



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
AREA ACADEMICA DE ENFERMERIA  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA PEDIATRICA



TESIS

**“RELACION ENTRE EL DOLOR Y LA ANSIEDAD EN LA RECUPERACION  
QUIRURGICA EN NIÑOS ESCOLARES DEL HOSPITAL GENERAL DE  
PACHUCA “**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA  
PEDIATRICA**

**PRESENTA:**

**L.E. MARIA GUADALUPE MILANEZ BAÑOS.**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**MCE. ROSA MARIA BALTAZAR TELLEZ.**

**CODIRECTOR DE TESIS:**

**MCE ROCIO BELEM MAYORGA PONCE.**

PACHUCA DE SOTO, HGO

OCTUBRE 2018



11/octubre/2018.  
ICSa/AAE/1101/2018.

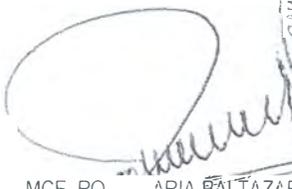
A s unto: Autorizaciónde Impresión

M. en C. JULIO CESAR LEINES MEDECIGO  
DIRECTOR DE ADMINISTRACION ESCOLAR  
Head Of The General Department Of A dmissions  
A nd Enrollment Seervices.

Por este conducto le comunico que la Lic. Enf. **María Guadalupe Milanez Baños** con número de cuenta 099923 ha concluido satisfactoriamente la TESIS con el Titulo "RELACION ENTRE EL DOLOR Y LA ANSIEDAD EN LA RECUPERACION QUIRURGICA EN NIÑOS ESCOLARES DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA", siendo asesorada por la MCE. Rosa María Baltazar Téllez, por lo que procede su impresión

Sin más por el momento y con el orgullo de ser universitario, reciba un cordial saludo

  
 A T E N T A M I E N T E  
 FAVOR, ORDEN Y PROGRESO  
 M.C.E. REYNA CRISTINA JIMENEZ SANCHEZ  
 JEFE DEL AREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA  
 Head of the Department of Nursing

  
 MCE. ROSA MARÍA BALTAZAR TELLEZ  
 DIRECTOR DE TESIS

JAEH  
BIBLIOTECA

RCJS/RCJS/1/VI



## **DEDICATORIA:**

A Dios por otorgarme la vida y trazar mi camino.

A mis padres por su gran ejemplo.

A Emmanuel y Jimena mis hermosos luceros que dan luz a mi vida.

A Olga Roció fuente inagotable de mi crecimiento personal.

*“A todos los niños quienes construirán el futuro, rectificaran las injusticias e impulsaran todo lo que el mundo tiene de bueno.*

*(N. Mandela)*

## **AGRADECIMIENTOS**

Al culminar este trabajo de investigación y mirar al pasado, debo de reconocer con mi agradecimiento, a todas las personas que intervinieron y que hicieron posible que este proyecto se cumpliera:

A DIOS: Gracias señor por tu misericordia y amor, por tu especial cuidado con lo que más quiero, mi familia... Usa mis manos, para que puedan ser de bendición para los niños.

A MIS HIJOS: Emmanuel y Jimena por hacer de mi vida un sueño del que no quisiera despertar nunca. los amo.

A MIS PADRES: Gonzalo y Norma por su amor para instruirme, por sus oraciones, porque siempre me han motivado a ser mejor persona, por sus cuidados para conmigo y mis hijos, los amo con todo mi corazón.

A MIS HERMANOS: Martin y Chapis gracias por su apoyo, consejos y enseñanzas, por creer y confiar en mí, los quiero demasiado.

A MI ASESOR DE TESIS: MCE. Rosa María Baltazar Téllez, gracias ser humano excepcional que siempre ha figurado en mi formación académica, gracias por su atención, dedicación y profesionalismo, por el tiempo que me dedico y su confianza necesaria. Dios la bendiga siempre.

A MI MAESTRA: Olga Roció Flores Chávez, gracias por sus sabios consejos por ser mi líder ejemplar, por su motivación y mi gran ejemplo. Dios la bendiga siempre la quiero mucho.

A MIS MAESTROS DE LA ESPECIALIDAD: Gracias a todos los maestros que formaron parte de este hermoso proceso, por sus enseñanzas y experiencias, gracias por la paciencia y motivación. Gracias

Es mi deber moral manifestar mi agradecimiento a las autoridades del Hospital General de Pachuca, por permitirme realizar esta investigación para mejora del cuidado de los niños, caminar con sus pies nos conducirá a un mundo más justo y por entender que nada es más importante que un niño.

## CONTENIDO

<u>RESUMEN:</u> .....	1
<u>INTRODUCCION</u> .....	3
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:</u> .....	5
<u>JUSTIFICACION:</u> .....	8
<u>CAPITULO I</u> .....	11
<u>1.1 MARCO CONCEPTUAL</u> .....	11
<u>ANSIEDAD</u> .....	11
<u>FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR:</u> .....	24
<u>DOLOR POST-QUIRÚRGICO:</u> .....	26
<u>DOLOR EN NIÑOS Y SU EVALUACIÓN:</u> .....	28
<u>TERAPÉUTICA DEL DOLOR:</u> .....	29
<u>ETAPAS</u> .....	29
<u>EDAD ESCOLAR</u> .....	34
<u>1.2 MARCO REFERENCIAL</u> .....	36
<u>1.3 OBJETIVO GENERAL</u> .....	39
<u>1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u> .....	39
<u>1.5 HIPOTESIS:</u> .....	39
<u>CAPITULO II</u> .....	40
<u>2.1 METODOLOGÍA</u> .....	40
<u>TIPO</u> .....	40
<u>2.2 UNIVERSO/POBLACION:</u> .....	40
<u>2.3 DEFINICION ESPACIAL Y TEMPORAL:</u> .....	41
<u>2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:</u> .....	41
<u>2.4.1 INCLUSIÓN</u> .....	41
<u>2.4.2 EXCLUSIÓN:</u> .....	41
<u>2.5 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN</u> .....	42
<u>2.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS</u> .....	43
<u>2.7 ANALISIS ESTADISTICO</u> .....	44
<u>2.8 CONSIDERACIONES ETICAS</u> .....	44

<u>CAPITULO III</u> .....	46
<u>3.1 RESULTADOS</u> .....	46
<u>TABLA2. CORRELACION DE PEARSON</u> .....	53
<u>CAPITULO IV</u> .....	54
<u>4.1 DISCUSION</u> .....	54
<u>4.2 CONCLUSIONES</u> .....	56
<u>4.3 SUGERENCIAS</u> .....	57
<u>4.4 BIBLIOGRAFIA</u> .....	58
<u>4.5ANEXOS</u> .....	61

## RESUMEN:

El niño hospitalizado se encuentra vulnerable a la ansiedad y al dolor porque sus capacidades de afrontamiento están disminuidas. Por tal motivo se realiza una investigación con un enfoque cuantitativo para medir el nivel de ansiedad en el paciente pediátrico del Hospital General de Pachuca, en esta investigación se analizará el nivel de ansiedad en los pacientes luego de ser intervenidos en un quirófano; síntomas ansiosos y de dolor, que afectan de manera directa el proceso de recuperación al ser más lento y doloroso. El restablecimiento de la salud se ve comprometido a consecuencia de la sobrecarga emocional que se produce en el cuerpo. **Objetivo:** Identificar cual es el nivel de ansiedad y dolor en la recuperación quirúrgica de los niños escolares del Hospital General de Pachuca. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. La población de estudio fueron 50 niños en edad escolar que se encontraban en recuperación quirúrgica en la sala de pediatría del Hospital General de Pachuca, con un nivel de confianza del 95%, el instrumento para obtener la información fue el test de ansiedad de Hamilton Criterios de fiabilidad: consistencia interna de 0.79 – 0.86. fiabilidad test 0.96, test de escala visual analógica, para evaluar el nivel de dolor, y un cuestionario sociodemográfico, que evaluó una prominencia en el estado de ánimo ansioso, tensión, elevadas manifestaciones de sensaciones sensoriales y musculares. **Resultados:** El 100% de los encuestados tenía dolor al momento del test, según la escala visual analógica un 18% presentaba dolor leve, un 74% dolor moderado y un 4% un dolor severo, según el test de Hamilton el 10% de los niños presentaba un nivel de ansiedad por arriba del rango normal, lo que sugiere una patología psicológica, o un proceso que estimule la ansiedad, un 54% presento miedo, y el nivel más bajo lo obtuvo con un 8% la presencia de síntomas respiratorios como opresión pre torácica, constricción precordial, sensación de ahogo o falta de aire, suspiros, disnea. **Conclusiones:** las principales manifestaciones de ansiedad presentes en los pacientes escolares en recuperación quirúrgica en el área de pediatría, con un 64% fueron síntomas del sistema nervioso autónomo como son boca seca, palidez, cefalea, tensión, tendencia a la sudoración, y vértigos. Palabras claves: ansiedad, dolor, escolares, recuperación quirúrgica

## **Abstract:**

The hospitalized child is vulnerable to anxiety and pain because their coping skills are diminished. For this reason an investigation is carried out with a quantitative approach to measure the level of anxiety in the pediatric patient of the General Hospital of Pachuca, in this research the level of anxiety in the patients will be analyzed after being operated in an operating room; anxious and painful symptoms, which directly affect the recovery process by being slower and more painful. The restoration of health is compromised as a result of the emotional overload that occurs in the body. **Objective:** To identify the level of anxiety and pain in the surgical recovery of school children at the General Hospital of Pachuca. **Methodology:** quantitative, descriptive, transversal study. The study population was 50 children of school age who were in surgical recovery in the pediatric ward of the General Hospital of Pachuca, with a confidence level of 95%, the instrument to obtain the information was the Hamilton anxiety test. Criteria of reliability: internal consistency of 0.79 - 0.86. 0.96 test reliability, analogue visual scale test, and a sociodemographic questionnaire, which evaluated a prominence in anxious mood, tension, high manifestations of sensory and muscular sensations. **Results:** 100% of the respondents had pain at the time of the test, according to the analogue visual scale 18% had mild pain, 74% moderate pain and 4% severe pain, according to the Hamilton test 10% of the children presented a level of anxiety above the normal range, suggesting a psychological pathology, or a process that stimulates anxiety, 54% presented fear, and the lowest level was obtained with 8% the presence of respiratory symptoms such as pre thoracic oppression, precordial constriction, shortness of breath or breathlessness, sighing, dyspnea. **Conclusions:** the main manifestations of anxiety present in school patients in surgical recovery in the area of pediatrics, were 64% were symptoms of the autonomic nervous system such as dry mouth, pallor, headache, tension, tendency to sweating, and dizziness. **Keywords:** anxiety, pain, schoolchildren, surgical recovery.

