

**UNIVERSIDAD METROPOLITANA  
CENTRO UNIVERSITARIO DE BAYAMÓN  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

**FACTORES QUE PROMUEVEN EN EL ESTRÉS EN LOS PACIENTES DURANTE EL  
PERIODO PRE-OPERATORIO**

**Carlos E. Salas Mendoza, RN, BSN**

**Mayo, 2016**

**ABSTRACTO**

Estudio descriptivo realizado en una Clínica de Cirugía Ambulatoria ubicada en la zona metropolitana de San Juan. En este estudio participaron 20 pacientes que se encontraban en su periodo pre-operatorio con el propósito de determinar los factores que promueven el estrés en su etapa pre-quirúrgica. Los datos fueron recopilados a través de un cuestionario desarrollado por el investigador y fue validado a través de un panel de experto. Los datos evidencian que entre los tres principales factores que promueven el estrés en los pacientes en su etapa pre-operatoria son: El haber sido sometido a procedimientos quirúrgicos en una o más ocasiones (85%), El riesgo de que la operación no sea exitosa es un factor de estrés durante el periodo pre-operatorio (85%), La inhabilidad de pagar la cuenta del hospital promueve el estrés durante el periodo pre-operatorio (70%). Mientras que aquellos factores que disminuyen el estrés en la etapa pre-operatoria de los pacientes está relacionada con las intervenciones de los profesionales de enfermería. Son la actitud del profesional de enfermería (90%), y La educación por parte del profesional de enfermería acerca del procedimiento a realizarse (55%) los factores principales que ayudan al paciente a disminuir el estrés pre-operatorio. Sin embargo, solo un 78% de los pacientes en promedio reportan que la actitud y la educación de los profesionales de enfermería alivian su estrés pre-operatorio. Por su parte, se pudo evidenciar en el estudio que el 65% de los pacientes se ven afectados por los factores de estrés pre-operatorio, mientras que un 35% no se ve afectado por dichos factores. Se concluye que la mayoría de los pacientes en su etapa pre-operatoria se ven afectados por los factores que inducen al estrés pre-quirúrgico. Los factores que más afectan a los pacientes en esta etapa son el tener experiencia previa de cirugía, riesgo de que la operación no sea exitosa, e inhabilidad de pagar la cuenta del hospital.

**DEDICATORIA**

Le dedico esta tesis a los pilares de mi vida mis padres Carlos Salas y Lizzette Mendoza por darme las herramientas necesarias para nunca dejarme vencer y poder cumplir mis sueños. Gracias por siempre creer en mí. También se la dedico al soporte que permite que siga hacia adelante con mis metas Solmarie Rodríguez.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dra. Lourdes Maldonado por todo su esfuerzo y ayuda para culminar mi maestría y al Dr. Brunet por permitirme realizar mi proyecto en sus facilidades.

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Factores que promueven estrés durante el periodo pre-operatorio

Tabla 2. Factores que disminuyen el estrés pre-operatorio en los pacientes

Tabla 3. Pacientes afectados por los factores de estrés pre-operatorio

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Género

Gráfica 2. Estado Civil

Gráfica 3. Edad

Gráfica 4. Preparación académica

Gráfica 5. Experiencias previas con cirugías de los participantes

Gráfica 6. Tipo de cirugía que se va a realizar en esta ocasión

## TABLA DE CONTENIDO

Abstracto.....	3
Dedicatoria.....	5
Agradecimientos.....	6
Índice de tablas.....	7
Índice de gráficas.....	8
Capítulo I. Introducción	
Antecedentes del problema.....	4
Planteamiento del problema.....	6
Propósito del estudio.....	7
Justificación del problema de investigación.....	8
Modelo conceptual.....	10
Pregunta de investigación.....	13
Objetivos del estudio.....	13
Definiciones operacionales de las variables.....	14
Definiciones del términos.....	14
Resumen.....	15
Capítulo II. Revisión de literatura	
Introducción.....	16
Literatura relevante al tema.....	16
Investigaciones relevantes al tema.....	19
Resumen.....	23
Capítulo III. Metodología	
Introducción.....	25
Diseño.....	25
Descripción de la población y muestra del estudio.....	26
Instrumento de Estudio.....	26
Validez del cuestionario.....	28
Procedimiento.....	29

Protección a los derechos humanos.....	30
Análisis Estadístico.....	32
Resumen.....	33
Capítulo IV. Resultados	
Introducción	
Presentación de datos sociodemográficos	
Presentación de datos a base de los objetivos del estudio	
Resumen	
Capítulo V. Análisis de los resultados	
Introducción	
Análisis de datos a base de los objetivos del estudio	
Conclusiones	
Limitaciones	
Recomendaciones	
Referencias	
Anejos	
Cuestionarios.....	35



## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

#### *Antecedentes del problema*

El uso del término "estrés" es tan integrado en nuestros pensamientos que a veces se siente que siempre ha estado ahí. En el estrés hecho, como actualmente lo pienso, es un concepto relativamente nuevo y es el que sigue evolucionando (Kennard, 2008).

Si hubiéramos vivido en el siglo XIV, seguramente se habría utilizado el término estrés. Pero, con una o dos excepciones notables, habría tenido muy poco que ver con nuestro estado psicológico, excepto quizás por implicación. El estrés tenía más que ver con la adversidad, dificultad o algún tipo de aflicción. No fue sino hasta el siglo XVIII y XIX que un cambio en el significado comenzó a ocurrir (Kennard, 2008).

Como mucha gente sabe, los siglos XVIII y XIX se asocian con un período de intenso progreso científico e industrial. Como las ciencias desarrolladas de manera que el lenguaje adaptado con el fin de acomodar tanto y articular estos cambios. Las ciencias físicas, en particular la ingeniería, comenzaron a utilizar términos como el estrés, la tensión, resistencia, presión, elasticidad, etc., para describir los efectos de los materiales. Casi todo el mundo va a reconocer éstos como expresiones de uso común dentro de la medicina y la psicología. Y otros, como "romperse" o "punto de ruptura", no tienden a ser utilizados dentro de las profesiones de estos días, pero conservan una posición en el lenguaje cotidiano en relación a las emociones o el comportamiento (Kennard, 2008).

En los años 30, el estudiante de medicina en la Universidad de Praga Hans Selye -hijo del cirujano austriaco Hugo Selye- observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, independientemente de la enfermedad que padecieran, presentaban síntomas comunes:

cansancio, pérdida del apetito, pérdida de peso y astenia, entre otras. Por ello, Seyle llamó a este conjunto de síntomas *el síndrome de estar enfermo* (Coucill, 2006).

En 1950 publicó la que sería su investigación más famosa: *Estrés. Un estudio sobre la ansiedad*. El término estrés proviene de la física y hace referencia a la presión que ejerce un cuerpo sobre otro, siendo aquel que más presión recibe el que puede destrozarse- y fue adoptado por la psicología, pasando a denominar el conjunto de síntomas psicofisiológicos antes mencionado, y que también se conocen como síndrome general de adaptación. Los estudios de Seyle con posterioridad llevaron a plantear que el estrés es la respuesta inespecífica a cualquier demanda a la que sea sometido el ser humano, es decir que el estrés puede presentarse hasta cuando se da un beso apasionado (Coucill, 2006).

La mayor parte del personal de cirugía y anestesia asumen que ciertos factores conducen a una mayor ansiedad preoperatoria, sin embargo, la predictibilidad de la ansiedad preoperatoria no ha sido ampliamente estudiada. Existe la hipótesis de que el personal quirúrgico y de anestesia podría ser más eficaz en la reducción preoperatoria de ansiedad si los posibles factores predisponentes de la ansiedad pre- quirúrgica fueran identificados (Domar, 1989).

En 1990, Bolwerk realizó un estudio sobre los efectos relajantes de la música en los pacientes de infarto al miocardio demostrando así la importancia de la relajación en los pacientes que sufren infarto al miocardio. Esto contribuye al desarrollo de estudios adicionales para la búsqueda de estrategias para disminuir el estrés en los pacientes.

En el 2005, Cooke apoya el uso de la música como una intervención de enfermería independiente si es para la ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía ambulatoria, luego de realizado un estudio en el que participaron pacientes que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos.

En el 2011, Ebirim establece que la ansiedad es común en pacientes quirúrgicos durante el período preoperatorio. Los altos niveles de ansiedad preoperatoria pueden tener efectos desfavorables en la inducción y mantenimiento de la anestesia, así como en la recuperación de la anestesia y la cirugía. El objetivo de dicho estudio era determinar los factores responsables de la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía, su nivel y cómo poder minimizarla.

Se entrevistaron 125 pacientes el día antes de su cirugía. Alrededor del 90 por ciento de los participantes tenían ansiedad en el período preoperatorio. La posibilidad de que el procedimiento quirúrgico fuera postergado fue el responsable de la ansiedad preoperatoria en el mayor número (87) de los voluntarios, mientras que el menor número (10) de ellos estaban preocupados acerca de las náuseas y vómitos postoperatorios. Un mayor porcentaje de mujeres que hombres tenían ansiedad preoperatoria, pero esto no fue significativo. Estos estudios mencionados fueron realizados en Estados Unidos. Actualmente no se han encontrado estudios recientes acerca de los factores que predisponen estrés en los pacientes en el periodo preoperatorio y la actitud del profesional de enfermería hacia estos pacientes. Ante el aumento de los pacientes con necesidad de una intervención quirúrgica sería interesante explorar sobre este tema como un problema de estudio.

### *Planteamiento del problema*

El propósito de este estudio es investigar los factores que promueven el estrés en los pacientes en el proceso pre operatorio. El problema del estrés en el paciente preoperatorio es preocupante ya que según CDC, 2009 se realizan alrededor de 48 millones de procedimientos quirúrgicos en los Estados Unidos, es decir que alrededor de 48 millones de pacientes pasan por el proceso pre- operatorio. Según las estadísticas de APA, 2004, el 54% de los estadounidenses están preocupados por el nivel de estrés en su vida cotidiana. El 75% de los adultos reportaron

haber experimentado niveles moderados a altos de estrés en el último mes. 42% de los adultos informaron que su estrés ha aumentado en el último año (APA, 2009).

La ansiedad preoperatoria y el estrés son comunes en los pacientes quirúrgicos esto según Wetsch W., Pircher I. (2009) en su artículo “Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery”. El método utilizado fue el siguiente: Antes de la inducción de la anestesia, el grado de estrés y la ansiedad se evaluó en 135 pacientes utilizando cuestionarios de estrés y ansiedad, bio-retroalimentación, medidas fisiológicas, y los niveles séricos de las variables de estrés. Las respuestas al cuestionario y las medidas fisiológicas tales como: presión arterial, frecuencia cardíaca, conductancia de la piel, cortisol, y catecolaminas se compararon para los pacientes ambulatorios y hospitalizados.

Entre los resultados encontrados las respuestas de los cuestionarios personales en el estrés y la ansiedad y los valores medios de la presión arterial y la frecuencia cardíaca no fue significativamente diferente en pacientes ambulatorios cuando se compara con pacientes hospitalizados.

#### *Justificación del problema de investigación*

La justificación del estudio fue desarrollada tomando como base los criterios para evaluar el valor potencial de una investigación según citado por Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio (2003). En el mismo se hizo énfasis en la conveniencia de la investigación, su alcance, el valor teórico y la utilidad metodológica.

