría de enfermería adecuada para esta investigación, porque reconoció con frecuencia la

importancia de las experiencias de los pacientes en el cuidado de enfermería. En la teoría de las relaciones interpersonales en enfermería, enfatizó las experiencias de los pacientes y el efecto que tienen las relaciones enfermera-paciente en esas experiencias. Asimismo, afirmó que el foco de la investigación científica en enfermería deben ser los pacientes, sus necesidades y sus percepciones sobre los cuidados que reciben de las enfermeras (70,71)

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

-HA: Existe relación significativa entre ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.

-HO: No existe relación significativa entre ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.

2.3.2 Hipótesis específicas

-HA: Existe relación significativa entre ansiedad preoperatoria en su dimensión estado y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.

-HO: No existe relación significativa entre ansiedad preoperatoria en su dimensión estado y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.

-HA: Existe relación significativa entre ansiedad preoperatoria en su dimensión rasgo y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.

-HO: No existe relación significativa entre ansiedad preoperatoria en su dimensión rasgo y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.

3. METODOLOGIA

3.1 Método de la investigación

El método que se utiliza en este estudio es el hipotético – deductivo. Es el método por excelencia de las ciencias naturales, a través del cual se emplean procedimientos lógicos-deductivos, los cuales parten de supuestos o planteamientos a priori que deben ser demostrados. De un enunciado general se busca aterrizar a enunciados muy particulares, es decir, va de propuestas teóricas a los hechos, es decir se obtienen conclusiones muy particulares de enunciados generales o universales (72).

3.2 Enfoque de la investigación

La presente investigación será realizada teniendo en cuenta los procedimientos del enfoque cuantitativo, debido a que se recolectará datos haciendo uso de instrumentos de medición cuantitativos. Las encuestas estructuradas se utilizan comúnmente para evaluar las actitudes y percepciones de los proveedores y pacientes con respecto a factores tales como la capacidad para sostener la intervención y una serie de posibles facilitadores y barreras para la implementación.

3.3 Tipo de investigación

El tipo de investigación en este estudio fue la aplicada. La investigación aplicada también conocida como la investigación pura o investigación fundamental, es un tipo de investigación que busca comprender un fenómeno o ley ya establecida (73).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño metodológico del estudio en curso es observacional, correlacional. Es un estudio correlacional porque se determinará la relación entre dos o más variables (74). Para nuestro caso la relación entre la variable ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio.

3.5. Población, muestra y muestreo

La población estará conformada por 105 pacientes que son programados a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte, esta cifra fue estimada en base a la cantidad de cirugías programadas, revisadas en dicho establecimiento hospitalario durante los últimos 6 meses, no se utilizara muestra ya que se trabajara con la población total. Al no utilizar muestra no se realizará el muestreo. Los datos se recolectarán durante el mes de julio de este año, los participantes consultados deberán cumplir con criterios de inclusión y exclusión antes del proceso de recolección.

Criterios de inclusión

- Pacientes que se encuentren en el área de cirugía
- Aquellos pacientes que estén orientados en tiempo, espacio y persona
- Aquellos que acepten firmar el consentimiento informado
- Pacientes mayores de edad
- Pacientes de cirugía programada

Criterios de exclusión

- Pacientes que se encuentren en proceso de anestesia
- Pacientes que no acepten participar voluntariamente

3.6. Variables y Operacionalización

Definición conceptual de variable Ansiedad preoperatoria:

Es una condición emocional que se da de manera transitoria en la que se manifiestan sentimientos de tensión, nerviosismo y miedo, el cual varía en grado de intensidad y genera una respuesta biológica del organismo para enfrentar situaciones de amenaza o peligro (75).

Definición operacional de variable Ansiedad preoperatoria:

Es una condición emocional que se da de manera transitoria en los pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte, en la que se manifiestan sentimientos de tensión, nerviosismo y miedo, el cual varía en grado de intensidad y genera una respuesta biológica del organismo para enfrentar situaciones de amenaza o peligro, ello se expresa en ansiedad de estado y ansiedad de rasgo, el cual será medido con el State Trait Anxiety Inventori (STAI).

Definición conceptual de variable Dolor posoperatorio:

Es una percepción sensorial localizada y subjetiva que se presenta con algún grado de intensidad en la etapa posoperatoria (76).

Definición operacional de variable Dolor posoperatorio:

Es una percepción sensorial localizada y subjetiva que se presenta con algún grado de intensidad los pacientes del Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte, en la etapa posoperatoria, el cual será medido con la escala visual analógica del dolor (EVA).

