



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD Y LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA A PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA GENERAL EN EL HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ DEL ISEM, 2023.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

ALVARADO SARMIENTO ELY SANDRA
BADILLO OLIVA MIRYAM VANESSA

ASESOR:

DR. EN S.P. FLORES VILLEGAS JULIO

Revisor:

Revisor:

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO JUNIO 2023.



CUVCH

**RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD Y LA INFORMACIÓN
PROPORCIONADA A PACIENTES PROGRAMADOS
PARA CIRUGÍA GENERAL EN EL HOSPITAL GENERAL
DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ DEL ISEM, 2023.**

ÍNDICE

I.	RESUMEN	11
II.	ANTECEDENTES.....	14
III.	IMPORTANCIA DEL PROBLEMA	20
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
V.	MARCO TEÓRICO	26
5.1	Capítulo I. Marco conceptual.....	26
5.1.1	Intervención quirúrgica	26
5.1.2	Etapas de la intervención quirúrgica.....	29
5.1.3	Etapa preoperatoria.....	29
5.1.4	Etapa intraoperatoria	30
5.1.5	Etapa postoperatoria	31
5.1.6	Postoperatorio inmediato	32
5.1.7	Postoperatorio mediato	33
5.1.8	Postoperatorio tardío	33
5.1.9	Equipo multidisciplinario.....	33
5.1.10	Visita prequirúrgica de enfermería.....	37
5.1.11	Proceso de atención de enfermería (PAE).....	37
5.1.12	Enseñanza prequirúrgica	40
5.1.13	Enseñanza de procedimiento/ tratamiento	41
5.1.14	Disposición para mejorar la salud.....	42
5.1.15	Conocimientos deficientes	42
5.1.16	Información enfocada a la salud	43
5.1.17	Ansiedad	45
5.1.18	Tipos de ansiedad	46
5.1.19	Trastorno de ansiedad generalizado	46
5.1.20	Trastorno de angustia (pánico)	48
5.1.21	Fobia específica	49
5.1.22	Ansiedad transitoria.....	50
5.1.23	Ansiedad preoperatoria.....	50
5.2	Capítulo II. Marco estadístico.....	51
5.3	Capítulo III. Marco referencial	52

5.3.1 Teoría del cuidado humanizado de J. Watson	53
5.3.2 Teoría de enfermería de Sor Callista Roy (Modelo de adaptación)	56
5.3.3 Aspectos teóricos de la ansiedad	60
5.3.4 Enfoque Psicoanalítico	60
5.3.5 Enfoque conductual	66
5.3.6 Enfoque Cognitivo	69
5.3.7 Enfoque cognitivo- conductual	71
5.3.8 Modelo tridimensional de la ansiedad	72
5.3.9 Modelo neurobiológico de la ansiedad	74
VI. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	79
8.1 Tipo de estudio	79
8.2 Diseño de investigación	79
8.3 Universo de estudio	79
8.4 Población de estudio	80
8.5 Criterios de inclusión	80
8.6 Criterios de exclusión	80
8.7 Criterios de eliminación	80
8.8 Muestra	81
8.9 Muestreo	82
8.10 Plan de recolección de datos	82
8.11 Plan de análisis de datos	84
8.12 Aspectos éticos	85
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	86
VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	93
IX. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	98
X. REFERENCIAS DE CONSULTA	100
XI. ANEXOS	106

I. RESUMEN

Según lo indicado por Gaona y cols. (2018), la ansiedad es definida como una respuesta emocional psicobiológica básica, donde el individuo experimenta una sensación de malestar, esta es expresada como la anticipación a algún peligro externo o interno. De esto, se desprende una función adaptativa, la cual permite al individuo establecer medidas de afrontamiento frente a una amenaza potencial o inminente. Cabe señalar que, si bien, la ansiedad deriva de diversas causas, ya que puede ser considerada como parte normal de la vida, los mecanismos que de esta se despliegan, generan cambios que pueden ser la causa de problemas de índole personal, afectando la toma de decisiones, y propiciando dificultades profesionales, laborales, entre otras. Es así que, bajo este contexto parte la importancia de identificar los niveles de ansiedad en el proceso de salud-enfermedad, enfocado en el proceso quirúrgico.

El problema de la ansiedad durante un proceso quirúrgico es abordado actualmente por el personal de enfermería y el equipo multidisciplinario de salud, es considerada un problema por los diferentes comportamientos y conductas que se generan por la respuesta humana, ya que son totalmente naturales. Consideramos que, este proceso se deriva por causa de varios factores, como puede ser: la gravedad de la enfermedad, la duración de los cuidados preoperatorios y los riesgos que pueden causar durante y después del procedimiento quirúrgico. Es así que, cuando una persona es programada a una cirugía, enfrenta preocupación que, subsecuentemente le llevará a elevar sus niveles de ansiedad, alterando y generando repercusiones a nivel biopsicosocial (Gaona et al. 2018). Los niveles de este estado se comprenden de la intensidad y duración, los cuales pueden depender de complejidad del proceso quirúrgico que enfrentará.

A este respecto, se considera que el paciente debe ser visto como un ente biopsicosocial. En este sentido, la intervención y la guía por parte del equipo multidisciplinario de salud durante el proceso quirúrgico, juegan un papel primordial para la recuperación de este. De esta manera, a la par de los cuidados físicos otorgados, la información presentada al paciente, representa una variable que puede influir en su estado psicológico, y, por lo tanto, afectar directamente sus niveles de ansiedad. Es por esto que, durante el proceso de intervención quirúrgica, la información oportuna, precisa y de calidad, es fundamental. Ya que, por un lado, permite determinar la elaboración e implementación de planes y estrategias personalizadas, con el fin de lograr objetivos que beneficien la calidad de la atención que repercutan en la recuperación satisfactoria del paciente. Por otro lado, dicha información es orientada para ofrecer una guía a los pacientes sobre los procesos de intervención que se le realizarán, lo que favorece su estabilidad emocional, reduciendo sus niveles de ansiedad.

Con lo mencionado anteriormente, de manera general se señalará que el objetivo de esta investigación es analizar la relación que existe entre la ansiedad y la información proporcionada por el equipo multidisciplinario de salud, en pacientes programados para cirugía general en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez ISEM, en 2023.

El presente estudio es de tipo trasversal, prospectivo, observacional y analítico, el cual se encuentra basado en el enfoque cuantitativo. Se incluyeron a 50 pacientes programados para cirugía general en el Hospital Fernando Quiroz Gutiérrez, de los cuales el 64% de participantes son del sexo femenino y el otro 36% son de sexo masculino, que oscilan en un rango de edad de 29 a 39 años con 32% y mayores a 49 años con un 38%, donde solo el 10% de los participantes no cuentan con algún grado de escolaridad. Para saber el nivel de ansiedad, se aplicó la escala de Beck, seguida de una encuesta para medir el nivel de información que reciben los pacientes respecto al proceso intervención quirúrgica.

De acuerdo a los resultados obtenidos de la escala de Beck aplicada a los participantes, se muestra que un porcentaje importante de la población investigada (12%) refirió tener ansiedad grave, manifestada por algunos signos y síntomas como son: incapaz de relajarse, temor a morir, miedo, nerviosismo, temor a que ocurra lo peor y sensación de bloqueo. De igual forma un 20% de la población presentó ansiedad en un nivel moderado, manifestada por los siguientes signos y síntomas: incapaz de relajarse, miedo, atemorizado, inquieto, inseguro y acalorado. Finalmente, el 50% de la población reflejó una mínima ansiedad, manifestando estar tranquilos y relajados.

Respecto a la aplicación de la encuesta para medir el nivel de información que tienen los pacientes respecto a su intervención quirúrgica, los resultados obtenidos reflejan que un importante porcentaje (72%) de los participantes, recibieron un nivel de información medio respecto a su procedimiento quirúrgico, esto quiere decir que, saben el motivo por el cual van a ser intervenidos y el cirujano que realizará el procedimiento. El otro 28% de los participantes refirieron tener un nivel de información alta respecto a su intervención quirúrgica, esto implica que sabían tanto del procedimiento, como del tipo y forma de anestesia, así como los riesgos y efectos secundarios de la misma. De igual forma, se destaca que ningún participante obtuvo un nivel de información baja.

A partir de los hallazgos encontrados, se puede concluir que existe una correlación positiva (.79) entre los niveles de ansiedad preoperatoria manifestada por los pacientes programados para cirugía general y la información presentada a estos por parte del equipo multidisciplinario de salud del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISEM, 2023, estableciéndose que: a mayor información, menor ansiedad.

II. ANTECEDENTES

Para dar inicio al siguiente trabajo, y con la finalidad de situar esta investigación en un contexto que ayude a revelar la importancia del tema analizado, se consideraron los siguientes antecedentes:

En México, en el año 2011, Carapia- Sadurni y cols. Realizaron un estudio titulado: “Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria” aplicado en el Hospital Ángeles del Pedregal. El objetivo fue modificar los niveles de ansiedad en los pacientes preoperatorios, utilizando técnicas psicológicas a través de una sesión individual dividida en tres fases:

- I) Pretratamiento: evaluando niveles de ansiedad, dolor y presión arterial.
- II) Tratamiento psicoeducación: Se empleó respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación y reforzamiento positivo.
- III) Postratamiento: se reevaluó ansiedad, dolor y tensión arterial.

El estudio tomó una muestra de 51 pacientes, donde se encontró que el 49% presentó un nivel de ansiedad prequirúrgica leve, el 27.5% moderada y el 23.5% severa. Finalmente, todos los pacientes mostraron niveles de ansiedad leves después de la intervención quirúrgica. En conclusión, se determinó que existe una disminución en los niveles de ansiedad antes y después de la cirugía debido a la intervención psicológica efectuada.

En México, López y cols. (2021), realizaron el estudio titulado: “Nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía”. Este estudio fue realizado en el Centro Médico Naval (CEMENAV). El objetivo planteado fue

dedicado a determinar los niveles de ansiedad prequirúrgicos, para posteriormente poder identificar los factores relacionados a la generación de la ansiedad. La muestra ocupada para la realización del estudio abarcó a 152 pacientes programados para cirugía general, se aplicó la escala de Spielberger para evaluar los niveles de ansiedad. Los resultados arrojaron que el 99.3% de los pacientes mostraron niveles de ansiedad leve y el 0.7% manifestaron niveles de ansiedad moderado. El estudio concluye indicando que, el correcto manejo de la información otorgada a los pacientes sobre su proceso quirúrgico, es decisivo para disminuir el nivel de ansiedad prequirúrgica.

Por otro lado, en Colombia, Quintero y cols. (2017), es su estudio “Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos” se planteó el objetivo de determinar el nivel de ansiedad en los pacientes programados para cirugía y relacionar el grado de ansiedad con el sexo, los antecedentes quirúrgicos y el tiempo de hospitalización previo a la intervención. La población de estudio incluyó a 21 pacientes, con edades entre los 23 y 93 años, se les aplicó la escala de Beck para conocer sus niveles de ansiedad, concluyendo que no existe una relación entre los niveles de ansiedad y el sexo o el tiempo de hospitalización previo, determinando que los antecedentes quirúrgicos generan un menor grado de ansiedad. Estos autores recomiendan aplicar una intervención psicológica previa a la operación, con el fin de preparar al paciente y generar espacios adecuados para complementar la información otorgada relacionada a su procedimiento quirúrgico.

De igual manera, en Argentina, en el año 2015, Chemes presentó un estudio llamado: “Estrés en Pacientes Prequirúrgicos, la relación con sus características y la evolución postoperatoria, en un Hospital público de la ciudad de San Miguel de Tucumán” El objetivo planteado fue realizar un programa de educación preoperatoria, con la intención de normalizar la intervención del personal de enfermería en la atención del paciente quirúrgico, y de esta forma,

reducir los efectos de la ansiedad y el estrés. Dicho estudio, tomó como muestra una población de 93 pacientes programados para cirugía abdominal programada. La investigación constó de dos etapas:

- I) Etapa prequirúrgica: Mediante la aplicación de un cuestionario, una guía de observación y mediciones de signos vitales, se identificó en los pacientes estudiados la existencia de signos de ansiedad y estrés, así como sus características, tales como sexo y situación laboral. De igual manera, se instruyó a los pacientes en la autoevaluación del dolor a través de la escala de valoración análoga.
- II) Etapa Postquirúrgica: Se realizaron nuevamente las mediciones de signos vitales, se tomó en cuenta la autoevaluación del dolor por parte de los pacientes y se tomaron datos de las historias clínicas, con el fin de valorar el impacto de la ansiedad y el estrés en la recuperación postoperatoria.

Los resultados arrojados revelaron que existe una relación entre las características de los pacientes, con el nivel de ansiedad y estrés presentado, siendo significativas variables de situación laboral, estrés por falta de información adecuada y oportuna y cirugía pospuesta. Concluyendo que, al relacionar las manifestaciones de mayor estrés con las características sociodemográficas, clínicas y de conocimientos sobre su cirugía, se encontró diferencias estadísticamente significativas entre mayor estrés, situación laboral y sexo. Se observó mayor estrés en pacientes que no poseían fuente laboral y en pacientes del sexo femenino. Al estudiar la relación del estrés con las características de los pacientes y la evolución postoperatoria, se encontró significación estadística entre mayor estrés: sexo, situación laboral, cirugía pospuesta, mayor dolor postoperatorio.

Igualmente, en Venezuela, en el año 2013, Rojas Y Acevedo, realizaron un estudio titulado: “Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el hospital universitario Antonio patricio de Alcalá, cumana, Venezuela” Como objetivo se planteó evaluar las estrategias de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes preoperatorios. Se estudiaron 60 pacientes, divididos en dos grupos: 30 recibieron un programa educativo sobre el proceso operatorio (grupo experimental) y 30 no lo recibieron (grupo control). Para cuantificar la efectividad de las acciones de enfermería, se aplicó el “test de ansiedad de Beck” a ambos grupos. Los resultados evidenciaron disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes experimentales; 56,6% no presentaron ansiedad, en comparación con los pacientes controles.

El tipo de ansiedad predominante fue el de ansiedad leve (63,3%) para pacientes controles, mientras que, para los experimentales fue de 43,3%. Esto evidencia los beneficios del programa educativo implementado por enfermería en los pacientes quirúrgicos. “Se recomienda mantener la educación para la salud a este tipo de pacientes, para prevenir el impacto del proceso salud-enfermedad, asociados a situaciones de estrés, temor, ansiedad y otros problemas que alteran la salud e integridad biopsicosocial de estos pacientes”.

Por otra parte, en España, en el año 2015, Doñante y cols. Llevaron a cabo un estudio, el cual lleva por título: “Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía” Aplicado en el Hospital Royo Villanova del sector I de Zaragoza. Su objetivo fue valorar el nivel de ansiedad preoperatoria y el grado de información que los pacientes recibían antes de la intervención, esto, con la finalidad de contrastar ambos rubros y encontrar una relación entre el grado de información recibida y la ansiedad presentada por los pacientes. Dicho estudio tomó una muestra de 99 pacientes seleccionados de forma aleatoria, los cuales fueron programados para

intervención quirúrgica, se aplicó a escala APAIS para medir el nivel de ansiedad y la escala STAI- AE para contrastar los resultados de la escala APAIS en lo referente a la asociación entre las preguntas y el nivel de ansiedad.

Se tomaron variables como: nivel educativo, tipo de cirugía y especialidad quirúrgica. Los resultados mostraron una asociación entre el grado de información presentada previamente al paciente y el nivel de ansiedad, indicando que las variables descritas anteriormente no muestran niveles significativos de ansiedad. El estudio concluye indicando que los pacientes que creen necesitar mayor información previa a la intervención quirúrgica son susceptibles a presentar mayores niveles de ansiedad.

Otro estudio realizado en México, en el año 2021, Pathe y cols. Nombraron a este estudio con el título: “Ansiedad Preoperatoria en Pacientes Adultos Programados para Cirugía Electiva” El objetivo fue determinar los niveles de ansiedad preoperatoria. La muestra ocupada abarcó a 110 pacientes adultos programados para cirugía electiva, los cuales recibieron la aplicación de la escala APAIS Y EVA- A. Se tomaron en cuenta variables como sexo, edad, antecedentes anestésicos y deseo de información.

Los resultados arrojados mostraron que el sexo femenino con el 57.0% ocupó el mayor número de participantes con una edad comprendida entre 40-50 años con 26.36%, la mayoría de los participantes fueron de nivel de bachillerato con el 42.7%, el 70% con antecedentes anestésicos. El 34.5 % manifestaron ansiedad preoperatoria de los cuales el 65.79% son de sexo femeninos. El 83.60% desearon información sobre anestesia y cirugía. Se determinó que los factores más relevantes para la causa de ansiedad fueron: no despertar después de cirugía, el dolor postoperatorio, el resultado de la operación y la pérdida financiera. Se concluyó que los pacientes informados sobre el proceso quirúrgico y de anestesia manifestaron niveles de ansiedad bajos.

En Ecuador, en el año 2018, Gaona y Contento llevaron a cabo un estudio titulado: “Ansiedad pre operatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora” El objetivo fue determinar el nivel de ansiedad del paciente preoperatorio. Se tomó una población de 75 pacientes, a quienes se les aplicó la escala de ansiedad de Hamilton. Los resultados obtenidos manifestaron que la mitad de la población investigada presentó un nivel de ansiedad leve, una tercera parte de la población presentó niveles de ansiedad moderados y el resto de la población estudiada no manifestó niveles de ansiedad. Se concluyó que un alto porcentaje de los pacientes prequirúrgicos entrevistados en el área de cirugía, presentaron ansiedad en diferentes niveles siendo el nivel moderado el más significativo.

La ansiedad prequirúrgica desencadenó manifestaciones psíquicas en los pacientes investigados, específicamente la tensión y el miedo, alcanzando niveles moderados; por su parte, el insomnio y dificultad para concentrarse alcanzaron un nivel leve con porcentajes significativos.

III. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

La cirugía es entendida como una disciplina médica que se orienta a la acción, sus implicaciones conllevan la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas de un ser humano con fines médicos, ya que su objetivo es la curación de diferentes enfermedades o procesos patológicos susceptibles a ser resueltos por esta vía. En este sentido, las cirugías se clasifican a partir de criterios generales como su localización, su extensión y el propósito u objetivo de la misma, combinados con criterios específicos (Porrás, 2016).

Esta rama médica es una parte fundamental de todo sistema de salud, y su buena práctica puede tener un impacto positivo que contribuya a mantener sana a una comunidad. Así mismo, para dar un contexto más amplio sobre la repercusión de esta disciplina médica, con base a los datos estadísticos proporcionados por el CONAMED en 2016, se reconoce en cifras la magnitud del número de cirugías practicadas al rededor del mundo, poniendo énfasis a las cirugías aplicadas a nivel nacional, encontrándose que:

- En el mundo se realizan alrededor de 230 millones de operaciones de cirugía mayor al año, equivalentes a 1 por cada 25 personas.
- Cada año, se practican en México al menos 1,620,000 cirugías.
- El número de intervenciones quirúrgicas, casi duplica el número de partos, aunque el riesgo que entrañan es mucho mayor.
- La tasa de complicaciones graves varía entre 3% y 16% y la tasa de mortalidad entre 0.2% y 10%.
- Las intervenciones quirúrgicas producen al menos 7 millones de complicaciones incapacitantes y un millón de defunciones al año.

La Secretaría de Salud (SSA), menciona que, debido a la pandemia de COVID- 19, durante el año 2019 se reportó una disminución de las cirugías aplicadas a nivel nacional con 337, 297 intervenciones quirúrgicas realizadas ese año. Para el año 2020, la cifra total corresponde a 177, 585 cirugías, de las cuales, para el área de cirugía general la cifra de intervenciones quirúrgicas reportada suma 276, 620 en el año 2019 y 147,910 para el año 2020.