Respecto a la conveniencia de la investigación los resultados del estudio aportarán al sector educativo de la enfermería. El identificar los factores que promueven el estrés en el paciente pre-operatorio servirá de base para el desarrollo de estrategias para disminuir los

factores estresantes en los pacientes en el periodo pre-operatorio permitiendo así que este se sienta menos estrés y con una satisfacción mayor de la calidad de cuidado recibido.

Respecto al alcance del estudio se espera que el mismo sea amplio y de gran valor social. La calidad de los servicios recibidos de enfermería por el paciente se rige en gran parte por la atención brindada al paciente de una forma holística visualizando todas las necesidades y especialmente en el periodo pre-operatorio donde el paciente requiere suma atención y debe sentir comodidad y tranquilidad en el proceso. Actualmente, aproximadamente 46 millones de personas se someten a procedimientos quirúrgicos diariamente según CDC, 2009, lo que implica que el desarrollo de estrategias para disminuir el estrés pre-operatorio contribuirá grandemente a la recuperación satisfactoria de los pacientes ya que según Kain (2006) encontró que los niños con ansiedad experimentaron más dolor tanto durante la estadía en el hospital y durante los primeros 3 días en casa y concluyó que la ansiedad preoperatoria en niños sometidos a cirugía se asocia con una recuperación postoperatoria más dolorosa y una mayor incidencia de sueño y otros problemas por ende el desarrollo de estrategias para disminuir el estrés pre-operatorio en pacientes a través de los resultados de este estudio, puede ser una de las aportaciones sociales mejores del mismo.

Respecto al valor teórico del mismo el mismo tiene como propósito descubrir los factores predisponentes al estrés en el paciente pre-operatorio, Wetsch W. (2009) establece que la ansiedad y el estrés preoperatorio son comunes, sin embargo, Kruzik, N. (2009), establece que idealmente, la educación del paciente preoperatorio debe comenzar en el consultorio del cirujano, que continúe a través de pre-admisión y se complete durante el ingreso. En conclusión, tener un programa bien diseñado con la educación pre-quirúrgica permite a las enfermeras en cirugía ambulatoria proporcionar un enfoque reflexivo pre-operatorio y esto a su vez disminuye

la ansiedad en el paciente pues tiene mayor conocimiento de la cirugía, por ende, queda evidenciado que el desarrollo de estrategias para disminuir el estrés pre-operatorio es de suma importancia y de gran aportación al campo de la enfermería.

### *Modelo conceptual*

Las teorías o modelos conceptuales son el primer mecanismo por el cual el investigador organiza los hallazgos en un contexto (Polit & Beck, 2006). “Nunca debemos olvidarnos del objetivo de la observación. La observación no solo nos sirve para recopilar datos variados y hechos curiosos, sino para salvar vidas y promover la salud y la comodidad” (Nightingale, 1959).

Actualmente existen muchas teorías en el campo de la enfermería, pero pocas son dirigidas hacia el confort del paciente y la misma se denominó Teoría del confort y fue creada por Katharine Kolcaba. Katharine Kolcaba nacida como Katharine Arnold el 8 de diciembre de 1944, en Cleveland, Ohio, fue diplomada en Enfermería por la Escuela Hospital St. Luke de Enfermería en 1965. Egresada de la Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University en 1987. Graduada con doctorado en enfermería y recibió el certificado de especialista como enfermería clínica autoridad en 1997. Especialista en Gerontología, Intervenciones en etapa final de la vida y Confort, Estudios, Desarrollo Instrumento, Teorías de Enfermería, Investigación en Enfermería. Actualmente es profesora asociada de enfermería en la Universidad de Akron Escuela de Enfermería, donde enseña teoría e investigación en enfermería. Sus áreas de interés son las intervenciones y mediciones para la incontinencia urinaria, medición del confort en casos de enfermos terminales y los resultados de investigaciones previas en el campo. Cabe destacar que para el desarrollo de esta teoría se utilizaron muchas fuentes teóricas basadas en la comodidad que se destacó en una declaración de Nightingale, 1859 “Nunca

debemos olvidarnos del objetivo de la observación. La observación nos sirve para recopilar datos variados y hechos curiosos, sino para salvar vidas y promover la salud y la comodidad”.

Por otra parte, también se tomó en consideración Aikens (1908), quien afirmó que la comodidad era el centro de la enfermería y la medicina, ya que, a través de él, se llegaba a la recuperación. Además, utilizó libros de texto de 1904, 1914, 1919 en los cuales la comodidad emocional se denominó “comodidad mental” y dependía principalmente de la comodidad física y de la modificación del entorno de los pacientes. No obstante, luego de la búsqueda de datos se determinó la comodidad como algo positivo, la misma se consigue con la colaboración del equipo de enfermería y esto a su vez causa mejoría en muchos de los pacientes.

Luego de la utilización de pruebas empíricas en las investigaciones modernas sobre la comodidad Morse, 1983 se centró en la comodidad como una acción de la enfermera y creía que esta acción era esencial para enfermería y tenía que ser descrita. Por otra parte, Hamilton, 1989 afirmó en su artículo investigativo: “El mensaje que aparece con claridad es que la comodidad es multidimensional y posee diferentes significados para distintas personas.” Kolcaba luego de elaborar su teoría la probó con un diseño experimental.

En dicho estudio, las necesidades de cuidado de salud eran aquellos elementos estresantes (necesidades de comodidad) asociados con un diagnóstico de cáncer de mama en su fase inicial. Los descubrimientos revelaron una diferencia en la comodidad a lo largo del tiempo entre las mujeres a quienes se le habían aplicado medidas de comodidad deliberadamente. El rol de enfermería para Katharine Kolcaba sería el estudio de la valoración de las necesidades de la comodidad, el diseño de las medidas de comodidad para satisfacer esas necesidades y la revaloración de los niveles de comodidad después de la implantación de dichas medidas. Asume que la interacción enfermera/cliente conducen al logro de los objetivos. La enfermería la define

como un proceso de acción, reacción e interacción por el cual la enfermera y el paciente comparten información acerca de los factores que causan estrés en el periodo pre operatorio. La meta de enfermería se obtiene a través de las interacciones entre la enfermera y el paciente. Es importante que las enfermeras desarrollen un proceso de interacción efectivo dado que es la base para obtener e interpretar información.

Para Kolcaba (2003), las enfermeras logran sus objetivos a través de:

- Identificación de las necesidades de confort no satisfechas de sus pacientes, diseñan las medidas de confort para satisfacerlas y quieren potenciar su comodidad lo que constituye el resultado inmediato del paciente.
- La potenciación de la comodidad directa y positivamente relacionada con la implicación en las conductas de búsqueda de salud, lo que constituye el siguiente resultado deseado.
- Cuando las personas reciben la ayuda adecuada para realizar las conductas saludables por si solas, como la rehabilitación y/o el programa de recuperación o régimen, que también potencia la integridad estructural.

La enfermera (o) debe identificar las necesidades del paciente a través de la comunicación, observación e interpretación de la información para identificar problemas del paciente. Cuando el profesional de enfermería cuida un paciente, debe visualizarlo holísticamente y definir y establecer los factores que le causan estrés. Cabe destacar, que se recurre al establecimiento de una comunicación interpersonal adecuada ya que la misma hará posible el logro de objetivos. La comodidad es un objetivo holístico deseable que concierne a la disciplina enfermera.



### *Aplicación del Marco Conceptual al estudio*

Siguiendo el modelo de Kolcaba, este estudio busca promover la integridad estructural mediante la identificación y disminución de los factores de estrés que estén afectando la “comodidad” del paciente. Esa identificación de factores permitirá establecer medidas de comfort para satisfacerlas y potenciar su comodidad mediante la interacción, la comunicación y educación, lo que constituirá el resultado inmediato para el paciente.

Cuando se le brinda comodidad al paciente esto permite mejores resultados, disminución del estrés y conductas saludables por si solas. Por otro lado, ayuda a disminuir los factores estresantes y permite una relación enfermera-paciente efectiva. El conocer los factores que promueven el estrés en los pacientes permite cumplir con uno de los roles principales de la enfermería, el rol de educador y cuidador, mediante charlas educativas y orientación al paciente y familia.

### *Preguntas de investigación*

*¿Qué factores promueven el estrés en los pacientes en el periodo pre-operatorio?*

### *Objetivos*

1. Determinar los factores que causan estrés en el paciente en el periodo pre-operatorio.
2. Explorar la opinión de los pacientes respecto a los factores que disminuyen su estrés.
3. Determinar los pacientes afectados por los factores de estrés pre-operatorio.

### *Definiciones operacionales*

1. Periodo Pre-operatorio - Periodo anterior a una intervención quirúrgica, en que el organismo se acondiciona para ella (Diccionario de la lengua española, 2005).

2. Estrés (del inglés *stress*, 'tensión')- es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada (Salas, 2011).
3. Profesional de Enfermería-La ley 254 del 31 de diciembre de 2015 define al profesional de enfermería como una persona que utiliza destrezas de pensamiento crítico al proveer cuidado de enfermería profesional a individuos, familia y comunidad y al ejercer liderazgo, gerencia y manejo de casos en diferentes escenarios.
4. Equipo Interdisciplinario de salud - Un equipo interdisciplinario puede definirse, como un grupo de personas, desde una amplia gama de disciplinas de la salud, que trabajan juntos para asegurar la utilización integrada de las ciencias naturales y sociales y las artes en la planificación y la toma de decisiones para resolver un problema de salud.
5. Enfermería- La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación (Organización Internacional de Enfermería, 2006).
6. Confort: Estado de comodidad que experimentan los receptores como consecuencia de las medidas utilizadas para proporcionarles comodidad. Consiste en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de los tres tipos de comodidad (alivio, tranquilidad y trascendencia).

7. Periodo pre-operatorio: La fase preoperatoria es el período de tiempo entre la decisión de someterse a la cirugía y el inicio de la intervención quirúrgica. Para algunos pacientes, el período preoperatorio puede durar meses, durante los cuales otras pruebas y procedimientos se pueden realizar. En caso de emergencia, como por ejemplo una apendicitis, el período preoperatorio puede durar sólo unas pocas horas (Heisler, 2009).  
Correspondiente al período antes de un procedimiento quirúrgico. Normalmente, el período preoperatorio comienza con la primera preparación de la paciente para la cirugía, por ejemplo, cuando la cirugía está programada. Dentro de 1 semana, el paciente preoperatorio tiene estudios pertinentes, laboratorios, rayos X, y un historial y examen físico. Termina con la inducción de la anestesia en el quirófano (Medical Dictionary, 2009).
8. Cuidado de pre-operatorio: es la preparación y el manejo de un paciente antes de la cirugía. Esto incluye la preparación tanto física como psicológica (Enciclopedia de cirugía, 2012).

### *Resumen*

En este capítulo se presenta la introducción del estudio sobre los factores que promueven el estrés en los pacientes en el periodo pre-operatorio. En el mismo se presenta el desarrollo histórico del término estrés y cómo a través de los años se han ido determinando los factores causados por el mismo. En el capítulo se define el término estrés, sus clasificaciones y la prevalencia del estresen Puerto Rico y Estados Unidos. Se destacan los factores que pueden causar estrés en el periodo pre-operatorio y cómo pueden interferir con la recuperación del paciente. Estudios presentados comprueban este efecto, en una población creciente que representa un reto, tanto para el profesional de enfermería como para el equipo interdisciplinario.