## INTRODUCCION

La ansiedad es una experiencia común entre los niños en el período preoperatorio, como fuente de estrés agudo, la ansiedad produce cambios funcionales en el sistema nervioso central, aumenta los efectos nocivos para el organismo del niño cuando se asocia con otros factores de estrés, genera comportamientos negativos y altas puntuaciones de intensidad de dolor en el periodo postoperatorio.

Además, la ansiedad provoca la interrupción del sueño, náuseas, fatiga, y respuestas inadecuadas a la anestesia y analgesia, lo que lleva a mayores costos a los servicios de salud y a la familia.

La susceptibilidad del niño, la falta de comprensión acerca de la intervención quirúrgica, el ambiente hospitalario desconocido, el miedo de daño físico, la separación de los padres y los sentimientos de tristeza y castigo relacionados con el hecho de que la cirugía es un procedimiento programado, contribuyen a tal incomodidad.

Varias evidencias indican la edad y el temperamento, los problemas de conducta del niño durante los cuidados de salud, las cirugías y hospitalizaciones anteriores, el nivel de conocimiento de los padres y la ansiedad materna como factores asociados con la ansiedad preoperatoria en niños.

En el caso de las cirugías ambulatorias, sin embargo, aún hay lagunas de conocimiento sobre la prevalencia y los factores asociados con este fenómeno psicológico en niños.

Esto posiblemente porque los padres y los niños permanecen juntos durante un corto período en el ámbito hospitalario y hay poca disponibilidad de profesionales de la salud, para una atención individualizada e integral, que incluya la evaluación multidimensional del niño en el período preoperatorio.

Cabe señalar que la identificación de niños en situación de riesgo podría promover el uso de estrategias de prevención y evitar los problemas causados a la recuperación postoperatoria, cuando la ansiedad permanece en niveles inaceptables.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, es una sensación compleja, subjetiva y multidimensional. Ella envuelve el organismo como un todo, comprendiendo aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales de la vida del individuo.

Los niños presentan la misma experiencia dolorosa tras la cirugía que los adultos, sin embargo, esta puede no durar tanto ya que estos suelen sanar más rápido.

Los niños merecen una protección extra, no pueden valerse por sí mismos, y a menudo no se quejan del dolor que sienten, por lo que debemos tener especial consideración tanto con ellos como con la evaluación de su dolor.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

El Hospital General de Pachuca pertenece al nivel II de atención, donde se reciben niños en edad escolar para ser atendidos, la infancia intermedia, comprendida de los 6 a los 11 años, la cual es una etapa importante porque en ella se adquiere autonomía; aparece el pensamiento lógico, mediante el cual el niño alcanza a distinguir la realidad de la fantasía, así mismo se inicia el pensamiento deductivo-inductivo.

El niño se encuentra en total proceso de crecimiento, y la imagen corporal el aspecto físico que una persona cree que tiene comienza a tener mucha importancia.

En esta etapa de la vida los escolares se encuentran en general muy saludables y según algunas investigaciones hechas por el nivel socioeconómico está asociado a la salud; así también los niños cuyos padres tienen menos de la educación secundaria son más propensos a ser hospitalizados porque sus padres carecen de conocimientos sobre medidas preventivas o hábitos saludables. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2001).

Tal es el impacto que la enfermedad ocasiona que un significativo porcentaje de los niños hospitalizados padecen trastornos emocionales durante el ingreso, hospitalización e intervención quirúrgica.

En torno al 35% de los pacientes pediátricos evidencian ansiedad durante su estancia en el centro sanitario. Fruto del estrés y angustia emanados de la enfermedad y hospitalización, el niño experimenta un importante impacto psicológico, manifestado a través de alteraciones comportamentales

(agresividad, conducta opositora, falta de adhesión al tratamiento médico, trastorno del sueño o del apetito, respuestas de evitación, mutismo, dependencia afectiva), cognitivas (déficit de atención o dificultad para concentrarse) o emocionales (ansiedad, miedos y temores, depresión, apatía o falta de interés por las cosas) (Hernandez & Rabadán, 2013).

Luego del proceso de la revisión médica e informarle al paciente que será necesario realizarle alguna intervención quirúrgica y el hecho de afrontar una situación desconocida para él, predispone la manifestación de ansiedad debido al riesgo que implica el proceso que está relacionado con diversos aspectos que van desde la conservación de la vida, salud, el triunfo sobre la enfermedad y el restablecimiento emocional.

El paciente se enfrenta a la incertidumbre de no saber qué pasará al momento de salir del hospital si saldrá bien, si se recuperará, que tanto dolor podrá experimentar, otras ideas están presentes durante la etapa de recuperación quirúrgica y el lapso de tiempo para recuperar sus roles habituales se traduce en una sobrecarga emocional que se manifiesta finalmente como ansiedad, temor que causa alteración en el funcionamiento del organismo y aprensión a un futuro incierto que le tocará vivir.

Para conocer y abordar esta situación es preciso situarse desde la perspectiva psicológica, determinar las emociones intrínsecas de esta manifestación de ansiedad en la etapa de recuperación.

El investigar acerca de los pacientes con tratamiento quirúrgico post-operatorio va a determinar de qué manera la ansiedad gana terreno en el proceso posterior a la intervención, desde un punto de vista psicológico, las líneas de investigación en estos conceptos pretenden enfocarse primordialmente en comprobar la eficacia del trato afectivo y el acompañamiento psicológico al paciente en el

proceso cicatrización, recuperación y rehabilitación, como facilitadores en esta fase.

Con atención y apoyo de enfermería en la etapa de recuperación quirúrgica el restablecimiento emocional, mental y físico del pediátrico será más viable.

Para lograr estos resultados es necesario implementar un trabajo interdisciplinario, con el único objetivo de beneficiar al infante. Por lo antes expuesto la investigadora se hace la siguiente **pregunta de investigación**:

**¿Cuál es la relación entre el dolor y la ansiedad en la recuperación quirúrgica en niños escolares de 6 a 11 años en el Hospital General de Pachuca Hidalgo?**

## **JUSTIFICACION:**

Según datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2015) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en inglés United Nations Children's Fund (UNICEF 2015), vivían en México un total de 13 millones de niñas y niños entre los 6 y los 11 años de edad, 11.5% de la población total del país.

La mitad de ellos se encontraban en situación de pobreza patrimonial (54.3%) y uno de cada cuatro (25.8%) presentaba carencias en el acceso a los servicios de salud, Al año en México se realizan 1,192,516 Cirugías en niños de 6 a 11 años., con una tasa de mortalidad post quirúrgica de 1.2 por cada 1000 infantes intervenidos.

Hay que tener en cuenta que el 30% de los niños con algún trastorno de ansiedad presenta nuevos trastornos psiquiátricos, y la mitad de estos niños desarrollan nuevos trastornos de ansiedad.

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obligan a los pacientes a enfrentarse a situaciones desconocidas y que, además, implican ciertos riesgos.

La hospitalización representa un acontecimiento relevante en la vida de un niño por la elevada carga estresante y ansiógena que comporta, incrementándose en relación directamente proporcional al tiempo que dura la hospitalización.

La hospitalización puede originar en el niño un desequilibrio emocional de tal magnitud que altere su desarrollo evolutivo. La infancia es una fase del desarrollo humano de especial vulnerabilidad ante situaciones traumáticas, ya que sus

funciones y capacidades psíquicas no están en plena evolución y porque el niño tiene menos desarrolladas las capacidades de afrontamiento.

La abrupta aparición de una enfermedad genera en la población infantil una ruptura del equilibrio del que hasta el momento había gozado.

Tales son las reminiscencias que la pérdida de salud acarrea en el niño que, no únicamente nos hallamos ante un problema de salud, sino así mismo, ante consecuencias personales y sociales que esta población sufre al enfermar. (Hernandez & Rabadán, 2013).

El objetivo primordial de la Enfermería es la atención biopsicosocial de la persona, es decir, verla como un ente completo en la que la dimensión biológica, psicológica y social no puede atenderse por separado o poner énfasis sólo en alguna de ellas. En el caso de la enfermedad y las emociones, existe una retroalimentación bidireccional entre el sistema nervioso y el sistema inmunológico.

Ambos sistemas están en interacción constante a través de neurotransmisores y hormonas moduladas por el sistema hipofisario (Rosenzweig & Leiman., 1992).

Así entonces, la percepción de bienestar que pueda tener el niño hospitalizado influirá en el tipo de emociones que presente, las cuales impactarán en la evolución de su diagnóstico; es decir la función del sistema inmunológico de un niño con ansiedad o depresión estará disminuida y la probabilidad de contraer una nueva enfermedad o agravar la que se tiene es alta.

No cabe duda que las experiencias traumáticas impacten en la percepción de bienestar y es más común que los niños construyan su realidad dentro del hospital.

Muchas veces esa realidad se vivencia como amenazante, por lo que es necesario hacer cambios constantes en los esquemas cognitivos para otorgarles significado a las nuevas experiencias y no condicionar las actitudes y emociones que tengan los niños hacia sí mismos.

En el momento en que se dan los procesos cognitivos: reestructuración y resignificación la persona encuentra una mayor coherencia en las experiencias al ponerles orden y comprenderlas. De no integrarse los eventos traumáticos no hay cambios en los esquemas cognitivos, por lo que se tornan rígidos. (Neimeyer, 2007).

La prevalencia del dolor postoperatorio de moderado a intenso ha sido estimada entre 40 a 60%; sin embargo, a pesar de la evidencia existente sobre las repercusiones de un manejo inadecuado del dolor en pediatría, todavía no se ha establecido una correlación adecuada entre los nuevos conceptos sobre la percepción dolorosa, y una adecuada evaluación, diagnóstico y manejo del problema.

Se han identificado y documentado una serie de actitudes que impiden un inadecuado manejo del dolor en niños: La creencia de que el niño no siente el dolor de forma tan intensa como el adulto, origina un subtratamiento en el paciente pediátrico.

Los niños pueden presentar dolor intenso incluso con procedimientos de cirugía menor, se espera mayor tolerancia para el dolor en el niño que en la niña, el aumento en la actividad física o en el sueño después de procedimientos dolorosos se ha interpretado como tolerancia al dolor.

# CAPITULO I

## 1.1 MARCO CONCEPTUAL

En este apartado se abordarán las variables a estudiar, para un mejor conocimiento y análisis del problema a investigar.

### ANSIEDAD

La ansiedad es una reacción desagradable frente a una tensión específica, siendo un estado emocional transitorio del organismo activado por estímulos externos e internos evaluados cognoscitivamente como algo amenazador del sistema nervioso autónomo, los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Existen dos tipos de ansiedad:

- **Ansiedad rasgo:** Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estable que cada persona tiene de acuerdo a sus experiencias y el cómo responden una situación determinada.
- **Ansiedad estado:** Es un estado emocional transitorio del humano que es caracterizado por sentimientos de tensión subjetivos, que son conscientemente percibidos por un aumento en la actividad del sistema nervioso en un momento determinado. La ansiedad puede ser definida como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta.