Los datos mencionados anteriormente reflejan de manera general los procesos quirúrgicos aplicados a nivel nacional. Así mismo, con base en las bitácoras de productividad, la magnitud de las cirugías aplicadas en el área de cirugía general en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez ISEM, durante el año 2022, mencionan que en promedio se realizaron 36 intervenciones quirúrgicas al mes, lo que da como resultado un total de 432 cirugías anuales, de las cuales los procedimientos más frecuentes son:

- Colecistectomía.
- RAFI (Reducción Abierta Y Fijación Interna).
- Plastia.
- LAPE (Laparotomía Exploratoria).
- Lavado Mecánico.

De esta manera se puede confirmar que la cirugía representa un evento vital, que, sin embargo, puede conducir a un estado emocional negativo, reflejándose en síntomas de ansiedad considerables. Los pacientes en muchas ocasiones llegan percibir el día de la cirugía como el más importante y amenazador de sus vidas. Por esta razón, es importante distinguir y examinar los niveles de ansiedad de los pacientes sometidos a un proceso quirúrgico. No obstante, hay escasez de información sobre los predictores de ansiedad en el área de estudio actual en referencia a la educación preoperatoria, ya que, este estado se presenta

con sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, temor, angustia, miedo, preocupación y una elevada actividad del sistema nervioso autónomo.

Es importante hacer énfasis en señalar la necesidad de identificar el nivel de ansiedad en pacientes preoperatorios, debido a que este evento es frecuente, y depende de múltiples factores como: El grado de información previa que recibe el paciente, el tipo de cirugía, experiencias previas, el estado emocional, apoyo familiar y temor ante la muerte. De esta manera, es trascendente que el personal de enfermería tenga conocimiento de esta problemática, puesto que manejan un contacto directo con el paciente.

Por esta razón, la educación preoperatoria y el suministro de información sobre el procedimiento que se llevará a cabo, pueden entregar beneficios a los pacientes en la etapa preoperatoria del proceso quirúrgico, por lo cual, el papel del profesional de enfermería es el de disminuir la ansiedad del paciente. Es así que, de esta forma, se posibilitará la mejora en la calidad de la atención, evitando complicaciones que puedan desembocar en retrasos en el proceso operatorio, lo que significaría impactos negativos en la salud del paciente.

La importancia de esta investigación, gira en torno a la posibilidad de plantear estrategias a futuro que puedan ser funcionales para la identificación de la ansiedad antes de cualquier procedimiento quirúrgico, posibilitando la generación de una actuación adecuada en el manejo de la misma, en relación con el cuidado emocional del paciente prequirúrgico, fomentando la agilización del trabajo del personal de enfermería, a fin de elevar la calidad de la atención en favor de la salud del paciente. Por lo tanto, esta investigación, también representa un beneficio para los profesionales de enfermería y parte del equipo multidisciplinario del área de cirugía general, que trabajará en conjunto para la atención del paciente. En este sentido, cuando un profesional de enfermería proporciona educación y apoyo psicológico, el paciente tiene la oportunidad de

expresar sus pensamientos, sentimientos y expectativas, lo que aumenta la confianza del paciente en el equipo quirúrgico. Así mismo, la detección preoperatoria del nivel de ansiedad y la identificación de la información que el paciente recibe como factor asociado para la manifestación de la ansiedad, son cruciales para una intervención efectiva por parte de los profesionales de la salud, ya que, resulta en el buen funcionamiento del proceso quirúrgico, mejorando el proceso de curación postoperatoria, el bajo coste de la atención médica y la satisfacción de los pacientes con la atención quirúrgica.

Es fundamental que el personal de enfermería muestre empatía, calidez y respeto, para así poder llevar a cabo una serie de acciones afirmativas relacionadas a la observación del paciente, la cual es clave para identificar el estado de ánimo, así como signos y síntomas de ansiedad. Lo anterior ayuda para hacer una valoración que permita identificar los principales problemas o factores que desencadenan una respuesta ansiosa en el paciente.

Por lo tanto, la siguiente investigación se justifica de manera metodológica, debido a que se consideraron instrumentos de medición válidos y confiables que aseguran la validez interna del estudio.

De igual manera, la presente investigación es viable, puesto que se cuentan con los recursos económicos, humanos, fuentes de información e instrumentos metodológicos para llevarla a cabo.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con las cifras otorgadas por el CONADEM en 2016, se practicaron 1,620,000 de cirugías anualmente en México. Por otro lado, la Secretaría de Salud (SSA), reporta que, durante el año 2019 se aplicaron un total de 337, 297 intervenciones quirúrgicas a nivel nacional. Para el año 2020, la cifra total corresponde a 177, 585 cirugías, de las cuales, para el área de cirugía general la cifra de intervenciones quirúrgicas reportada suma 276, 620 en el año 2019 y 147,910 para el año 2020. De igual manera, las bitácoras de productividad del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez ISEM, durante el año 2022, arrojan que la magnitud de las cirugías aplicadas en el área de cirugía general durante el año 2022, tiene un promedio de 36 intervenciones quirúrgicas al mes, dando como resultado un total de 432 cirugías anuales.

En relación con los datos anteriores, se puede mencionar que el objetivo de la cirugía es la curación de diferentes enfermedades o procesos patológicos susceptibles a ser resueltos por esta vía, por lo cual, se puede indicar que la cirugía es un evento vital. Sin embargo, dicho evento puede conducir a un estado emocional negativo, reflejándose en síntomas de ansiedad considerables. De acuerdo con Fowler (2011) la ansiedad causada por la cirugía puede conducir a un cambio en la presión arterial, tanto con hipo, como con hipertensión, las cuales, puede favorecer a complicaciones que tienden a desembocar en retrasos en el proceso operatorio, lo que significaría impactos negativos en la salud del paciente.

Es así que, la detección preoperatoria del nivel de ansiedad y la identificación de la información que el paciente recibe como factor asociado para la manifestación de la ansiedad, son cruciales para una intervención efectiva por parte de los profesionales de la salud, ya que, resulta en el buen funcionamiento del proceso quirúrgico, mejorando el proceso de curación postoperatoria, el bajo coste de la atención médica y la satisfacción de los pacientes con la atención

quirúrgica. Es importante señalar que la educación preoperatoria y el suministro de información sobre el procedimiento que se llevará a cabo, pueden entregar beneficios a los pacientes en la etapa preoperatoria del proceso quirúrgico, por lo cual, el papel del profesional de enfermería es el de disminuir la ansiedad del paciente.

Con lo expuesto en los apartados anteriores, la pregunta de investigación se planteó de la siguiente manera:

¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la información proporcionada por parte del equipo multidisciplinario de salud, a pacientes programados para cirugía general en el hospital general Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISEM 2023?

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Capítulo I. Marco conceptual

5.1.1 Intervención quirúrgica

El término de cirugía deriva del vocablo griego *cheirourgía*, el cual puede ser entendido como una disciplina médica que está dirigida a la acción. En este sentido, esta rama médica se dedica a curar las enfermedades por medio de intervenciones quirúrgicas. Sus implicaciones conllevan la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas de un ser humano con fines médicos, para así, poder lograr dicho objetivo de curación de diferentes enfermedades o procesos patológicos susceptibles a ser resueltos por esta vía. Por lo cual, la cirugía es un área de cuidados extensa que incluye muchas técnicas diferentes (Carvajal, et al., 2020).

Por tanto, a la intervención quirúrgica le compete el diagnóstico y el tratamiento de las patologías, deformidades y lesiones mediante procedimientos quirúrgicos de incisión invasiva de los tejidos corporales o la manipulación no invasiva de alguna estructura anatómica (Gómez y Serra, 2022). Dichos procedimientos pueden ser tanto electivos como de urgencia, inflamatorio, traumático o neoplásico, es así que, las intervenciones se pueden llevar a cabo en distintos aparatos, sistemas y áreas anatómicas, tales como: aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel, partes blandas, retro peritoneo y en afecciones externas de la cabeza y el cuello (Carvajal, et al., 2020). Por consiguiente, esta diversidad de intervenciones implica poder distinguir las diferentes ramas de la cirugía, mismas que se encuentran divididas de la siguiente manera:

- Cirugía General: Este tipo de cirugía no requiere necesariamente de un especialista, sin embargo, el cirujano adscrito puede ser especialista en

algún área específica. Las cirugías practicadas abarcan operaciones del tracto gastrointestinal, sistema biliar, hígado, bazo, páncreas y mama, incluyendo heridas de la pared abdominal.

- Cirugía Ortopédica y Traumatología: Es definida como la especialidad que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de patologías asociadas con el aparato locomotor, como son los huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones y nervios.
- Cirugía Oral y Maxilofacial: Es la especialidad quirúrgica encargada de patologías asociadas a la boca, cara y cuello. Así mismo, esta especialidad se ocupa de abordar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación problemas relacionados con estructuras anatómicas de la cara, cráneo, cabeza, cuello, cavidad oral, maxilares y dientes.
- Cirugía plástica y reparadora: Esta especialidad quirúrgica se encarga de la corrección o reparación de deformidades y deficiencias funcionales, la cual implica una transformación corporal. Este tipo de cirugía interviene en la reparación, restauración y el mejoramiento de funciones afectadas por lesiones provocadas por accidentes, quemaduras o enfermedades tumorales de la piel o de tipo congénito.
- Cirugía Torácica: Esta especialidad se encarga de las intervenciones realizadas a nivel de la pared torácica, pleura, pulmón, mediastino, árbol traqueo-bronquial, esófago y diafragma. Las patologías tratadas están relacionadas con anomalías congénitas, de tipo inflamatorio, displásico, tumoral o traumático.
- Cirugía Cardíaca: Esta especialidad está encargada de la resolución y tratamiento quirúrgico de enfermedades relacionadas con el sistema cardiocirculatorio. La cirugía aplicada está orientada a la reparación o reemplazo de válvulas dañadas, insuficiencias cardíacas, implantación de dispositivos que ayuden a el mantenimiento del ritmo cardíaco, enfermedades coronarias o el reemplazamiento del corazón dañado por el corazón de algún donante.

- **Cirugía Vascular:** Se encarga del tratamiento de las patologías relacionadas con el sistema vascular, arterial, venoso y linfático del organismo. El diagnóstico y tratamiento está orientado a resolver problemas de tipo varicoso, trombosis venosa o coágulos sanguíneos, los cuales pueden afectar directamente al funcionamiento de otros órganos, esto debido a que dependen del aporte sanguíneo otorgado por la vena o arteria afectada.
- **Cirugía Pediátrica:** Este tipo de cirugía se orienta hacia el tratamiento de patologías encontradas en pacientes menores de 18 años, abarcando todas las especialidades.
- **Neurocirugía:** Tiene como objetivo el tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de enfermedades y lesiones encontradas en el sistema nervioso central.

De acuerdo con Gómez y Serra (2022), las cirugías pueden ser clasificadas de acuerdo con los objetivos planteados previamente, o en función del grado de urgencia. Estas se identifican de la siguiente manera:

- **Cirugía de urgencia o emergencia:** Esta cirugía se lleva a cabo sin una programación previa y de manera imprevista, dependiendo la severidad se busca la estabilización del paciente lo más rápido posible, es decir, las situaciones que se presentan ponen en riesgo la vida o la función de alguna parte del cuerpo.
- **Cirugía programada:** Son aquellas cirugías que tienen una planeación protocolaria, es decir, no representan una emergencia, por lo cual, se puede preparar al paciente con suficiente tiempo de anticipación para poder evitar riesgos.
- **Cirugía ambulatoria:** Estas cirugías también requieren de una planeación, sin embargo, el paciente no requiere de hospitalización, la intervención no necesariamente representa un riesgo inminente para la vida del paciente. Comúnmente el procedimiento es de corta duración.

5.1.2 Etapas de la intervención quirúrgica

Siguiendo lo expuesto en la sección anterior, se puede mencionar que el proceso quirúrgico tiene como objetivo garantizar la seguridad del paciente siguiendo la implementación de actividades asistenciales, prácticas y de soporte, basadas en el diagnóstico, las cuales ayudan a la detección de puntos de riesgo, con la finalidad de evitar sucesos adversos que puedan ser derivados de las distintas etapas de la intervención quirúrgica (Fernández, et al., 2019). A continuación, en los siguientes apartados, se describen las distintas etapas componen a la intervención quirúrgica.

5.1.3 Etapa preoperatoria

Esta etapa puede ser definida como el primer contacto que el paciente tiene con el personal médico, la cual es iniciada con la solicitud de interconsulta llevada a cabo en el área de urgencias, o a través de las consultas externas; sirve para establecer la valoración, tratamiento y resolución de alguna patología que sea susceptible de requerir cirugía. Una vez realizada la valoración, el paciente es ingresado a la unidad hospitalaria donde quedará en espera de intervención, dicha intervención será realizada de urgencia, o bien, el paciente será remitido a su domicilio con la intención de realizar un ingreso programado para llevar a cabo la posterior cirugía (Fernández, et al., 2019).

El periodo de hospitalización del paciente preoperatorio sirve para realizar pruebas complementarias, interconsultas y las verificaciones necesarias para que el paciente pueda encontrarse en las mejores condiciones antes de realizarse la cirugía, es por eso que, durante esta etapa, el paciente debe ser preparado física y psicológicamente para evitar complicaciones que pueden desembocar en retrasos de la intervención, significando impactos negativos a la salud del

paciente. De esta manera, los cuidados a realizar por parte del personal de enfermería durante este periodo son los siguientes:

- Informar al paciente y familiares sobre dudas que les surjan en torno a la intervención quirúrgica.
- Asegurar una buena preparación del organismo: nutrición, eliminación, oxigenación e higiene.
- Educación sanitaria.
- Preparación del paciente el día de la intervención. Según el tipo de cirugía, la preparación varía, pero en general se completan varias rutinas como:
- Higiene del paciente.
- Canalización de una vía venosa.
- Colocación de enemas si es necesario.
- Ayuno.

5.1.4 Etapa intraoperatoria

Esta etapa del proceso quirúrgico es comprendida desde el traslado de urgencias u hospitalización del paciente al antequirófano, el tiempo que dura la cirugía, y concluye con el traslado del paciente a la unidad postquirúrgica.

Cuando el paciente es ingresado al antequirófano, se realizan una serie de verificaciones finales antes de proceder a realizar la cirugía, estas verificaciones se llevan a cabo con base al *listado de verificación de la seguridad quirúrgica*, este listado es una herramienta útil dentro de las estrategias para dar seguridad a las intervenciones planteadas en la atención sanitaria (Arribalzaga, et al., 2012), consiste en identificar una serie de controles de seguridad que puedan realizarse en cualquier quirófano mediante un programa de prácticas quirúrgicas seguras

propuesto por la Organización Mundial de la Salud en el año 2007. Dicho listado incluye las siguientes verificaciones:

- Identificación del paciente.
- Signos vitales del paciente.
- Lugar donde se aplicará la intervención quirúrgica.
- Tipo de procedimiento a aplicar.
- Consentimiento informado.
- Profilaxis antibiótica y de anestesia.
- Confirmación de los miembros del equipo quirúrgico e instrumental necesarias para llevar a cabo la intervención.

Una vez que todas las verificaciones han finalizado de forma adecuada, el paciente es ingresado para ser intervenido. Este paso de la intervención da inicio a partir de que se realiza la incisión, y concluye hasta que se aplica el último punto de sutura. La comunicación es de fundamental importancia, debido a que se llevan a cabo tareas de gran complejidad, que requieren precisión y una buena coordinación entre los miembros del equipo quirúrgico (Fernández, et al., 2019).

5.1.5 Etapa postoperatoria

Esta etapa se identifica desde el término de la cirugía, hasta que el paciente sale de la sala y llega a piso u hospitalización. Durante esta etapa la enfermera realiza una serie de acciones encaminadas a que el paciente recupere su función. Esta etapa está dividida en tres dimensiones: Postoperatorio inmediato, postoperatorio mediano y postoperatorio tardío, estas dimensiones serán descritas a continuación.

5.1.6 Postoperatorio inmediato

Durante este paso, el paciente abandona el quirófano y es ingresado al área de recuperación. Este proceso puede ser catalogado como el de mayor riesgo de presentación de complicaciones, debido a esto, durante las primeras 24 horas se realiza la observación y vigilancia de las funciones del paciente. En este tiempo se debe controlar el proceso inflamatorio y el sangrado. Los antibióticos se suministran dependiendo si existe una infección previa y se debe recomendar evitar esfuerzos físicos durante 72 horas (Fernández, et al., 2019).

Con base a lo estipulado por el CONADEM (2016), durante la permanencia del paciente en el área de recuperación, el personal de enfermería debe tener en consideración las siguientes recomendaciones para su correcto cuidado:

- Se debe verificar el nivel de conciencia y signos vitales del paciente en cuestión.
- Si se llegaran a detectar anomalías, se debe dar aviso al anestesiólogo y se le solicita que no se ausente hasta que el paciente sea reestablecido en sus funciones.
- Se deben revisar las indicaciones del cirujano y el anestesiólogo plasmadas en el expediente clínico y dar el cumplimiento a las mismas.
- Se solicita al anestesiólogo el alta del paciente, y dependiendo del caso, se traslada a este al área de hospitalización o a los servicios de cuidados intensivos.
- Se solicita el traslado del paciente y se entrega para la realización del mismo.

5.1.7 Postoperatorio mediato

Una vez trasladado el paciente al área de hospitalización, se inicia una fase de convalecencia. Durante este periodo se evalúa la evolución de las funciones del paciente tras la cirugía, se realizan las curaciones pertinentes y se ejecuta un seguimiento diario según lo requiera el paciente, cabe señalar que esta fase puede durar días, semanas o algunos meses, según sea el caso. Una vez que se observe una evolución favorable en la recuperación del paciente, se puede solicitar el alta hospitalaria (Fernández, et al., 2019).

5.1.8 Postoperatorio tardío

Una vez observada la correcta evolución del paciente y generada el alta hospitalaria, según sea el tipo de proceso quirúrgico al que fue sometido, se deroga al paciente a un seguimiento ambulatorio donde intervienen las consultas externas o el equipo de atención primaria. En esta fase, se realizan curaciones de heridas que continúen en proceso de cicatrización y se dan las recomendaciones necesarias para la correcta rehabilitación. Si esta fase se logra concluir de manera satisfactoria, se puede dar de alta definitiva al paciente (Fernández, et al., 2019).

5.1.9 Equipo multidisciplinario

Se puede mencionar que, un equipo multidisciplinario en el ámbito de la salud, es aquel que está conformado por un conjunto de profesionales, los cuales pueden ser de distintas disciplinas, cuentan con distintos antecedentes y capacidades en sus áreas de trabajo. De esta manera, cumplen con un papel específico y realizan un esfuerzo y aporte cooperativo, con la finalidad de cumplir los objetivos planteados en relación a la ayuda y recuperación del paciente (Caballero, 1994).

Dentro del entorno quirúrgico, el equipo que coopera en las labores asistenciales y de intervención, puede estar conformado de dos o más personas, su trabajo se caracteriza por una interdependencia planteada en el alcance de objetivos comunes, en este sentido, la comunicación entre los miembros es clave para la correcta distribución de los cometidos, para desempeñar tareas específicas como una sola entidad. Es así que, el mal desempeño de alguno de los miembros del equipo, puede repercutir negativamente en el alcance de los objetivos generales del resto del equipo.

Para lograr el correcto funcionamiento del equipo, es necesario cuidar el ambiente en el quirófano, facilitarse mutuamente la labor, disponer de un personal adecuadamente entrenado, para así, favorecer el buen desarrollo de la intervención quirúrgica. Es importante que se tenga en cuenta en todo momento, que el objetivo común es proporcionar al paciente los cuidados e intervención oportuna, eficaz y segura. No se debe perder de vista que los miembros del equipo deben procurar cubrir las necesidades del paciente, se debe considerar a este como un ser individual y único, el cual es completamente dependiente de ellos para su supervivencia (Carvajal, et al., 2020).