Variable 1: Ansiedad preoperatoria

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Ansiedad preoperatoria	Es una condición emocional que se da de manera transitoria en los pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte, en la que se manifiestan sentimientos de tensión, nerviosismo y miedo, el cual varía en grado de intensidad y genera una respuesta biológica del organismo para enfrentar situaciones de amenaza o peligro, ello se expresa en ansiedad de estado y ansiedad de rasgo, el cual será medido con el State Trait Anxiety Inventori (STAI).	Ansiedad de estado	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de estado de tensión, alteración, preocupación, angustia, opresión, y sobreexcitado. - Presencia de estado de calma, seguridad, comodidad, confianza, confort, satisfacción y alegría 	<p>Ansiedad leve</p> <p>20 a 25 puntos</p>
		Ansiedad de rasgo	<ul style="list-style-type: none"> - Rasgo de cansancio, tristeza, falta de decisión, preocupación, falta de confianza, -Rasgo de tranquilidad, serenidad, felicidad, seguridad y estabilidad 	<p>Ansiedad moderada</p> <p>26 a 32 puntos</p> <p>Ansiedad alta</p> <p>33 a más puntos</p>

Variable 2: Dolor posoperatorio

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
<p>Dolor posoperatorio</p>	<p>Es una percepción sensorial localizada y subjetiva que se presenta con algún grado de intensidad los pacientes del Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte, en la etapa posoperatoria, el cual será medido con la escala visual analógica del dolor (EVA)</p>	<p>Unidimensional</p>	<p>-Percepción subjetiva del dolor -intensidad de dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leve 1 a 3 • Moderado 4 a 7 • Severo 7 a 10

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica a utilizarse en el desarrollo de la presente investigación será la encuesta, Los pacientes recibieron información sobre procedimientos quirúrgicos y anestésicos, probables eventos preoperatorios, antes de responder el Inventario de Ansiedad-Rasgo de Spielberger y recibieron explicaciones sobre la Escala Visual Analógica (0 sin dolor a 10 con el peor dolor). Una vez que los pacientes recibieron toda la información sobre el estudio, se obtuvo su consentimiento informado y procedieron al llenado de las preguntas.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento para medir la ansiedad preoperatoria

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI) es una medida de ansiedad autoinformada de 40 ítems que utiliza una escala tipo Likert de 4 puntos (de 0 a 3 puntos) para cada ítem. Tiene dos escalas: Estado de ansiedad, es decir, cómo se siente uno en ese momento; y Rasgo de ansiedad, es decir, cómo se siente uno en general. Ambas escalas constan de 20 ítems. La escala estatal tiene 10 ítems con puntuación inversa, la escala de rasgos tiene 7(77, 78).

Instrumento para medir el dolor posoperatorio

La escala visual analógica (EVA) es un método simple y de uso frecuente para evaluar las variaciones en la intensidad del dolor.

La Escala Visual Analógica (EVA) consiste en una línea recta con los puntos finales que definen límites extremos como 'ningún dolor en absoluto' y 'dolor tan intenso como podría ser'. Se le pide al paciente que marque su nivel de dolor en la línea entre los dos puntos finales. La distancia entre "ningún dolor en absoluto" y la marca define entonces el dolor del sujeto (79). Esta herramienta fue utilizada por primera vez en psicología por Freyd en 1923 (80).

3.7.3. Validación

La validación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, fue realizado por Quispe (81), durante el año 2018, señalando en su investigación que realizaron la validez de contenido por “5 jueces expertos”, asimismo que se aplicó la prueba Binomial obteniéndose el P valor menos de 0.05.

La validación de la escala de EVA, fue realizada por Canorio y Cárdenas (82). Durante el año 2021, en el Perú, donde señalaron que esta fue validada a través de 5 jueces expertos.

3.7. 4 Confiabilidad

La confiabilidad del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, fue realizada por Mejía (83), durante el 2009, señalando que obtuvo un valor de 0,89 a través de la prueba de Alfa de Cronbach.

La confiabilidad de la escala de EVA, fue realizada por Canorio y Cárdenas (82). Durante el año 2021, en el Perú, donde señalaron que esta es confiable a través de la prueba de alfa de Cronbach que obtuvo un puntaje de 0,96.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

El proceso de recolección de datos se dará inicio con la planificación del mismo y la aplicación del instrumento, este último será realizado de forma muy cuidadosa para evitar datos nulos. Luego se procederá a diseñar las tablas las cuales se obtendrán con en el programa estadístico SPSS versión 25, en donde los datos obtenidos ya hayan sido ingresados en su totalidad.

3.9. Aspectos éticos

En el proceso de desarrollo de la investigación, se trabajará teniendo en cuenta los lineamientos de protección de los participantes, además los principios éticos son importantes ya que garantiza los derechos de los pacientes y el cuidado de su integridad de cada uno, esto debía a que ellos brindaran información que permita identificar el objetivo principal del estudio. Asimismo, también es importante resaltar que se considerara los planteamientos de la declaración de Helsinki, y los principios bioéticos de la investigación, como son el respeto a las personas o autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, los tres primeros planteados en el Reporte Belmont y el ultimo por Beauchamp y Childress (84), 85).