Se utiliza en la investigación el modelo de Katharine Kolcaba como marco teórico en la cual se ha de basar el estudio. Se justifica la investigación ya que la misma demostrará la importancia del conocimiento de los factores predisponentes al estrés en el paciente en el periodo pre-operatorio para así establecer guías y estrategias para mejorar la calidad de cuidado en el paciente permitiendo así que este se sienta bienvenido a recibir los servicios y con una alta satisfacción ante la calidad de cuidado recibido.

## CAPÍTULO II

## REVISIÓN DE LITERATURA

*Introducción*

La revisión de literatura se considera el elemento que permite al investigador conocer a profundidad el tema de investigación (Polit & Hungler, 2000). En este capítulo se presenta la revisión de literatura siguiendo las recomendaciones de Polit & Hungler (2000). En la primera fase se presenta la conceptualización de las variables de investigación y en la segunda fase se presentan aquellas investigaciones relacionadas con las variables del estudio. El capítulo culmina con un resumen de los aspectos más relevantes encontrados por el investigador en este proceso.

*Literatura relacionada con el tema*

## Estrés

Una clave para la comprensión de los aspectos negativos del estrés es el concepto del medio interno (el entorno interno del cuerpo), que se adelantó por primera vez por el fisiólogo francés Claude Bernard. En este concepto, describió los principios de equilibrio dinámico. En equilibrio dinámico, la constancia, un estado de equilibrio (situación) en el entorno interno del cuerpo, es esencial para la supervivencia. Por lo tanto, los cambios externos en el medio ambiente o las fuerzas externas que cambian el equilibrio interno deben hacerse reaccionar a y compensarse si el organismo es sobrevivir. Ejemplos de tales fuerzas externas incluyen la temperatura, concentración de oxígeno en el aire, el gasto de energía, y la presencia de los depredadores. Además, las enfermedades también fueron factores de estrés que amenazaban la constancia del interior medio.

El neurólogo Walter Cannon acuñó el término homeostasis para definir aún más el equilibrio dinámico que Bernard había descrito. Dicha definición fue la primera acreditada con el reconocimiento de que los factores de estrés pueden ser tanto emocionales como físicos. A través

de sus experimentos, demostró la "lucha o huida" que el hombre y los animales comparten cuando están amenazados. Además, Cannon relacionó estas reacciones a la liberación de neurotransmisores de gran alcance de una parte de la glándula suprarrenal, la médula. (Los neurotransmisores son sustancias químicas del cuerpo que transportan los mensajes entre los nervios.) La médula adrenal secreta dos neurotransmisores, epinefrina (también llamada adrenalina) y norepinefrina (noradrenalina), en la respuesta al estrés. La liberación de estos neurotransmisores da lugar a los efectos fisiológicos observados en la respuesta de lucha o huida, por ejemplo, una frecuencia cardíaca rápida, y mayor estado de alerta, entre otras cosas.

Hans Selye, otro científico temprano que se sabe que ha estudiado el estrés, amplió las observaciones de Cannon. Se incluye, como parte del sistema del cuerpo de la respuesta al estrés, la glándula pituitaria, una glándula pequeña en la base del cerebro. Se describe el control por esta glándula de la secreción de hormonas (por ejemplo, cortisol) que son importantes en la respuesta fisiológica al estrés por la otra parte de la glándula adrenal, conocida como la corteza. Además, en realidad, Selye introdujo el término estrés de la física y de la ingeniería y la definió como "las acciones mutuas de las fuerzas que se desarrollan en cualquier parte del cuerpo, físico o psicológico".

En sus experimentos, Selye indujo el estrés en ratas en una variedad de maneras. Él encontró las respuestas psicológicas y físicas típicas y constantes a las situaciones adversas que se impusieron a las ratas. En ratas expuestas a estrés constante, se observó agrandamiento de las glándulas suprarrenales, úlceras gastrointestinales y un desgaste (atrofia) del sistema inmune (defensa) del sistema. Llamó a estas respuestas el estrés de la adaptación general (de ajuste) o el síndrome de estrés. Descubrió que estos procesos, que eran de adaptación (ajuste saludable, apropiado) y normal para el organismo en la guardia de estrés, podrían llegar a ser muy similar a

las enfermedades. Es decir, los procesos de adaptación, si fueran excesivos, podría dañar el cuerpo. Esta observación, entonces, fue el comienzo de una comprensión de por qué el estrés, sobreesfuerzo realmente, puede ser perjudicial, y por qué la palabra estrés se ha ganado una mala reputación.

Con respecto al concepto estrés existen muchas definiciones entre las que se mencionaran las siguientes:

1. Estrés (del inglés stress, 'tensión') es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada (Instituto de Neurología Cognitiva (INECO), 2008)
2. El estrés es a menudo descrito como una sensación de estar abrumado, preocupado o deteriorado. El estrés puede afectar a personas de todas las edades, géneros y circunstancias y puede conducir a problemas de salud tanto físicos como psicológicos. Por definición, el estrés es cualquier factor incómodo "experiencia emocional acompañada de previsible cambios bioquímicos, fisiológicos y de comportamiento (Baum, A., 1990).
3. El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción (OMS, 2009).

#### *Investigaciones relevantes al tema*

Varios autores señalan la estrecha relación que existe entre el estrés y el periodo pre-operatorio y los factores causales del mismo. A continuación se presentan los estudios y/o artículos de autores que describieron dicha relación.

En el Reino Unido, el 8% de las operaciones programadas se cancelarán electivos a nivel nacional dentro de las 24 horas de la cirugía. En este artículo se destaca que los pacientes quirúrgicos electivos eran los más preocupados por la posibilidad de que sus intervenciones quirúrgicas aplazadas probablemente debido a la incidencia relativamente alta de casos de aplazamiento de la fecha prevista de la cirugía, (69.6%) además también se ha demostrado que las operaciones planificadas que se cancelan pueden causar traumas emocionales según, Donald I. (1978).

Una mejor comunicación médico-paciente que implica el intercambio de información sobre el procedimiento quirúrgico, la satisfacción del paciente, la atención a las consultas por parte del paciente y la confianza en el médico son factores que se han asociado con niveles de ansiedad más bajos.

Barrocal (2011) menciona en su artículo que una sesión de musicoterapia podría acelerar la recuperación de los pacientes que se han sometido a un trasplante de medula ósea y restarles parte del dolor y la náuseas. Al comparar la evolución de 42 pacientes con edades entre los 5 y 65 años ingresados por diferentes tipos de cáncer, la mitad recibió los cuidados estándar establecidos, el resto fue incluido en una terapia de musicoterapia experimental. Después de la terapia, los enfermos mostraban índices moderados de dolor y náuseas que lo que experimentaban antes de la sección. La recuperación fue más rápida que sus compañeros.

Badner (1990) realizó un estudio donde demostró que la ansiedad resultó ser mayor en las mujeres que no han tenido un anestésico anterior, y que se mantiene constante desde la tarde antes de la cirugía hasta el período operatorio. Los anestesiólogos resultaron ser los evaluadores más pobres de la ansiedad, a menos que interroguen específicamente a sus pacientes acerca de esto.



Clare (2014) quería explorar los beneficios de las intervenciones con música y como esto permitía reducir los niveles de agitación en personas con demencia. Como conclusión menciona en su artículo que la música tiene la capacidad de reducir el estrés aumentando los niveles de interacción entre personas de manera positiva. Utilizando diversas herramientas de medición, se ha demostrado que esta terapia de la música puede aumentar el bienestar y la interacción de estos residentes y reducir comportamientos de estrés y 'problema', sin intervención farmacológica.

Di Prinzio, C. (2011) menciona en su escrito ocho artículos que investigan el uso de la musicoterapia para calmar el estrés. Los ocho estudios revisados revelaron que aquellos que habían escuchado música dijeron sentirse mejor que los que no, con un margen de 1,06. Cinco estudios que hablaban de la frecuencia cardíaca revelaron que la música reducía cinco latidos por minuto. También demostraron mejorar la frecuencia respiratoria. Lo importante es que al paciente le agrade la selección, porque si no, de lo contrario, le causaría más estrés.

Krucik (2009) destacó en un artículo que idealmente, la educación del paciente preoperatorio debe comenzar en el consultorio del cirujano, continúe a través de la pre-admisión y se completará durante la admisión. El mismo destaca que tener un programa bien diseñado con la educación pre-quirúrgica permite a los profesionales de enfermería en cirugía ambulatoria proporcionar un enfoque reflexivo pre-operatorio y esto a su vez disminuye la ansiedad en el paciente pues tiene mayor conocimiento de la cirugía.

Kain, Z., Mayes, L. et al. (2006) citó varios autores y destaca que los resultados de los estudios publicados sugieren que la recuperación postoperatoria el proceso es más doloroso, más lento y más complicado en pacientes adultos con altos niveles de ansiedad preoperatoria. En su estudio se reclutó 241 niños y niñas de 5 a 12 años programados para someterse a cirugías electivas. Antes de la cirugía, se evaluó la ansiedad y el temperamento de los padres y los niños.

Después de la cirugía, todos los sujetos fueron ingresados en una unidad de investigación en los que el dolor postoperatorio y analgesia administrada fueron evaluados cada 3 horas. Entre los resultados se encontró que los niños con ansiedad experimentaron más dolor, tanto durante la estadía en el hospital y durante los primeros 3 días en casa. Este artículo concluyó que la ansiedad preoperatoria en niños sometidos a cirugía se asocia con una recuperación postoperatoria más dolorosa y una mayor incidencia de sueño y otros problemas.

Por otra parte, Marback, R. (2007) realizó un estudio donde tuvo como objetivo la identificación de los factores emocionales relacionados con las dificultades cotidianas y el tratamiento quirúrgico en pacientes con catarata en un hospital universitario. El estudio reveló que la mayoría de los pacientes informó que presentaba dificultades en sus actividades diarias, como consecuencia de las cataratas y que el miedo predominante era la sensación relacionada con la intervención quirúrgica.

Palese, A., Cecconi, M. et al. (2012) destacó en un artículo que los pacientes con la primera aparición de neoplasia percibieron la misma intensidad de estrés que aquellos con neoplasia recurrente. Sólo un caso de depresión clínicamente relevante surgió entre los pacientes en su primer diagnóstico. Los pacientes en su primera aparición, así como los de recurrencia, se informaron que adoptaron estrategias optimistas de afrontamiento y solicitados frente al promedio. El conocimiento de la intensidad del estrés, la ansiedad y la depresión, así como las estrategias de supervivencia adoptadas por los pacientes es importante para los médicos en sus esfuerzos por adaptar a la atención necesidades de los pacientes individuales.