Siguiendo lo anterior, el quirófano proporciona un entorno estéril en el que un equipo quirúrgico puede llevar a cabo la intervención. Cuando un paciente se somete a una cirugía, un equipo constituido por miembros del personal médico asiste al cirujano durante el procedimiento (Carvajal, et al., 2020). La cantidad de miembros del equipo varía según el tipo de cirugía que se realice. La mayoría de los equipos incluyen al siguiente personal médico:

Cirujano: Debe tener los conocimientos, habilidades y el juicio clínico necesario para desempeñar con éxito la intervención quirúrgica prevista y cualquier desviación necesaria por dificultades imprevistas (Fernández, et al.,

2019). El cirujano es el encargado de realizar el diagnóstico y evaluación, fijar el tipo de cuidados pre y postoperatorios, así como de la toma de decisiones para seleccionar y realizar el proceso quirúrgico. Las cirugías practicadas por este profesional son realizadas a nivel del tracto gastrointestinal, sistema biliar, hígado, bazo, páncreas y mama, incluyendo heridas de la pared abdominal, sin embargo, puede intervenir en la resolución de problemas quirúrgicos de cuello, tórax, trauma, entre otras (Carvajal, et al., 2020). No se debe perder de vista que, la labor del cirujano en clave durante la etapa postoperatoria, ya que este tiene un trato directo con el paciente y su familia, asumiendo la responsabilidad del caso.

Anestesiólogo: Este profesional se especializa en la administración de la anestesia, antes, durante o después de la intervención quirúrgica. La administración anestésica se realiza en concordancia con la identificación de las necesidades médicas del paciente, lo que permite llevar a cabo una planificación que ayude a optimizar la cirugía. El anestesiólogo se ocupa de obtener una historia clínica detallada del paciente para identificar cualquier problema subyacente que pueda interferir con la anestesia, como un historial de reacciones alérgicas, afecciones respiratorias o cualquier otro problema de salud, por esta razón puede solicitar la realización de pruebas específicas, tales como una radiografía de tórax o un recuento sanguíneo completo (Carvajal, et al., 2020).

La información diagnóstica con la que cuenta el anestesiólogo, le permite determinar qué tipo de medicamento aplicar, ya sea que, estos deban ser administrados de forma profiláctica o bien, se necesite un ajuste o la suspensión de los mismos antes de la intervención quirúrgica, lo que a la postre evita riesgos y complicaciones durante el proceso. Durante la intervención, el anestesiólogo es el responsable de la monitorización del correcto funcionamiento fisiológico del paciente. Una vez finalizada la cirugía, el objetivo primordial es el de revertir el estado de la anestesia y devolver al paciente a un estado consciente (Carvajal, et al., 2020).

De acuerdo con el punto anterior, el Programa Oficial de la Especialidad (Citado en: Carvajal, et al., 2020, pp. 20), la Anestesiología es una especialidad médica que tiene como objetivos el estudio, docencia, investigación y aplicación clínica de:

- Métodos y técnicas para hacer insensible al dolor y proteger al paciente de la agresión antes, durante y después de cualquier intervención quirúrgica y obstétrica, de exploraciones diagnósticas y de traumatismos.
- Mantener las funciones vitales en cualquiera de las condiciones antes mencionadas.
- Tratar pacientes cuyas funciones vitales estén gravemente comprometidas, manteniendo las medidas terapéuticas hasta que se supere la situación de riesgo vital de dichas funciones.
- Tratamiento del dolor de cualquier etiología, tanto aguda como crónica.

Enfermera de quirófano/enfermera circulante: Estos profesionales, están capacitados para atender diversos tipos de intervenciones quirúrgicas. Según lo indicado por Carvajal y cols. (2020), las funciones primordiales que lleva a cabo este tipo de enfermera son las siguientes:

- Conocer la operación a realizar.
- Preparar el instrumental y material requerido.
- Realizar el lavado quirúrgico, vestirse con ropa estéril y ponerse guantes.
- Vestir las mesas de instrumentación y colocar los instrumentos en el orden dispuesto.
- Ayudar a los cirujanos a ponerse los guantes.
- Entregar los elementos solicitados a los cirujanos.
- Tomar muestras intra operatorias y se las pasará a la enfermera circulante.
- Controlar el uso de gasas y compresas.
- Colaborar en la desinfección final y colocación de apósitos.

- Retirar hojas de bisturí, agujas y demás objetos punzantes y cortantes.
- Colaborar en la colocación del paciente en la camilla.
- Recoger y revisar los instrumentos utilizados para su desinfección y esterilización.

5.1.10 Visita prequirúrgica de enfermería

El concepto de visita prequirúrgica, es entendido como un proceso que conlleva la personalización del paciente mediante la interacción de este y los cuidados que pone en acción el personal de enfermería de quirófano, estos cuidados son realizados previamente a una intervención programada y son aplicados mediante una entrevista personalizada. (Bagés y cols., 2015). En este sentido, la colaboración del equipo quirúrgico, en gran medida favorece la culminación satisfactoria de este proceso, ya que, mediante el diagnóstico y la información plasmados en la historia clínica del paciente se conoce el plan terapéutico a seguir. Es así que, la información manejada, debe ser ofrecida de la misma forma, para establecer una orientación adecuada, con el propósito de otorgar un trato humano y de calidad al paciente, para garantizar la seguridad de este, dependiendo del caso que se trate.

5.1.11 Proceso de atención de enfermería (PAE)

En relación con el apartado anterior, es necesario que el personal de enfermería pueda identificar las situaciones que el paciente sea capaz de experimentar durante el proceso de intervención quirúrgica, debido a que, al enfrentarse a una situación de enfermedad y posterior intervención, esto aunado a que en muchas ocasiones puede no estar bien informado, se da pie a la aparición

de ansiedad y angustia. Es así que, el trabajo de enfermería debe ser el encargado de canalizar dichas situaciones, este trabajo debe tener una orientación que propicie la interacción con el paciente, para establecer una relación asistencial que otorgue seguridad y confianza, con base al manejo y transmisión de información correcta y completa, la cual, debe ser adecuada al diagnóstico y tratamiento, garantizando la atención de calidad.

El personal de enfermería asiste al paciente con base a un proceso planteado de forma sistemática y ordenada, dicho proceso asistencial se enfoca en la obtención de información e identificación de los problemas de salud del individuo, integrando a la familia de este y a la comunidad, con la finalidad de planear estrategias efectivas de evaluación y ejecución en el cuidado del paciente quirúrgico. Es por esto que, el proceso de atención de enfermería es definido como una herramienta metodológica que se dirige a mejorar la calidad de asistencia del paciente, mediante el control operativo, asegurando la asistencia personalizada de forma flexible y continua (Pérez, 2022). De esta manera, el proceso de atención de enfermería se divide de la siguiente forma:

- Valoración: Esta es la fase inicial que sirve como guía para identificar y analizar los factores y situaciones que determinan los problemas presentes o potenciales que se reflejan en la salud del paciente (Pérez, 2022). Se realiza una recogida de información relacionada al paciente, tomando en cuenta los datos recabados mediante la anamnesis, se contemplan datos obtenidos por medio de los familiares, exámenes físicos y de laboratorio, con el fin de conocer el estado de salud del paciente, y establecer un diagnóstico que derive en los planes y estrategias necesarios para la intervención de este.
- Diagnóstico de enfermería: La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2021) establece que: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad

a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería. En este sentido, se enuncia el problema real o potencial del paciente y se determina el tipo de intervención que requiere para su solución, con referencia a la descripción etiológica del mismo. La realización del diagnóstico conlleva la identificación y análisis de los datos obtenidos durante la etapa de valoración, ya que, se debe realizar una constante valoración con el fin de revisar la evolución del estado de salud del paciente, para detectar cualquier cambio positivo o negativo (Pérez, 2022).

- **Planeación:** Una vez analizada la información obtenida de las fases anteriores, se realiza el establecimiento de estrategias para el cuidado, la prevención, la minimización o corrección de los problemas presentados por el paciente. La realización de esta, conlleva el diseño de un plan de cuidados instaurados para conseguir objetivos y metas en la intervención de los problemas de salud del individuo, los cuales, se establecen con base a la información otorgada por el diagnóstico, estos objetivos deben ser congruentes con el tratamiento proporcionado al paciente (Pérez, 2022).
- **Ejecución:** Contempla la puesta en práctica de los planes y decisiones establecidas en la etapa anterior. Para llevar a cabo esta fase, es necesario validar el plan con el equipo multidisciplinario de salud, con el fin de orientar la intervención a solucionar los problemas del paciente. En este sentido, se debe documentar el plan, con el objetivo de que el resto del equipo pueda tener acceso a la misma información, se requiere continuar con la recopilación de información, con el fin de observar la evolución del paciente y evaluar si los objetivos planteados han sido alcanzados de forma adecuada. La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico. Su pueden englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control para el bienestar del paciente (Pérez, 2022).

- Evaluación: Cuando el plan de cuidados ha sido ejecutado, se debe determinar si el estado del paciente es correspondiente con los objetivos planteados, esto se realiza con base a verificaciones y evaluaciones sistemáticas, como: exámenes físicos, de laboratorio, el análisis del historial clínico y la entrevista directa con el paciente (Pérez, 2022).

5.1.12 Enseñanza prequirúrgica

Según lo señalado por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, 2018) la enseñanza prequirúrgica consiste en ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el periodo de recuperación posquirúrgico, algunas actividades que se realizan por parte del personal de enfermería en este proceso son:

- Informar al paciente y familiares acerca de la fecha, hora y lugar programado para la cirugía.
- Informar acerca de la duración aproximada del procedimiento.
- Conocer si el paciente tiene experiencias previas y el nivel de conocimiento relacionado con el procedimiento quirúrgico.
- Evaluar la ansiedad de la paciente relacionada con el procedimiento.
- Dar tiempo al paciente para expresar sus dudas y aclarar inquietudes.
- Describir las rutinas preoperatorias. (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas de laboratorio, micción, preparación de la piel, terapia intravenosa, vestimenta y traslado al quirófano)
- Describir la medicación si es necesario.
- Presentar el paciente al personal implicado en la cirugía.
- Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado.
- Explicar el propósito de las frecuentes valoraciones postoperatorias.
- Enseñar al paciente cómo puede ayudar en la recuperación.

5.1.13 Enseñanza de procedimiento/ tratamiento

Al respecto de lo estipulado por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, 2018), se define como la preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito, en el cual se pueden realizar actividades tales como:

- Informar al paciente y familiares de cuándo y donde tendrá lugar el procedimiento.
- Informar al paciente y familiares de la duración aproximada del procedimiento
- Informar al paciente y familiares sobre la persona que realizara el procedimiento.
- Reforzar la confianza del paciente con el personal de salud.
- Explicar el propósito del procedimiento.
- Describir las actividades previas del procedimiento.
- Explicar el procedimiento.
- Enseñar al paciente como participar (cooperar) en el procedimiento.
- Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- Enseñar al paciente a utilizar técnicas de afrontamiento dirigidas a controlar aspectos específicos de la experiencia.
- Determinar las expectativas del procedimiento por parte del paciente.
- Corregir las expectativas poco realistas del procedimiento, según corresponda.

5.1.14 Disposición para mejorar la salud

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, 2018) menciona que el patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de la persona sometida a un programa para el tratamiento de una enfermedad y sus secuelas suficiente para alcanzar los objetivos de salud pretendidos y que puede ser reforzado. Para llevar esto a cabo se debe desarrollar y proporcionar instrucción y experiencia de aprendizaje que facilite la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud.

- Determinar las necesidades
- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal.
- Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida.
- Ayudar a clarificar las creencias y valores sanitarios.
- Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente.

5.1.15 Conocimientos deficientes

Conforme a lo planteado por Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, 2018), los conocimientos deficientes son la carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, por lo cual se deben realizar intervenciones para facilitar el aprendizaje en el paciente.

- Identificar claramente los objetivos del aprendizaje y en términos mensurables.

- Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/ rutina del paciente.
- Relacionar la información con los deseos y necesidades personales del paciente.
- Asegurarse que el material de enseñanza este actualizado.
- Proporcionar materiales educativos para ilustrar para ilustrar la información importante o compleja.
- Fomentar la participación activa del paciente del paciente.
- Corregir malas interpretaciones de información.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comenté sus inquietudes.
- Responder las preguntas de una forma clara y concisa.

5.1.16 Información enfocada a la salud

El concepto de información es definido como un conjunto de mecanismos que permiten a los individuos tomar datos de su ambiente para estructurarlos de alguna forma determinada, estos datos son relevantes y sirven para tener una guía al realizar cierta acción específica. Podemos decir que, es una serie de conocimientos comunicados, compartidos o transmitidos y por lo tanto contienen algún tipo de mensaje (Paoli, 1983).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), nos indica que, el sistema de información en salud, se describe como un conjunto de subsistemas, que operan dentro y fuera del sector salud, ya que, se producen datos relevantes que sirven como indicadores para saber el estado de salud de la población y de los individuos. Dicho esto, durante el proceso de intervención quirúrgica, la información oportuna, precisa y de calidad, es fundamental para la toma de decisiones, porque determina la elaboración e implementación de planes

y estrategias, con el fin de lograr objetivos que beneficien la calidad de la atención y repercutan en la recuperación satisfactoria del paciente.

En relación a lo anterior, la información recogida por el sistema de información en salud es recabada en un registro hospitalario, el cual se orienta para satisfacer las necesidades de atención a los pacientes, ya que permite optimizar recursos humanos y materiales, y de esta a manera, ofrecer una guía a pacientes y familiares sobre los procesos de intervención que se le realizaran a dicho paciente, según sea el caso (Cerritos, et al., 2003). De esta manera, los miembros del equipo multidisciplinario están capacitados para brindar dicha información, esta función se divide de la siguiente manera:

Cirujano: Este debe acudir a donde se encuentra el paciente, debe presentarse por nombre y apellido, de esta manera da a conocer al paciente quien será el profesional encargado de su intervención. en este sentido, la labor del cirujano es explicar de manera clara el motivo por el cual se realizara la operación, basándose en la valoración y el diagnóstico realizados previamente; también debe aclarar que es lo que ocurrirá durante la intervención , así como plantear los riesgos y efectos secundarios que pueden aparecer, dando a conocer cuáles son las posibilidades de éxito y el tiempo estimado de duración del proceso de intervención, y el tiempo que permanecerá el paciente en recuperación (Ramos y Young, 2018). Esta labor es necesaria para la resolución de dudas e inquietudes, con el propósito de otorgar tranquilidad al paciente y sus familiares.

Anestesiólogo: Al igual que el cirujano, es necesario que este acuda a donde se encuentra el paciente para presentarse por nombre y apellido, su labor informativa gira en torno a indicarle al paciente y sus familiares los procesos anestésicos que se llevaran a cabo, debe dar a conocer los cuidados previos, el tipo de anestesia que se suministrara, la zona de administración, así como los riesgos y efectos secundarios del proceso anestésico; cabe señalar que es su

responsabilidad obtener el consentimiento informado del paciente y sus familiares (INER, 2019).

Enfermera: El papel de la enfermera es el de preparar física y psicológicamente al paciente, para evitar complicaciones que finalicen en retrasos de la intervención y en impactos negativos a la salud de dicho paciente. Es así que, la labor de la enfermera se centra en recoger datos sobre el estado del paciente, estos datos constituyen los registros clínicos, los cuales son una parte central en el proceso asistencial. Estos documentos plasman la información acerca de las actividades que se le realizan al paciente, hacen posible el intercambio de información sobre sus cuidados, facilitando la comunicación con el resto del equipo multidisciplinario (Ramos y Young, 2018). De igual manera los registros funcionan como una guía para informar al paciente y a sus familiares sobre los aspectos referidos a su proceso de intervención quirúrgica, dado que el enfermero tiene la información de los registros clínicos, está capacitado para resolver duda o inquietudes que surjan durante el proceso de la intervención quirúrgica, explicando detalladamente y de la manera más clara posible los pasos a seguir en dicho proceso (Chávez, 2013).

5.1.17 Ansiedad

La ansiedad es una respuesta emocional psicobiológica básica, donde el individuo experimenta una sensación de malestar expresada como la anticipación a algún peligro externo o interno. Surge como una función adaptativa, la cual permite al individuo establecer medidas de afrontamiento frente a una amenaza inminente (Gaona, 2018). En este sentido, la ansiedad puede ser catalogada como un evento normal, el cual lleva al conocimiento del propio ser, ya que, moviliza las operaciones del organismo, y se considera como una de las bases del aprendizaje,

ya que, estimula el desarrollo de la personalidad, contribuyendo al mantenimiento conductual, fortaleciendo la generación y el logro de metas (Reyes, 2010).

Cuando la ansiedad se presenta de forma recurrente, como una respuesta de tipo involuntaria y de forma intensa ante anticipación a una potencial amenaza real o supuesta, puede resultar nociva, ya que es causa de conductas mal adaptativas, comprometiendo la eficacia emocional y del sistema inmune, favoreciendo la aparición de enfermedades. Ante la ansiedad excesiva, las respuestas son persistentes, y generalmente incontrolables, caracterizadas por el miedo y preocupaciones, en muchas ocasiones, los peligros percibidos no son reales, por lo cual, la ansiedad puede convertirse en un trastorno, generando complicaciones del desarrollo, psicosocial y psicopatológico (Chacón, et al., 2021). Vale la pena mencionar y revisar los distintos tipos de ansiedad, ya que es importante no perder de vista la distinción entre la ansiedad transitoria y preoperatoria, y los trastornos de ansiedad más comunes.

5.1.18 Tipos de ansiedad

5.1.19 Trastorno de ansiedad generalizado

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- V), el Trastorno de Ansiedad Generalizado, es identificado por una ansiedad y preocupación excesivas, relacionados con eventos o actividades de la vida cotidiana, por ejemplo, el rendimiento académico, donde al individuo le es difícil controlar los estados de continua preocupación. Este trastorno es de naturaleza crónica y recurrente, la sintomatología está asociada a síntomas de tensión, hiperactividad vegetativa e hipervigilancia, y se pueden alargar y persistir más de 6 meses (Chacón, et al., 2021).

Los síntomas relacionados se presentan a nivel emocional y fisiológico, traducidos en forma de fatiga, dificultad para la concentración, irritabilidad, alteraciones del sueño, existe una tendencia a engordar o adelgazar, miedo, etc. En relación con este punto, Reyes (2010) ofrece una clasificación de síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizado:

Síntomas motores

- Temblor, contracciones o sensación de agitación.
- Tensión o dolorimiento de los músculos.
- Inquietud.
- Fatigabilidad fácil.

Síntomas de hiperactividad vegetativa

- Dificultad para respirar o sensación de ahogo.
- Palpitaciones o taquicardia.
- Sudoración o manos frías y húmedas.
- Boca seca.
- Mareos o sensación de inestabilidad.
- Náuseas, diarrea u otras molestias abdominales.
- Sofocos o escalofríos.
- Micción frecuente.
- Dificultad para deglutir o sensación de “nudo en la garganta”.

Síntomas de hipervigilancia

- Sensación de que va a suceder algo.
- Respuesta de alarma exagerada.
- Dificultad para concentrarse o “mente en blanco”.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Irritabilidad.

Las relaciones sociales también se ven afectadas de forma significativa, estas abarcan relaciones laborales, escolares o familiares, lo que imposibilita al sujeto para relacionarse y adaptarse satisfactoriamente con su medio circundante. Cabe señalar que este tipo de ansiedad se relaciona con otros trastornos como la depresión.

5.1.20 Trastorno de angustia (pánico)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) plantea que este trastorno se caracteriza por la presencia de crisis de angustia y pánico crónicas, recurrentes e inesperadas, este trastorno se caracteriza por miedo intenso y ansiedad severa, existe una reactividad alta en cambios conductuales, lo que deriva en una inquietud y preocupación constantes ante la aparición de nuevas crisis. Este trastorno imposibilita al sujeto en la realización de tareas cotidianas, ante el miedo de la aparición de nuevas crisis, lo que ocasiona conductas desadaptativas. De acuerdo con el DSM-V, los síntomas son clasificados de la siguiente manera:

- Palpitaciones.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atragantarse.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Inestabilidad, mareo o desmayo.
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo).
- Miedo a perder el control o volverse loco.
- Miedo a morir.

- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- Escalofríos o sofocaciones.

5.1.21 Fobia específica

Es definida como la presencia de miedo o ansiedad desmedida frente a la presencia de estímulos específicos, estos pueden objetos o situaciones (animales, alturas, volar en avión, miedo a ver sangre, etc.). Los sujetos en presencia de estos estímulos, tomarán una conducta de evitación irracional hacia ellos, lo que puede interferir en su rutina diaria (Chacón, et al., 2021). El DSM-V establece que, para el diagnóstico de fobia específica, debe existir una conducta de evitación, miedo o ansiedad significativa a los estímulos específicos de por lo menos 6 meses. Así mismo, los criterios diagnósticos indicados en el DSM-V son los siguientes:

- Temor persistente, excesivo e irracional, debido a la presencia o evitación de un objeto o situación específicos.
- Existe una respuesta casi inmediata de ansiedad, que se deriva de la exposición directa con el estímulo fóbico, esta respuesta puede llegar a convertirse en una crisis de angustia.
- El individuo es capaz de reconocer que su miedo es excesivo e irracional.
- La evitación o la posibilidad de soportar el estímulo fóbico se realiza a costa de una intensa manifestación de ansiedad.
- Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocado por los estímulos fóbicos, interfieren sustancialmente en el desenvolvimiento social, escolar, laboral o familiar de la persona.
- La duración de los síntomas debe ser de por lo menos 6 meses.

5.1.22 Ansiedad transitoria

Spielberger (Citado en: Mas y Comas, 2006) Define este tipo de ansiedad como un estado transitorio, donde se manifiestan respuestas emocionales derivadas de acontecimientos o situaciones de peligro real o potencial, caracterizadas por la aprensión y tensión, estas respuestas emocionales ayudan al individuo a establecer un estado de alerta para el afrontamiento de diversas situaciones que requieren cierto nivel de atención y concentración. En este sentido, las respuestas devenidas son equilibradas en tiempo, duración e intensidad.

5.1.23 Ansiedad preoperatoria

La Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA), indica que la ansiedad es una percepción ante un malestar, o amenaza que va acompañada de una objeción autónoma, cuya causa es inédita para el individuo. Es así que, se identifica como una afección de angustia causada por la alteración ante un daño, un signo de alerta que percibe un peligro inmediato que permite al paciente tomar precaución para eludir, asimismo, la ansiedad es un problema muy crucial que influyen muchos factores en el usuario y la anestesia.

La ansiedad preoperatoria, puede ser definida como un conjunto de emociones, donde prevalecen sentimientos de nerviosismo, aprehensión, elevación de la actividad del sistema nervioso autónomo y temor. La ansiedad antes de una intervención quirúrgica es innegable, dado que, en el ambiente quirúrgico, la persona pasa formar parte de un sistema que implica riesgos adicionales a los de cualquier área de hospitalización. En este sentido, cuando una persona es programada a una cirugía, enfrenta una preocupación, que

subsecuentemente le llevará a elevar sus niveles de ansiedad, alterando y generando repercusiones a nivel biopsicosocial (Gaona et al. 2018). Los niveles de este estado se comprenden de la intensidad y duración, los cuales dependen de la complejidad del proceso quirúrgico que enfrentará.

Este tipo de ansiedad puede estar acompañada de distintos síntomas como: tensión muscular, dolores de cabeza, sudoración, temblores, dificultades para respirar, diarrea o dolor abdominal.

5.2 Capítulo II. Marco estadístico

La rama médica quirúrgica es una parte fundamental de todo sistema de salud, y su buena práctica puede tener un impacto positivo que contribuya a mantener sana a una comunidad. Así mismo, para dar un contexto más amplio sobre la repercusión de esta disciplina médica, con base a los datos estadísticos proporcionados por el CONAMED en 2016, se reconoce en cifras la magnitud del número de cirugías practicadas al rededor del mundo, poniendo énfasis a las cirugías aplicadas a nivel nacional, encontrándose que:

- En el mundo se realizan alrededor de 230 millones de operaciones de cirugía mayor al año, equivalentes a 1 por cada 25 personas.
- Cada año, se practican en México al menos 1,620,000 cirugías.
- El número de intervenciones quirúrgicas, casi duplica el número de partos, aunque el riesgo que entrañan es mucho mayor.
- La tasa de complicaciones graves varía entre 3% y 16% y la tasa de mortalidad entre 0.2% y 10%.
- Las intervenciones quirúrgicas producen al menos 7 millones de complicaciones e incapacitantes y un millón de defunciones al año.

La Secretaría de Salud (SSA), menciona que, debido a la pandemia de COVID- 19, durante el año 2019 se reportó una disminución de las cirugías aplicadas a nivel nacional con 337, 297 intervenciones quirúrgicas realizadas ese año. Para el año 2020, la cifra total corresponde a 177, 585 cirugías, de las cuales, para el área de cirugía general la cifra de intervenciones quirúrgicas reportada suma 276, 620 en el año 2019 y 147,910 para el año 2020.

Los datos mencionados anteriormente reflejan de manera general los procesos quirúrgicos aplicados a nivel nacional. Así mismo, con base en las bitácoras de productividad, la magnitud de las cirugías aplicadas en el área de cirugía general en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez ISEM, durante el año 2022, mencionan que en promedio se realizaron 36 intervenciones quirúrgicas al mes, lo que da como resultado un total de 432 cirugías anuales, de las cuales los procedimientos más frecuentes son:

- Colecistectomía.
- RAFI (Reducción Abierta Y Fijación Interna).
- Plastia.
- LAPE (Laparotomía Exploratoria).
- Lavado Mecánico.

5.3 Capítulo III. Marco referencial

Desde un primer punto de vista se puede decir que, es de imprescindible importancia conocer el panorama general de la construcción teórica y empírica sobre la elaboración del conocimiento, para comprender de una mejor manera el panorama explicativo y conceptual del trabajo de enfermería, y de esta forma, lograr un análisis y una visión más profunda sobre la práctica que esta disciplina

guarda como parte de un trabajo científico. Es así que, el conocimiento teórico, favorece la planificación, la predicción y la evaluación en los procesos de atención y cuidados de los pacientes. De igual manera, la revisión teórica de las explicaciones causales de la ansiedad, amplían el panorama de trabajo de enfermería, con el propósito de desarrollar una visión integradora y holística sobre los aspectos biológicos y psicológicos del paciente, y de esta manera, bajo un enfoque crítico, se pueda permitir la puesta en marcha de mejores estrategias asistenciales en beneficio de la calidad de la atención otorgada al paciente.

5.3.1 Teoría del cuidado humanizado de J. Watson

Margaret Jean Watson, nace en los estados unidos de norte américa en 1940 es licenciada en enfermería con una maestría en salud mental y psiquiatría posteriormente realizaría un doctorado en psicología educativa y asistencial. La teoría propuesta por esta autora está basada en el enfoque humanístico, donde el cuidado de un paciente va a representar un proceso de transformación constante, en el cual van a intervenir e influir una serie de valores éticos, aspectos culturales y creencias de las personas. En este caso hay un proceso permanente de interacción recíproca, en el cual fortalece el proceso asistencial, sugiriendo que este es la piedra angular del trabajo y acciones del personal de enfermería, entendiendo la preocupación por el otro (Guerrero, et al, 2016).

Se puede mencionar que esta teoría refuerza la idea de un equilibrio entre el cuerpo y la mente, existiendo una fuerte interacción entre el cuidador y el paciente, lo cual representa un compromiso moral y ético por parte del equipo de enfermería, esto trasciende la dimensión de una evaluación médica, trasladando la mejora de la salud del paciente a un ámbito de atención de situaciones donde la experiencia, percepción, y conexión, repercuten en una visión social y cultural del paciente, en la cual, la perspectiva de cada individuo va a influir en la relación del cuidado humanizado. Por lo tanto, la teoría de Watson trata de rescatar el

aspecto humano, espiritual y transpersonal dentro de la práctica clínica, abarcando dimensiones relacionadas con aspectos educativos, administrativos y de investigación en el campo de la enfermería (Guerrero, et al, 2016).

Esta teoría indica que el cuidado humano está basado en diez factores fundamentales, lo cuales profundizan en aspectos filosóficos sobre valores, creencias y percepciones relacionados al entendimiento del ser humano en las dimensiones de personalidad, el entorno social y cultural, la vida, la salud y la curación. Así mismo, estos factores explican la base científica del cuidado, los cuales son derivados de la experiencia empírica trasladados al plano clínico. De esta manera, estos factores están presentes en la intervención práctica del equipo de enfermería, facilitando la interacción y comunicación entre enfermera- paciente, esto quiere decir que los cuidados deben ser dirigidos a la promoción del humanismo, de salud y a la calidad de vida del individuo. Siguiendo este punto, Watson (2009) describe estos diez factores de la siguiente manera:

- Formación de un sistema humanístico-altruista de valores, describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero-paciente.
- Inculcación de la fe-esperanza, este elemento incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes, por lo que describe el papel de la enfermera cuando desarrolla la interrelación entre enfermera-paciente en el momento de promover el bienestar, ayudando al paciente para que adopte las conductas de salud.
- Cultivo de sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, quiere decir el reconocimiento de la auto-actualización a través de la auto-aceptación tanto para la enfermera como para el paciente; a medida en que los profesionales de enfermería reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza, esto nos indica que la relación entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal, esta relación se fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos; implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación.
- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos; hace referencia al hecho de compartir los sentimientos, es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente; la enfermera debe estar preparada tanto para los sentimientos positivos como negativos y debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones, aquí el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico; el proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización.
- Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal, este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación; permite que el paciente este informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente, la enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer oportunidades para su crecimiento personal.
- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual; las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos, los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, las creencias socioculturales de un individuo;

así como las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas. La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales, así como las del paciente; los pacientes tienen que satisfacer las necesidades del menor rango antes de intentar cubrir las de un rango superior; la comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de menor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango; la consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior, la auto actualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal.
- Permisi3n de fuerzas existenciales-fenomenol3gicas. La fenomenología describe los datos de la situaci3n inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuesti3n; la psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos.

5.3.2 Teoría de enfermería de Sor Callista Roy (Modelo de adaptaci3n)

Callista Roy nació en los Estados Unidos en el año 1939, su trabajo es ampliamente reconocido dentro del ámbito de la disciplina de enfermería. Desarrolló la teoría del modelo de adaptaci3n, mediante la observaci3n en su trabajo de enfermera, se interesó en la gran capacidad de recuperaci3n que tienen los niños y también en su rápida adaptaci3n a cambios físicos y psicológicos importantes (Bonfill, et al., 2010).

El modelo de adaptaci3n, integra una visi3n biopsicosocial del ser humano, es decir, es visto como un ser integral, el cual busca la adaptaci3n a su medio circundante por medio de la intervenci3n de diversos mecanismos y factores de

origen fisiológico, ambiental, social y psicológico, los cuales, mediante su interacción e interconexión, van a propiciar la sobrevivencia humana en distintos contextos de su medio. En este sentido, Callista Roy propone ver al paciente como un sistema abierto y adaptativo que desarrolla distintas estrategias de modo continuo, ante la presencia de estímulos, desencadenando un proceso de adaptación (Bautista y Riaño, 2019).

La teoría de Roy se define en cuatro conceptos principales, el ser humano como un ser en constante adaptación, la salud como un proceso de adaptación, el entorno en el cual confluyen un conjunto de condiciones que preceden a la adaptación y la enfermería, vista como una disciplina encaminada a generar la promoción de la adaptación. Es así que, la adaptación queda definida, como una serie de procesos de origen innato que juegan un papel importante en el afrontamiento a distintas situaciones, en donde, la experiencia genera una habituación y reacciones a estímulos particulares (Bonfill, et al., 2010).

En relación con lo anterior, Bautista y Riaño (2019), indican que, los estímulos que una persona es capaz de percibir y que, a su vez, pueden afectar su estado de adaptación, se dividen en tres tipos:

- Estímulos focalizados: Estos son estímulos específicos, los cuales se relacionan directamente con el proceso de adaptación del individuo, ya que, mediante la experiencia previa a estos, el individuo es capaz de desarrollar un repertorio de sistemas de afrontamiento a distintos contextos situacionales donde dichos estímulos se presenten.
- Estímulos residuales: Están relacionados con sistemas de valores y creencias, también procedentes de experiencias pasadas, y en este sentido, pueden tener repercusión en situaciones presentes.
- Estímulos contextuales: Son estímulos más generales, incluyen factores socioculturales y socioeconómicos.

Se puede mencionar que, atendiendo el modelo de adaptación, el campo de la enfermería interviene en situaciones donde el paciente presenta reacciones ineficaces en su adaptación. De esta manera, el personal de enfermería, se orienta siguiendo los cuatro modos adaptativos propuestos por Roy, estos modos sirven para efectuar una valoración de las conductas presentadas por el paciente, las cuales pueden ser las que generan estados de estrés y ansiedad (Bonfill, et al., 2010).

Estos cuatro modos son descritos por Bonfill (2010) de la siguiente manera:

Modo fisiológico de adaptación: La enfermera puede observar conductas y reacciones fisiológicas presentadas por el paciente, que ponen en evidencia cierto grado de estrés y ansiedad. El trabajo de la enfermera es intervenir enseñando al paciente a reconocer ciertas reacciones ante estímulos específicos e iniciar técnicas que le ayuden a controlar las reacciones del sistema nervioso autónomo por estimulación simpática, como es el aumento respiración, la frecuencia cardíaca, la sudoración, la elevación de la tensión arterial, etc. El beneficio de enseñar técnicas de relajación o de respiración profunda, hace que las personas tengan una mayor agudeza sensorial y puedan reconocer sus reacciones, para de esta forma, reducir y llegar a neutralizar sus respuestas de estrés y ansiedad, ya que así, se puede establecer un equilibrio interno, el cual es necesario para mantener la homeostasis interna.

Modo de adaptación del autoconcepto de grupo: Este modo se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del ser humano, abarca la autoestima, el concepto que tiene la persona de sí misma, de unidad, significado y finalidad en el universo para poder existir bajo un sentido. Estos conceptos reflejan el autoconcepto y como las personas se perciben dentro de un grupo. Las percepciones que la gente tiene, se basan en las reacciones que estas presentan

frente a su entorno, es así que, un autoconcepto positivo y favorable, va a dotar al paciente de los recursos y herramientas suficientes para poder afrontar una situación de estrés o ansiedad.

En este sentido, el rol de la enfermera se centra en que el paciente pueda reconocer sus recursos de afrontamiento e intervenir en el fortalecimiento de los mismos, con la finalidad de convertir el estrés y ansiedad en fortalezas, para fomentar la generación de una proyección positiva del autoconcepto del paciente, ayudándolo a superar situaciones difíciles.

Modo de adaptación de desempeño de rol: Este modo se basa en la adaptación social de los individuos y el papel que tienen dentro de la sociedad, la necesidad de encontrar una identidad y las proyecciones de esta identidad con respecto a los demás, para así saber cómo actuar ante situaciones específicas. En este sentido, la enfermera puede identificar el comportamiento expresivo de la persona, para así saber la posición de esta dentro de la interacción social, y así poder saber, qué piensa de su situación, lo que siente, gustos, manías, factores que influyen en el desempeño de su papel. La intervención de la enfermera se basa en ayudar al paciente a reconocer su rol y así, verificar si existen sobrecargas emocionales, se puede orientar al paciente a distribuir sus tiempos y prioridades, para así, disipar situaciones que pueden generar estrés o ansiedad.

Modo de adaptación de la interdependencia: Este modo trata sobre la interacción e integridad de las relaciones del paciente. A lo largo de la vida de las personas, existen distintas relaciones que se aplican en la vida cotidiana, es decir, cuando se presentan situaciones adversas, las personas buscan a sus seres cercanos, para cubrir necesidades de afecto, atención, apoyo, amor, etc. Es decir, se trata de detectar las redes de apoyo social con las que cuentan los pacientes, y en este sentido, la intervención de la enfermera, se centra en descubrir las dificultades que presentan las personas y ofrecer sistemas de apoyo, tanto en el

ámbito social, como de recursos asistenciales dirigidos a resolver las situaciones de conflicto.

5.3.3 Aspectos teóricos de la ansiedad

5.3.4 Enfoque Psicoanalítico

La teoría del psicoanálisis fue desarrollada por Sigmund Freud (1856-1939), la cual está basada en principios de la fisiología mecanicista y la biología evolucionista, tomando inspiración de los preceptos acuñados en los estudios realizados por Fechner y Darwin en estas áreas.

El psicoanálisis tomó un profundo y amplio panorama explicativo del comportamiento de la sociedad, ya que considera al ser humano como una creatura contradictoria, en una lucha constante consigo misma, obligada a renunciar a sus satisfacciones más profundas para poder vivir en sociedad. Cabe mencionar que, las expresiones o acciones humanas el psicoanálisis las considera como sublimaciones del sexo y la agresión (Álvarez, 2012).

Este enfoque toma una perspectiva centrada en el descubrimiento de las causas orgánicas de las enfermedades mentales. De esta manera, Freud propuso que el origen de dichas enfermedades mentales, se encuentra en fuentes psíquicas provenientes del propio individuo, tales como, causas afectivas y emocionales. Es así que, existe un conflicto intrapsíquico, donde se reconoce la existencia de una parte inconsciente, la cual entra en conflicto con la parte consciente, siendo necesario explorar este inconsciente para encontrar las causas de las patologías mentales, también llamadas “neurosis” (Garaigordobil, 1998).

El psicoanálisis rescata el concepto de “instinto” o “pulsión” el cual es encontrado dentro de los principios de la biología evolucionista, y se define de la siguiente manera:

Instinto/ pulsión: Es un empuje o dinamismo que motiva a un organismo a lograr cierto fin, está relacionado con el sentido biológico del ser humano al ser este impulsivo. Freud sostiene que, en algunas conductas los instintos buscan un estado de regresión a una etapa pasada y tienden a repetirse, ya que, los instintos provienen de la excitación del cuerpo y buscan liberar a este de sus tensiones (Álvarez, 2012).

Siguiendo con lo anterior, el psicoanálisis toma de la fisiología los principios de “determinismo”, “energía mental” y “principio de constancia”, definidos de la siguiente forma:

Determinismo: En la vida mental no había lugar para el azar o casualidad. Todos los fenómenos obedecían a causas que podían ser descubiertas por la ciencia. Los síntomas patológicos, los sueños, las asociaciones libres, los actos aparentemente voluntarios, etc., estaban predeterminados, por lo tanto, eran susceptibles de análisis científico. (Álvarez, 2012).

Energía mental: La mente humana es caracterizada como un sistema energético, el cual posee dos tipos de energía, la energía nerviosa y la energía mental; La primera contenía toda la carga de excitación generada por estímulos externos y la segunda energía, procedía de los procesos metabólicos del cuerpo (Álvarez, 2012). La energía psíquica más importante, reguladora de la mayor parte de los procesos mentales, es la “libido”, su procedencia parte de las tensiones biológicas de origen sexual, la libido también es identificada como un instinto, con características cuantitativas, la cual, como se mencionó, procedía del sexo y la agresión. Freud sostenía que la libido podía orientarse de muy diversas maneras y tener efectos positivos en el desarrollo de campos como la cultura o la ciencia (Marx y Hillix, 1987).

Principio de constancia: La mente obedece a este principio, influenciado por la energía mental, la mente tiende a mantener una constante suma de excitaciones, cuando esta energía no era posible canalizarla, la energía se proyectaba hacia el exterior de la mente, materializándose en el mundo real, dando origen a las enfermedades mentales (Álvarez, 2012).