La ansiedad se define como un estado de incomodidad que con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo; también como una reacción compleja frente a situaciones o estímulos actuales, potenciales o subjetivamente percibidos como peligrosos, aunque sólo sea por la circunstancia de parecer incierto.

Para el manejo de este concepto en el contexto hospitalario, el individuo debe ser visto de manera global como un organismo de gran complejidad cognitiva a través de factores como el físico, psíquico, social y espiritual, que pudieran estar operando como mediadores o protectores de la ansiedad. (Gordillo Leon, Arana Martinez, & Mestas Hernandez, 2014)

La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud.

La ansiedad es una emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto.

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión.

El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes.

Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día.

Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

La ansiedad es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro.

La ansiedad es un estado patológico caracterizado por la presencia de sensaciones desagradables en el cuerpo, dolor precordial, se siente físicamente enfermo.

La ansiedad es el miedo a lo desconocido, una sensación de peligro permanente que produce estrés y nos hace perder la fortaleza, dejándonos débiles y sin energías. (Echeburúa, 2014).

### **ANSIEDAD EN NIÑOS:**

A través de la historia no existen vestigios donde el miedo y la ansiedad no hayan sido parte de la humanidad, así comprendemos que las respuestas de ansiedad se encuentran integradas en las conductas de los niños-as como reacciones defensivas innatas y a su vez es un mecanismo de vigilancia del organismo, además estas sirven como un control de alarma ante el menor peligro, es por este motivo que varios autores, señalan que las respuestas de ansiedad en ciertos niveles son más un signo de salud que una señal de enfermedad, bajo

ciertos estímulos estos niveles de ansiedad tienden a dispararse causando desadaptación y sufrimiento para los niños y personas que la sufren de una manera desproporcionada. (Baldeon Loza & Garrido Franco, 2012)

### **Tipos de ansiedad en edad escolar:**

Freud describió la ansiedad como un miedo sin objeto; es decir, muchas veces no podemos señalar su origen o el objeto concreto que la provocó.

La ansiedad es parte de su teoría de la personalidad al afirmar que es fundamental en la génesis de la conducta neurótica y psicótica.

Freud propuso tres tipos de ansiedad: ansiedad ante la realidad, ansiedad neurótica y ansiedad moral.

El primer tipo, que es origen de los otros dos, es la ansiedad ante la realidad (o ansiedad objetiva).

La ansiedad ante la realidad cumple el útil propósito de guiar nuestra conducta de modo que huyamos o nos protejamos de peligros reales.

El miedo se apaga cuando desaparece la amenaza.

La ansiedad neurótica tiene su origen en la niñez, en un conflicto entre la gratificación instintiva y la realidad.

La ansiedad moral, al igual que la neurótica, tiene cierta base en la realidad.

La ansiedad es una señal que alerta a la persona de que, en la personalidad, las cosas no están como deberían.

## **Ansiedad patológica**

La ansiedad ha dejado de ser adaptativa para muchas personas y ha pasado a ser algo muy molesto y presente en sus vidas. Si aumenta en exceso, la ansiedad se convierte en negativa y contraproducente y actúa como un inhibidor de la potencialidad y el rendimiento. Entonces se da la ansiedad patológica.

Aquí sus efectos:

- Dificulta la adaptación al medio.
- Afecta el rendimiento
- Se acompaña de sensaciones corporales intensas y desagradables.

La diferencia que se da entre la ansiedad patológica y normal es la magnitud de respuesta a un estímulo provocador. Cuando el nivel de ansiedad ya no es óptimo se puede dar una disminución del rendimiento y sufrir un bloqueo en nuestras acciones y nuestra mente. Cualquier incremento en el nivel de ansiedad hace que desaparezcan los beneficios que esta trae.

Los individuos que manifiestan una personalidad ansiosa tienen mayor tendencia para percibir como peligrosas situaciones más o menos corrientes y una mayor tendencia a responder ante esas amenazas con fuertes estados de ansiedad.

El que una persona tenga rasgos ansiosos de personalidad no supone necesariamente la existencia de un trastorno ansioso, pero si puede ser precedente del trastorno (Garces Mejia & Cazares Zavala, 2015)

### **Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad:**

Los síntomas de ansiedad son muy variados y pueden clasificarse en diferentes grupos:

#### **Físicos:**

- Taquicardia,
- Palpitaciones,
- Opresión en el pecho,
- Falta de aire,
- Temblores,
- Sudoración, molestias digestivas,
- Náuseas, vómitos
- Tensión
- Rigidez muscular, cansancio,
- Hormigueo
- Sensación de mareo e inestabilidad.

Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, alimentación entre otras. (Baldeon Loza & Garrido Franco, 2012).

Los síntomas físicos de la ansiedad estarían provocados por un estado anómalo de hipervigilancia, que actuaría sobre el sistema nervioso central y periférico, provocando una activación, así como el sistema endocrino, dando lugar a cambios hormonales que pueden ser:

a) Síntomas Cardiovasculares: Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.

b) Síntomas Respiratorios: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.

c) Síntomas Gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.

d) Síntomas Genitourinarios: Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.

e) Síntomas Neuromusculares: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.

f) Síntomas Neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

### **Psicológicos:**

- Miedo
- Preocupación
- Temor
- Interpretaciones negativas de situaciones
- Inseguridad

### **De conducta**

- Estado de alerta e hipervigilancia,
- Inhibición
- Bloqueos
- Torpeza o dificultad para actuar
- Impulsividad,
- Inquietud motora,
- Dificultad para estar quieto y en reposo.

Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.

## **Intelectuales o cognitivo**

- Dificultades de atención, concentración y memoria
- Aumento de los despistes y descuidos
- Preocupación excesiva
- Expectativas negativas
- Susceptibilidad
- Pensamientos distorsionados e importunos
- Incremento de las dudas y la sensación de confusión
- Tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables
- Sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables
- Abuso de la prevención y de la sospecha
- Interpretaciones inadecuadas, etc.

## **Sociales**

- Irritabilidad,
- Hostilidad,
- Ensimismamiento,
- Dificultades para iniciar o seguir una conversación, en algunos casos
- Dificultades para iniciar o seguir una conversación, y verborrea en otros,
- Bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder,
- Dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos,
- Temor excesivo a posibles conflictos, etc.

Es importante señalar que no todas las personas tienen los mismos síntomas, ni estos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros. (Baldeon Loza & Garrido Franco, 2012).

## **Los agentes estresantes o situaciones de estrés.**

Pueden ser de diferente índole y duración, externos e internos, pudiéndoselos dividir en:

- Estrés somático o físico
- Exceso de calor, frío u otras condiciones ambientales adversas.
- Exceso de ruido, contaminantes ambientales, agresiones visuales.
- Actividades físicas excesivas o inexistentes (sedentarismo).
- Dolor y enfermedades somáticas
- Estrés psíquico
- Éxitos o fracasos personales notables.
- Frustración, insatisfacción y ausencia de objetivos.
- Situaciones de cambio vital o de transición en los roles ejercicios (recibirse, retirarse o jubilarse, separarse o enviudar), un enfermo frustrado en una necesidad fundamental es doblemente enfermo.

Como consecuencias psicológicas de la hospitalización en los pacientes pueden aparecer:

- Irritabilidad
- Miedo
- Angustia de muerte o de perder alguna parte de su cuerpo
- Ganancias secundarias
- Tristeza
- Llanto
- Hiperfagia
- Hiporexia
- Insomnio
- Dificultad para hablar de la enfermedad.

### **Ansiedad Situaciones de estrés**

Con frecuencia la reacción del estrés produce emocionalidad negativa, sobre todo ansiedad, que es una reacción de alerta, de activación, ante la posibilidad de obtener un resultado negativo; en cualquier caso, aunque la ansiedad pueda ser un reflejo de estados internos, se asocia generalmente con sucesos estresantes externos teniendo en cuenta que algunas personas pueden ser más vulnerables que otras, es así que la ansiedad puede ser experimentada por cualquier persona, ya que esencialmente es una respuesta al estrés.

Aunque el estrés es un proceso normal puede llegar a producir consecuencias patológicas; si se mantiene demasiado tiempo una elevada respuesta a estresantes, puede comenzar un proceso patológico con probabilidades de afectar al rendimiento, a la salud física y a la salud mental.

Es así que una de las causas que condiciona al individuo para la aparición de la ansiedad es el estrés permanente; puesto que, el estrés puede acumularse en

el pensamiento como lo hacen los efectos nocivos del sol sobre la piel, por lo que, si una situación de estrés no es temporal, como lo sería la provocada por un viaje, un accidente en auto sin lesiones y por el contrario, se prolonga durante muchos meses o incluso años, acaba por penetrar en el fondo de la mente y propicia el terreno para el desarrollo de un verdadero trastorno de ansiedad. (Baeza Villarroel, Balaguer Fort., Guillamón Cano, Puig-Pallarols., & Belchi Pujol, 2015)

## **SINTOMATOLOGIA ANSIOSA Y LA RELACION CON EL PROCESO OPERATORIO**

La hospitalización tiene un fuerte significado de amenaza y frustración, es decir, es un evento que causa ansiedad.

Los pacientes hospitalizados perciben la experiencia hospitalaria como una situación desconocida y que excede sus capacidades para resolverla y afrontarla, incluso hay elementos que favorecen la elaboración de información y por ende crean actitudes y comportamientos no adecuados a la situación que están viviendo.

Los factores estresantes presentes durante la hospitalización, dan como resultado niveles de ansiedad en los pacientes que pueden reflejarse a través de un sin número de cambios de conducta y afectivos.

Las respuestas emocionales más comunes son problemas alimentarios, alteraciones en sueño, irritabilidad, tensión, temores, preocupaciones por su cuerpo, síntomas somáticos tales como tics. (Garces Mejia & Cazares Zavala, 2015)

Desde este punto de vista es como se presentan las relaciones entre los factores estresantes en hospitalización y la presencia de niveles de ansiedad.

Según lo que los antes mencionados plantean, es la interpretación que el sujeto hace de los acontecimientos la verdadera fuente del grado del estrés sufrido y no el acontecimiento en sí mismo.

El acontecimiento básico que media entre el acontecimiento y la reacción estresante o no, es la valoración cognitiva que el sujeto hace de la situación, la cual adopta dos formas básicas: evaluación primaria que determina el significado del acontecimiento para el sujeto ¿tengo problemas o puedo verme beneficiado, en el presente o en el futuro? Y si es así, ¿de qué modo? En una evaluación posterior, evaluación secundaria, el sujeto valora los propios recursos para enfrentar la situación (incluyendo las propias habilidades de afrontamiento, el apoyo social disponible, los recursos materiales, etc.) en este caso, la persona se pregunta ¿Qué puedo hacer, si es que puedo hacer algo? (Baldeon Loza & Garrido Franco, 2012)

La respuesta de estrés solo aparece si el sujeto valora la situación como potencialmente negativa y se siente incapaz de hacerle frente con sus recursos.