Wetsch, W. (2009) en su artículo tiene como propósito investigar los niveles preoperatorios de estrés y ansiedad en pacientes de cuidado diurno y pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas. Antes de la inducción de la anestesia, el grado de estrés y la ansiedad

se evaluó en 135 pacientes utilizando cuestionarios de estrés y ansiedad, bio-retroalimentación, medidas fisiológicas, y los niveles séricos de las variables de estrés. Luego las respuestas al cuestionario y las medidas fisiológicas tales como: presión arterial, frecuencia cardiaca, conductancia de la piel, cortisol, y catecolaminas se compararon para los pacientes ambulatorios y hospitalizados. Entre los resultados encontrados las respuestas de los cuestionarios personales en el estrés y la ansiedad y los valores medios de la presión arterial y la frecuencia cardíaca no fue significativamente diferente en pacientes ambulatorios cuando se compara con pacientes hospitalizados. En su conclusión destaca que la ansiedad preoperatoria y el estrés son comunes en los pacientes quirúrgicos.

De acuerdo con Bailey (2010) recalcó en su estudio de revisión de literatura que la ansiedad del paciente peri-operatorio es un problema generalizado que puede tener efectos de largo alcance. Entre estos efectos aumentan el dolor postoperatorio, mayor riesgo de infección, y más tiempo de recuperación. Muchos de los que factores afectan al paciente perio-operatorio entre son: ansiedad, incluyendo la necesidad de cirugía, percepción de pérdida de control, miedo al dolor postoperatorio, y la alteración de la imagen corporal, entre otros. Esta revisión sistemática de la literatura se realizó para identificar las intervenciones basadas en la evidencia y para poder disminuir la ansiedad del paciente en el periodo pre- operatorio. De acuerdo con la literatura científica actual, la educación y la terapia de música puede utilizarse con éxito para reducir la ansiedad de los pacientes quirúrgicos.

Ebirim, L. (2011) realizó un estudio donde cita diferentes autores realizado en Turquía. En el mismo se menciona que la ansiedad es común en pacientes quirúrgicos durante el período preoperatorio. Los altos niveles de ansiedad preoperatoria pueden tener efectos desfavorables en la inducción y mantenimiento de la anestesia, así como en la recuperación de la anestesia y la

cirugía. El objetivo de su estudio era determinar los factores responsables de la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía, su nivel y cómo puede ser minimizada.

Se entrevistaron 125 pacientes el día antes de su cirugía. Alrededor del 90 por ciento de los participantes tenían ansiedad en el período preoperatorio. La posibilidad de que el procedimiento quirúrgico sea postergado fue el responsable de la ansiedad preoperatoria en el mayor número (87) de los voluntarios, mientras que el menor número (10) de ellos estaban preocupados acerca de las náuseas y vómitos postoperatorios. Un mayor porcentaje de mujeres que hombres tenían ansiedad preoperatoria, pero esto no es significativo. Dicho estudio tuvo como conclusión que la incidencia de la ansiedad preoperatoria en nuestra población quirúrgica es bastante alta. El temor a un posible aplazamiento de la cirugía era la ansiedad más común encontrada en este estudio.

### *Resumen*

En este capítulo se presenta una revisión de literatura sobre los factores que promueven el estrés en el paciente en el periodo pre-operatorio. La revisión de literatura incluye además el término estrés, sus clasificaciones y la prevalencia del mismo en Estados Unidos pues actualmente no hay estadísticas disponibles de Puerto Rico. No obstante, aunque los artículos revisados destacan que el estrés pre-operatorio es muy común en los pacientes existen factores que lo predisponen. Además, se destaca que el paciente en el periodo pre-operatoria en muchas ocasiones no recibe la educación adecuada y esto predispone a niveles de estrés elevados durante e periodo pre-operatorio y esto tiene consecuencias posteriores en la recuperación del procedimiento quirúrgico. Se recalca la búsqueda de estrategias para disminuir el estrés tales como: el desarrollo de programas educativos para el paciente, musicoterapia, entre otros. Todo profesional de enfermería debe tener en cuenta su objetivo el cual se centra en proveer una mejor

calidad de vida hacia el ser humano, es por esto que debe fomentar estrategias que promuevan la comodidad del paciente en el periodo pre-operatorio.

### CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### *Introducción*

A continuación se presenta la metodología que se llevará a cabo en este estudio. En el mismo se describen entre otros temas: el diseño, población, instrumento, procedimiento y como se han de proteger los derechos humanos de los participantes. El título del estudio es: *Factores que promueven el estrés en el paciente en el periodo pre-operatorio*. El estudio que se llevó a cabo es de tipo descriptivo y sigue las recomendaciones establecidas por Polit y Beck (2011) para este tipo de investigación.

#### *Diseño*

El estudio que se llevó a cabo responde a uno de naturaleza positivista, es uno cuantitativo de tipo descriptivo. Según Polit y Hungler (2000) las investigaciones descriptivas tienen como objetivo observar, describir, documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural y algunas veces proporciona el punto de partida para la generación de una hipótesis o el desarrollo de una teoría. Se considera el diseño descriptivo como uno apropiado ya que ha sido utilizado por otros autores relacionados con este tema como lo son: Ebirim (2011), Kain (2006).

La utilidad metodológica de este estudio de investigación consistió en desarrollar un instrumento validado científicamente a través de un panel de expertos de acuerdo con las recomendaciones de Polit & Beck (2011). El contar con un instrumento que valide los factores que predisponen estrés en el paciente pre-operatorio servirá de guía para futuras investigaciones, o podrá ser utilizado para una réplica de este estudio, fuera de la zona metropolitana de San Juan así como para el desarrollo de estrategias para que el personal de enfermería desarrolle

estrategias para disminuir los niveles de ansiedad en el paciente pre-operatorio y ofrezca una mejor calidad de cuidado además dará una idea más clara de cómo este problema prevalece en las instituciones del país, para poder ofrecer alternativas reales a base de los hallazgos que arrojen este tipo de instrumentos.

### *Población*

La población estuvo compuesta por pacientes que serán sometidos a un procedimiento quirúrgico que se encuentran en el periodo pre-operatorio. El grupo estuvo compuesto de pacientes de cirugía electivas- ambulatorias residentes de la zona metropolitana de San Juan. La muestra consistió de 20 pacientes, de ambos sexos. Dicha muestra fue tomada según la disponibilidad de los sujetos y fue de tipo no aleatoria.

### Criterios para la selección de la muestra de pacientes

1. Mayores de 21 años
2. Que sean pacientes de cirugías electivas y estén en el periodo pre-operatorio
3. De ambos géneros

### Criterios de exclusión de la muestra de pacientes

1. Menores de 21 años
2. Que no deseen participar del estudio

### *Instrumento*

Para recopilar los datos el investigador desarrolló un cuestionario. El mismo está dirigido a pacientes que serán sometidos a un procedimiento quirúrgico que se encuentran en el periodo pre-operatorio. A continuación la descripción del mismo.

El cuestionario se titula: *Cuestionario para medir los niveles de ansiedad en pacientes que se encuentran en el periodo pre-operatorio*. El mismo fue construido por el investigador

basado en los factores identificados en la revisión de literatura. El mismo se compone de dos partes. La primera parte mide los datos socio-demográficos de los pacientes. Esta se compone de 7 premisas, donde se le pregunta entre otras cosas: el género, edad, peso actual, estatura, tipo de cirugía, entre otras. El participante tendrá que hacer una marca de cotejo en la respuesta que responda a su condición. La segunda parte del cuestionario mide los diferentes factores que pueden causar stress al paciente en el periodo preoperatorio. Esta sección se compone de una lista de 12 premisas, donde el sujeto debe contestar SI o NO, de acuerdo a su realidad vivida durante su presente o pasadas cirugías o cuidados recibidos en cualquier institución de salud. El autor cree que el instrumento es el más adecuado para recopilar los datos en la población porque de acuerdo con Polit y Hungler (2000) un cuestionario facilita la recolección de los datos. Además, los instrumentos para este tipo de variable y población fueron aplicados en otras investigaciones tales como Yanovski, & Wadden (2002) y Puhl & Brownell (2001) para este tipo de tema, comprobando ser un método efectivo.

#### *Validez y confiabilidad de los instrumentos*

Según Polit & Beck (2011), la validez se refiere al grado en que un instrumento mide lo que la variable pretende medir. Existen tres tipos de validez: puede ser de contenido, de constructo y de criterio. El instrumento fue evaluado por un panel de 5 expertos quienes determinaron que el instrumento tenía validez de contenido utilizando el Método Lawshe (1975). Cada uno de los jueces evaluó cada reactivo del cuestionario y determinó si era representativo del concepto que el instrumento pretendía medir indicando si era “esencial” o “no esencial” o si requería alguna modificación. El instrumento final consiste de los reactivos que alcancen el valor mínimo esperado de acuerdo según establece el Método Lawshe (1975). Esto le da credibilidad y confiabilidad al instrumento a utilizarse y permite que los resultados obtenidos sean válidos. El



mismo al aplicarle la fórmula de Lawshe obtuvo un 0.99 centésimas, siendo este el mínimo aceptado para indicar que era un cuestionario válido y que media la variable bajo estudio.

### *Procedimiento*

Para la realización de este estudio se siguieron las recomendaciones hechas por Polit y Beck (2011) y el Comité de Derechos Humanos (IRB) del Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM), el cual es utilizado en este tipo de investigaciones. Para este estudio se sometió la propuesta del mismo al IRB del SUAGM para la aprobación del mismo. También se solicitó autorización por escrito a la Director Médico de la Clínica de Heridas y Ulceras crónicas del área metropolitana en la cual se llevó a cabo el estudio. A éste se explicó el propósito del estudio y la necesidad de realizar el mismo como parte de un proyecto académico. Una vez recibida la autorización, tanto del IRB como de Director Médico de la Clínica de Heridas y Ulceras crónicas, se procedió al proceso de reclutamiento de los participantes. Se reclutaron a los sujetos mediante aviso verbal del director de la clínica. Se recibieron en el salón de conferencias a la hora previamente establecida con el director médico, según iban llegando. Aquellos que estuvieron de acuerdo y consintieron en participar voluntariamente. Se les entregó la hoja informativa del estudio y el instrumento desarrollado por el investigador (cuestionario). Este proceso se llevó a cabo en estricta confidencialidad y privacidad, respetando la decisión del sujeto en formar parte o no del estudio. No se solicitó información personal del sujeto. El cuestionario fue entregado en sobre sellado por el investigador que estuvo disponible para aclarar cualquier duda a los participantes. Una vez contestado el instrumento por los participantes, este le será entregado al investigador para su tabulación y análisis.

*Protección de derechos humanos*

El investigador para apoyar y formar parte de un proceso ético y correcto durante su estudio de investigación, tomó las certificaciones del IRB, HIPAA y RCR relacionados con las leyes federales de confidencialidad y protección de los derechos humano. Para garantizar la protección de los sujetos, se observaron los principios de confidencialidad y protección de la identidad. Se le explicó que la participación en la investigación era voluntaria y que el riesgo de completar el instrumento era mínimo. El potencial a riesgo real físico, psicológico, social, legal o de otra índole era mínimo incluyendo el del investigador: el único riesgo potencial de los participantes era sentirse levemente cansados al completar el instrumento.

El investigador durante su reclutamiento proveyó a los participantes la información necesaria para garantizar la participación voluntaria, por conveniencia y la cuota determinada de los participantes. La hoja informativa describía el propósito de estudio, cuan largo es el instrumento y el tipo de preguntas que se realizarían.