Bajo el contexto entregado por estos conceptos, se reafirma que este enfoque determina que la conducta es fruto de las pulsiones internas, mismas que dan forma a la estructura de la personalidad, así mismo, la conducta es una manifestación externa de los conflictos ocurridos en el plano intrapsíquico de los individuos, en estos conflictos interactúan dos estados, lo inconsciente, que opera en la dimensión de los procesos primarios y responde a los “principios del placer-displacer”, es decir, esta parte inconsciente está gobernada por la búsqueda del placer como medio de descarga a situaciones de estrés o dolor; y lo consciente, actuando en la dimensión de los procesos mentales secundarios, identificado como la parte del comportamiento y la personalidad que se muestra en la realidad y es la reguladora de los impulsos procesados por el inconsciente (Marx y Hillix, 1987).

En relación con los procesos mentales de tipo inconsciente y consciente, Freud pudo delimitar las partes y el funcionamiento del aparato psíquico, que de acuerdo con Garaigordobil (1998) se divide de la siguiente manera:

Ello: Definido como la parte impulsiva de la mente, Freud indica que este sistema es el más primitivo de todos, y de él se desarrollan los demás sistemas psíquicos. Este sistema no distingue la realidad, aquí se encuentra la génesis de los instintos, los cuales trabajan mediante el proceso primario y el Principio del placer, buscando una satisfacción inmediata, dejando de lado cualquier precepto moral.

Yo: Definido como la razón que trabaja en la mente, es el aparato que está en contacto con la realidad y el mundo externo, tiene cualidades sensoriales, logrando una organización adecuada de los procesos mentales, distinguiendo y manifestando comportamientos conscientes, reprimiendo los instintos inconscientes y demorando las satisfacciones inmediatas, de esta manera, formando mecanismos defensivos y de prevalencia individual.

Súper Yo: Definido como la consciencia moral, está relacionado y proviene de la influencia de los padres, como resultado el infante renuncia a sus relaciones objétales con los padres y se empieza a identificar con ellos, debido a que este sistema opera de manera inconsciente, comienza la búsqueda de un ser superior, representado en medios como la cultura o en la religión. Además, el Súper Yo, vigila y castiga las acciones del Yo, está en frecuente búsqueda de la aprobación y premiación de la conducta.

Estos sistemas de la estructura del aparato psíquico se desarrollan a lo largo de la vida del sujeto, Freud identifica cinco etapas del desarrollo psicoafectivo, guiadas por la libido y vinculadas al desarrollo sexual del individuo, Álvarez, (2012) las describe de la siguiente manera:

Etapas oral: Para Freud, es la primera manifestación sexual en la infancia, la boca es el centro de las sensaciones erógenas, se representa en el chupeteo que genera placer y se relaciona con la función biológica del comer.

Etapas anal: Las sensaciones erógenas se encuentran en el ano, el placer viene manifestado en las funciones de expulsión y retención de las heces, esta etapa se manifiesta pasados los tres años de infancia.

Etapla fálica: El centro de las sensaciones erógenas, son los órganos sexuales mismos, el pene y el clítoris, se relaciona y concluye con el “complejo de Edipo”, dando paso a la etapa de la pubertad.

Etapla de latencia: Se internalizan las identificaciones psicosexuales con los miembros del mismo sexo, en este sentido las identificaciones más fuertes son con los padres, se desarrolla una sublimación de la conducta, lo que permite desarrollar habilidades mediante la adquisición de conocimiento escolar, cultural o proveniente de actividades recreativas.

Etapla genital: Esta etapa se distingue porque la gratificación y la búsqueda de la descarga sexual mediante los procesos de placer y displacer regresa a la zona genital, se reestructura la personalidad y se genera el proceso de maduración de la misma, el individuo busca establecer lazos afectivos fuera del núcleo de los padres, interesándose de forma sexual por los miembros del sexo contrario.

Como se mencionó en apartados anteriores, para el psicoanálisis, los problemas y las enfermedades mentales son el resultado de las proyecciones de los conflictos intrapsíquicos, los cuales no pueden ser controlados, estas enfermedades, son denominadas neurosis y son definidas como una regresión a la primera infancia, esta se debe a la represión de la sexualidad infantil por parte del inconsciente (Álvarez, 2012). Dentro del análisis terapéutico Freud observaba que los síntomas de las neurosis, estaban ligados a recuerdos o bien impulsos reprimidos que el paciente no podía recordar. En este sentido, las neurosis pueden ser clasificadas de la siguiente manera:

Neurosis Actuales: Freud observó que las neurosis siempre operaban en el presente, ligadas siempre a malas prácticas sexuales.

Neurosis de Angustia: Se presenta como síntoma el miedo o angustia hacia algo que no se sabe en concreto a qué, este tipo de neurosis está cargada de energía fluctuante que el paciente podía relacionar a cualquier cosa o suceso, este tipo de neurosis es relacionada con los coitos interrumpidos, ya que el inconsciente no encuentra una descarga adecuada a sus impulsos y por ende no encuentra satisfacción inmediata, quedándose esta energía en el sujeto en cuestión.

Atendiendo esta clasificación, la ansiedad es entendida desde el marco de las neurosis de angustia. Para Freud, la ansiedad es una transformación directa de la libido, donde existe una lucha entre los instintos de vida y de muerte, es decir, en un primer momento, la ansiedad se desarrolla por el miedo a la muerte (Klein, 1998).

Por otra parte, el psicoanálisis también sostiene que la ansiedad es un estado afectivo desagradable, donde aparecen sentimientos de aprensión, pensamientos molestos y una serie de cambios de activación automática del organismo, esto como resultado de la lucha entre un impulso que resulta inaceptable y el yo, que trata de suprimir las respuestas afectivas devenidas de ese impulso, estas respuestas afectivas y fisiológicas en inicio son de carácter adaptativo, como preparación para enfrentar un peligro real o inminente (Sierra, et al., 2003). Dicho lo anterior, las neurosis son trastornos emocionales con o sin alteraciones somáticas y donde existe una deformación afectiva del sentido de la realidad, que se manifiesta en las relaciones sociales e interpersonales como la expresión de otros conflictos psicológicos.

Las neurosis presentan una característica común: la ansiedad, refiriéndose aquí a un estado puramente mental del sujeto; otras características a destacar serían: la inmadurez emocional y la necesidad de dependencia, ya que todo

neurótico suele sentirse la mayoría de las veces como un ser inferior e inseguro respecto a los demás (Sierra, et al., 2003).

5.3.5 Enfoque conductual

El punto de partida de este enfoque centra su análisis en la conducta directamente observable, fijando sus bases desde una perspectiva que da un acercamiento hacia lo experimental y operativo, donde se plantea que la conducta humana es un efecto producido por variables ambientales (Garaigordobil, 1998). Cabe señalar que, este enfoque es direccionado como una teoría del aprendizaje, donde la conducta es el resultado de una serie de fenómenos de asociación entre los estímulos recibidos del ambiente y las respuestas que estos originan, estas últimas, entendidas como una relación funcional de tipo adaptativa a distintas situaciones y contextos.

Uno de los precursores de este enfoque es Iván Pavlov (1849- 1936), sus aportaciones permitieron ampliar el análisis de las cuestiones conductuales, ya que, mediante el estudio de las respuestas que los sujetos podían manifestar frente a estímulos externos, observó que éstas podían ser condicionadas, de esta manera pudo analizar los procesos psíquicos que participan en la conformación de la conducta humana, permitiéndole desarrollar la teoría de los reflejos condicionados.

Inicialmente Pavlov, pudo reconocer el origen de las respuestas reflejas, es así que, menciona que los reflejos son conexiones causales regulares entre ciertos estímulos externos definidos actuando sobre el organismo y sus reacciones necesarias (Pavlov, 1927/1997). Desde esta perspectiva, es importante recalcar que los reflejos incondicionados son de origen innato, y de esta forma, se reconoce que este tipo de respuestas responden a una función adaptativa frente al ambiente. Dando seguimiento a esta idea, Pavlov pone énfasis en la eficacia de

los estímulos condicionados e incondicionados en términos de asociaciones flexibles, es decir, en el nivel de interacción que existe entre los estímulos incondicionados y condicionados.

De esta manera, las funciones adaptativas encontradas en los estímulos incondicionados (EI), pueden desembocar en situaciones más complejas de la vida diaria al entrar en asociación con estímulos condicionados (EC), dada la complejidad y flexibilidad de estos, suponen que un organismo tendría más oportunidad de desarrollarse de una mejor manera en su medio circundante. En este sentido, el EC no provoca al principio la respuesta condicionada, pero llega a hacerlo como resultado de su asociación con el EI (Domjan, 2010), estableciéndose el aprendizaje condicionado.

Otro importante representante del enfoque conductual es Frederic Skinner (1904- 1990). Bajo los postulados del condicionamiento instrumental, buscó establecer el entendimiento sobre el funcionamiento de la conducta humana, la cual recae en la relación de esta, con la utilidad que tiene para el desenvolvimiento social y la interacción con el medio ambiente. En este sentido, las directrices del condicionamiento instrumental son claras, se busca la observación de la conducta mediante postulados experimentales. Cabe señalar que, el condicionamiento instrumental, tiene una huella muy importante como teoría del aprendizaje, como una respuesta práctica para el adiestramiento y la obtención de un cambio conductual que favorezca el cumplimiento de metas y la adaptación de los individuos a su entorno.

El término condicionamiento operante se refiere al procedimiento por el cual la frecuencia de aparición de una conducta queda modificada por sus consecuencias. De esta manera, la probabilidad de aparición de una respuesta operante está determinada, fundamentalmente, por sus efectos (Cruz, 1989). En este sentido, la función asociativa de la respuesta operante, busca generar una

modificación del medio en el que aparece, existiendo de este modo, una relación de contingencia entre la respuesta y su consecuencia.

A diferencia de lo estipulado por Pavlov, el condicionamiento instrumental contempla que las respuestas operantes son voluntarias, y no representan una función o conducta innata, sino que son adquiridas producto del aprendizaje y se pueden mantener en el futuro, siempre y cuando estas respondan a la relevancia de las consecuencias que puedan tener en el ambiente.

Se puede mencionar que el trabajo de Skinner otorgó mayor amplitud y solidez al enfoque conductual. De acuerdo con Domjan, (2010), el esquema propuesto por Skinner queda representado de la siguiente manera:

- (R) como la respuesta operante, que, como se mencionó anteriormente, es voluntaria y cuenta con una función asociativa que busca la modificación del ambiente o contexto en el que aparece.
- (r) como estímulo reforzador, el cual necesariamente aparece después de ser emitida la respuesta deseada, teniendo de esta manera una relación de contingencia a dicha respuesta operante y a su vez, estos estímulos propician la aparición de la respuesta operante en el futuro como reforzadores positivos, o bien, como reforzadores negativos que impiden que la respuesta operante aparezca.
- (E^d) como estímulos discriminativos ambientales, que facilitan la identificación e indican que el reforzador está listo, propiciando la emisión de la respuesta operante.

Es así que, para el condicionamiento instrumental, la conducta está constituida por el control que ejercen los estímulos sobre las respuestas, siendo esto un aspecto importante para que los organismos puedan ajustarse a su ambiente. Es decir, el control que los estímulos tienen sobre las respuestas

operantes determina el actuar de los organismos en el contexto de la vida cotidiana.

Con lo expuesto en apartados anteriores, de acuerdo con Hull (1921, 1943, 1952. Citado en: Sierra, et al., 2003), la ansiedad se define como una respuesta encargada de activar la capacidad de un individuo para actuar ante un estímulo determinado dentro de un contexto también determinado. El enfoque conductual, contempla que en la ansiedad se encuentran respuestas de miedo y temor. Así, desde la teoría del aprendizaje instrumental, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que propician la aparición de una respuesta emocional. En este sentido, existe un estímulo discriminativo, lo cual quiere decir que, la ansiedad está bajo el control de un estímulo específico, el cual ha sido aprendido y reforzado en el pasado, y tiene una relación de asociación funcional para la adaptación del individuo a su entorno.

5.3.6 Enfoque Cognitivo

Este enfoque surge de la influencia de los trabajos de Piaget (1896- 1980), encaminados bajo la perspectiva de la epistemología genética sobre la estructuración y el procesamiento de la información; y la teoría sociocultural de Vygotsky (1896- 1934), encargada del análisis de la conducta humana, desde el punto de vista del estudio de interacciones que los individuos tienen con el entorno, las cuales, favorecen su adaptación social mediante la apropiación y estructuración del conocimiento, favoreciendo la generación y el mantenimiento de la cultura (Guerra, 2003).

El enfoque cognitivo considera el análisis de la conducta humana, mediante el estudio de los procesos mentales de alto nivel, tales como la percepción, el pensamiento, la planeación y toma de decisiones, etc. En este caso, el individuo conoce sus capacidades, limitaciones y procesos cognoscitivos, entendido esto

último, como el análisis interior, consciente y evaluativo que realiza una persona en referencia a los conocimientos adquiridos, con el fin de dirigir su aprendizaje y conducta (Areiza y Henao 1999. Citado en: Gravini e Iriarte, 2008), estos procesos se involucran para lograr la consecución de un objetivo, realización de una tarea o solución de un problema.

De acuerdo con Garaigordobil (1998) el enfoque cognitivo distingue tres vertientes en el estudio de la conducta:

- Considera al individuo como un agente activo. La conducta es definida funcionalmente por una organización y una determinada estructura de los procesos mentales. El sujeto procesa información proveniente del ambiente y de su medio interno, es decir, selecciona, codifica, recupera, transforma, etc.
- Las variables cognitivas (memoria, atención, pensamiento, lenguaje, etc.) determinan la conducta y el comportamiento humano.
- Existe una programación y potencial biológico en el proceso de aprendizaje y la manifestación de la conducta. El funcionamiento cognitivo es independiente a las variables del ambiente, pero interactúan entre sí, sin embargo, el sujeto es capaz de generar planes, objetivos y programas de acción que exceden la conducta condicionada por estímulos ambientales.

Con lo mencionado previamente, bajo la perspectiva de análisis que este enfoque realiza sobre la conducta, los trabajos de Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1977), se centran en los conceptos de estrés y ansiedad, y los procesos de afrontamiento que realizan los individuos, lo que acentúa la

importancia de los procesos cognitivos en el comportamiento humano. De acuerdo con Sierra y cols. (2003), estos autores identifican que la ansiedad es el reconocimiento de una señal aversiva, donde el individuo percibe una situación, la cual es evaluada y se valoran sus implicaciones, si esta situación resulta ser potencialmente amenazante, se inicia una reacción donde la ansiedad es modulada por una serie de procesos cognitivos. En este caso, las situaciones que propician una mayor reacción de ansiedad se evitan y, aún en su ausencia, la mera imagen de estas también produce una reacción de ansiedad, en general, se asume que la reacción se genera a raíz del significado o interpretación individual que el sujeto confiere a la situación. Sin embargo, los procesos cognitivos intervienen contribuyendo a que el sujeto aprenda a planear y a ejecutar medidas de afrontamiento a situaciones de ansiedad similares en nivel e intensidad.

5.3.7 Enfoque cognitivo- conductual

Este enfoque tiene como algunos de sus representantes a Beck (1976), Bowers (1973), Endler (1973) y Magnusson (1976). El interés de este enfoque, parte del estudio experimental sobre la importancia que tienen los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta, entendiendo que existe una interacción recíproca entre factores ambientales, orgánicos y de la propia conducta, lo cual permite a los sujetos adaptarse a su entorno.

Por medio de los procesos cognitivos, el ambiente quedará interiorizado y relativizado, adoptando una doble dimensionalidad: una como ambiente real y otra como ambiente percibido (Garaigordobil, 1998). Se reconocen tres puntos que sintetizan la perspectiva de este enfoque:

- Los individuos desarrollan conductas adaptativas y desadaptativas y patrones afectivos a través de los procesos cognitivos.

- Existe una igualdad entre los procesos funcionales, cognitivos y de aprendizaje.
- La terapia- evaluación, se centra en el análisis de los procesos cognitivos desadaptados y en la facilitación de el aprendizaje, con la finalidad de alterar o modificar las conductas desadaptativas vinculados a los procesos de cognición.

Desde el punto de vista de este enfoque, la ansiedad es un concepto multidimensional, donde los procesos cognitivos se entrelazan con variables situacionales asociadas a los rasgos de personalidad de cada individuo, es decir, las respuestas que los sujetos emiten, son en función a sus creencias, pensamientos e ideas, y estas se adecúan a los estímulos discriminativos provenientes del ambiente. De esta manera, en correspondencia a sus rasgos de personalidad, el sujeto se prepara y crea planes de afrontamiento ante una situación amenazante real o potencial (Sierra, et al., 2003).

5.3.8 Modelo tridimensional de la ansiedad

Este modelo fue propuesto por Peter Lang en el año 1968, sus postulados han sido ampliamente aceptados en lo referente a la conceptualización teórica, explicación, evaluación y tratamiento de la ansiedad, por lo cual, ha tenido una gran repercusión en el campo clínico. Las directrices de este modelo sostienen que la manifestación de la ansiedad está determinada por tres tipos de respuesta, encontradas en dimensiones conductuales, fisiológicas y cognitivas (Lawyer & Smitherman, 2004. Citado en: Martínez y cols., 2012).

La propuesta de este modelo tiene su origen en las observaciones de Lang realizadas en sus investigaciones sobre la ansiedad fóbica, utilizando técnicas de desensibilización sistémica como tratamiento, pudo darse cuenta que existía una baja correlación de respuestas entre la manifestación de miedo y ansiedad, y

alguna de las dimensiones cognitivas, conductuales o fisiológicas, lo cual contradecía al modelo unidimensional. El modelo unidimensional sostenía que las medidas cognitivas, conductuales y fisiológicas estaban correlacionadas con los problemas emocionales, y bastaba con modificar alguna de estas medidas, para afectar a las otras dos (Martínez y et al., 2012). En este caso, Lang observó que existían discordancias correlacionales entre las tres dimensiones, lo cual le llevó a concluir que la ansiedad es un sistema triple de respuestas, que si bien, interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y conductuales, éstas son independientes. De acuerdo con Martínez y cols. (2012), la ansiedad como triple respuesta emocional, puede estar influenciada por estímulos externos e internos, y se describen de la siguiente manera:

Respuesta cognitiva: La ansiedad puede manifestarse con pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación y aminoranza como respuesta adaptativa. Cuando la ansiedad se vuelve patológica, existe un miedo desproporcionado como anticipo a una catástrofe inminente, lo cual se acompaña de imágenes o pensamientos específicos hacia algún problema en particular, es decir, las respuestas ansiosas se magnifican, dando lugar a trastornos de pánico generalizados.

Respuestas fisiológicas: Existe un aumento en la actividad del Sistema Nervioso Autónomo, el Sistema Nervioso Somático y la activación neuroendocrina del Sistema Nervioso Central. Las consecuencias de esta activación nerviosa, se reflejan en aumentos de actividad cardiovascular, respiratoria y electro- dérmica.

Respuestas conductuales (motoras): Existen cambios a nivel de respuestas conductuales y motoras, las cuales se dividen en directas e indirectas. Las respuestas directas se relacionan a manifestación de temblores, inquietud, tartamudeo, etc. Dichas manifestaciones pueden afectar el tiempo de reacción, aprendizaje y ejecución de tareas complejas. Por otro lado, las respuestas

indirectas hacen referencia a conductas de escape o evasión producto de la ansiedad, ya que no están bajo el control voluntario del individuo.

5.3.9 Modelo neurobiológico de la ansiedad

La neurobiología establece que existe una anatomía responsable de las emociones, es decir, existen regiones encargadas de la manifestación y control emocional, además, se plantea que todas las partes del cerebro actúan en conjunto para llevar a cabo todo proceso cognitivo y emocional. De acuerdo con Cedillo (2017) El sistema límbico es el encargado de la regulación de las emociones, esta estructura es comprendida por el cíngulo, la amígdala, el hipotálamo y el hipocampo, y a su vez, tienen conexiones directas con el tallo cerebral y la médula oblongada, de donde se desprende el nervio vago, encargado de la regulación de las funciones de órganos como el corazón y los intestinos.