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVO

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2021																			
	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
-Identificación de problema																				
-Búsqueda de información bibliográfica																				
-Elaboración de la situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes																				
Desarrollar la importancia y justificación de la investigación																				
Realizar los objetivos generales y específicos de la investigación																				
Elaborar enfoque y diseño de investigación																				
Elaborar población, muestra y muestreo																				
Desarrollar las técnicas e instrumentos de recolección de datos																				
Realizar los aspectos bioéticos																				
Desarrollar la parte de métodos de análisis de información																				
Elaborar aspectos administrativos del estudio																				
Elaboración de los anexos																				
Aprobación del proyecto																				
Trabajo de campo																				
Redacción del versión previa																				
Sustentación																				

4.2. Presupuesto

	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Digitadora	300.00	1	300.00
Estadística	200.00	1	200.00
RECURSOS MATERIALES Y EQUIPOS (BIENES)			
Computadora	1800.00	1	1800.00
USB 64 gb	35.00	1	35.00
Impresiones	1.00	30	15.00
Anillados	8.00	2	16.00
SERVICIOS			
Transporte	40.00	4	160.00
Alimentación	30.00	3	90.00
GASTOS ADMINISTRATIVOS Y/O IMPREVISTOS			
	110.00	2	220.00
TOTAL			
	2077.00	48	2401

5. REFERENCIAS

1. Weiser T, Regenbogen S, Thompson K, Haynes A, Lipsitz S, Berry W, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *The Lancet* [revista en Internet] 2008 [acceso 9 de junio de 2021]; 372(9633): 139-144. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60878-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60878-8/fulltext)
2. Meara J, Leather A, Hagander L, Alkire B, Alonso N, Ameh E, et al. Global Surgery 2030: Evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *The Lancet* [revista en Internet] 2015 [acceso 9 de junio de 2021]; 386(1): 569-624. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2960160-X>
3. Horton R. SCOVID-19 and the NHS -“a national scandal”. *Lancet* [revista en Internet] 2020 [acceso 9 de junio de 2021]; 395(1): 1022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7194929/pdf/main.pdf>
4. Besnier E, Tuech J, Schwarz L. We Asked the Experts: Covid-19 Outbreak: Is There Still a Place for Scheduled Surgery? “Reflection from Pathophysiological Data”. *World Journal of Surgery* [revista en Internet] 2020 [acceso 8 de junio de 2021]; 44(6): 1695-1698. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7124188/pdf/268_2020_Article_5501.pdf
5. Ramanathan K, Antognini D, Combes A, Paden M, Zakhary B, Ogino M, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*

- [revista en Internet] 2020 [acceso 10 de junio de 2021]; 395(1): 497-506. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7159299/pdf/main.pdf>
6. Rosa W. A New Era in Global Health. Nursing and the United Nations 2030 Agenda for Sustainable Development. A New Era in Global Health. New York: Springer Publishing Company; 2017. 568 p.
 7. Menel M, Nawel Z, Rania F, Nihel R, Thouraya A, Ali M. Preoperative Anxiety in the Tertiary Care Hospitals of Sousse , Tunisia : Prevalence and Predictors. SOJ Surgery [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de junio de 2021]; 5(1): 1-5. Disponible en: <https://symbiosisonlinepublishing.com/surgery/surgery53.pdf>
 8. Buonanno P, Laiola A, Palumbo C, Spinelli G, Terminiello V, Servillo G. Italian validation of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale. Minerva Anestesiol [Internet]. 2017;83(7):705-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28094483/>
 9. Vittorio O, Martinelli A, Crivellaro E, Gigli F. The impact of preoperative anxiety on patients undergoing brain surgery: a systematic review. Neurosurgical Review [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de marzo de 2021]; 2021: 1-11. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10143-021-01498-1.pdf>
 10. Erkilic E, Kesimci E, Soykut C, Doger C, Gumus T, Kanbak O. Factors associated with preoperative anxiety levels of Turkish surgical patients: From a single center in Ankara. Patient Prefer Adherence. [revista en Internet] 2017 [acceso 6 de julio de 2021]; 11: 291-296. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338979/pdf/ppa-11-291.pdf>
 11. Jiwanmall M, Jiwanmall S, Williams A, Kamakshi S, Sugirtharaj L, Poornima K. Sociodemographic, legal, and clinical profiles of female forensic inpatients in Karnataka:

- A retrospective study. *Indian Journal of Psychological Medicine* [revista en Internet] 2019 [acceso 4 de mayo de 2021]; 41(2): 138-143.
12. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surgery* [revista en Internet] 2014 [acceso 2 de mayo de 2021]; 14(1): 1-10.
 13. Abate S, Chekol Y, Basu B. Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open* [revista en Internet] 2020 [acceso 4 de mayo de 2021]; 25(3): 6-16. Disponible en: <https://assets.researchsquare.com/files/rs-28832/v1/ca2d9698-48a2-47f9-80fe-3767c25d46cf.pdf>
 14. Akinsulore A, Owojuyigbe A, Faponle A, Fatoye F. Assessment of preoperative and postoperative anxiety Among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Middle East Journal of Anesthesiology* [revista en Internet] 2015 [acceso 2 de junio de 2021]; 23(2): 235-240. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26442401/>
 15. Maier C, Nestler N, Richter H, Hardinghaus W, Pogatzki-Zahn E, Zenz M, et al. The quality of main management in German Hospitals. *Deutsches Arzteblatt* [revista en Internet] 2010 [acceso 5 de junio de 2021]; 107(36): 607-614. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2947845/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-107-0607.pdf
 16. Chou R, Gordon D, De Leon-Casasola O, Rosenberg J, Bickler S, Brennan T. Management of postoperative pain: A clinical practice guideline from the American pain society, the American society of regional anesthesia and pain medicine. *Journal of Pain*