Se le indicó al participante que podía retirarse del estudio en el momento que lo deseara sin ser coaccionado por el investigador. Se le explicó de antemano el beneficio potencial de formar parte de la investigación y la importancia de la misma, ya que los participantes no recibieron compensación económica alguna. El investigador estuvo disponible en todo momento para contestar preguntas o dudas sobre el estudio. De recibir algún daño los participantes iban a ser atendidos sin costo alguno en las facilidades de las clínicas que determinara el SUAGM. De hecho, el riesgo de participar en la investigación era mínimo, consistía en cumplimentar el cuestionario en el cual los participantes podían expresar cansancio durante el proceso de complementar el mismo.

Además, de entender los participantes, que le habían sido violado sus derechos se le proveyó el número telefónico de la Oficina de Derechos Humanos (IRB) del SUAGM para que se comunicaran cuando estos lo desearan. El investigador proveyó, además, su número de teléfono para cualquier duda o pregunta que surgiera de algún participante, luego de haber formado parte del estudio y concluido el proceso de recolección de datos en el hospital bajo estudio. Una vez recopilados los cuestionarios, estos fueron custodiados por el investigador. Los cuestionarios fueron guardados en sobre sellado para garantizar la objetividad y pureza del proceso. Luego de analizados los cuestionarios, estos fueron guardados en un lugar seguro, bajo llave por un periodo de 5 años.

#### *Análisis estadístico*

El análisis estadístico utilizado en este estudio fue la estadística descriptiva y de tendencia central como lo es el por ciento, frecuencia y promedio. En caso de los datos sociodemográficos del cuestionario, se analizaron mediante estadísticas descriptivas de por ciento, media, mediana, moda y desviación típica. Para los objetivos de investigación 1 y 2 se utilizó la frecuencia, el promedio y el por ciento. El análisis descriptivo según Polit y Beck (2011) se utilizará para describir y sintetizar datos; los promedios, los porcentajes corresponden a esta categoría. En la actualidad, cuando dichos índices se calculan a partir de los datos de una población, se denominan parámetros, mientras que los índices descriptivos de una muestra se denominan como estadísticas. Este tipo de análisis es adecuado para este tipo de investigación ya que otras investigaciones relacionadas con el tema lo utilizaron exitosamente (Fink, 2010; Foster, & Markris et al. 2003).

### *Resumen*

Este estudio se centra en pacientes que visitan un hospital o clínica privada para realizarse una cirugía electiva y se encuentran en el periodo pre-operatorio, donde reciben cuidado por el profesional de enfermería. Para esto se escogerá una muestra de 20 pacientes que visiten la clínica, donde se le entregará una hoja informativa al grupo de pacientes en sustitución del consentimiento informado, ya que se solicitó un *waiver* para ambos grupos de participantes. Adjunto se le entregará un cuestionario en donde será la fuente de nuestra información para complementar nuestra investigación. La metodología presentada en este capítulo siguió los principios sugeridos por Polit y Beck (2011).

## CAPÍTULO IV

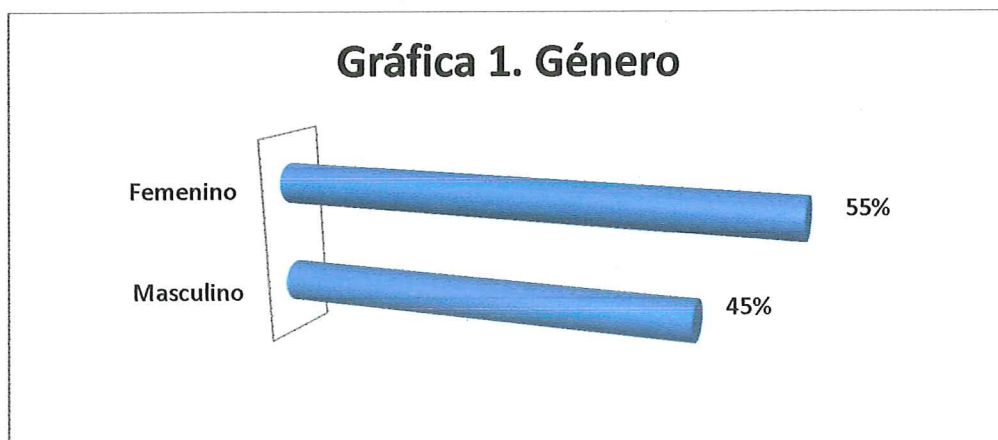
## RESULTADOS

*Introducción*

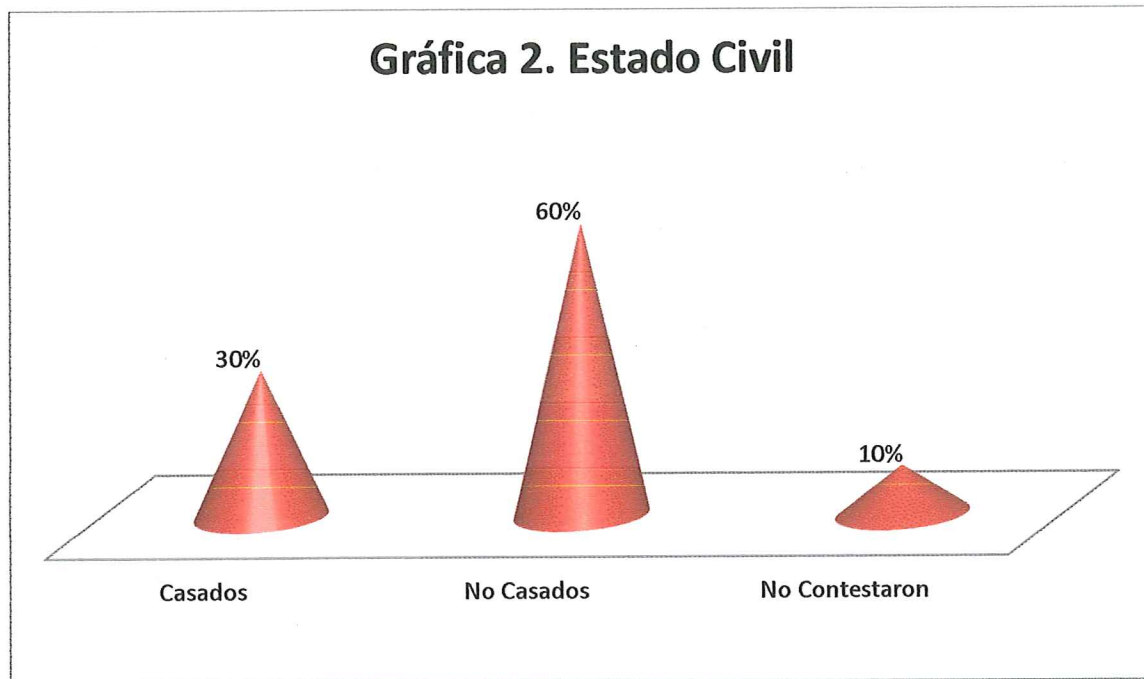
A continuación se presentan los resultados del estudio. En este capítulo se enfatizan los resultados a base de las preguntas u objetivos de investigación según lo establecen Polit & Hungler (2000). En la presentación de los resultados se evidencia de manera objetiva los hallazgos del estudio una vez aplicada la estadística determinada por el investigador, la cual será la base para conformar el análisis de los mismos. Los resultados en este capítulo se presentarán en forma de tablas y gráficas, y estará dividido en dos secciones principales: la primera, presentación de los datos sociodemográficos, y la segunda, la presentación de los datos a base de los objetivos del estudio. Una vez concluido dicho proceso se presenta un breve resumen de los hallazgos del estudio, que servirán de marco de referencia para el capítulo de discusión o análisis de los resultados.

*Presentación de datos sociodemográficos*

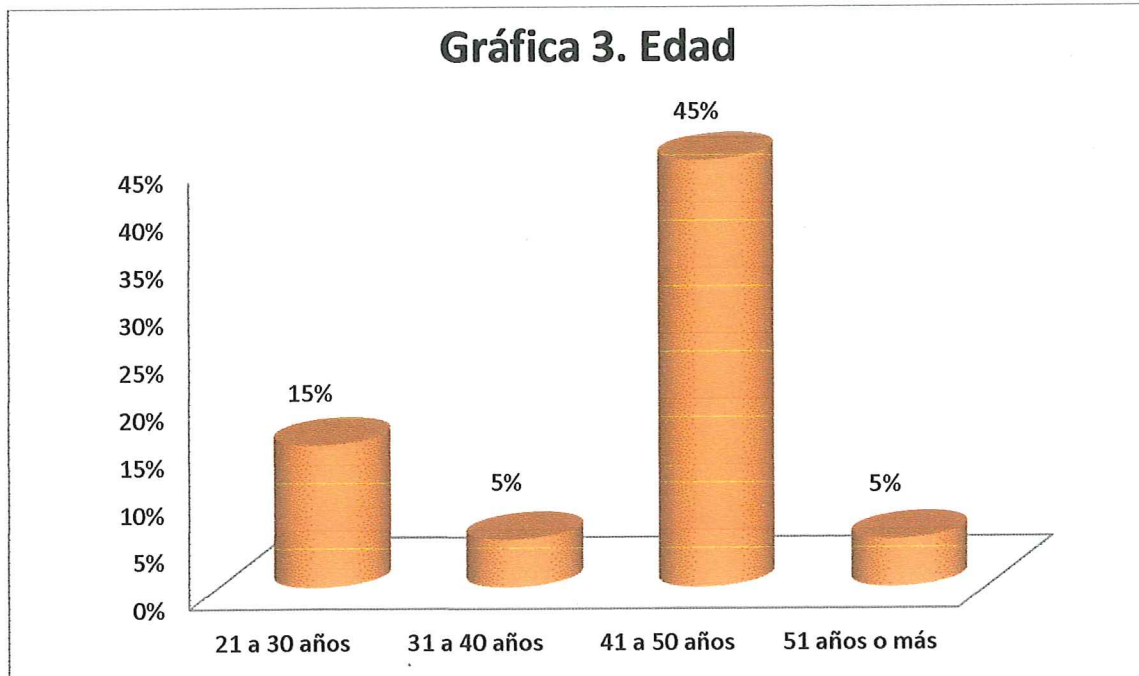
A continuación se presentan los datos sociodemográficos de los participantes. La muestra estuvo constituida por 20 pacientes durante su periodo pre-operatorio en una clínica de cirugía ambulatoria ubicada en la zona metropolitana de San Juan, Puerto Rico.