Los estados de ansiedad pueden convertirse en un problema de salud e impedir el bienestar de las personas. Cada persona según su predisposición biológica o psicológica se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Estos síntomas se manifiestan en los pacientes hospitalizados de manera significativa, alterando todo a su alrededor.

En la presencia de ansiedad en relación con los factores estresantes hay que tomar en cuenta el género, la edad, y el tiempo de hospitalización y como estas variables influyen en la aparición de síntomas ansiosos.

La cirugía constituye un potente estresor complejo; 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.

Son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc.

Si a esto se le añaden 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.

La carga emocional frente al proceso preoperatorio puede afectar y traer importantes consecuencias haciendo más complicada y lenta la recuperación de una cirugía.

A la vez que el paciente que ya ha sido expuesto a otras intervenciones quirúrgicas puede revivir experiencias pasadas negativas, lo cual influirá para que presente fácilmente sintomatología ansiosa.

Para que la sintomatología ansiosa no aparezca es necesario preparar al paciente psicológicamente antes de una intervención quirúrgica, brindándole información necesaria sobre el proceso quirúrgico, eliminando miedos, etc. lo cual beneficiará al proceso quirúrgico e incluso, la estadía hospitalaria puede ser más corta, el dolor post operatorio disminuirá y por lo tanto el paciente se sentirá más tranquilo sin presenciar síntomas ansiosos.

Cuando la persona presenta un alto grado de ansiedad o estrés, esta puede afectar la respuesta a las drogas anestésicas, la tensión arterial o la frecuencia cardiaca, sus heridas demoraran en cicatrizar más, su sistema inmunológico se debilitará y el post operatorio será más largo.

Cuando una persona se ve expuesta a cualquier tipo de cirugía y manifiesta entender la necesidad de la misma para mejorar su estado de salud pueden llegar a presentarse niveles de ansiedad que estarán ligados a antiguas experiencias, tipo de enfermedad, capacidad y tolerancia para soportar situaciones estresantes.

Entonces se entiende que mientras más larga es la carga ansiosa que presente un paciente antes de una cirugía más larga y difícil será la recuperación. (Garces Mejia & Cazares Zavala, 2015)

## **2.- Fisiopatología del dolor:**

El estudio del dolor se inicia desde la antigüedad, Aristóteles lo definía como un estado de “sufrimiento del alma”. Por otro lado, la teoría del dolor que nosotros heredamos en el siglo XX fue propuesta por Descartes hace tres siglos.

Descartes propuso que el cuerpo trabaja como una máquina que puede ser estudiada utilizando métodos experimentales. Él propuso que existían fibras que transmitían la información sensorial al cerebro de manera directa.

La palabra inglesa “pain” (Dolor) deriva del latín “poene” y del griego “poine”, que significa pena, castigo o suplicio. El dolor es una sensación desagradable que implica la abstracción y la experiencia previa, por lo que es sumamente subjetivo. Por tal motivo, hay varios factores que pueden influenciar la sensación de dolor, como lo es el estado del ánimo, el sexo, la edad, el medio ambiente, etc. (Cortes J. F., 2006)

Por otro lado, el dolor es un término que no tiene un significado exacto.

La asociación internacional para el estudio del dolor lo ha definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daño potencial o real a un tejido o descrito en términos de tal daño”.

Podemos observar que el dolor es un estado subjetivo y como tal está muy influenciado por varios factores como son: las emociones, el medio ambiente, el estado afectivo, la experiencia previa, factores socioculturales, el acondicionamiento previo, entre otros.

Es importante señalar que el dolor es la más compleja experiencia humana, es la causa más común de estrés psíquico y fisiológico, y la razón más común para buscar atención médica. Asimismo, es el motivo más importante de ausencias laborales, incapacidad y pensión por invalidez. Por tal motivo, la experiencia del dolor involucra una serie de trastornos físicos, emocionales, familiares, sociales, económicos y laborales.

Los receptores al dolor son capaces de extraer la información de todas esas formas de energía, mientras que el resto del sistema nervioso sólo puede extraerla de los potenciales de acción. (Guyton & Hall, 1999)

El proceso de activación y sensibilización de las terminales aferentes periféricas es altamente complejo.

Concurrentemente, se pueden disparar impulsos antidrómicos en fibras colaterales. Esto provoca la liberación de aminoácidos excitatorios, sustancia P y otros mediadores que aumentan el dolor mediante un sistema de retroalimentación. (Fernández Torres & Márquez Espinós , 1999)

### **Dolor post-quirúrgico:**

Es importante mencionar, que la oportuna aplicación de medidas que restituyan el daño inicial y el uso adecuado de las medidas terapéuticas, causarán una mejoría en el paciente con dolor post-quirúrgico.

Existen dos tipos de dolor: el crónico, producto de enfermedades, que son en general originadas por padecimientos inflamatorias persistentes u oncológicos; y el dolor agudo. De este último tipo es el dolor postoperatorio, el que aparece luego de una cirugía.

Los adelantos en el área médica han dado lugar al desarrollo de técnicas quirúrgicas con incisiones más pequeñas.

Esto ha mejorado en mucho el manejo del dolor en el paciente post quirúrgico.

Sin embargo, en ocasiones, se requiere realizar una incisión muy grande en una cirugía hepática, colónica, de riñón, algún tumor abdominal o cirugía de tórax.

En estos casos, se tienen que manejar otros tipos de técnicas para aliviar el dolor. Muchas de ellas consisten en poder proveerle anestésicos locales al paciente, en forma constante y algún tipo de opioide cerca o dentro del canal medular, de tal forma que, al darlo en bajas dosis, pero de manera constante el paciente tiene un alivio del dolor en forma permanente en las primeras 24 o 48 horas.

A las 72 horas se le puede retirar el catéter y pasarlo a un esquema convencional. (Martínez Tellería , Delgado , Cano, & Nuñez, 2010)

También existen factores psicológicos, físicos e incluso genéticos que pueden modificar la acción de los fármacos usados contra el dolor y que recién ahora se están empezando a conocer.

El dolor postoperatorio en el niño constituye una entidad especial ya que en el influyen varios factores que lo diferencian del dolor postoperatorio en el adulto. (Fernández Torres & Márquez Espinós , 1999)

El dolor postoperatorio por tanto es una experiencia no esperada por el niño y por tanto más difícil de tratar. El dolor postoperatorio infantil es frecuentemente la primera experiencia dolorosa intensa del niño en su vida.

La valoración del dolor postoperatorio en el niño es difícil, muchos niños por su edad no pueden verbalizarlo, otros no lo manifiestan por temor a agujas o pinchazos, en general el niño desconfía de todo lo que le rodea, ya que se encuentra en un medio hostil.

Dado que la mayoría de intervenciones quirúrgicas en los niños son cirugía menor y en muchos casos ambulatorios, se menosprecia la intensidad del dolor en estos procesos. Los neonatos, lactantes (por miedo a sobredosificación y efectos secundarios) y pacientes ambulatorios (por miedo a sedación y retraso en el alta) son los tres grupos de pacientes pediátricos que tienen más riesgo de recibir un tratamiento inadecuado del dolor postoperatorio.

En la actualidad muchos de los agentes anestésicos utilizados en los niños (sevoflurano, propofol, remifentanilo, etc.) tienen vida media muy corta y su eliminación es rápida, en muchos casos el niño despierta antes de que el efecto analgésico de los fármacos utilizados se haya instaurado. (Martínez Tellería , Delgado , Cano, & Nuñez, 2010)

## **Dolor en niños y su evaluación:**

Cuando el dolor es agudo, el dolor se asocia de forma característica a excitación y a una respuesta de estrés que consta de un aumento de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca, del diámetro de las pupilas, etc.

La valoración de dolor del niño es la pieza fundamental a la hora de proporcionarle el tratamiento más eficaz.

Así, mientras que los métodos conductuales y fisiológicos son apropiados para aquellos niños que no pueden comunicarse o para los niños sin capacidad verbal, los de autovaloración son más convenientes para los niños con edades superiores a cuatro años.

Por ejemplo, existe una escala para medir el dolor postoperatorio en niños menores de 4 años. En esta escala se toman en cuenta variables como la frecuencia cardíaca, llanto, movimiento, excitación y evaluación verbal o lenguaje corporal.

En este mismo estilo, se encuentra la escala análoga visual. Se ocupa una línea de 100 mm, en donde “cero” corresponde a ningún dolor o ausencia de dolor, y “100 mm” corresponde al peor dolor o máximo dolor imaginable. (Bayter & Chona, 2015)

Una vez que se identificó que el paciente siente un tipo de dolor, el principal objetivo que se persigue con el tratamiento de dolor, es conseguir el mayor grado de bienestar del niño.

### **Terapéutica del dolor:**

El tratamiento del dolor postoperatorio se inicia en el preoperatorio, con una explicación simple y honesta de lo que sucederá durante y después de la cirugía.

El tratamiento del dolor en niños implica múltiples métodos que incluyen, manejo farmacológico, manipulaciones ambientales, terapia de la conducta, terapia física, etc.

Sin embargo, uno de los componentes más importantes es la interacción del especialista tratante con el paciente y sus padres. (Martínez Tellería , Delgado , Cano, & Nuñez, 2010)

### **3.- ETAPAS**

#### **Etapas: Prequirúrgica**

La preparación prequirúrgica se centra en las dificultades emocionales que se experimentan para enfrentar la intervención.

Apunta a diluir hasta hacer desaparecer los temores, las fantasías de pérdida de vitalidad, de posibilidades de vida, de amputación, de dolor insoportable y hasta de muerte que inspiran las intervenciones quirúrgicas.

Teniendo en cuenta que la tensión emocional en el paciente, cuando debe exponerse a una situación quirúrgica, surge del desconocimiento al que el cuerpo del mismo será sometido, es necesario habilitarle un espacio previo diferente en

la relación vincular médico - paciente, donde éste pueda preguntar todo lo que necesite saber - conocer acerca de la operación a la que sea necesario someterlo, como así también pueda desplegar todas las emociones (miedo, temor, ansiedad, angustia, etc.) inherentes a la operación que deberá atravesar.

El paciente se enfrenta por sí mismo en este espacio y se investiga, quién será su médico cirujano, quién el médico anesthesiólogo, cómo es el quirófano, qué se siente estando allí, la temperatura, olores, ropa a emplear, si se despertará de la anestesia, si le dolerá, si sentirá cómo lo operan, si tendrán en cuenta los médicos sus alergias a medicamentos (en los casos que así suceda y en relación fundamentalmente con el antibiótico: la penicilina y /o el analgésico ketorolaco), tiempo de duración de la operación, tiempo de internación, cuidados corporales específicos a seguir antes y luego de ser intervenido (Solano Vanina, 2013)

### **Etapas: El acto quirúrgico (Transquirúrgico)**

El paciente requiere ser contenido emocionalmente en el momento exacto en el que será intervenido porque el hecho de que pueda preguntar y saber qué le están haciendo, permitirá una mejor entrega y mayor tranquilidad en el momento de ser dormido anestésicamente.