- [revista en Internet] 2016 [acceso 5 de junio de 2021]; 17(2): 131-157. Disponible en: <https://www.jpain.org/action/showPdf?pii=S1526-5900%2815%2900995-5>
17. Köse L, Sucu G. The Assessment of Pain and the Quality of Postoperative Pain Management in Surgical Patients. SAGE Open [revista en Internet] 2020 [acceso 12 de junio de 2021]; 10(2): 1-10. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244020924377>
 18. Aust H, Rüsç D, Schuster M, Sturm T, Brehm F, Nestoriuc Y. Coping strategies in anxious surgical patients. BMC Health Services Research [revista en Internet] 2016 [acceso 9 de mayo de 2021]; 16(1): 1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1492-5>
 19. Swindale J. The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery. Journal of Advanced Nursing [revista en Internet] 1989 [acceso 1 de mayo de 2021]; 14(11): 899-905. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2584538/>
 20. Mitchell M. Nursing intervention for pre-operative anxiety. Nursing standard [revista en Internet] 2000 [acceso 2 de mayo de 2021]; 14(37): 40-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11974020/>
 21. Rodríguez-Díaz L, Galván-López G, Pacheco-Lombeida M, Parcon-Bitanga M. Evaluation of postoperative pain and the use of complementary therapies by nursing. Rev Arch Med Camaguey [revista en Internet] 2019 [acceso 5 de mayo de 2021]; 23(1): 53-63. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v23n1/1025-0255-amc-23-01-53.pdf>
 22. Herrera G, Navarrete D. Evaluación de la prevalencia e intensidad del dolor agudo postoperatorio inmediato en pacientes sometidos a Cirugía abdominal bajo Anestesia General , mediante valoración subjetiva y objetiva , en los Hospitales San Francisco y

- Pablo Arturo Suárez de la c [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11435/1/T-UCE-0006-013-2017.pdf>
23. Turksal E, Alper I, Sergin D, Yuksel E, Ulukaya S. The effects of preoperative anxiety on anesthetic recovery and postoperative pain in patients undergoing donor nephrectomy. *Brazilian Journal of Anesthesiology* [revista en Internet] 2020 [acceso 5 de mayo de 2021]; 70(3): 271-277. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rba/v70n3/0034-7094-rba-70-03-0271.pdf>
 24. Zuidema W, Oosterhuis J, van der Heide S, de Lange-de E, van der Steeg A, van Heurn E. Correlation of preoperative state anxiety and pain six weeks after surgical correction of pectus excavatum. *Anesthesiology and Pain Medicine* [revista en Internet] 2020 [acceso 4 de mayo de 2021]; 10(1): 1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158239/pdf/aapm-10-1-98969.pdf>
 25. Ozturk Z, Gorkem U, Inal H. Effects of preoperative anxiety on postcesarean delivery pain and analgesic consumption: general versus spinal anesthesia. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* [revista en Internet] 2018 [acceso 5 de mayo de 2021]; 33(2): 191-197. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2018.1487948>
 26. Asuar M. Valoración del dolor en pacientes intervenidos quirúrgicamente de hernioplastia con cirugía ambulatoria en el Hospital Universitario Santa María del Rosell. *Enfermería Global* [revista en Internet] 2017 [acceso 3 de mayo de 2021]; 16(1): 438-456. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00438.pdf>
 27. Bedaso A, Ayalew M. Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: A prospective survey at a general hospital in Ethiopia. *Patient Safety in Surgery*

- [revista en Internet] 2019 [acceso 29 de marzo de 2021]; 13(1): 1-8. Disponible en: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=64422>
28. Figuero C, Mora R, Ramos B. Relación entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados. Revista Especializada en Ciencias de la Salud [revista en Internet] 2017 [acceso 2 de julio de 2021]; 20(1): 5-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2017/vre171a.pdf>
29. Huanca A. Nivel de ansiedad preoperatoria y apoyo social percibido en pacientes hospitalizados y programados para cirugía mayor, Hospital III EsSalud - Puno, 2019 [tesis licenciatura]. Puno-Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2020. [Internet]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/13381/Huanca_Quispe_Ana_Luiana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Tovar L, Lozano A. Nivel de ansiedad pre-quirúrgica del paciente sometido a cirugía programada en el Hospital II Essalud, Pucallpa - Ucayali 2020 [tesissegunda especialidad]. Ucayali-Pucallpa: Universidad Nacional de Pucallpa; 2020 [Internet]. Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/4660/UNU_ENFERMERIA_2020_T2E_LIZ-TOVAR_ANGELA-LOZANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Grandez S. Educación preoperatoria y niveles de ansiedad en pacientes del servicio de cirugía general Hospital Nacional Luis Nicasio Sáenz-2016 [tesis maestria]. Lima-Perú: Universidad César Vallejo; 2017 [Internet]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/21815/Grandez_SSE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Sigdel S. Perioperative anxiety: A short review. Global Anesthesia and Perioperative