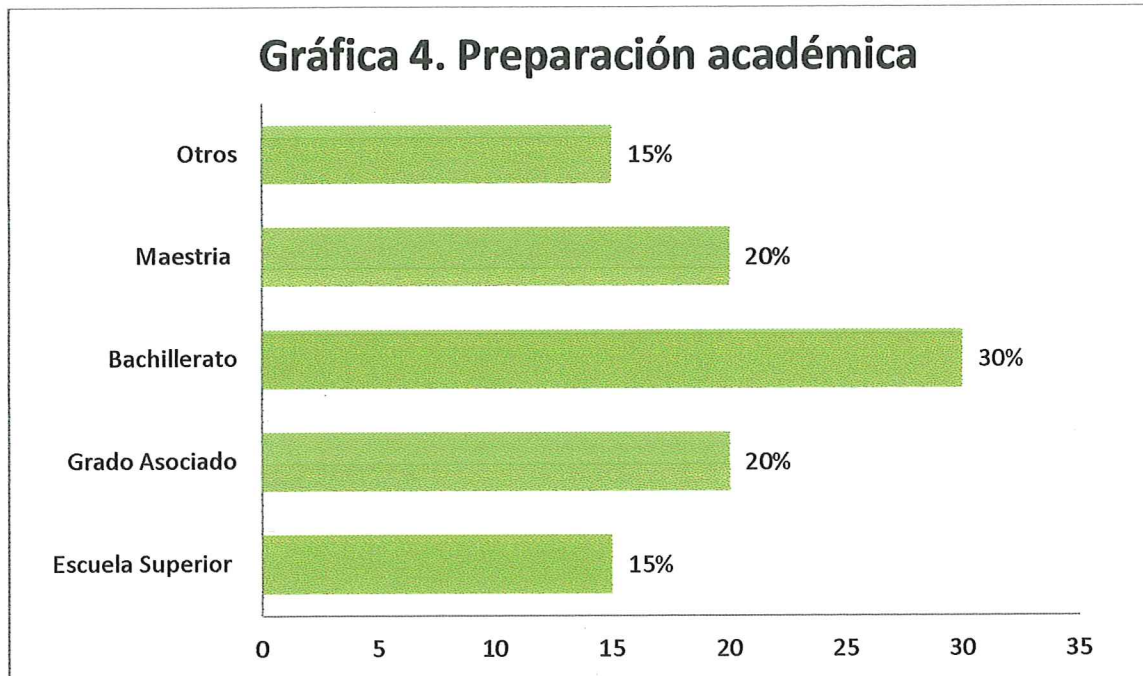
En la gráfica 1 se describe el género de los participantes. De acuerdo a la misma, el 55% de los participantes eran femeninas. Mientras que un 45% eran masculinos. Es decir, la mayoría de los participantes pertenecen al género femenino.



En la gráfica 2 se describe el estado civil de los participantes. De acuerdo a la misma, el 30% de los participantes eran casados. Mientras que el 60% de los participantes eran no casados. Cabe señalar que un 10% de los participantes no respondieron a esta pregunta. Es decir, la mayoría de los participantes eran no casados.



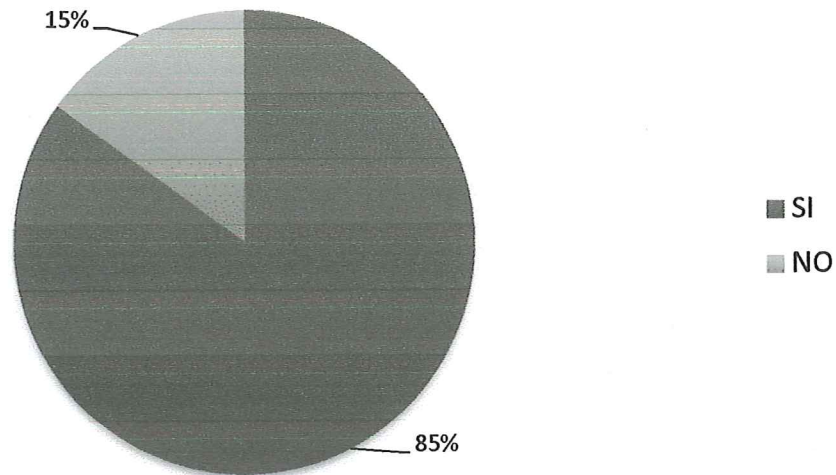
En la gráfica 3 se describen las edades de los participantes. De acuerdo a la gráfica la mayoría de los participantes cuentan con una edad entre los 41 a 50 años con un 45%, seguido del grupo de participantes que cuenta con una edad entre los 21 a 30 años para un 15%. Mientras que los participantes con las edades entre 31 a 40 años, y 51 años o más solo alcanzaron un 5% respectivamente. La edad promedio de los participantes fue 42 años.



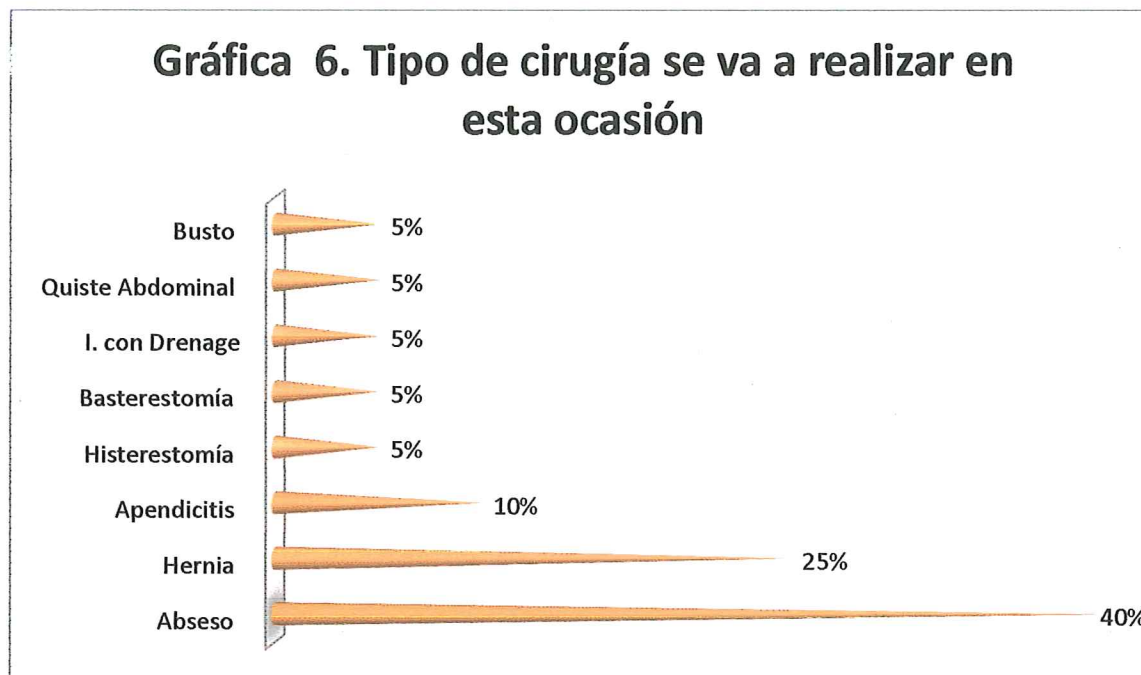
En la gráfica 4 se describe la preparación académica de los participantes. En la misma se evidencia que la mayoría de los participantes cuenta con un bachillerato para un 30% de los casos, seguido de aquellos que cuentan con una maestría o grado asociado, ambos con un 20% respectivamente. Mientras que aquellos que reportaron Escuela Superior y otros, alcanzaron un 15% en ambas categorías respectivamente.



**Gráfica 5. Experiencias previas con cirugías de los participantes**



En la gráfica 5 se evidencia la experiencia previa que tuvieron los participantes con cirugías. Los datos, según se desprenden de la gráfica muestran que la mayoría de los participantes ha sufrido de cirugías con un 85%. Mientras que solo un 15% de los participantes indicaron que no habían tenido experiencia con cirugías previamente.



La gráfica 6 presenta los datos sobre la cirugía a la cual va hacer sometido el participante el día del estudio. De acuerdo a los datos la mayoría va a ser intervenido quirúrgicamente por un absceso para un 40%, seguido de un 25% que indicó que el tipo de cirugía que se iba a realizar era una hernia. Mientras que aquellos que iban hacer operados de apendicitis alcanzaron un 10%. Los demás tipos de operaciones, tales como: busto, quiste abdominal, drenaje, basterestomía, histerectomía, alcanzaron un 5% en cada una respectivamente.

#### *Presentación de datos a base de la pregunta y objetivos del estudio*

A continuación se presentan los resultados a base de la pregunta y objetivo del estudio. En este caso la pregunta del estudio era *¿Qué factores promueven el estrés en los pacientes en el periodo pre-operatorio?* Mientras que los objetivos del estudio eran los siguientes: Determinar los factores que causan estrés en el paciente en el periodo pre-operatorio, Explorar la opinión de los pacientes respecto a los factores que disminuyen su estrés, y Determinar los pacientes afectados por los factores de estrés pre-operatorio.

Las respuestas a la pregunta de estudio y los objetivos se evidencian en la tabla 1. El primer objetivo y la pregunta de estudio iban dirigidos a determinar los factores que promueven el estrés en los pacientes en el periodo pre-operatorio. Cabe destacar que para determinar los factores, se seleccionaron los más significativos, es decir, que afectarían a más de la mitad de los participantes.

Tabla 1. Factores que promueven estrés durante el periodo pre-operatorio

Factores	SI		NO	
	f	%	f	%
1. Se ha sometido a procedimientos quirúrgicos en una o más ocasiones	17	85	3	15
2. La educación por parte del profesional de enfermería acerca del procedimiento a realizarse disminuyó su ansiedad	13	65	6	30
3. La actitud del profesional de enfermería promueve tranquilidad en su periodo pre-operatorio	18	90	2	10
4. La cancelación de su cirugía puede ser un factor que le promueve estrés durante periodo pre-operatorio	11	55	9	45
5. El ambiente (ruidos, sonidos, temperatura, olores) durante su periodo pre-operatorio es un factor que promueve el estrés	10	50	10	50
6. El riesgo de sufrir algún daño o incluso la muerte la causa estrés durante su periodo pre-operatorio	11	55	9	45
7. La inhabilidad de pagar la cuenta del hospital promueve el estrés durante el periodo pre-operatorio	14	70	6	30
8. El riesgo de que la operación no sea exitosa es un factor de estrés durante el periodo pre-operatorio	17	85	3	15
9. Estar desnudo en la mesa quirúrgica, la causa estrés durante el periodo pre-operatorio	7	35	13	65
10. La administración de la anestesia, sus riesgos y complicaciones le promueve el estrés durante su periodo pre-operatorio	11	55	9	45
11. La posibilidad de la administración de componentes sanguíneos durante la cirugía o después de la cirugía le promueve estrés durante su periodo pre-operatorio	12	60	8	40
12. No despertar después de la cirugía es uno de los factores que promueve el estrés durante su periodo pre-operatorio	10	50	10	50
<b>TOTAL PROMEDIADO</b>	<b>13</b>	<b>65</b>	<b>6</b>	<b>35</b>

De acuerdo a los resultados los ocho factores principales que promueven el estrés en los pacientes en su etapa pre-operatoria son: El haber sido sometido a procedimientos quirúrgicos en una o más ocasiones (85%), El riesgo de que la operación no sea exitosa es un factor de estrés durante el periodo pre-operatorio (85%), La inhabilidad de pagar la cuenta del hospital promueve el estrés durante el periodo pre-operatorio (70%), La posibilidad de la administración de componentes sanguíneos durante la cirugía o después de la cirugía le promueve estrés durante su periodo pre-operatorio (60%), La cancelación de su cirugía puede ser un factor que le promueve estrés durante periodo pre-operatorio (55%), El riesgo de sufrir algún daño o incluso la muerte la causa estrés durante su periodo pre-operatorio (55%), La administración de la anestesia, sus riesgos y complicaciones le promueve el estrés durante su periodo pre-operatorio (55%), y La administración de la anestesia, sus riesgos y complicaciones le promueve el estrés durante su periodo pre-operatorio (55%) (Ver Tabla 1).