En este sentido, con base a los postulados de la neurobiología, a continuación, se describen las estructuras anatómicas participantes en las manifestaciones de las respuestas ansiosas, esto con referencia a lo planteado por Goddard y Charney (1997. Citado en: Cedillo, 2017).

- **Amígdala:**

Está localizada en el lóbulo temporal, Las funciones que desempeña son de carácter emocional, destacando las reacciones de alarma, miedo, ansiedad y la conducta intuitiva de huida, que puede alterar el ritmo cardiaco y respiratorio, además de funciones del olfato. La amígdala se encarga del envío de proyecciones a otras estructuras cortico- subcorticales como la corteza prefrontal y sensorial, el hipocampo, corteza olfatoria, zonas del cuerpo estriado (incluye el núcleo estriado terminal y accumbens, implicados en la liberación de corticotropina, la cual es importante para llevar a cabo las funciones del sistema

de recompensas, relacionadas al condicionamiento conductual), hipotálamo, tálamo y estructuras del tallo cerebral, incluyendo conexiones con los núcleos dorsales del nervio vago (encargado del control de las funciones cardiovasculares), los núcleos parabraquiales (encargados de la regulación de la respiración y el olfato), locus coeruleus, núcleos dopaminérgicos A8, A9 y A10 localizados en el área tegmental ventral (importante para el condicionamiento de recompensa). Estas proyecciones son dirigidas a los sistemas neuro- hormonales, autonómicos y musculo- esqueléticos, dichos sistemas se asocian con los mecanismos responsables de las manifestaciones de ansiedad y miedo.

En este sentido, la amígdala actúa como un centro regulador, en sus funciones intervienen receptores noradrinérgicos, benzodiacepínicos y 5HT-1^a, y mediante la evaluación de información de carácter emocional realiza informes exteroceptivos e interoceptivos originando respuestas viscerales y de alarma.

- Locus coeruleus

Se ubica en el puente cerca del cuarto ventrículo, contiene norepinefrina, siendo este el principal núcleo, el cual está regulado por receptores GABA- benzodiacepínicos y serotoninérgicos (encargados de efectos inhibitorios) y por el péptido intestinal vasoactivo (como factor encargado de la liberación de corticotropina, sustancia P y acetilcolina, los cuales propician efectos activadores). El locus coeruleus recibe información de sistemas que monitorean el ambiente interno y externo encargados de la recepción de estímulos. La información interna es recibida y canalizada a través de varios núcleos del tallo cerebral paragigantocelular y el núcleo prepositus hipoglosa. Por otro lado, la información proveniente del ambiente externo ingresa por la corteza insular, orbital e infra límbica (proyecciones glutamatérgicas).

El locus coeruleus, es considerado el centro de las respuestas ante cambios en el medio interno y externo, se manifiestan estados de alerta, relacionados a la ansiedad y el miedo. Por medio del envío de señales y eferencias a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, se activa la reducción sanguínea, aparecen cambios de la termorregulación, hipercapnia, hipoglicemia, distensión de vejiga, estómago y colón, como respuesta preparatoria ante una amenaza potencial o inminente.

- Tálamo

Se localiza en el centro del diencefalo, se encarga de la administración y relevación de la información que llega a la corteza cerebral por medio de estímulos provenientes del ambiente. En este sentido, el tálamo regula el nivel de alerta, información visual, auditiva y somatosensorial, de esta manera, en situaciones de peligro transmite señales sensoriales a la amígdala.

- Hipotálamo

Es un componente del diencefalo, se encuentra localizado rostralmente desde la región óptica hasta los cuerpos mamilares. Es considerado el centro del sistema nervioso autónomo. Cumple con diversas funciones como la manifestación de hambre, sed, actividades sensomotoras de carácter sexual y reproductivo; influye en la glándula pituitaria, regula funciones neuroendocrinas y regulación de la temperatura corporal. También, está involucrado en la activación simpática (hipotálamo lateral) y de la liberación neuroendocrina y neuro péptídica (los núcleos paraventriculares y supraópticos liberan al factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina) inducida por el estrés.

- Sustancia gris periacueductual

Está relacionada con las respuestas de miedo y ansiedad. Ante un peligro inminente, esta sustancia es transmitida desde la amígdala, mediante este proceso se desarrolla un comportamiento defensivo (sustancia gris periacueductual lateral); por otra parte, un peligro menor provoca un comportamiento de “congelamiento” (sustancia gris periacueductual ventrolateral).

- Hipocampo

El hipocampo es asociado con procesos de memoria y aprendizaje, además, tiene conexiones con estructuras del sistema límbico y áreas sensoriales corticales. En este caso, en esta estructura se encuentra una alta densidad de receptores 5HT- 1A, por esto mismo, los receptores de buspirona juega un papel importante en el control de las respuestas de ansiedad.

- Corteza orbitofrontal

Esta estructura tiene un papel preponderante en la interpretación de eventos emocionalmente significativos, selecciona, plantea y monitorea el comportamiento de las respuestas y su efectividad frente a una amenaza potencial o inminente. Lo anterior se logra, debido a que la corteza orbitofrontal tiene conexiones con estructuras límbicas y en ella puede encontrar una alta concentración de receptores 5HT. 2.

- Noradrenalina

Este neurotransmisor es el encargado de estimular el sistema nervioso simpático, encargado de estimular acciones involuntarias como el ritmo del corazón, la presión arterial y sudoración, etc. Además, la noradrenalina se

encuentra en el locus coeruleus, en este sentido la estimulación de esta estructura, provoca respuestas de ansiedad y miedo.

- Serotonina

Este neurotransmisor se encuentra en estructuras nucleares del tallo cerebral. Greff y cols. (citados en: Reyes, 2010) proponen que el papel de la serotonina en las respuestas de ansiedad se relaciona con su tránsito a través del tallo y la corteza prefrontal, provocando reacciones de miedo y ansiedad, por otro lado, estos mismos autores indican que la serotonina otorga el efecto opuesto, viajando a través del tallo, interactuando con la sustancia gris, inhibiendo las respuestas ansiosas.

- GABA (Acido gamma- aminobutírico)

Este neurotransmisor inhibe las respuestas del sistema nervioso central. Al estar involucrado en el funcionamiento de numerosas áreas neuronales controla los niveles de excitabilidad de todas las partes del cerebro y a su vez, regula la actividad neuronal.

VI. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

8.1 Tipo de estudio

El presente estudio se encuentra basado en el enfoque cuantitativo, debido a que se utilizaron instrumentos de medición, y los resultados fueron manejados con base a criterios estadísticos, para posteriormente ser analizados mediante tablas y gráficos, los cuales permitirán generar las conclusiones generales del tema tratado.

8.2 Diseño de investigación

El diseño del estudio es de tipo transversal, debido a que los datos obtenidos se recopilaron en un tiempo determinado; prospectivo, ya que los resultados de esta investigación pretenden servir como antecedente para investigaciones futuras; observacional, puesto que las variables fueron medidas con base a la observación directa del fenómeno estudiado; y analítico, dado que el alcance final de esta investigación es estudiar la correlación existente entre las variables de nivel de ansiedad y la información proporcionada a los pacientes programados para cirugía general.

8.3 Universo de estudio

Para la realización del estudio se tomó en cuenta como universo de estudio al Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez ISEM, en 2023.

8.4 Población de estudio

Para la realización del estudio, la población de estudio se conformó tomando en cuenta a los pacientes programados para cirugía general del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez ISEM, en 2023.

8.5 Criterios de inclusión

- Pacientes del sexo masculino y femenino.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes programados para cirugía general.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

8.6 Criterios de exclusión

- Pacientes programados para cirugía con alguna alteración psiquiátrica.
- Pacientes con cirugía de urgencia.

8.7 Criterios de eliminación

- Instrumentos mal requisitados.
- Instrumentos incompletos.

8.8 Muestra

La muestra estuvo determinada tomando en cuenta a los pacientes programados para cirugía general del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez ISEM, en 2023. La cual se calculó a través de la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{(z^2) (N) (p)(q)}{d^2(N-1) + (z^2) (p) (q)}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

N= Número conocido (58)

z= Nivel de confiabilidad 95% (1.96) ²

p= 50% (0.5)

q= 50% (0.5)

d= Margen de error (0.5) ²

$$n = \frac{(1.96^2) (58) (0.5)(0.5)}{(0.05^2) (58-1) + (1.96^2) (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{22208128 (0.5)(0.5)}{0.1425 + 0.9604} = 50.5061$$

n= 50 pacientes

8.9 Muestreo

El tipo de muestreo utilizado para esta investigación es probabilístico aleatorio simple, debido a que los elementos de la muestra fueron elegidos de manera aleatoria, con la misma probabilidad de ser seleccionados con base al tamaño de la población de pacientes programados para cirugía general del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez ISEM, en 2023., solo considerando los criterios de inclusión y exclusión. Para la realización de este muestreo se determinó la utilización de la fórmula para poblaciones finitas, la cual fue desglosada en el apartado anterior.

8.10 Plan de recolección de datos

La técnica utilizada para la siguiente investigación está basada en una encuesta, la cual fue aplicada de forma autodirigida por las investigadoras de forma individual a los pacientes programados para cirugía general en el Hospital general Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, los cuales se encuentran en las siguientes áreas:

- Quirófano
- Cirugía general
- Urgencias
- Consulta externa

La finalidad fue analizar el nivel de información brindada por el equipo multidisciplinario de salud, en relación a su proceso quirúrgico. Para evaluar la información que se les proporciona a los pacientes, se utilizó un instrumento elaborado por Molero V. (2021), que consta de 19 ítems, con respuestas

dicotómicas de sí y no, dividido en 4 dimensiones que son: Datos generales (4 ítems), visita prequirúrgica (4 ítems), anestesia (5 ítems) y procedimiento (6 ítems).

El siguiente instrumento que se utilizó, es el Inventario de Ansiedad de Beck. El Inventario (BAI) fue creado por Aaron T. Beck en la década de los 80. Consta de 21 ítems (síntomas de ansiedad) cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo a la siguiente puntuación:

- 0: en absoluto.
- 1: levemente/ no me molesta mucho,
- 2: moderadamente/ fue muy desagradable, pero podía soportarlo.
- 3: severamente, casi no podía soportarlo.

Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos.

El nivel de ansiedad depende de la puntuación obtenida de la suma de los 21 ítems, donde, una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave.

Ambos instrumentos, la escala de Beck utilizada para medir el nivel de ansiedad y la encuesta para medir la información, juntos presentan un coeficiente de confiabilidad de .79, lo que significa confiabilidad de nivel alto.

Como se mencionó en apartados anteriores, ambos instrumentos fueron aplicados de forma autodirigida, es decir, las investigadoras leyeron las preguntas a los pacientes, para que estos puedan contestar sin necesidad de escribir. El

momento de la aplicación se llevó a cabo antes de que el paciente programado ingresara a la sala quirúrgica.

8.11 Plan de análisis de datos

Para realizar el cálculo de resultados, se utilizaron modelos de la estadística descriptiva. Para fines de este estudio se determinaron medidas de tendencia central, la medición de los datos obtenidos corresponde a la media, mediana y moda. Así mismo se analizaron medidas de dispersión, correspondientes al rango, varianza y desviación estándar, con la finalidad de transformar las respuestas conseguidas en códigos numéricos que faciliten su procesamiento. De igual manera, se llevó a cabo el análisis de datos mediante estadística diferencial, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, debido a que este estudio es de naturaleza correlacional, ya que, se analizó la relación existente entre variables medidas en intervalos de razón, la fórmula utilizada se representa de la siguiente forma:

$$r_{xy} = \frac{\sum z_x z_y}{N}$$

Donde:

- X= variable número uno
- Y = pertenece a la variable número dos,
- Zx =es la desviación estándar de la variable uno
- Zy = es la desviación estándar de la variable dos
- N = es número de datos

8.12 Aspectos éticos

Previo a la aplicación de los instrumentos utilizados para la recolección de datos, a cada uno de los pacientes considerados en la investigación, se les solicito el consentimiento informado, el cual está basado en los siguientes principios éticos:

Autonomía: se respetaron los derechos individuales de cada paciente, debido a que se explicó de forma clara y precisa el motivo de la investigación y se les indico que se podrían retirar del estudio en el momento que lo desearan.

Beneficencia: esta investigación es de beneficio para los pacientes, ya que su participación es valiosa para la construcción del conocimiento teórico-científico, lo que permite que en un futuro se puedan planear y aplicar mejores estrategias que beneficien la calidad de la atención.

No maleficencia: este principio fue respetado, ya que no se puso en riesgo la dignidad, los derechos y el bienestar de los pacientes, debido a que la información proporcionada por estos es de carácter confidencial.

Justicia: este principio fue respetado, dado que el consentimiento informado fue entregado de manera escrita y este fue solicitado una vez que se abordó al paciente, respetando el derecho de negarse a participar en la investigación.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

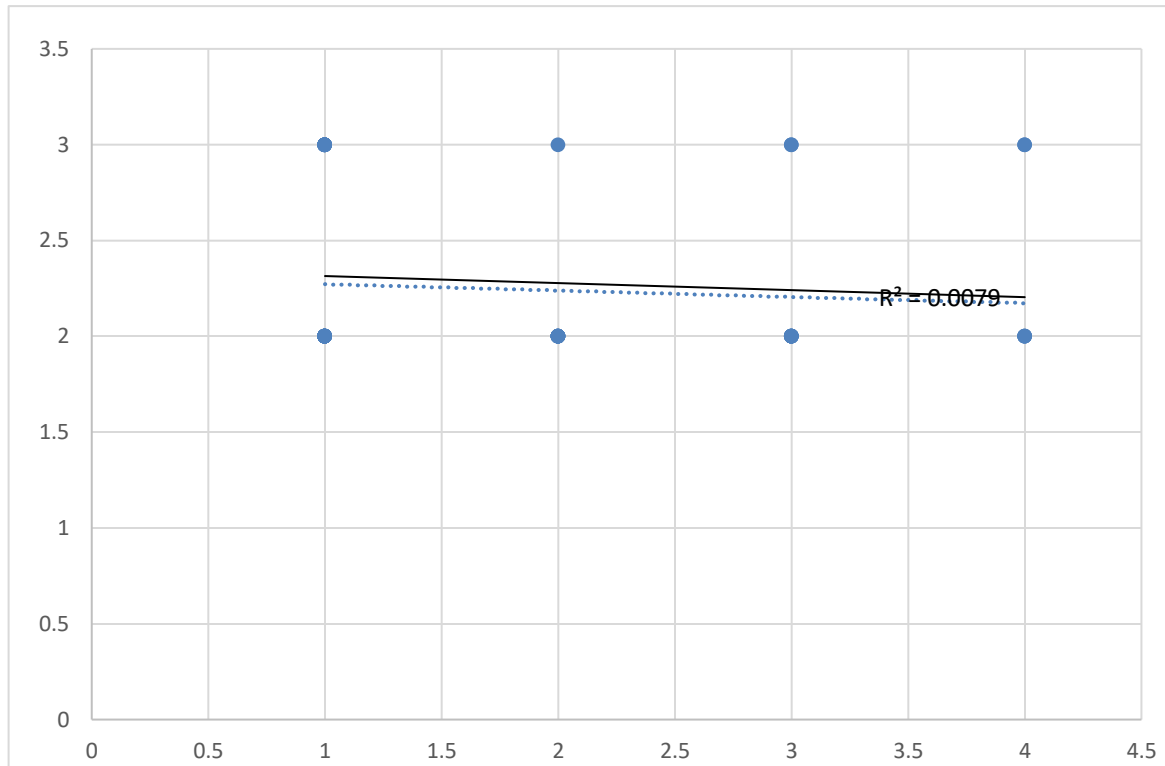
De acuerdo con la encuesta realizada, se puede observar que la mayoría de los participantes son de sexo femenino y mayores de 49 años. Respecto a su nivel de escolaridad, la mayoría de los participantes sabe leer y escribir, solo 7 de ellos no cuentan con ningún nivel escolar, por lo cual, esto podría representar una dificultad para poder brindarles información respecto a su intervención quirúrgica (Tabla1).

Tabla 1: Datos demográficos de pacientes programados para cirugía general en el hospital general Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISEM, 2023.

Pacientes	Masculino	18	Femenino	32
Edad	18 a 28 años	29 a 39 años	40 a 49 años	Más de 49 años
	10	16	5	19
Nivel escolar	Sin estudios	Primaria	Secundaria	Superior
	5	14	17	14

Fuente: Encuesta utilizada sobre información prequirúrgica.

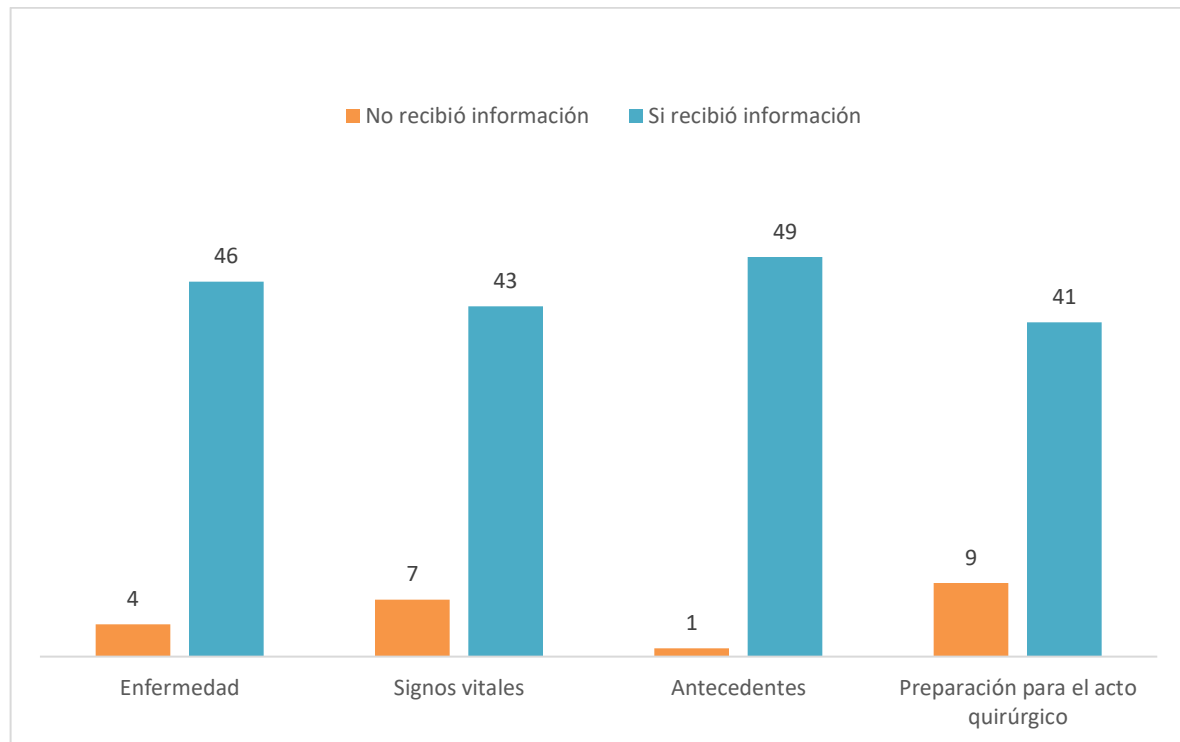
Figura 1. Correlación general entre ansiedad e información en pacientes programados para cirugía general en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISEM, 2023.



Fuente: Escala de Beck y encuesta utilizada sobre información prequirúrgica.

Al realizar la correlación (RoH Pearson) entre la ansiedad preoperatoria y la información recibida por parte de los profesionales de la salud, los resultados reflejan una correlación positiva, siendo esta alta (.79), lo que pone de manifiesto que la información si influye en la ansiedad, estableciendo lo siguiente: **a mayor información, menor ansiedad**, por lo tanto, es importante reforzar esta variable en pacientes programados para cirugía.