- Medicine [revista en Internet] 2015 [acceso 2 de abril de 2020]; 1(4): 1-5. Disponible en: <https://www.oatext.com/Perioperative-anxiety-A-short-review.php>
33. Stamenkovic D, Rancic N, Latas M, Neskovic V, Roncovic G, Wu J. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery : what can we do to change our history. *Minerva Anestesiologica* [revista en Internet] 2018 [acceso 10 de marzo de 2021]; 84(11): 1307-1317. Disponible en: <https://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/TmhLNVUxNUlpK0RJV1RLYjNISmNkZVV3d1BhK2xYSVordG5SbUlXMktYZDZjd01VcnFDaVJUUKRXeXR0NGFxSw%253D%253D/R02Y2018N11A1307.pdf>
34. Ramsay M. A survey of pre-operative fear. *Anaesthesia* [revista en Internet] 1972 [acceso 7 de mayo de 2021]; 27(4): 396-402. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4634747/>
35. Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, Dessie G, Zewdu T. Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC Anesthesiology* [revista en Internet] 2018 [acceso 25 de junio de 2021]; 18(1): 1-9. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6208029/pdf/12871_2018_Article_619.pdf
36. Smekal A, Vaclavik J. Influence of preoperative information support on anxiety, pain and satisfaction with postoperative analgesia in children and adolescents after thoracic surgery: A randomized double blind study. *Biomedical Papers* [revista en Internet] 2017 [acceso 4 de may. Disponible en: http://biomed.papers.upol.cz/artkey/bio-201902-0011_influence-of-preoperative-information-support-on-anxiety-pain-and-satisfaction-with-postoperative-analgesia-in.php

37. Medina-Garzón M. Effectiveness of a nursing intervention to diminish preoperative anxiety in patients programmed for knee replacement surgery: Preventive controlled and randomized clinical trial. *Investigacion y Educacion en Enfermeria* [revista en Internet] 2019 [acceso 2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7871492/pdf/2216-0280-iee-37-02-e07.pdf>
38. Volpato C, Duarte C, Kaszubowski E, Aparecida M. Efectos de la preparación psicológica prequirúrgica sobre el estrés y la ansiedad en niños y niñas. *Acta Colombiana de Psicología* [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de mayo de 2021]; 21(1): 228-238. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6335507>
39. Medina-Garzón M. Effectiveness of a nursing intervention to diminish preoperative anxiety in patients programmed for knee replacement surgery: Preventive controlled and randomized clinical trial. *Investigacion y Educacion en Enfermeria* [revista en Internet] 2019 [acceso 2.
40. U.S. National Library of Medicine. Ansiedad [Internet]. *Medline Plus*. 2021. p. 1-6. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html>
41. Saviola F, Pappaianni E, Monti A, Grecucci A, Jovicich J, De Pisapia N. Trait and state anxiety are mapped differently in the human brain. *Scientific Reports* [revista en Internet] 2020 [acceso 1 de mayo de 2021]; 10(1): 1-11. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-68008-z.pdf>
42. Dean E. Anxiety. *Nursing standard* [revista en Internet] 2016 [acceso 14 de marzo de 2021]; 30(46): 15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27406490/>
43. Beck A, Clark D. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy* [revista en Internet] 1997 [acceso 17 de

junio de 2021]; 35(1): 49-58. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796796000691?via%3Dihub>

44. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surgery* [revista en Internet] 2014 [acceso 2 de mayo de 2021]; 14(1): 1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4167307/pdf/1471-2482-14-67.pdf>
45. A Z, Nowicka-Sauer K, Jarmoszewicz K, Wera K, Batkiewicz S, Pietrzykowska M. Measures of preoperative anxiety. *Anestezjologia Intensywna Terapia* [revista en Internet] 2019 [acceso 2 de mayo de 2021]; 51(1): 64-69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31280554/>
46. Gidron Y. Trait Anxiety. En: *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. 2013. p. 1989.
47. Horikawa M, Yagi A. The relationships among trait anxiety, state anxiety and the goal performance of penalty shoot-out by university soccer players. *PLoS ONE* [revista en Internet] 2012 [acceso 2 de abril de 2021]; 7(4): 4-8. Disponible en: https://storage.googleapis.com/plos-corpus-prod/10.1371/journal.pone.0035727/1/pone.0035727.pdf?X-Goog-Algorithm=GOOG4-RSA-SHA256&X-Goog-Credential=wombat-sa%40plos-prod.iam.gserviceaccount.com%2F20210525%2Fauto%2Fstorage%2Fgoog4_request&X-Goog-Date=20210
48. Shipley M, Puche A. *Encyclopedia of the Neurological Sciences*. 2^a ed. Estos Unidos: Academic Press; 2014. [Internet]. *Encyclopedia of the Neurological Sciences*. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123851574011672>