Lo mismo al despertar, por lo que el acompañamiento terapéutico le permite jugar al objeto transicional con el terapeuta y transferir en su persona los miedos y ansiedades que vivencia y al terapeuta cuidar el psiquismo del paciente como su proceso de aprendizaje de esa situación especial que está atravesando.

Este acompañamiento emocional y corporal del paciente que realiza el profesional de Enfermería es desde lo más originario, primitivo, primario.

El paciente a ser operado se siente solo inmerso entre profesionales que llevarán a cabo la operación y aparatos técnicos que controlarán su estabilidad orgánica durante la misma.

Un decir constante de los enfermos está referido al temor a "estar solo en ese quirófano tan frío", como así también el miedo a "no despertar de la anestesia". Por lo tanto, cuando un paciente está pronto a ser anestesiado, lo está realmente.

### **Etapas: postquirúrgica**

La preparación postquirúrgica (que se viene preparando desde la prequirúrgica), se centra en la disminución de las percepciones de dolor y de molestias post quirúrgicas y en la preparación anímica necesaria para que el paciente actúe de manera óptima y positiva en su propia rehabilitación, de modo que la misma sea rápida evitando así la mayor cantidad de imprevistos posibles.

Será imprescindible, por tanto, continuar abordando terapéuticamente al paciente en el postquirúrgico para que pueda elaborar el duelo que dicha cirugía le produce en su cuerpo y en su psiquismo a partir de la afección que padezca su organismo.

Los recursos técnicos que se utilizan en la preparación son variados, dependiendo de algunos factores, como ser: edad del paciente, tipo de intervención que se debe efectuar, el significado biológico, socio-antropológico y simbólico de la intervención y sus recursos actitudinales, el tiempo de que se dispone para trabajar, los familiares que acompañan (grado de parentesco, número, etc.), etc. (Baeza Villarroel, Balaguer Fort., Guillamón Cano, Puig-Pallarols., & Belchi Pujol, 2015)

### **El proceso de la psicoprofilaxis quirúrgica:**

La psicoprofilaxis quirúrgica es un proceso terapéutico focalizado con un objetivo preventivo. El encuadre terapéutico de la psicoprofilaxis quirúrgica implica tres etapas bien diferenciadas:

### **Niveles de aplicación:**

La psicoprofiláxis quirúrgica forma parte de la psicología preventiva, definiendo lo preventivo como la evitación o anticipación de un daño o perjuicio que pueda ocurrir en el futuro, así el trabajo psicoterapéutico está orientado a controlar y evitar la estructuración de psicopatologías en relación a los miedos, ansiedades y temores propios de las intervenciones quirúrgicas, las mismas que pueden afectar al paciente tanto en el proceso de tratamiento como en su rehabilitación.

Según la Organización Mundial de la Salud menciona que el proceso de prevención. distinguen tres niveles”:

**Prevención primaria:** aquí está ubicada la promoción de la salud y protección contra la aparición de trastornos

**Prevención secundaria:** diagnóstico y tratamiento precoz con tendencia a reducir la duración de los trastornos y las secuelas incapacitantes.

**Prevención terciaria:** realizar la rehabilitación biopsicosocial, una vez que ya se ha producido la incapacidad.

### **Psicoprofiláxis quirúrgica y sus beneficios:**

- Se reduce el uso de analgésicos en el postoperatorio.
- Los niveles de ansiedad, angustia y estrés disminuyen a niveles tolerables.
- La cicatrización es más rápida y aparecen menos infecciones.
- El tiempo promedio de hospitalización desciende.

- Ofrecer al paciente la aclaración y la contención emocional adecuada, para que este pueda enfrentar la cirugía en las mejores condiciones psicobiológicas posibles.

Así de esta manera la psicofilaxis queda enmarcada como una práctica interdisciplinaria. (Solano Vanina, 2013).

### **Origen de la psicofilaxis quirúrgica en niños:**

Se sitúa en Argentina los antecedentes de la prevención psicósomática quirúrgica infantil, esto a partir de las observaciones en el campo médico sobre la intensa angustia, el dolor y varios sentimientos de desvalimiento que las internaciones y operaciones quirúrgicas provocaban en los niños.

Es así que se inicia un movimiento con enfoque preventivo liderado por Florencio Escardó, en el hospital de niños Ricardo Gutiérrez, que genera la posibilidad de acompañamiento materno durante la internación” (Solano Vanina, 2013)

Asimismo, en este campo son pioneras: María Inés Egozcue, María Rosa Glasseman, Arminda Aberasturi, Florinda Glocer y María Mucci. Las mismas que a través de sus trabajos y fundamentos describen a la psicofilaxis como una psicología de tipo preventiva, la misma que en las últimas décadas se ha encauzado hacia la Psicología Clínica y aspectos de la Salud.

En esta práctica el espectro de aplicaciones es heterogéneo, dado que los procedimientos quirúrgicos están en relación con la enfermedad, el órgano, el

sistema comprometido y el acto médico. Además, posibilita detectar precozmente síntomas psicológicos negativos que pueden afectar la recuperación y rehabilitación del paciente (Gordillo Leon, Arana Martinez, & Mestas Hernandez, 2014)

## **PSICOPROFILÀXIS QUIRÚRGICA**

Muchos autores han descrito a la psicoprofilaxis quirúrgica dentro del contexto de las denominadas psicoterapias breves, las cuales son mencionadas como un modelo de psicoterapia rápida con fines a corto plazo, según Mise, “la psicoprofiláxis es un método planificado para promover recursos dentro del funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccionar y comportamental del paciente, estos recursos se encuentran orientados hacia la importancia de enfrentar adecuadamente una operación y reducir los efectos eventualmente adversos para el psiquismo” ( Mise Toussaint, 2016)

Además de lo descrito la psicoprofiláxis quirúrgica proporciona y facilita el procesamiento de la información, tiende a prevenir que la ansiedad y otros componentes negativos puedan estructurarse de manera psicopatológica. Así también el control psicoprofiláctico está orientado a la adaptación, recuperación del menor en función de su esquema corporal, inserción social y vínculo con el equipo de salud. ( Mise Toussaint, 2016)

### **4.- Edad Escolar:**

Todos conocemos bien a los niños y las niñas entre 6 y 11 años. Cuando crecen con las condiciones adecuadas son cariñosos, traviesos y muy curiosos. Les encanta jugar y hacer preguntas, cuyas respuestas analizan con cuidado y muchas veces encuentran poco lógicas.

Están en la etapa de la vida en que avivan su desarrollo intelectual, consolidan sus capacidades físicas, aprenden los modos de relacionarse con los demás y aceleran la formación de su identidad y su autoestima.

Las tres bases del desarrollo entre los 6 y los 11 años: aprender, jugar y descubrirse, A los 6 años, los niños y niñas ya tienen el desarrollo básico de su cerebro y en general de su cuerpo y poseen amplia capacidad para razonar y comunicarse. Dedicán entonces toda su energía y todo su interés a aprender, jugar y descubrirse en relación con los demás, que son las tres actividades esenciales para su desarrollo en esta fase de la vida. (Cortes, 2015)

## MARCO REFERENCIAL

Se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura que plasme resultados de los conceptos que incluyen este proyecto

(Garces Mejia & Cazares Zavala, 2015) realizaron un estudio para medir los “Niveles de ansiedad en pacientes de 6 a 14 años que han sufrido fracturas y serán intervenidos quirúrgicamente en el área de pediatría traumatológica de los hospitales de la ciudad de Loja en el periodo mayo - octubre del 2014” Se pudo evidenciar que en el área de ansiedad fisiológica prevalece el género masculino con el 49 % con relación al femenino que presenta un 27%, en el área de Inquietud Hipersensibilidad igualmente prevalece el género masculino con un 27% a diferencia del género femenino con un 20%, y en la tercera área Preocupaciones Sociales/ Concentración prevalece el género femenino con un 53% a diferencia del género masculino con un 24%.

(Li HC, 2015) en Hong Kong reportan en su estudio “Efectividad de la Psicoprofilaxis Quirúrgica de los Niños y sus Padres” en niños de 7 a 12 años, donde uno de sus padres debía acompañarlo durante los estudios prequirúrgicos y el día de la cirugía. Un total de 203 niños chinos y sus padres participaron y completaron el estudio. Los resultados generales de este estudio sugieren que la intervención terapéutica por medio del juego es efectiva para mejorar los resultados preoperatorios y posoperatorios de los niños sometidos a cirugía.

(Garrido & Baldeon Loza, 2015) Un estudio similar fue realizado en el Ecuador en la Universidad Central de Quito en el año 2012, por Garrido Franco en donde se aplicó la psicoprofilaxis quirúrgica en niños con quemaduras; en esta investigación se utilizó el test de ansiedad CMAS-R (Lo que pienso y siento), el

diseño fue mixta no experimental en donde obtuvieron como resultados que en la sub-escala de Ansiedad Fisiológica prevalece con un 74%, en la sub-escala de Inquietud Hipersensibilidad presentan un 56% y en la sub-escala de Preocupaciones Sociales/Concentración presentan un 38%. Previo a la aplicación de la Psicoprofilaxis quirúrgica y las técnicas psicológicas, la mayor parte de los niños-as con quemaduras presentaban un nivel de ansiedad elevado, Posterior a la aplicación del método terapéutico psicoprofilaxis quirúrgica se obtuvo que 19 casos del 100% disminuyeron el nivel de ansiedad alta a niveles bajos manteniéndose en un 27% de promedio.

(Inzunda, Navia, Ventura, & Catalan, 2015) En un estudio realizado en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en Santiago. Se analizaron conductas de ansiedad en niños y adolescentes ingresados al hospital general en este se registra el patrón estacional del suicidio a la presencia de psicopatología, trastornos del ánimo, latitud, género y letalidad relacionado con la estancia en el hospital, destaca en las características sociodemográficas que 87,2% de la muestra eran mujeres, y 80,9% eran estudiantes de educación escolar. 57,4% de los pacientes pertenecían a una familia biparental, 36,2% a una monoparental y 6,4% vivía con otro familiar o tutor.