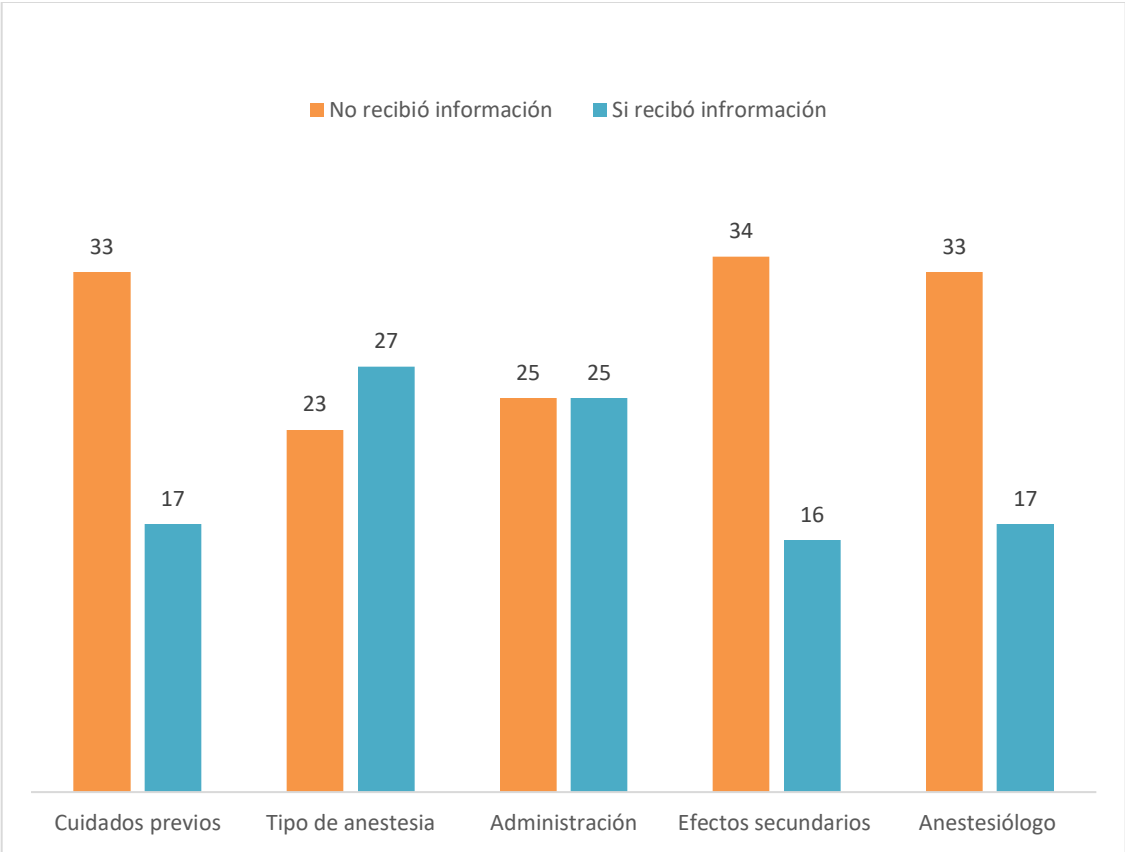
FIGURA 2: Información recibida prequirúrgica a los pacientes programados para cirugía general en el hospital general Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISEM, 2023.



Fuente: Encuesta utilizada sobre información prequirúrgica.

De acuerdo con la encuesta realizada, la mayoría de los pacientes participantes en la presente investigación, refirieron haber recibido información sobre sus signos vitales, sin embargo, hubo participantes que mencionaron que no la recibieron, los cuales indicaron que no se les comentó cuales fueron sus cifras de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y tensión arterial. Otro rubro a tomar en cuenta, es el de la preparación para el acto quirúrgico, el cual está enfocado a orientar al paciente para que se retire lentes, dentadura postiza, artículos de joyería, maquillaje entre otros. En este rubro, existió una frecuencia de 9 pacientes, los cuales refirieron no haber recibido esta información en la etapa prequirúrgica.

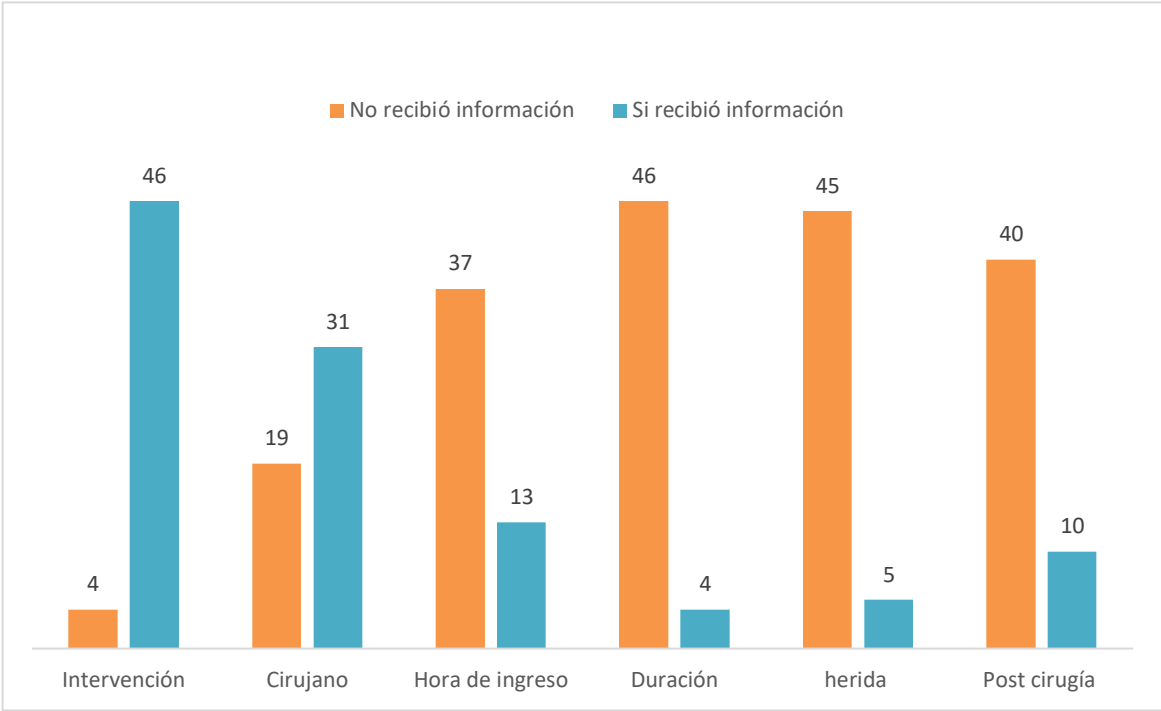
FIGURA 3: Información recibida por servicio de anestesia a pacientes programados para cirugía general en el hospital general Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISEM, 2023.



Fuente: Encuesta utilizada sobre información prequirúrgica.

De acuerdo con la encuesta realizada, la mayoría de los participantes en la presente investigación, refirieron no haber recibido información relacionada al proceso de anestesia, indicaron que no se les informó sobre el tipo de anestesia que les sería aplicada y los cuidados previos que debe tener. De igual forma, refieren no saber los efectos secundarios que podrían presentar después de la misma. Incluso, más de la mitad de los participantes no saben quién será el anestesiólogo a cargo.

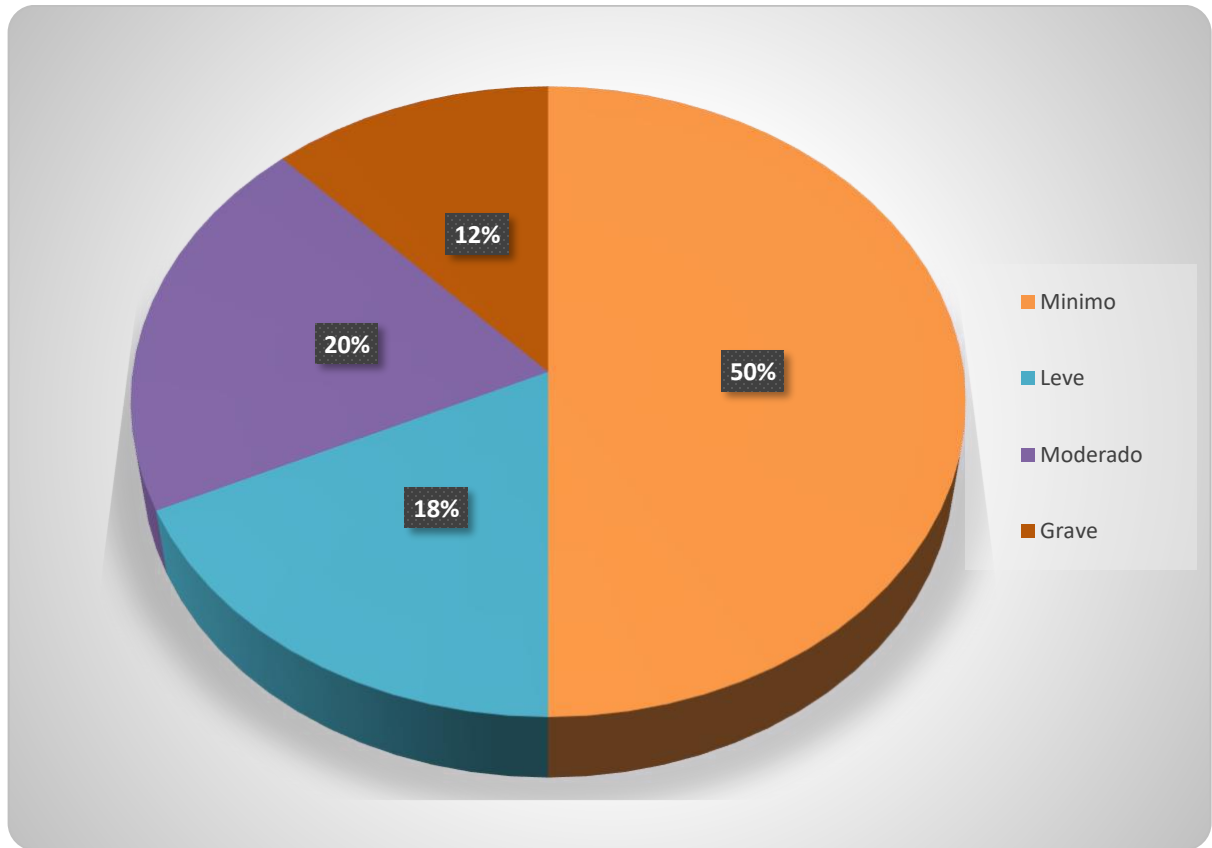
FIGURA 4: Información recibida acerca del procedimiento a pacientes programados para cirugía general en el hospital general Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISEM, 2023.



Fuente: Encuesta utilizada sobre información prequirúrgica.

De acuerdo con la encuesta realizada, la mayoría de los participantes en la presente investigación, refirieron haber recibido información respecto a quien será el cirujano que llevará a cabo la intervención y el motivo de la misma. Sin embargo, los mismos participantes mencionaron que no recibieron información respecto a la hora que ingresarían a la sala quirúrgica, ni el tiempo aproximado que estarían en la misma. De igual forma, en el último rubro existió una frecuencia de 40 pacientes, a los cuales, no se les informó sobre el lugar a donde serían llevados después del procedimiento quirúrgico, esto quiere decir que no saben si permanecerán en el quirófano, serán trasladados a piso, o bien, si serán dados de alta.

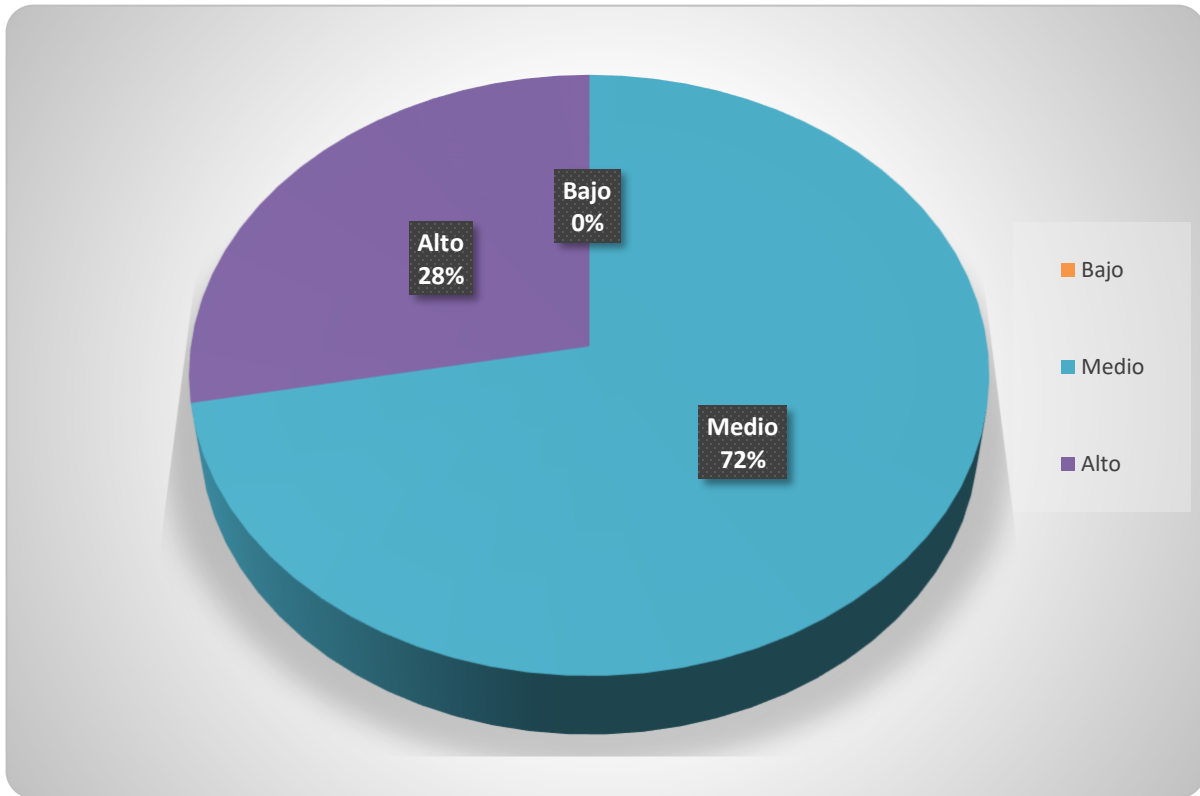
FIGURA 5: Nivel de ansiedad presente en pacientes programados para cirugía general en el hospital general Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISEM, 2023.



Fuente: Escala de Beck.

Un porcentaje importante de la población investigada (12%) presenta un nivel de ansiedad grave, esta manifestación, se refleja en los rubros: incapaz de relajarse, temor a morir, miedo, nervioso, temor a que ocurra lo peor y sensación de bloqueo. De igual forma, un 20% de la población presentó un nivel moderado de ansiedad, detectándose los siguientes signos y síntomas: incapaz de relajarse, miedo, atemorizado, inquieto, inseguro y acalorado. El 50% de la población reflejó una mínima ansiedad, manifestando estar tranquilos y relajados.

FIGURA 6: Nivel de información proporcionada a pacientes programados para cirugía general en el hospital general Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISEM, 2023.



Fuente: Encuesta utilizada sobre información prequirúrgica (Molero, 2021).

De acuerdo con la encuesta realizada, se puede observar que un importante porcentaje de los participantes (72%), recibieron un nivel de información medio respecto a su procedimiento quirúrgico, esto quiere decir, que saben el motivo por el cual van a ser intervenidos, y están informados sobre quien será el cirujano que realizará el procedimiento. De igual forma, se destaca que ningún participante obtuvo un nivel de información bajo.

VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A partir de los hallazgos encontrados en el presente estudio, se puede mencionar que existe una correlación positiva (.79) entre los niveles de ansiedad preoperatoria manifestada por los pacientes programados para cirugía general y la información presentada a estos por parte del equipo multidisciplinario de salud del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISEM, 2023, estableciéndose que: a mayor información, menor ansiedad.

Referente a estos datos, López y cols. (2021), sostienen que el manejo de las necesidades de información relacionadas a la intervención quirúrgica, juega un papel muy importante para lograr reducir la ansiedad prequirúrgica, estos autores consideran que la información que se otorgue a los pacientes, debe ser clara y de fácil comprensión, por lo cual, tiene que estar orientada a resolver la mayor cantidad de dudas posibles, recomiendan no utilizar tecnicismos a fin de evitar confusiones que puedan derivar en un estado de incertidumbre e intranquilidad para el paciente.

Por otro lado, en el estudio realizado por Chemes (2015), existe coincidencia al mencionar que la falta de información oportuna y adecuada, es una fuente de estrés y ansiedad para los pacientes prequirúrgicos. De igual manera, Doñante y cols. (2015), refieren que existe una relación entre la información presentada al paciente en la etapa prequirúrgica y sus niveles de ansiedad, concluyendo que los pacientes que creen necesitar mayor información sobre el proceso quirúrgico al que serán sometidos, son más susceptibles a presentar niveles de ansiedad más elevados.

Finalmente, Pathe y cols. (2021), argumentan que los pacientes que son informados de forma adecuada, presentan niveles de ansiedad bajos. De esta

manera, se afirma que, lo expuesto por estos autores es acorde y guarda relación con los resultados otorgados en la realización de este estudio.

Referente al rubro de nivel de información otorgada a los pacientes programados para cirugía general, en este estudio se identificó que más de la mitad de la población (72%), recibió información de manera parcial, esto se sustenta debido a que el 86% del total de la población, refirió haber sido informados sobre sus signos vitales, el 92% recibió información por parte del cirujano sobre el tipo de proceso al que serán sometidos, y el motivo por el cual se llevará a cabo la intervención. Sin embargo, no sucedió así en el área relacionada a otorgar información encaminada a saber cuánto durará la cirugía, y los procesos que se llevarán a cabo después de la intervención quirúrgica, ya que, la mayoría de la población indicó no haber recibido información al respecto. En este sentido, se detectó una situación similar en el área relacionada con el proceso de anestesia, más de la mitad de los pacientes no recibieron información acerca de los cuidados previos, el tipo de anestesia que les sería administrada, los efectos secundarios y tampoco se les indicó quién sería el anestesiólogo encargado de este proceso.

Con lo dicho en el apartado anterior, el INER (2019) a través del “Manual de procedimientos del servicio de anestesia” indica que el anestesiólogo tiene la labor de dar a conocer al paciente y sus familiares lo referente al proceso de anestesia, debe informar de manera clara y precisa los cuidados previos que se deben realizar antes de la intervención quirúrgica, el tipo de anestesia que requerirá el paciente y mencionar los riesgos y efectos secundarios que este proceso puede presentar, además de ser el responsable de obtener el consentimiento informado del paciente y sus familiares.

En el estudio realizado por Pathe y cols. (2021) estos autores señalan la importancia de comunicar a los pacientes la información relacionada con el

proceso de anestesia, ya que, esto reduce de manera sustancial, las dudas e inquietudes de los pacientes con respecto al proceso quirúrgico, debido a que en dicho estudio, de una muestra conformada por 110 pacientes programados para cirugía general, el 86% no recibió información referente al tipo de anestesia que se aplicaría, lo cual, al ser un porcentaje alto, coincide con la presente investigación, y pone de manifiesto la relevancia que tiene para el paciente recibir información completa y clara por parte del área de anestesia. De igual manera, se encuentra coincidencia con el estudio realizado por Chemes (2015), mencionando que la mayor parte de los pacientes no recibieron información relacionada a la anestesia, y recomienda poner especial atención en este rubro, debido a que, el brindar una información completa contribuye a que el paciente este consciente sobre la importancia de la intervención quirúrgica.

Sin embargo, López y cols. (2021), en su estudio refieren lo contrario, ya que, la mayoría de la población estudiada si recibió información relacionada al proceso de anestesia, pero los pacientes que sabían que la anestesia era general o bien, recibieron nula información sobre este proceso, mostraron poco nerviosismo o dudas sobre su intervención, lo cual, no se adecua con la presente investigación.