49. Adams S, Varaei S, Jalalinia F. Nurses' Knowledge and Attitude towards Postoperative Pain Management in Ghana. *Pain Research and Management* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de mayo de 2021]; 2020: 1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7429762/>
50. Wordliczek J, Dobrogowski J. Pathophysiology of postoperative pain. *Przegląd lekarski* revista en Internet] 2000 [acceso 1 de mayo de 2021]; 57(4): 201-210. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3073562/pdf/nihms253202.pdf>
51. Kraychete D, Sakata R, Lannes L, Bandeira I, Sadatsune E. Postoperative persistent chronic pain: what do we know about prevention, risk factors, and treatment. *Brazilian Journal of Anesthesiology* [revista en Internet] 2018 [acceso 1 de mayo de 2021]; 66(5): 505-512. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104001415001153?via%3Dihub>
52. Power I. Recent advances in postoperative pain therapy. *British Journal of Anaesthesia*[revista en Internet] 2005 [acceso 5 de mayo de 2021]; 95(1): 43-51. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2844689/pdf/yjbm_83_1_11.pdf
53. Merskey H. The definition of pain. *European Psychiatry* [revista en Internet] 1991 [acceso 3 de mayo de 2021]; 6(4): 153-159. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1992-20410-001>
54. Raja S, Carr D, Cohen M, Finnerup N, Flor H, Gibson S. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* [revista en Internet] 2020 [acceso 5 de mayo de 2021]; 161(9): 1976-1982. Disponible en:

https://journals.lww.com/pain/Abstract/2020/09000/The_revised_International_Association_for_the.6.aspx

55. Lee G, Neumeister M. Pain: Pathways and Physiology. *Clinics in Plastic Surgery* [revista en Internet] 2018 [acceso 4 de mayo de 2021]; 47(2): 173-180. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094-1298\(19\)30113-0](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094-1298(19)30113-0)
56. Sonneborn O, Williams A. How does the revised definition of pain impact nursing practice?. *Journal of Perioperative Nursing* [revista en Internet] 2020 [acceso 3 de mayo de 2021]; 33(4): 1-6. Disponible en: <https://www.journal.acorn.org.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1104&context=jpn>
57. Noble B, Clark D, Meldrum M, Ten Have H, Seymour J, Winslow M, et al. The measurement of pain, 1945-2000. *Journal of Pain and Symptom Management* [revista en Internet] 2005 [acceso 5 de mayo de 2021]; 29(1): 14-21. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885-3924\(04\)00452-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885-3924(04)00452-X)
58. Sharav Y, Benoliel R. Chapter 1: The diagnostic process. En: *Oxford Handbook of Clinical Diagnosis*. 2008. p. 1-17.
59. Pathak A, Sharma S, Jensen M. The utility and validity of pain intensity rating scales for use in developing countries. *Pain Reports* [revista en Internet] 2018 [acceso 7 de mayo de 2021]; 3(5): 1-8. Disponible en: https://journals.lww.com/painrpts/Fulltext/2018/10000/The_utility_and_validity_of_pain_intensity_rating.6.aspx
60. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J, Valle T, Hamäläinen H, Ianne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine* [revista en Internet] 2001 [acceso 12 de agosto de 2020]; 344(18): 1343-1350. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11333990/>

61. Christóforo B, Carvalho D. Nursing care applied to surgical patient in the pre-surgical period. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [revista en Internet] 2009 [acceso 21 de mayo de 2021]; 43(1): 14-22. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/6tSjrS7tCLkK6s97chKc3fn/?format=pdf&lang=en>
62. De Santana C, De Cassia A. Nursing care in the anesthetic procedure: An integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem* [revista en Internet] 2016 [acceso 12 de mayo de 2021]; 21(4): 1-8.
63. Abate S, Chekol Y, Basu B. Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients : A systematic review and meta- analysis. *International Journal of Surgery Open* [revista en Internet] 2020 [acceso 9 de mayo de 2020]; 1-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405857220300383>
64. Floor M, Jongh A, Irene H, Aartman H. What are people afraid of during dental treatment? Anxiety-provoking capacity of 67 stimuli characteristic of the dental setting. *Journal of Pediatric Infectious Diseases* [revista en Internet] 2008 [acceso 14 de junio de 2021]; 6(3): 167-171. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1600-0722.2007.00500.x>
65. Pinto P, McIntyre T, Nogueira-Silva C, Almeida A, Araújo-Soares V. Risk factors for persistent postsurgical pain in women undergoing hysterectomy due to benign causes: A prospective predictive study. *Journal of Pain* [revista en Internet] 2012 [acceso 18 de junio de 2021]; 13(11): 1045-1057. Disponible en: [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(12\)00762-6/fulltext](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(12)00762-6/fulltext)
66. Theunissen M, Peters M, Bruce J, Gramke H, Marcus M. Preoperative anxiety and catastrophizing: A systematic review and meta-analysis of the association with chronic