El segundo objetivo iba dirigido a Explorar la opinión de los pacientes respecto a los factores que disminuyen su estrés. Los resultados también se reflejan en la tabla 1 y en la tabla 2, esta última se presenta a continuación.

Tabla 2. Factores que disminuyen el estrés pre-operatorio en los pacientes

Factores	Porcentaje
La educación por parte del profesional de enfermería acerca del procedimiento a realizarse disminuyó su ansiedad	65%
La actitud del profesional de enfermería promueve tranquilidad en su periodo pre-operatorio	90%
<b>TOTAL PROMEDIADO</b>	<b>78%</b>

En esta ocasión se seleccionaron aquellas premisas relacionadas con las intervenciones de enfermería para facilitar el manejo del estrés de los pacientes, estas fueron las premisas 2 y 3.

Los resultados reflejan que: La actitud del profesional de enfermería promueve tranquilidad en su periodo pre-operatorio (90%), y La educación por parte del profesional de enfermería acerca del procedimiento a realizarse disminuyó su ansiedad (65%) son los factores principales que ayudan al paciente a disminuir el estrés pre-operatorio. Solo un 78% de los pacientes en promedio reportan que la actitud y la educación de los profesionales de enfermería alivian su estrés pre-operatorio (ver tabla 2).

El tercer objetivo del estudio iba dirigido a determinar los pacientes afectados por los factores de estrés pre-operatorio. Esto se logra al sumar y promediar todos los factores (12 factores) que se presentan en la tabla 1 y en la tabla 3, esta última se presenta a continuación.

Tabla 3. Pacientes afectados por los factores de estrés pre-operatorio

Totalidad de factores que afectan el estrés pre-operatorio	SI		NO	
	f	%	f	%
<b>TOTAL PROMEDIADO</b>	13	65	6	35

De acuerdo a los datos que se reflejan en la tabla 3, se evidencia que el 65% de los pacientes se ven afectados por los factores de estrés pre-operatorio, mientras que un 35% no se ve afectado por dichos factores.

### *Resumen*

Estudio descriptivo realizado en una Clínica de Cirugía Ambulatoria ubicada en la zona metropolitana de San Juan. En este estudio participaron 20 pacientes que se encontraban en su periodo pre-operatorio con el propósito de determinar los factores que promueven el estrés en su etapa pre-quirúrgica. Los datos evidencian que entre los tres principales factores que promueven el estrés en los pacientes en su etapa pre-operatoria son: El haber sido sometido a procedimientos quirúrgicos en una o más ocasiones (85%), El riesgo de que la operación no sea exitosa es un

factor de estrés durante el periodo pre-operatorio (85%), La inhabilidad de pagar la cuenta del hospital promueve el estrés durante el periodo pre-operatorio (70%). Mientras que aquellos factores que disminuyen el estrés en la etapa pre-operatoria de los pacientes está relacionada con las intervenciones de los profesionales de enfermería. Son la actitud del profesional de enfermería (90%), y La educación por parte del profesional de enfermería acerca del procedimiento a realizarse (55%) los factores principales que ayudan al paciente a disminuir el estrés pre-operatorio. Sin embargo, solo un 78% de los pacientes en promedio reportan que la actitud y la educación de los profesionales de enfermería alivian su estrés pre-operatorio. Por su parte, se pudo evidenciar en el estudio que el 65% de los pacientes se ven afectados por los factores de estrés pre-operatorio, mientras que un 35% no se ve afectado por dichos factores.

## CAPÍTULO V

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

*Introducción*

A continuación se presenta la discusión y el análisis de los resultados. Según Polit y Hungler (2000) la discusión de resultados consiste en explicar los resultados obtenidos y comparar estos con datos obtenidos por otros investigadores, es una evaluación crítica de los resultados desde la perspectiva del autor tomando en cuenta los trabajos de otros investigadores y el propio. Así que el análisis que se ha de presentar a continuación se enfoca en la discusión de la pregunta y objetivos del estudio, seguido de unas conclusiones, limitaciones y recomendaciones.

*Discusión de los resultados*

Los datos evidencian que entre los tres principales factores que promueven el estrés en los pacientes en su etapa pre-operatoria son: El haber sido sometido a procedimientos quirúrgicos en una o más ocasiones, El riesgo de que la operación no sea exitosa es un factor de estrés durante el periodo pre-operatorio, y La inhabilidad de pagar la cuenta del hospital promueve el estrés durante el periodo pre-operatorio. Según Ebirim (2011) existen múltiples razones por las cuales un paciente en su periodo pre-operatorio sufre de estrés o ansiedad. Entre los factores que el menciona coinciden con los encontrados con el estudio en Puerto Rico, como lo son miedo a la anestesia, o complicaciones o al dolor. Sin embargo, cabe destacar que distinto a lo encontrado en Puerto Rico Erbirim encontró en su estudio que la posibilidad de que el procedimiento quirúrgico fuera postergado fue el responsable de la ansiedad preoperatoria en el mayor número, mientras que el menor número de pacientes estaban preocupados acerca de las náuseas y vómitos postoperatorios.

Otro dato que se encontró en Puerto Rico, fue el hecho de que el haber sido sometido previamente a una operación no fue un factor que disminuyera la ansiedad o estrés del paciente en su periodo pre-operatorio. Sobre este particular Barrilero Gómez et al. (2005) señala que cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad. Es por ello, que a pesar de que un paciente pase por un proceso quirúrgico esto no lo exime de no sufrir de ansiedad y estrés pre-quirúrgico. Esto dependerá si las experiencias previas con cirugías fueron positivas o negativas o si ha tenido una experiencia cercana con algún familiar de alguna complicación (López Roig, 1995). Añaden, López Roig, Pastor, y Rodríguez Marín (1993), que los agentes estresantes son bien conocidos a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc. Expresa Mardarás Platas (1980) que si se le añade a este proceso las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente. Por otro lado, el estudio realizado en Puerto Rico, exploró aquellos factores que disminuyen el estrés en la etapa pre-operatoria de los pacientes está relacionada con las intervenciones de los profesionales de enfermería. Son la actitud del profesional de enfermería, y La educación por parte del profesional de enfermería acerca del procedimiento a realizarse los factores principales que ayudan al paciente a disminuir el estrés pre-operatorio. De hecho, la mayoría de los



pacientes en promedio reportan que la actitud y la educación de los profesionales de enfermería alivian su estrés pre-operatorio. Estos datos antes mencionados coinciden con lo presentado por Donald (1978), el cual señala que una mejor comunicación médico-paciente que implica el intercambio de información sobre el procedimiento quirúrgico, la satisfacción del paciente, la atención a las consultas por parte del paciente y la confianza en el médico son factores que se han asociado con niveles de ansiedad más bajos. Igualmente, la confianza, educación que le ofrece el profesional de enfermería provee un ambiente que disminuyen la ansiedad de los pacientes en su periodo pre-quirúrgico. Igualmente, Krucik (2009) sobre este particular señala que la educación del paciente preoperatorio debe comenzar en el consultorio del cirujano, continúe a través de la pre-admisión y se completará durante la admisión son aspectos esenciales en el proceso de manejo de la ansiedad de los pacientes. El mismo destaca que tener un programa bien diseñado con la educación pre-quirúrgica permite a los profesionales de enfermería en cirugía ambulatoria proporcionar un enfoque reflexivo pre-operatorio y esto a su vez disminuye la ansiedad en el paciente pues tiene mayor conocimiento de la cirugía.

Por su parte, se pudo evidenciar en el estudio realizado en Puerto Rico que la mayoría de los pacientes se ven afectados por los factores de estrés pre-operatorio, mientras que un 35% no se ve afectado por dichos factores. Este dato coincide con lo mencionado por Bailey (2010), el cual enfatiza que la ansiedad del paciente peri-operatorio es un problema generalizado que puede tener efectos de largo alcance. Este problema aumenta el temor del paciente a morir, tener complicaciones o de otra índole relacionada. Igualmente, otro estudio realizado por Ebrim (2011) encontró que la ansiedad es común en pacientes quirúrgicos durante el período preoperatorio. Los altos niveles de ansiedad preoperatoria pueden tener efectos desfavorables en la inducción y mantenimiento de la anestesia, así como en la recuperación de la anestesia y la

cirugía. Así que es importante que los profesionales de enfermería estén conscientes de esta realidad, de que independientemente el paciente tenga experiencia previa o no en cirugías el paciente sufre de ansiedad pre-operatoria. Esto implica como dicen Krucik (2009) y Donald (1978), en la importancia que deben darles los profesionales de enfermería al estimado de la ansiedad pre-operatoria del paciente, a la educación, y a intervenciones de relajación como medio de ayudar al paciente a superar esta situación que tanto afecta la salud de los pacientes quirúrgico.

### *Conclusiones*

Estudio descriptivo que tenía el propósito de determinar los factores que promueven el estrés en su etapa pre-quirúrgica. El estudio evidencia que son múltiples los factores que promueven el estrés en los pacientes en su etapa pre-operatoria. Dichos factores pueden ser disminuidos significativamente por los profesionales de enfermería. De hecho, en el estudio se demostró que los factores que disminuyen el estrés en la etapa pre-operatoria de los pacientes está relacionada con las intervenciones de los profesionales de enfermería. Son la actitud y la educación que ofrece el profesional de enfermería. La mayoría de los pacientes fueron impactados positivamente por estas acciones de enfermería en la disminución del estrés pre-operatorio. Se concluye que la mayoría de los pacientes en su etapa pre-operatoria se ven afectados por los factores que inducen al estrés pre-quirúrgico. Los factores que más afectan a los pacientes en esta etapa son el tener experiencia previa de cirugía, riesgo de que la operación no sea exitosa, e inhabilidad de pagar la cuenta del hospital.

### *Limitaciones*

Las limitaciones identificadas en este estudio fueron las siguientes:

1. La muestra del estudio fue muy pequeña y fue seleccionada por conveniencia, así que los resultados de la investigación no pueden generalizarse ni son concluyentes.
2. El tipo de diseño fue descriptivo, así que limito el tipo de estadísticas aplicables, no se consideró la correlación de variables tales como género, experiencias previas con operaciones, nivel educativo, entre otros, que pudieran afectar los factores que producen estrés pre-operatorio.
3. En el cuestionario los factores que promueven la disminución del estrés pre-operatorio se limitó a dos premisas y esto pudo afectar este resultado, ya que se limitó dos acciones que los profesionales de enfermería realizaban a los pacientes en dicho periodo.

### *Recomendaciones*

A continuación se presentan las recomendaciones que surgen del análisis de los datos del estudio.

1. Desarrollar una réplica del estudio con una muestra representativa para determinar si los factores que promueven el estrés pre-operatorio son similares al de este estudio.
2. Desarrollar un estudio descriptivo que permita comparar en otro escenario, como una Unidad de Cirugía Ambulatoria, una Unidad de Cirugía General y una Unidad de Cirugía Especializada (como trasplante, corazón abierto, etc.), para determinar si coinciden en los factores que promueven el estrés pre-operatorio son similares al de este estudio.
3. Desarrollar un estudio correlacional para determinar cómo los factores que promueven el estrés pre-operatorio se relacionan con las características sociodemográficas, y las intervenciones de enfermería.