Validación del inventario de ansiedad estado - rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años Esta investigación tuvo como propósito la estandarización del cuestionario STAIC, es el resultado de la evaluación de 670 niños de ambos géneros, en 35 instituciones educativas públicas y privadas de la ciudad de Medellín, Colombia el análisis consistió en evaluar las propiedades estructurales de la prueba a través de la validez de constructo hallada bajo el análisis factorial con rotación varimax por el método de componentes principales y la confiabilidad por alpha de Cronbach con coeficiente de correlación intraclase. El análisis de dichas condiciones arrojó como resultado seis factores en su análisis factorial. En los resultados encontrados finalmente se puede observar

que los ítems quedan agrupados en seis factores teóricamente distinguibles entre sí con una confiabilidad moderada. Estos factores son: Factor 1: Temor (ansiedad Estado), Factor 2: Tranquilidad (ansiedad-estado), Factor 3: Preocupación (ansiedad-rasgo), Factor 4: Evitación (ansiedad-rasgo), Factor 5: Somatización (ansiedad-rasgo), Factor 6: Ira y Tristeza (ansiedad-rasgo). (Castrillon Moreno & Borrero Copete, 2015)

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación entre el dolor y la ansiedad en la recuperación quirúrgica en niños escolares del hospital general de Pachuca

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar el nivel de ansiedad que presentan los escolares en su recuperación quirúrgica.
2. Determinar el grado de dolor en los pacientes escolares que se encuentran en recuperación quirúrgica.

## **HIPOTESIS:**

A mayor grado de dolor, mayor nivel de ansiedad.

## **CAPITULO II**

### **METODOLOGIA**

En el siguiente capítulo, se describe el diseño, población, instrumento y procedimientos y como se han de proteger los derechos humanos de los participantes.

#### **TIPO**

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo- Descriptivo de corte transversal porque se parte del método deductivo en el que se plantea un problema con base en un marco teórico, se generó una hipótesis y pregunta de investigación, además de que la variable ansiedad se midió con una escala que arrojó valores numéricos, el mismo se pretende desarrollar en el Hospital General de Pachuca a través de los datos obtenidos mediante la información que se suministró a los pacientes seleccionados, se describe los datos arrojados por el reactivo, el cual permitió interpretar y analizar una situación de un grupo poblacional que se encuentra en evidente vulnerabilidad con respecto a otros.

#### **UNIVERSO/POBLACION:**

Para el desarrollo del proyecto se trabajó con todos los pacientes pediátricos que fueron intervenidos quirúrgicamente del Área de Pediatría, del Hospital General de Pachuca durante el periodo enero a junio 2017.

La población de estudio (n) total fue de 52 pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente de cualquier patología que se encuentran en edades de 6 a 11 años de edad, los mismos que están ingresados en la Unidad de Pediatría del

Hospital General de Pachuca, con un nivel de confianza o seguridad del 95%, con una precisión del 3%, con un nivel de significancia  $p= 0.05$  (valor aproximado del parámetro de un 5%, y obteniendo un tamaño muestra (n) de 50.

### **DEFINICION ESPACIAL Y TEMPORAL:**

La investigación se realizó en el Hospital General de Pachuca en los servicios de pediatría en todos los turnos laborales. Iniciando en enero a junio del 2017.

### **CRITERIOS SE SELECCIÓN:**

#### **Inclusión**

- 1.- Pacientes de 6 a 11 años de edad.
- 2.- Pacientes intervenidos quirúrgicamente.
- 3.- Que sean ingresados Unidad de Pediatría, del Hospital General de Pachuca durante el periodo enero-junio 2017.
- 4.- Que acepten participar en la encuesta.
- 5.- Todos los turnos de áreas pediátricas.
- 6.- De ambos géneros
- 7.- pacientes que no estén sometidos a un tratamiento farmacológico que altere el estado de conciencia
- 8.- Capacidad verbal de auto-reportar la presencia y grado de dolor.

#### **Exclusión:**

- 1.-Pacientes mayores a los 11 años.
- 2.- Pacientes menores a los 6 años.

3.- Pacientes con alguna enfermedad crónica.

4.- Pacientes que presenten imposibilidad física para hablar o que se encuentren en estado de inconsciencia o aislamiento.

5.-Pacientes que presenten algún tipo de discapacidad mental.

## **INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

Mediante la recolección sistemática de la información obtenida mediante la aplicación del test; Escala de Hamilton para la Ansiedad lo cual permitió clasificar y analizar los resultados de la investigación, apoyados en métodos estadísticos que organizan e interpretan los datos obtenidos y el instrumento escala analógica visual (EVA) para medir la intensidad del dolor.

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Hamilton, M, es un tipo de instrumento: escala de observación que permite determinar el grado de ansiedad global del paciente, el aplicador debe observar y evaluar la conducta que tiene el pediátrico durante la entrevista desde ausencia de síntomas 0 a 4 intensidad máxima.

Para medir la ansiedad de los niños se aplicó la Escala de ansiedad de Hamilton que consta de una escala tipo Likert. La cual mide ansiedad-estado y se compone de 14 reactivos, con opciones de respuesta: ausente, leve, moderado y grave. Para los reactivos, ausente tiene un valor de 0; "leve", de 1 y "moderado", de 2 grave de 3 o muy grave 4. Los valores de los reactivos son proporcionales.

El puntaje mínimo alcanzado en la escala es de 20, que representa poca ansiedad; y el máximo es de 48, que representa mucha ansiedad. Entre mayor puntaje se obtenga, mayor ansiedad estado o rasgo existirá.

Para medir el dolor se utilizó la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”.

La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión.

La Escala Visual Analógica (EVA) es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes.

De un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso en algunos estudios definen la presencia de Dolor cuando la EVA es mayor a 3.

## **PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

Se solicitó autorización por el Jefe del área de Pediatría del Hospital General de Pachuca (apéndice A) para la aplicación del instrumento a los pacientes de la sala de recuperación de pediatría, identificando a los niños en edad escolar, intervenidos quirúrgicamente, que reunieron los criterios de inclusión, se les invitó a sus tutores verbalmente para que participaran en el estudio, una vez aceptado se les dio a firmar el consentimiento informado en el cual se garantizó confidencialidad de la información (Apéndice B), se les explicó el propósito del estudio y se procedió a contestar los instrumentos titulados “ Escala de ansiedad de Hamilton” (Apéndice C) y “Escala analógica Visual”, (apéndice D) y encuesta sociodemográfica (Apéndice E) se les hizo hincapié de que si tienen alguna duda al momento de contestar, la autora de la investigación, está en disposición para

aclarársela, esta aplicación de instrumento se llevó a cabo en el periodo comprendido entre los meses enero a junio 2017.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Peackage For The Social Sciences (SPSS) versión 21, para analizar la estadística descriptiva a través de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y gráficos, estadística inferencial y prueba de correlación de Pearson.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Para la realización de esta investigación se tomaron en cuenta aspectos éticos sustentados en el reglamento de la Ley General de Salud (1987) en materia de Investigación de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos contenido en el título segundo capítulo I y capítulo III.

Del capítulo I de acuerdo con el artículo 13 se respetó la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los participantes; conforme a lo establecido por el artículo 14, la investigación se desarrolló ajustándose a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

De acuerdo con el artículo 17 se consideró que en este caso se trató de una investigación de riesgo mínimo por que se midieron emociones, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes en el estudio, se utilizó 2 instrumentos y un cuestionario. Se contó con el consentimiento informado de los padres y de los participantes del estudio, tal como lo establece el artículo 21, y el cual estuvo formulado por escrito según lo indica el artículo 22.

En este estudio los participantes fueron menores de edad por lo que se apegó artículo 34, respecto a las disposiciones generales de ética en este grupo de la población, el consentimiento informado por los padres o tutores del menor fue recabado con apego al artículo 36 del mismo capítulo.

Artículo 100.- Las investigaciones en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases.

1. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
2. Podrá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
3. Podrá efectuarse solo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en estudio.
4. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel. Una vez enterado de los objetivos de la investigación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.
5. De acuerdo a la declaración de Helsinki adoptada por la 18 asamblea medica mundial, en la cual hace referencia que el principal objetivo de una investigación en salud es generar nuevos conocimientos basados en principios éticos para investigaciones en seres humanos.

## CAPITULO III

### RESULTADOS

Los resultados se dividieron en dos partes, el primero con los datos sociodemográficos y el segundo con la descripción y análisis de la investigación de cada una de las preguntas de los instrumentos.

**TABLA 1: DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:**

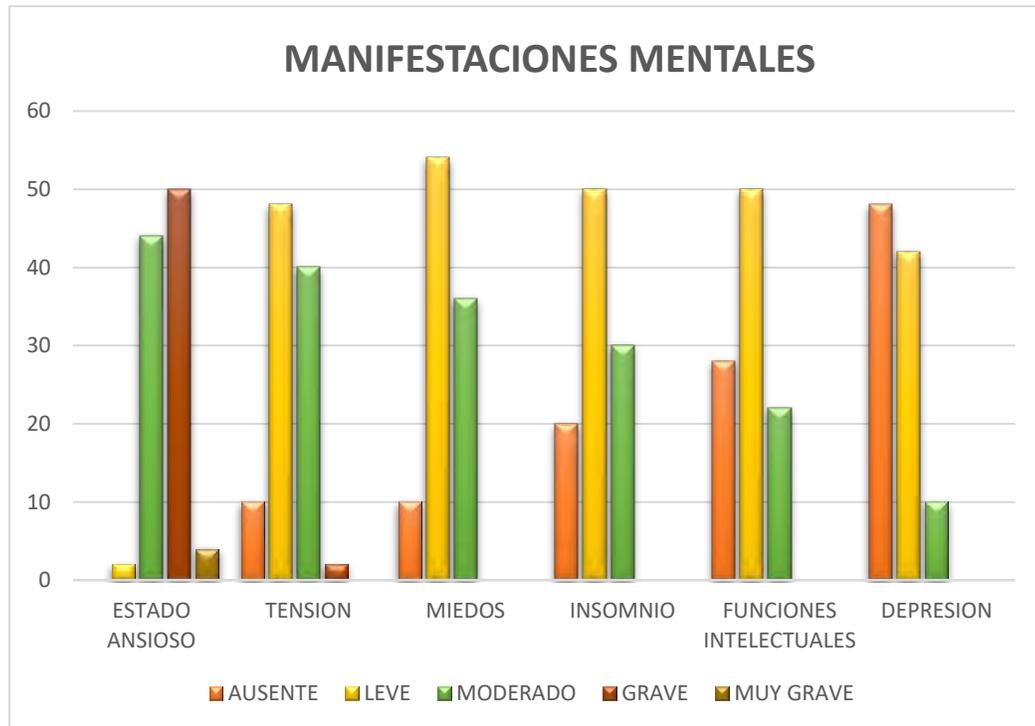
		<i>F</i>	%
<b>GENERO</b>	FEMENINO	24	48
	MASCULINO	<b>26</b>	52
<b>EDAD</b>	6	9	18.0
	7	11	18.0
	8	<b>12</b>	24.0
	9	10	12.0
	10	8	14.0
<b>NIVEL DE ESTUDIO</b>	Preescolar	1	2.0
	Escolar	<b>48</b>	96.0
	NO ASISTE	1	2.0
<b>¿CON QUIEN VIVEN?</b>	Mama	12	24.0
	Papa	1	2.0
	Abuelos	3	6.0
	Tíos	2	4.0
	Mama y Papa	<b>32</b>	64.0

Fuente: Cedula de datos demográficos

n=50

Muestra que poco más de la mitad de los participantes (52%) eran del género masculino, los restantes del género femenino (48%), con una edad promedio de 8 años (24%), con escolaridad activa de un (98%), con un tipo de familia nuclear (64%).