Aun así, estos autores coinciden mencionando que, de igual manera, es necesario mostrar al paciente toda la información relacionada a su proceso quirúrgico, con el fin de detectar ciertos factores que puedan afectar la estabilidad del paciente, y así crear estrategias personalizadas para su cuidado durante el proceso de intervención quirúrgica. Cabe señalar que, los autores antes mencionados, coinciden y recomiendan aplicar estrategias de intervención psicológica para identificar factores que generen ansiedad, para lograr mejorar la adaptación al proceso quirúrgico, y así, propiciar ambientes óptimos para complementar información y resolver dudas sobre el proceso quirúrgico.

En lo que respecta al rubro de nivel de ansiedad presente en pacientes programados para cirugía general, en este estudio se encontró que el 50 % de la población estudiada, presentó un nivel de ansiedad mínimo, el 18 % un nivel de ansiedad leve, el 20 % un nivel de ansiedad moderado y el 12% un nivel de ansiedad grave. Con base a la aplicación de la escala de Beck, en los pacientes con menor nivel de ansiedad no se encontraron síntomas significativos, ya que refirieron sentirse seguros y relajados.

Los pacientes que presentaron niveles de ansiedad moderados, los ítems más relevantes se relacionan con la incapacidad para poderse relajar, miedo, sentirse inquietos, inseguros y acalorados. Por otro lado, los pacientes que manifestaron niveles de ansiedad graves, presentaron una significancia de síntomas relacionados a ser incapaces de relajarse, temor a morir, miedo, nervioso, temor a que ocurra lo peor y sensación de bloqueo. Los signos y síntomas descritos están relacionados con el temor al proceso quirúrgico.

Los datos obtenidos en el presente estudio mediante la aplicación de la escala de Beck, coinciden con los resultados presentados en la investigación de Quintero y cols. (2017), ya que, por un lado, se aplicó la misma escala a su población de estudio, encontrando un porcentaje alto en pacientes que presentaron niveles de ansiedad mínimos, coincidiendo que los pacientes refieren que el recibir información sobre su proceso quirúrgico, contribuye a que se sientan más relajados y tranquilos.

En este sentido, en la investigación realizada por Rojas Y Acevedo (2013), se menciona que el aplicar estrategias de educación preoperatoria dirigida a los pacientes, ayuda a reducir los niveles de ansiedad, demostrando que los procesos quirúrgicos de antemano, generan niveles de ansiedad leves y moderados, lo que es coincidente con lo detectado en esta investigación. Poniendo de manifiesto que estos datos reflejan que el intervenir de forma correcta al paciente, otorgando

información completa sobre su proceso, contribuye de manera favorable a la reducción de sus niveles de ansiedad.

IX. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Con base en resultados obtenidos en el presente estudio, se originaron las siguientes conclusiones:

- Se pudo observar que el 72% de la población estudiada recibió información de manera parcial, los pacientes refirieron haber sido informados en rubros relacionados a la visita prequirúrgica, sobresalen niveles altos de información respecto a sus signos vitales y el tipo de proceso al cual serían intervenidos. Sin embargo, se encontró que más de la mitad de estos pacientes no recibieron información sobre el tipo de anestesia que les sería aplicada, tampoco se les explicó cuáles serían los cuidados previos, así como de los riesgos y efectos secundarios que este proceso representa, aunado a que mencionaron desconocer al anesthesiólogo encargado de dicho proceso. A pesar de esto, se identificó un nivel medio de información proporcionada por parte del equipo multidisciplinario de salud, destacando que el resto de la población (28%) recibió un nivel de información alta, no encontrándose niveles de información baja.
- El 100% de los pacientes programados para cirugía general presentaron algún nivel de ansiedad derivado del temor al proceso quirúrgico. Se destaca que el 50% de los participantes de este estudio manifestaron un nivel de ansiedad mínimo, y un porcentaje significativo (12 %) presentó niveles de ansiedad grave.

De esta manera, se realizó un análisis que permitió determinar que existe una correlación positiva de .79 (siendo esta alta), entre los niveles de ansiedad preoperatoria manifestada por los pacientes programados para cirugía general y

la información presentada a estos por parte del equipo multidisciplinario de salud del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISEM, 2023.

Estos hallazgos ponen de manifiesto que la información si influye en los niveles de ansiedad de los pacientes, por lo cual, se pudo concluir que: a mayor información, menor ansiedad. Por lo tanto, se confirma lo indicado en nuestra hipótesis, la cual establece lo siguiente: “Entre mayor información se le brinde al paciente por parte del equipo multidisciplinario de salud sobre la intervención a realizar, menor grado de ansiedad presenta.”

Como recomendaciones, se considera que podría existir un acompañamiento psicológico como parte complementaria a la intervención, lo que permitiría un mejor afrontamiento del proceso quirúrgico y plantear mejores estrategias, con el fin de brindar información adicional que ayude a los pacientes a resolver sus dudas y mantenerse tranquilos, así, se pueden evitar complicaciones o retrasos durante el proceso, lo que puede significar un impacto negativo en la salud de los pacientes.

También se recomienda enseñar a los profesionales sanitarios el modo de comunicarse con los pacientes de la manera más precisa, efectiva e inocua, evitando el estrés y ansiedad que supondría una mala información, o la ausencia de la misma.

X. REFERENCIAS DE CONSULTA

- Álvarez, M. (2012). *Teorías Psicológicas*, Red tercer Milenio, México. ISBN 978-607-733-075-2 pp. 76 - 117.
- APA. (2021). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V). (5ta, ed). Panamericana.
- Arribalzaga, E. B., Lupica, L., Delor, S. M., & Ferraina, P. A. (2012). *Implementación del listado de verificación de cirugía segura*. Revista argentina de cirugía, 102(1), 8-12.
- Bagés Fortacín, C., Lleixà Fortuno, M. D. M., Español Puig, C., Imbernón Casas, G., Munté Prunera, N., & Vázquez Morillo, D. (2015). *Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar*. Enfermería Global, 14(39), 29-40.
- Bautista, J. Riaño, L. (2019). Una visión desde el modelo de adaptación de Sor Callista Roy. Comunicado- Revista de Estudiantes de Enfermería vol 20. nro 2. Universidad Nacional de Colombia.
- Bonfill Accensi, E., Lleixa Fortuño, M., Sáez Vay, F., & Romaguera Genís, S. (2010). Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index de Enfermería*, 19(4), 279-282.
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Wagner, C. M., & Dochterman, J. M. (Eds.). (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier.
- Caballero, E. (1994). *Equipo de trabajo multidisciplinario en salud*. Horizonte de Enfermería, 5(2), 35-40.

- Carapia, A. Mejía, G. Nacif, L. Hernández, N. (2011). *Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria*. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 34. No. 4 octubre-diciembre, pp. 260-263.
- Carvajal, J. Et al. (2020). *Introducción a la cirugía general*. (1.ª Ed). Ediciones Mawil.
- Cedillo, B. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. Revista electrónica de psicología Iztacala, 20 (1), 239-251.
- Cerritos, A., Fernández, F., & Gatica, F. (2003). *Sistema de Información Hospitalaria. Manual de Introducción a la Informática Médica*. Recuperado de:
<http://sukuun.com.mx/contenido/MAOS/Tareas/Tarea3Sistemasdeinformacionhospitalaria.pdf>
- Chacón, E., De La Cera, D. X., Lara, M. F., & Arias, R. M. (2021). *Generalidades sobre el trastorno de ansiedad*. Revista Cúpula, 35(1), 23-36.
- Chávez, D. (2013). *Utilización de los registros clínicos de enfermería por el equipo de salud en los procesos asistenciales de los pacientes del servicio de medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suarez*. [Tesis de bachiller, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Recuperado de:
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7228>
- Chemes, C. (2015). *Estrés en Pacientes Prequirúrgicos, la relación con sus características y la evolución postoperatoria, en un Hospital público de la ciudad de San Miguel de Tucumán*. PARANINFO DIGITAL MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n22/275.php>
- Chisag, M. (2018). *Atención de enfermería en el adulto mayor*. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión-Vol. 3 Sup.1 2018.

CONAMED. (2016). *Recomendaciones. Lineamientos generales para la seguridad del paciente hospitalizado*. Recuperado de: http://www.conamed.gob.mx/info_pacientes/pdf/LINEAMIENTOS_SEG_PAC

Cruz, J. (1989). *Condicionamiento instrumental apetitivo*. En R. Bayés y J.L Pinillos (Coords.), *Tratado de psicología general: Aprendizaje y Condicionamiento*, (389-414). Alhambra.

Domjan, M. (2010). *Principios de aprendizaje y conducta* (6ta ed). Cengage Learning Editores.

Doñate, M. Litago, A. Monge, S. Martínez, R. (2015). *Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía*. *Enferm. Glob.* vol.14 no.37 Murcia ene. 2015. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412015000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Feliu, M. (2014). *Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5*. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, (110), 62-69.

Fernández, et al. (2019). *Proceso asistencial integrado del paciente quirúrgico*. (1.ª Ed). Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, 2019.

FOWLER, M.A.; SPIESS, B.D. (2011). *Anestesiología básica: manual de anestesiología, dolor e terapia intensiva*. São Paulo: Manole. Post anesthesia recovery.

Gaona, D. Contento, B. (2018). *Ansiedad pre operatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora*. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*-Vol. 3 No 1 2018 (Ene-Mar).

- Garaigordobil, L. M. (1998). Modelos en la evaluación psicológica. En Garaigordobil, Evaluación Psicológica. Bases teórico-metodológicas, situación actual y directrices de futuro (págs. 71-142). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Gómez, A & Serra, I. (2022). *Manual práctico de instrumentación quirúrgica en enfermería*. (3ra, Ed). Elsevier.
- Gravini, M. & Iriarte, F. (2008). Procesos metacognitivos de estudiantes con diferentes estilos de aprendizaje. *Psicología desde el Caribe*, (22), 1-24.
- Guerra, J. (2003). Metacognición: definición y enfoques teóricos que la explican. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 6(2).
- Guerrero Ramírez, R., Meneses La Riva, M. E., & De La Cruz Ruiz, M. (2016). *Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión*. *Rev enferm Herediana*. 2016;9(2):127-136.
- INER. (2019). *MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE ANESTESIA*. Recuperado de: http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/normatecainterna/MPdirmedica/MP_SERVANESTESIOLOGIA_14102019.pdf
- Klein, M. (1998). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. *Obras completas, Desarrollos en Psicoanálisis*, 235-251.
- López-Graciano, S. A., Sillas-González, D. E., Álvarez-Jiménez, V. D., & Rivas-Ubaldo, O. S. (2021). Nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía. *Medicina Interna de México*, 37(3), 324-334.

Maritza, R. Azevedo, D. (2013). *Estrategia De Enfermería Para Disminuir Los Niveles De Ansiedad En Pacientes Sometidos A Intervención Quirúrgica En El Hospital Universitario Antonio patricio de Alcalá, Cumana, Venezuela*. Saber, Universidad de Oriente, Venezuela. Vol. 25 N° 3: 273-278. (2013) ISSN: 1315-0162 / Depósito Legal pp 198702SU187.

Martínez, M. Inglés, C. Cano, A., & García, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang.

Marx, M. y Hillix (1987) *Sistemas y teorías Psicológicas Contemporáneos*. México: Paidós. 238-279.

Mas D, Comas L. (2006). *Efecto de la visita al paciente de la enfermera quirofanista en la fase preoperatoria*. Revista Dialnet. 2006; 8(4): 156-160.

NANDA. (2021- 2023). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación*. (Heather, T. Kamitsuru, S. Lopes C. Eds.). (12.^a ed). Thieme.

OMS. (2012) *La cirugía segura salva vidas*. Recuperado de: www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf

OMS. (2018). *Sistema de Información Sanitaria, Características Generales*. Recuperado de: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.enferteruel.com%2Fenfertueruel%2Fformacio%2Ftemas%2Ftema%252014.doc&ei=d2XCUY_8NMe0ggGA2ICQCQ&usq=AFOjCNEwjwUMxjU2iZFoogeV0WwFOJYb9g&sig2=EZTebVNEKo2O1mO7fpVAxg&bvm=bv.48175248,d.dmg

Paoli, J. A. (1983). *Comunicación e información. Perspectivas teóricas*. México: Trillas, UAM, 11-17.

Pateh, A. Ordosgoitti, J. (2021) *Ansiedad Preoperatoria en Pacientes Adultos Programados para Cirugía Electiva. Anestesia En México*. ISSN 2448-8771. Federación Mexicana de Colegios de Anestesiología A.C.

- Pavlov, I. (1927/1997). Reflejos condicionados. Ediciones Morata. (Original publicado en 1927).
- Pérez, H. (2022). *Operacionalización del proceso de atención de enfermería*. Revista mexicana de enfermería cardiológica, 10(2), 62-66.
- Porras, J. (2016). *Enseñanza y aprendizaje de la cirugía*. Investigación educ. médica vol.5 no.20 Ciudad de México oct./dic. 2016.
- Quintero, A., Yasnó, D. A., Riveros, O. L., Castillo, J., & Borráez, B. A. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Revista colombiana de Cirugía, 32(2), 115-120.
- Ramos, D. y Young, J. (2018). *Intervenciones de Enfermería a Pacientes Prequirúrgicos en una IPS de la Ciudad de Montería*. [Tesis de grado para optar por título de Enfermera(o), Universidad de Córdoba, Facultad Ciencias de la Salud]. Programa de Enfermería, Montería 2018.
- Reyes, J. (2010). Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Recuperado de: <http://sncpharma.com/wp-content/uploads/2018/01/Trastorno-ansiedad.pdf>
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista mal-estar e subjetividade, 3(1), 10-59.
- SSA. (2021). Base de datos de egresos de cirugía en México. Recuperado de: http://www.dgjs.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html
- Watson, J. (2009). O cuidar como essência e ciência da enfermagem e dos cuidados médicos. O Mundo da Saúde, 33(2), 143-149.

XI. ANEXOS



Universidad Autónoma del Estado de México

OFICIO/: FT3

Valle de Chalco, Méx. A 17 de febrero de 2023

ALVARADO SARMIENTO ELY SANDRA Y BADILLO OLIVA MIRYAM VANESSA
DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
DEL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM VALLE DE CHALCO
P R E S E N T E

Por este conducto, comunico a usted que la Subdirección Académica, con el apoyo del Cuerpo Académico del Programa Educativo de **ENFERMERÍA**, en su reunión del día **05 de enero de 2023** acordó **ACEPTAR** la propuesta de **TESIS**:

**RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD Y LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA A PACIENTES PROGRAMADOS
PARA CIRUGÍA GENERAL EN EL HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ DEL ISEM,**

Con número de registro: **LEN/17.02.23/255**

Por lo anterior, es necesario se ponga en contacto con su asesor, para iniciar la revisión de su trabajo. Así mismo se le notifica el nombre de su Asesor:

M. EN S.P. JULIO FLORES VILLEGAS

Igualmente, se le invita a concluir su trabajo en un periodo no mayor a dos años de la fecha. En caso de ser necesario podrá obtener una prórroga de seis meses, fundamentado por escrito la viabilidad del compromiso con la misma. La solicitud deberá contar con el visto bueno de su asesor.

**A T E N T A M E N T E
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO**

"2023, Conmemoración de los 195 Años de la Fundación del Instituto Literario del Estado de México"

**DRA. EN C. DE LA COMP. MARÍA DE LOURDES LÓPEZ GARCÍA
SUBDIRECTORA ACADÉMICA
DEL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM VALLE DE CHALCO**





GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



EDOMÉX
DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

"2023. Año del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en México".

208C0101111600T/047/2023

San Miguel Xico, Solidaridad
a 31 de enero del 2023

Dr. en S.P. Julio Flores Villegas
Asesor de tesis
Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

PRESENTE

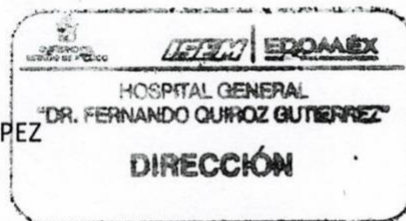
Por medio de la presente, le mando un cordial saludo y a su vez me permito informarle que no tenemos ningún inconveniente para autorizar el acceso al hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" a la área de consulta externa y cirugía general para desarrollar el proyecto de tesis "RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD Y LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA A PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGIA GENERAL EN EL HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ DEL ISEM 2023". Por parte de **Alvarado Sarmiento Ely Sandra y Badillo Oliva Miryam Vanessa**.

En un periodo del 01 de Febrero al 28 de Febrero del presente año, con un horario de 10:00 a 12:00 horas, con el objetivo de aplicar dos instrumentos de medición a pacientes con cirugía programada para recolectar información relacionada con nuestra investigación.

Sin más por el momento, me despido de usted con un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DR. JUAN CARLOS VILLAMAR LÓPEZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL



HCMC

SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

HOSPITAL GENERAL VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ"



Universidad Autónoma del Estado de México

Consentimiento Informado

Yo _____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada **“RELACION ENTRE LA ANSIEDAD Y LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA A PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA GENERAL EN EL HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ DEL ISEM 2023”**, éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de la universidad autónoma del estado de México.

Entiendo que este estudio busca analizar la relación que existe entre la ansiedad y la información proporcionada en pacientes programados para cirugía general y sé que mi participación se llevará a cabo en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, en el horario de 10 a 12 del día y consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de 10 minutos.

Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo.

Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio.

Firma participante

ESCALA DE BECK

Nombre del paciente:
Tipo de cirugía:

ITEM'S	No (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Bastante (3)
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor que ocurra lo peor				
6. Mareado o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				
Total:				

ENCUESTA PARA EVALUAR LA INFORMACIÓN PREQUIRÚRGICA.

1. DATOS GENERALES				
1.1 Nombre:				
1.2 Edad:	a) 18 a 28 años (1)	b) 29 a 39 años (2)	c) 40 a 49 años (3)	d) + de 49 años (4)
1.3 Sexo:	Masculino (1)		Femenino (2)	
1.4 Nivel escolar:	a) Sin instrucción (0)	b) Primaria (1)	c) Secundaria (2)	d) Superior (3)

2. VISITA PREQUIRÚRGICA	
2.1 ¿Le han informado sobre su enfermedad?	
a) No (0)	b) Si (1)
2.2 ¿Le han informado sobre sus signos vitales (presión, pulso, temperatura y respiración)?	
a) No (0)	b) Si (1)
2.3 ¿Le han solicitado información sobre molestias con tratamientos previos (alergias) o padece de alguna enfermedad (hipertensión, diabetes, etc.)?	
a) No (0)	b) Si (1)
2.4 ¿Le han informado sobre la eliminación de cualquier accesorio (joyas, lentes, etc.) y maquillaje antes de la intervención?	
a) No (0)	b) Si (1)

3. ANESTESIA	
3.1 ¿Le han informado sobre los cuidados que debería tener previa a la anestesia?	
a) No (0)	b) Si (1)
3.2 ¿Le han informado sobre el tipo de anestesia que le suministrarán?	
a) No (0)	b) Si (1)
3.3 ¿Le han informado sobre la zona donde le administrarán la anestesia?	
a) No (0)	b) Si (1)
3.4 ¿Le han informado sobre los efectos secundarios de la anestesia?	
a) No (0)	b) Si (1)
3.5 ¿Le han informado quien le suministrará la anestesia?	
a) No (0)	b) Si (1)

4. PROCEDIMIENTO

3.1 ¿Le han informado de que le van a intervenir?	
a) No (0)	b) Si (1)
3.2 ¿Le han informado quien le va a intervenir?	
a) No (0)	b) Si (1)
3.3 ¿Le han informado la hora que ingresará a sala de operaciones?	
a) No (0)	b) Si (1)
3.4 ¿Le han informado sobre el tiempo que durará la operación?	
a) No (0)	b) Si (1)
3.5 ¿Le han informado sobre el tamaño que tendrá la herida?	
a) No (0)	b) Si (1)
3.6 ¿Le informaron donde le llevarán después de la operación?	
a) No (0)	b) Si (1)