4. Ofrecer talleres de educación continua a los profesionales de enfermería sobre los factores que promueven el estrés pre-operatorio en los pacientes adultos.
5. Promover en enfermería la aplicación de un estimado sobre los factores que promueven el estrés pre-operatorio durante el proceso de admisión del paciente para ayudar a minimizar los mismos.
6. Desarrollar un estudio que logre determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los factores que promueven el estrés pre-operatorio en un adulto y como dicho conocimiento afecta en la recuperación del paciente y en la disminución del estrés que producen los mismos.
7. Los profesionales de enfermería deben mejorar la atención del paciente pre-operatorio, especialmente en el proceso educativo, y en intervenir con el estrés que le produce una cirugía.
8. Crear un protocolo de intervención para los profesionales de enfermería que en su práctica diaria atienden a este tipo de pacientes.
9. Desarrollar estudios quasi-experimental sobre los efectos de la musicoterapia en la disminución del estrés pre-operatorio de los pacientes.

## REFERENCIAS

- Barrilero Gómez, J.A., Casero Mayorga, J.A., Cebrián Picazo, F., Córdoba Monedero, C.A., García Alcaraz, F., Gregorio González, E., Hernández Martínez, A., Pérez Morote, J., y Tébar Parreño, F.J. (2005). *Ansiedad y cirugía, repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada*. Recuperado de:  
<https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>
- Barrocal, J. (2011). *Música y neurociencia: la musicoterapia*. Recuperado en 03/20/2016  
<https://books.google.com>books>
- Clare M. (2014). Soothing sounds: reducing agitation with music therapy. *Nurising & Residential Care*, 16 (4). 217-221 5p
- Coucill, I. (2006). Dr Hans Seyle. Recuperado el 13 de enero de 2013 por  
<http://cdnmedhall.org/inductee/dr-hans-seyle>
- Di Prizio, C. (2011). Música disminuye estrés en pacientes clínicos. Recuperado el 10 de enero de 2011. <http://musicayestres.blogspot.com/?m=1>
- Elkins G, Staniunas R, (2004). Use of numerical visual analog anxiety scale among patients undergoing colorectal surgery. *Clin Nurs Res*; 13: 237-244.
- Kain Z., Mayes L., et.al. (2006), Preoperative Anxiety, Postoperative Pain, and Behavioral Recovery in Young Children Undergoing Surgery, *Pediatrics* 2006; 118; 651, DOI: 10.1542/peds.2005-2920
- Kruzik, N., (2009), Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients, *AORN J*, 90 (3), 381-387.
- Ebirim, L.; Tobin, M. (2011), Factors Responsible for Pre-Operative Anxiety in Elective Surgical Patients at a University Teaching Hospital: A Pilot Study. *The Internet Journal of Anesthesiology*. 2011 Volume 29 Number 2. DOI: 10.5580/15,
- López Roig, S. (1995). *Preparación Psicológica del paciente quirúrgico*. España: Ediciones Síntesis S.A.
- López Roig, S., Pastor, M.A., y Rodríguez Marín, J. (1993). *Programas de preparación psicológica para la cirugía*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- Marback R, Temporini E., et.al. (2007). Emotional factors prior to cataract surgery. *CLINICS*; 62(4):433-8.

- Mardarás Platas, E. (1980). *La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas*. Barcelona: Ediciones Rol, S.A.
- Miller GG. (2004). Waiting for an operation: parents' perspectives. *Can J Surg*; 47(3):167- 169
- Palese A., Cecconi M, et.al. (2012), Pre-operative Stress, Anxiety, Depression and Coping Strategies Adopted by Patients Experiencing Their First or Recurrent Brain Neoplasm: An Explorative Study, *Stress and Health* 28, 416–425.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2011). *Nursing Research: Principes and Methods* (7<sup>th</sup> Ed.) Philadelphia: Lippincott.
- Wetsch W., Pircher I, et.al. (2009). Preoperative stress and anxiety in day-care patients and In patients undergoing fast-track surgery, *British Journal of Anaesthesia*, 103 (2): 199–205 (2009) doi:10.1093/bja/aep136

ANEJO 1  
CUESTIONARIO

## CUESTIONARIO PARA MEDIR FACTORES QUE PROMUEVEN EL ESTRÉS DURANTE PERIODO PRE-OPERATORIO

Autor: Carlos Salas (2016)

### Parte I. Datos socio-demográficos de los participantes


*Instrucciones:* Favor de leer las siguientes premisas relacionada con los datos socio-demográficos de usted como participante y realizar una marca de cotejo (X) donde corresponda.

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Género</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Femenino</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Masculino</p>   | <p>2. Estatus Civil</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Casado/a</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> No casado/a</p>  |
| <p>3. Edad</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 21 a 30 años</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 31 a 40 años</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 41 a 50 años</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 51 años o más</p> | <p>4. Preparación académica</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Escuela Superior</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Grado Asociado</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bachillerato</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Maestría</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otros</p> |
| <p>5. Ha sido sometido a cirugías previamente?~</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Si</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> No</p>   | <p>6. Qué cirugía se va a realizar en esta ocasión? _____</p>   |

### Parte II. Factores que promueven estrés durante el periodo pre-operatorio

**Instrucciones:** Conteste cada uno de los encasillados, haciendo una marca de cotejo en la respuesta correspondiente. Gracias por su participación.

Premisas	SI	NO
1. ¿Se ha sometido a procedimientos quirúrgicos en una o más ocasiones?		
2. ¿La educación por parte del profesional de enfermería acerca del <u>procedimiento a realizarse</u> disminuyó su ansiedad?		
3. ¿La actitud de profesional de enfermería promueve tranquilidad en su periodo pre-operatorio?		
4. ¿La cancelación de su cirugía puede ser un factor que le promueve estrés durante periodo pre-operatorio?		
5. ¿El ambiente (ruidos, sonidos, temperatura, olores) durante su periodo pre-operatorio es un factor que promueva estrés?		


**Ana G. Mendez University System**  
**Institutional Review Board (IRB)**  
 Protocol No. 01-548-16  
 Approval Date April 13, 2016  
 Expiration Date April 12, 2017



Premisas	SI	NO
6. ¿El riesgo de sufrir algún daño o incluso la muerte le causa estrés durante su periodo pre- operatorio?		
7. ¿La inhabilidad de pagar la cuenta del hospital promueve estrés durante su periodo pre- operatorio?		
8. ¿El riesgo de que la operación no sea exitosa es un factor de estrés durante su periodo pre- operatorio?		
9. ¿Estar desnudo en la mesa quirúrgica, le causa estrés durante su periodo pre- operatorio?		
10. ¿La administración de la anestesia, sus riesgos y complicaciones le promueve estrés durante su periodo pre- operatorio?		
11. ¿La posibilidad de la administración de componentes sanguíneos durante la cirugía o después de la cirugía le promueve estrés durante su periodo pre- operatorio?		
12. ¿El no despertar después de la cirugía es uno de los factores que promueve estrés durante su periodo pre- operatorio?		



**Ana G. Mendez University System  
Institutional Review Board (IRB)**

Protocol No. 01-548-16  
 Approval Date April 13, 2016  
 Expiration Date April 12, 2017

ANEJO II

HOJA INFORMATIVA



**Sistema Universitario Ana G. Méndez  
Universidad Metropolitana  
Recinto de Bayamon  
Escuela de Ciencias de la Salud**

**Información para participar en un estudio/investigación  
Carta Informativa**

*Factores que promueven el estrés en los pacientes durante el periodo pre-operatorio*

**Descripción del estudio /investigación y tu participación en el mismo**

El Sr. Carlos E. Salas Mendoza, estudiante del programa de maestría de la escuela de ciencias de la salud de la universidad metropolitana le invita a formar parte de un estudio investigativo. El propósito de este estudio es los factores que promueven el estrés en los pacientes durante el periodo pre operatorio.

Su participación en este estudio consiste en contestar un cuestionario que contiene once (11) premisas relacionadas a los factores que promueven el estrés en los pacientes en el periodo pre operatorio. El cuestionario está compuesto de dos páginas: la primera explora los datos demográficos como lo son preparación académica o si se ha sometido a alguna cirugía anteriormente con el propósito de cumplir con los objetivos de inclusión de esta investigación. La segunda página presenta una tabla con las premisas a contestar.



**Ana G. Mendez University System  
Institutional Review Board (IRB)**

Protocol No. 01-548-16

Approval Date April 13 2016

Expiration Date April 12 2017

Le tomará aproximadamente de tres (3) a cinco (5) minutos para llenar el cuestionario.

### **Riesgos e Incomodidad**

Existe algún riesgo e incomodidad que pueda resultar de participar en este estudio investigativo. Estos pueden experimentar cansancio, fatiga, aburrimiento o falta de interés.

### **Posibles Beneficios**

El objetivo de este estudio es explorar los factores que promueven el estrés en los pacientes en el periodo pre operatorio. La razón por la cual el investigador principal decidió explorar esta área es porque el poder identificar los factores que promueven el estrés en el paciente pre-operatorio servirá de base para el desarrollo de estrategias para disminuir los factores estresantes en los pacientes en el periodo pre operatorio permitiendo así que este se sienta menos estrés y con una satisfacción mayor de la calidad de cuidado recibido.

### **Protección de la Privacidad y Confidencialidad**

Toda información relacionada a su identidad será manejada de manera privada y confidencial y será protegida en todo momento. Bajo ninguna circunstancia se compartirá información del participante con terceros. Los



cuestionarios y datos generales de la investigación recopilados se guardarán en un lugar privado, seguro y bajo llave. Cualquier documento recopilado será almacenado en la residencia del investigador bajo llave por un periodo de cinco (5) años. Los mismos estarán bajo la tutela del investigador principal Carlos E. Salas Mendoza.

### **Decisión sobre su participación en este estudio**

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted tiene todo el derecho de decidir participar o no de este estudio. Si usted decide participar en este estudio tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin penalidad alguna.

### **Información contacto**

Si usted tiene alguna duda o inquietud correspondiente a este estudio de investigación o si surge alguna situación durante el periodo de estudio, por favor contacte al investigador principal Carlos E. Salas Mendoza al correo electrónico [csalas@email.suagm.edu](mailto:csalas@email.suagm.edu) o por teléfono al siguiente numero al 787-642-9193. En adición, se puede comunicar con la mentora de investigación la Dra., Lourdes Maldonado Ojeda al correo electrónico [lmaldonado@suagm.edu](mailto:lmaldonado@suagm.edu) o al teléfono 787-288-1100 ext. 8369. Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como sujeto de investigación por favor comuníquese con la Oficina de Cumplimiento en la Investigación del SUAGM al 787-751-3120 o [compliance@suagm.edu](mailto:compliance@suagm.edu).

Una copia de esta carta informativa le será entregada.



**Ana G. Mendez University System  
Institutional Review Board (IRB)**

Protocol No. 01-548-16  
Approval Date April 13, 2016  
Expiration Date April 12, 2017