**FIGURA 1:**

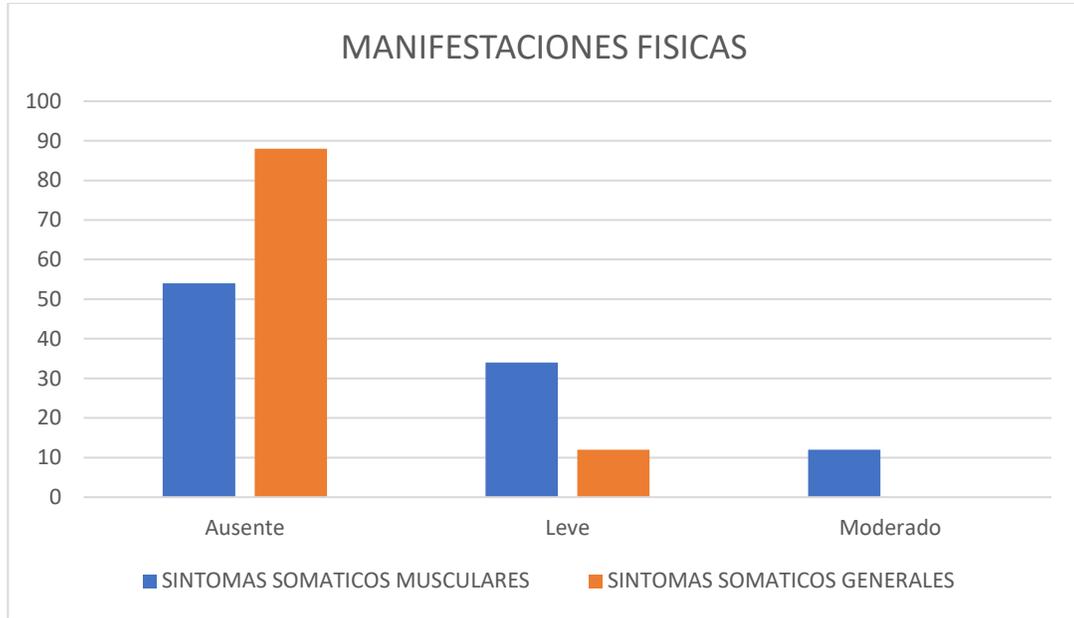


Fuente: Test de Hamilton (1996)

n=50

Muestra que los encuestados presentan un estado ansioso grave de un 49%, un 55% con miedo leve, y un 48% de ausencia de depresión lo que refiere que es homogéneo el estado emocional de los niños en etapa posquirúrgica.

**FIGURA 2:**

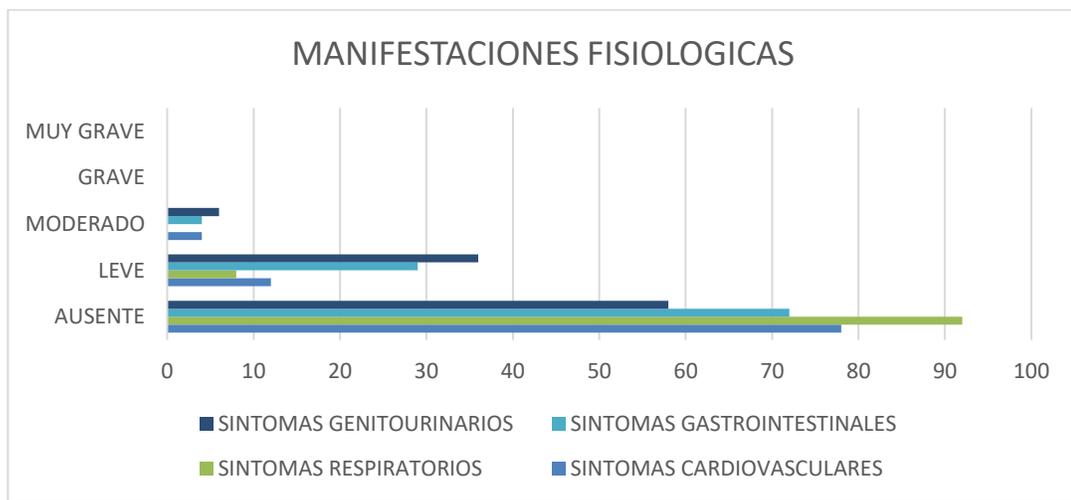


Fuente: Test de Hamilton 1996

n=50

De las manifestaciones físicas el 12% de los participantes presentan síntomas somáticos generales leves como son zumbido de oídos, visión borrosa, sensación de debilidad, hormigueos y un 16% presenta síntomas musculares moderados como son dolores musculares, sacudidas musculares, rechinar de dientes, voz quebrada.

**FIGURA 3:**

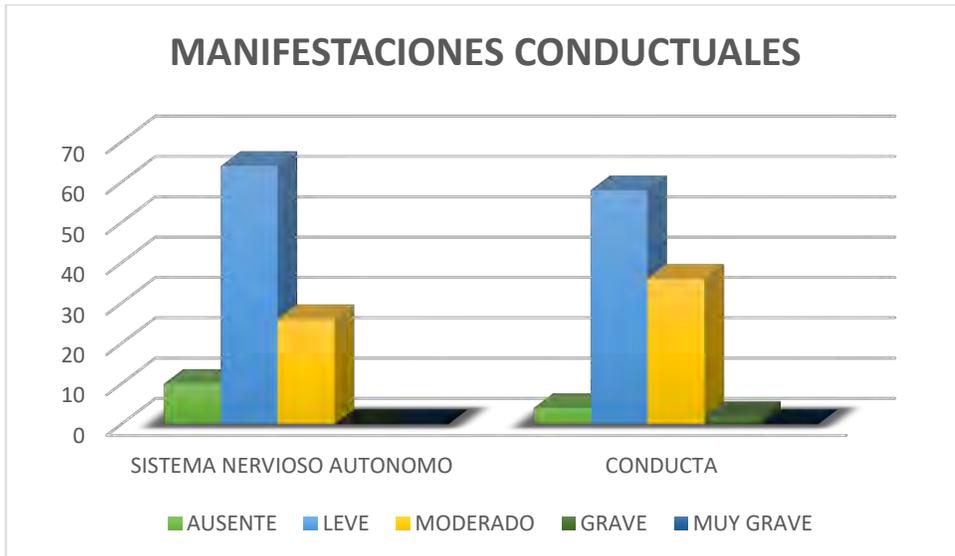


Fuente: Test de Hamilton(1996)

n=50

Se observó que el patrón de eliminación se vio alterado, el 38% de los encuestados presentaba al momento del test síntomas genitourinarios leves como son micción imperiosa, micciones frecuentes, y un 28% presentaba síntomas gastrointestinales leves como son gases, dolores antes de comer, náuseas, ardor, hinchazón y un 96%, en relación al patrón respiratorio no manifestaron sensación de ahogo, de aire, dificultad para respirar.

**FIGURA 4:**



Fuente: Test de Hamilton (1996)

n=50

Al momento de la aplicación del instrumento de investigación se plasma que un 60% de los encuestados presenta síntomas leves en su sistema nervioso autónomo como son boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, dolores de cabeza, un 30% presenta conducta en el transcurso del test moderada como son manos inquietas, cierra los puños, temblor en las manos, palidez facial, traga saliva, palpitaciones.

**FIGURA 5:**

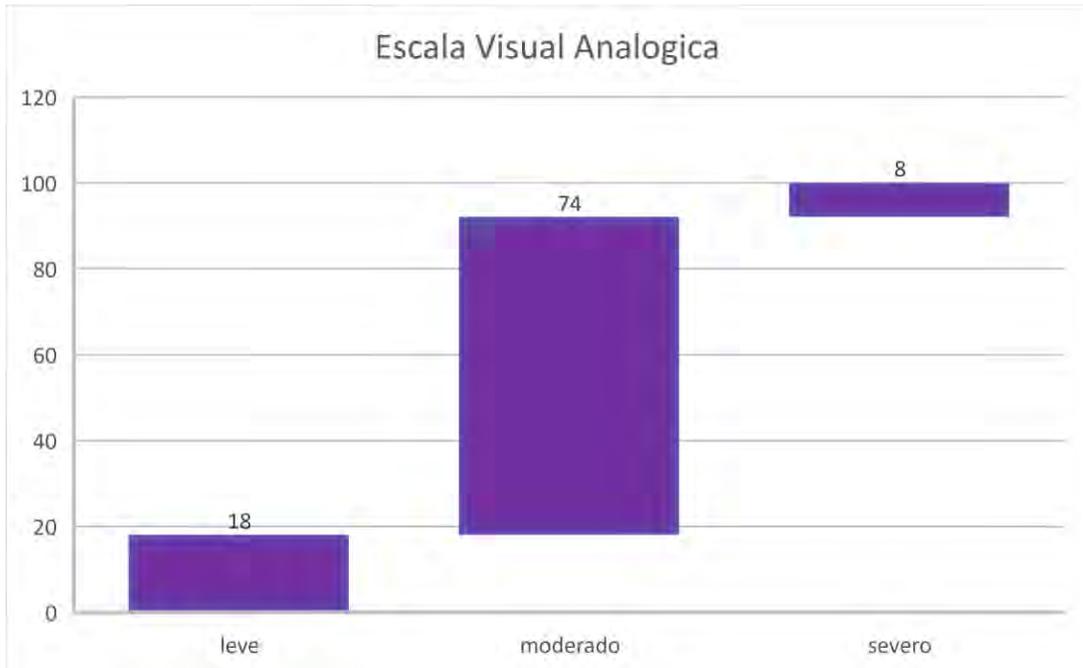


*Fuente: Test de EVA(1975)*

*n=50*

En relación a que todos los encuestados se encontraban en la etapa postoperatoria el 100% de los participantes tenía dolor al momento de la aplicación de dicho instrumento.

**FIGURA 6:**



Fuente: Test de Eva (1975)

n=50

En esta grafica analizamos que el 74% refirió tener un rango de dolor moderado de 4 a 7 en una escala de 10, el 18% un dolor leve de 1 a 3, y el 8% un dolor severo de más de 7 en una escala de 1 a 10.