- postsurgical pain. *The Clinical Journal of Pain* [revista en Internet] 2012 [acceso 18 de junio de 2021]; 28(9): 819-841. Disponible en: [10.1097/AJP.0b013e31824549d6](https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31824549d6)
67. Elkins G, Staniunas R, Rajab H, Marcus J, Snyder T. Use of a numeric visual analog anxiety scale among patients undergoing colorectal surgery. *Clinical Nursing Research* [revista en Internet] 2004 [acceso 18 de junio de 2021]; 13(3): 237-244. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1054773803262222>
68. Katz J, Poleshuck E, Andrus C, Hogan L, Jung B, Kulick D, et al. Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery. *Pain* [revista en Internet] 2005 [acceso 18 de junio de 2021]; 119(1): 16-25. Disponible en: https://journals.lww.com/pain/Abstract/2005/12000/Risk_factors_for_acute_pain_and_its_persistence.3.aspx
69. Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, Pincus S, Mayes LC. Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy: A repeated-measures design. *J Psychosom Res.* 2000;49(6):417-22.
70. Peplau H. Peplau's theory of interpersonal relations [revista en Internet] 1997 [acceso 2 de julio de 2021]; 10(4): 162-167. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9416116/>
71. Peplau H. *Interpersonal Relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice.* *Nursing Science Quarterly* [revista en Internet] 1992 [acceso 8 de junio de 2021]; 5(1): 13-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/089431849200500106>
72. Sánchez H, Reyes C, Mejía K. *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística* [Internet]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2018. 144 p. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1480/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

73. Gabriel-Ortega J. Cómo se genera una investigación científica que luego sea motivo de publicación. *Journal of the Selva Andina Research Society* [revista en Internet] 2017 [acceso 2 de enero de 2021]; 8(2): 155-156. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/jsars/v8n2/v8n2_a08.pdf
74. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw-Hill; 2018. 753 p.
75. Dean E. Anxiety. *Nurs Stand* [revista en Internet] 2016 [acceso 17 de febrero de 2021]; 30(46): 15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27406490/>
76. Myles P, Myles D, Galagher W, Boyd D, Chew C, Macdonald N, et al. Measuring acute postoperative pain using the visual analog scale: the minimal clinically important difference and patient acceptable symptom state. *British Journal of Anaesthesia* [revista en Internet] 2017 [acceso 20 de mayo de 2021]; 118(3): 424-429. Disponible en: <https://bjanaesthesia.org/action/showPdf?pii=S0007-0912%2817%2930212-X>
77. Fernández L, Sánchez A. Influencia de la ansiedad en la salud de La mujer gestante y la vinculación afectiva. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* [revista en Internet] 2005 [acceso 16 de febrero de 2021]; 1(1): 569-584. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832486042.pdf>
78. Spielberger R, Gorsuch R, Lushene R. STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. 9ª ed. Madrid-España: TEA; 2015. 14 p.
79. Chapman C, Casey K, Dubner R, Foley K, Gracely R, Reading A. Pain measurement: an overview. *Pain* [revista en Internet] 1985 [acceso 15 de mayo 2021]; 22(1): 1-31. Disponible en: https://journals.lww.com/pain/Abstract/1985/05000/Pain_measurement__an_overview.1.aspx

80. Freyd M. The graphic rating scale. *Journal of Educational Psychology* [revista en Internet] 1923 [acceso 09 de mayo de 2021]; 14(1): 83-102. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/h0074329>
81. Quispe K. Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio servicio de cirugía del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2018 [tesis licenciatura]. Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2018. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/28203/Quispe_CKB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
82. Canorio F, Cárdenas M. Actividad física y dolor lumbar en pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo 2020 [tesis licenciatura]. Huancayo, Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2021. Disponible en: https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2356/TESIS_FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
83. Mejía R. Nivel de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio del Hospital de Chancay [tesis licenciatura]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009. [Internet]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/13225>
84. Department of Health & Human Services. The Belmont Report - Historic [Internet]. 1976. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
85. Roqué M, Macpherson I. An analysis of the ethics of principles, 40 years later. *Revista Bioética* [revista en Internet] 2018 [acceso 02 de enero de 2021]; 26(2): 189-197. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n2/en_1983-8042-bioet-26-02-0189.pdf

Anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la relación entre ansiedad preoperatoria en su dimensión ansiedad de estado y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre ansiedad preoperatoria en su dimensión ansiedad de rasgo y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la relación entre ansiedad preoperatoria en su dimensión ansiedad de estado y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.</p> <p>Determinar la relación entre ansiedad preoperatoria en su dimensión ansiedad de rasgo y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.</p>	<p>Hipótesis general -Existe relación entre ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.</p> <p>-No existe relación entre ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>-Existe relación entre ansiedad preoperatoria en su dimensión ansiedad de estado y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.</p> <p>-Existe relación entre ansiedad preoperatoria en su dimensión ansiedad de rasgo y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.</p>	<p>V1: Ansiedad preoperatoria</p> <p>V2: Dolor posoperatorio</p>	<p>* El método utilizado en este estudio es el hipotético – deductivo.</p> <p>* La presente investigación será realizada teniendo en cuenta los procedimientos del enfoque cuantitativo, debido a que se recolectará datos haciendo uso de instrumentos de medición cuantitativos.</p> <p>* El tipo de investigación en este estudio fue la básica.</p> <p>* El diseño metodológico del estudio en curso es correlacional y transversal.</p> <p>*En la presente investigación se considerará la participación aproximada de 105 pacientes sometidos a cirugía.</p>

Anexo 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudara a decidir si desea participar en este estudio de investigación en salud: Ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con la investigadora al teléfono celular o correo electrónico que figuran en el documento. No debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

Título del proyecto: Ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.

Nombre del investigador principal:

Alarcón González Lelis

Propósito del estudio: Determinar la ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía en el Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima Norte – 2021.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de ver los resultados de del estudio lo cual le puede ser útil para su persona y su desempeño profesional.

Inconvenientes y riesgos: No existe ningún riesgo.

Costo por participar: Ser parte del estudio no implica hacer algún costo para usted.

Confidencialidad: La información que usted brinde estará protegida, se resguardara el anonimato suyo por siempre.

Renuncia: Usted puede decidir retirarse del estudio cuando lo desee, aquello no será causa de pena o sanción alguna

Consultas posteriores: Si usted tuviese dudas o consultas durante el desarrollo de la investigación, puede dirigirse a Alarcón González Lelis (telef: 943036024), quien soy la responsable del estudio.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese dudas sobre sus derechos como participante, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse a la responsable del estudio.

Participación voluntaria:

Su involucramiento en esta investigación es voluntario y puede expresar querer ya ser parte de ella cuando lo crea necesario.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente el hecho de responder la encuesta expresa mi aceptación a participar voluntariamente en el estudio. En merito a ello proporciono la información siguiente:

Documento Nacional de Identidad:

Correo electrónico personal o institucional:

Anexo 3. Instrumento de recolección de datos

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD DE SPIELBERGER MODIFICADA (ESTADO – RASGO)

I. PRESENTACIÓN

Buenos días, soy licenciada de enfermería, en esta oportunidad estoy realizando un trabajo de investigación cuyo objetivo es, determinar la relación entre ansiedad preoperatoria y dolor posoperatorio en pacientes que son sometidos a cirugía. Pido su colaboración brindándome.

Edad: _____

Sexo: () Femenino () Masculino

Estado civil actual:

Soltero(a) () Casado(a) () Conviviente () Divorciado(a) () Viudo(a) ()

Nivel de instrucción:

Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Estudios técnicos () Estudios universitarios

()

Marque según el tipo de familia que corresponda

() Nuclear: Compuesto por madre y padre, con o sin hijos.
() Monoparental: Conformado por uno de los padres (papá o mamá) con uno o más hijos.
() Extendida: Familia compuesta por padres, hijos y otros parientes: Tíos, sobrinos ahijados
() Ampliada: Está constituida por abuelos, padres con hijos, nietos.
() Reconstituida: Unión de familias luego de la separación o divorcio.
() Equivalente familiar: Grupo de amigos, hermanos, parejas homosexuales (no tienen hijos)
() Persona sola: Convive sola

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado.	0	1	2	3
2. Me siento seguro.	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6. Me siento alterado.	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19. Me siento alegre.	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

A-R

INSTRUCCIONES

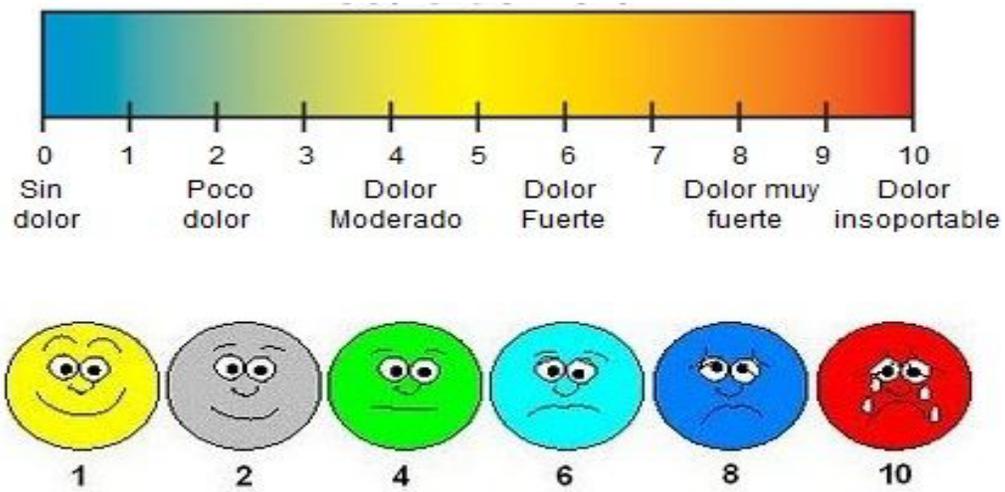
A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
21. Me siento bien.	0	1	2	3
22. Me Canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar				
24. Me gustaría ser feliz como	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable.	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

ESCALA VISUAL ANALOGICA DEL DOLOR (EVA)

En la siguiente pregunta marque según el dolor posoperatorio que usted este percibiendo

- Ninguno: 0
- Leve: 1 al 3
- Moderado: 4 al 6
- Severo: 7 al 10



Anexo 4. Informe de similitud

ORIGINALITY REPORT

12%	10%	1%	8%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Universidad Wiener Student Paper	3%
2	Submitted to Universidad Popular del César,UPC Student Paper	2%
3	tesis.ucsm.edu.pe Internet Source	1%
4	cdigital.uv.mx Internet Source	1%
5	www.scielo.org.co Internet Source	1%
6	Submitted to Universidad Católica de Santa María Student Paper	1%
7	www.redalyc.org Internet Source	1%
8	Submitted to Universidad Inca Garcilaso de la Vega Student Paper	1%