## TABLA 2 CORRELACION DE PEARSON

VARIABLES	SIGNIFICANCIA	VALOR DE PEARSON
<i>PUNTAJE EN EL TEST</i>	0,001	.224**
<i>EVA</i>	0,001	.224**

*Fuente: Test de Hamilton (1996)* *n=50*

La correlación de Pearson es de .224 ya que es significativa al nivel 0,01 bilateral.

## CAPITULO IV

### DISCUSION

La información obtenida a partir de los resultados se analizó, para posteriormente hacer una discusión de dichos resultados con las referencias obtenidas durante el proceso de la investigación, de esta forma se pretenden identificar tendencias y discrepancias que permiten hacer un aporte a este campo de conocimiento, así como se estableció en los objetivos, permite identificar la relación entre el dolor y la ansiedad que presentan los pacientes escolares en la etapa de recuperación quirúrgica, del Hospital General de Pachuca Hidalgo.

(Moix 2015) en su artículo disminución de la ansiedad como factor de mejora en la recuperación quirúrgica, hace mención de la importancia de disminuir las manifestaciones de ansiedad con lo que supone reducir el tiempo de la estancia hospitalaria.

Los síntomas somáticos o físicos determinados en esta investigación indica que los síntomas sensoriales o generales son la primera manifestación del cuerpo como respuesta a la ansiedad similar a los hallazgos encontrados en este estudio un 34% y Moix refiere un 54% con reacciones como: zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad y hormigueo.

Siendo menos frecuente en su manifestación los síntomas respiratorios como sensación de ahogo, falta de aire, suspiros, disneas con un 8%, mientras que Moix refiere un 28% siendo muy considerable.

Con respecto a los síntomas somáticos generales como visión borrosa, zumbido de oídos, sensación de debilidad, sensaciones de parestesia arroja 12 %, y Moix encontrando un 18%.

En relación a que los síntomas sensoriales aparecen luego de un sobresalto o una mayor exposición a fuertes estímulos que afectan el sistema nervioso autónomo y se manifiestan mediante el estremecimiento de las fibras nerviosas en el cuerpo.

Mas, sin embargo, si los síntomas ya sea musculares o sensoriales, no desaparecen con el tiempo pueden ser signos de un problema de salud subyacente y se debe evaluar, para descartar las razones físicas.

Dentro de las manifestaciones psíquicas de la ansiedad con resultado de 48% y Moix un 50% y se determina que el estado de ánimo ansioso es predominante en el proceso de recuperación quirúrgica.

De menor intensidad se detectó las alteraciones cardiovasculares con un porcentaje equivalente a un 18 %, y Moix con un 16% que no resulto ser significativo para ser considerado como una alteración psíquica en los pacientes.

Los resultados indican el alcance de los objetivos planteados al inicio del presente estudio mediante la valoración de los distintos ítems, se lograron percibir las principales manifestaciones de ansiedad que afectan a los pacientes luego de ser intervenidos quirúrgicamente, siendo mayormente exteriorizados y canalizados por las reacciones del estado de ánimo ansioso y tensión, miedos que se traducen finalmente en preocupaciones obteniendo así un 52% en contraposición con un 42% que respecta al estado de ánimo depresivo siendo estos menos comunes.

La ansiedad tanto en sus manifestaciones somáticas y psicológicas engloban un fenómeno complejo y amplio, al tratarse de una función de gran utilidad para estimular los esfuerzos, la vivacidad, alerta y precaución; en exceso la ansiedad compromete la eficacia, rendimiento y la recuperación de una persona que finalmente se vuelve una desventaja.

## CONCLUSIONES

Las principales manifestaciones de ansiedad presentes en los pacientes escolares en recuperación quirúrgica en el área de pediatría, fueron con un 64% síntomas del sistema nervioso autónomo como son boca seca, palidez, cefalea, tensión, tendencia a la sudoración, y vértigos.

El miedo se manifestó en un poco más de la mitad de la población estudiada, es la manifestación de ansiedad más predominante en los escolares encuestados, con diversos miedos como a la obscuridad, a los desconocidos, a quedarse solos, a los animales, a la circulación y a la muchedumbre.

Los síntomas somáticos musculares como dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas musculares, rechinar los dientes, voz quebrada ocupan en primer lugar en los síntomas físicos que poco menos de la mitad presento alguna manifestación física de estas características.

Los síntomas respiratorios son los menos frecuentes en el test de ansiedad los pacientes refirieron presentar opresión pre-torácica, sensación de ahogo, falta de aire, suspiros, disnea.

La tercera parte de la muestra presento síntomas del sistema nervioso autónomo más predominantes fueron boca seca, palidez, tendencia a la sudoración, cefaleas, vértigos.

En la Escala visual Analógica las tres terceras partes reporto una escala de dolor leve.

Una mínima parte presento niveles de ansiedad superiores a la media que es de 18, lo que sugiere una ansiedad patológica.

La ansiedad no está influida por el dolor, ya que el en la totalidad de los niños reportaron dolor y no manifestaron niveles de ansiedad patológicos o considerables.

## SUGERENCIAS

Brindar psico educación enfocada en el proceso quirúrgico al que será sometido el paciente, además de una explicación desde una perspectiva psicológica para que el paciente este enterado de los cambios a nivel emocional que pueda experimentar al ser sometido a una intervención y de esta forma reducir las manifestaciones de ansiedad tanto psíquicas y somáticas en el en proceso de recuperación quirúrgica.

Integrar dentro del protocolo quirúrgico la intervención psicológica como acompañamiento con la finalidad de disminuir las respuestas ansiosas y lograr la recuperación quirúrgica en menor tiempo.

Capacitar al personal médico y enfermeras sobre técnicas básicas relajación al paciente y reducir las respuestas ansiosas previas y posteriores a la cirugía.

Realizar proyectos estratégicos para reducir los niveles de ansiedad y brindar una mejora continua que ayuden a enfrentar la ansiedad y formar una red de autoayuda psicológica con diferentes maneras de afrontar las situaciones de la vida.

Crear protocolos de acción y atención para canalizar y disminuir las manifestaciones de ansiedad en los pacientes escolares post quirúrgicos del Hospital General de Pachuca.

## BIBLIOGRAFIA

1. Mise Toussaint, L. (2016). Estudio descriptivo sobre el proceso de Psicoprofilaxis Quirúrgica. *Revista Medica Quirurgica Especializada*, 45.
2. Baeza Villarroel, J. C., Balaguer Fort., G., Guillamón Cano, N., Puig-Pallarols., M., & Belchi Pujol, I. (2015). Higiene y prevencion de la ansiedad. *Diaz de Santos*, 56.
3. Baldeon Loza, S. S., & Garrido Franco, J. A. (2012). Psicoprofilaxis como método terapéutico frente a los niveles de ansiedad presentes en niños de 7 a 12 años, sometidos a procedimientos médicos en la Unidad de Quemados del Hospital Baca Ortiz. *UCE*, 112.
4. Bayter , J., & Chona, J. (2015). Dolor en niños: como evaluarlo y tratarlo eficazmente. *Medicab*, 1-10.
5. Burns, N. (2012). Investigacion en Enfermeria. Desarrollo de la practica basada en evidencias. *Elsevier*, 15-17.
6. Castrillon Moreno, D. A., & Borrero Copete, P. E. (2015). Valisacion del inventario de ansiedad estado rasgo en niños de 8 a 15 años. *Redalyc.org*, 29-32.
7. Cortes , J. F. (2006). Historia de la analgesia en el dolor. Un enfoque multidisciplinar. *Editor Lopez Guerrero*, 139-156.
8. Cortes, F. (2015). La edad escolar. *Vigia de los derechos de los niños. unicef*.
9. Echeburúa, E. (2014). *Superar un trauma*. España: Piramide.
10. Fernández Torres , B., & Márquez Espinós , C. (1999). *Dolor y enfermedad, evolucion historica*. Mexico: Bejar.
11. Garces Mejia, C. D., & Cazares Zavala, M. F. (2015). Factores estresantes frente al proceso pre quirúrgico que generan niveles de ansiedad en los pacientes inmovilizados del área de traumatología del HCAM. *Quito: UCE*, |65.
12. Garrido, F., & Baldeon Loza, S. (2015). "Psicoprofilaxis como método terapéutico frente a los niveles de ansiedad presentes en niños. *scielo*, 22-31.

13. Gordillo Leon, F., Arana Martinez, J. A., & Mestas Hernandez, L. (2014). Tratamiento de la Ansiedad en Pacientes Prequirurgicos. *Revista clinica de medicina para la familia*, 228-233.
14. Guyton, A., & Hall, E. (1999). *Sensaciones somáticas* (Vol. 9). Mexico: McGraw-Hill-Interamericana.
15. Hernandez, & Rabadán. (2013). Un paréntesis en la vida del niño. *Dialnet*, 167.
16. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Intercensal EIC 2015. Base.* (2015).
17. Inzunda, C., Navia, F., Ventura, T., & Catalan, P. (2015). Conducta suicida en niños y adolescentes ingresados al Hospital General. *Medica de Chile*, 751-762.
18. Li HC, L. V. (2015). Efectividad de la Psicoprofilaxis Quirúrgica de los Niños y sus Padres. *Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)* , 18-22.
19. Lobo , A., Chamorro , L., Luque, A., Badia, X., Baro, E., & Dal-Re, R. (abril de 2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clinica*, 118(13), 118-493-9.
20. Martínez Tellería , A., Delgado , J., Cano, M., & Nuñez, J. (2010). Analgesia post-operatoria en el neonato. *Revista Social Especializada en el Dolor*, 317-327.
21. Moix, J. (2015). Disminución de la ansiedad como factor de mejora de la calidad asistencial en pacientes quirúrgicos. *Revista de Calidad Asistencial*, 13, 160-165.
22. Moix, T. (2012). Disminucion de la ansiedad como factor de mejora en la recuperacion quirurgica. *revista de Enfermeria de Venezuela*, 12.
23. Neimeyer, R. A. (2007). *Aprender de la perdida*. Buenos Aires: Paidos.
24. Nota descriptiva n. 312. (septiembre de 2012). *Organizacion Mundial de la Salud*, 21-28.
25. Papalia, Wendkos, & Duskin. (2001). *Desarrollo Humano*. España: McGraw Hill.

26. Rosenzweig, & Leiman. (1992). *psicologia fisiologica*. España: Mc Graw-Hill.
27. Solano Vanina, N. (2013). *tesis de humanidades*. Obtenido de <http://repositorio.edu.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/264>
28. UNICEF (2015). *“La inversión en la primera infancia en América Latina*. (s.f.).

## ANEXOS

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLE	TIPO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	MEDICION
ANSIEDAD	DEPENDIENTE	<p>La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.</p>	<p>La ansiedad se manifiesta de diferente manera en cada persona, según una serie de factores que va desde la edad, información genética, circunstancias de vida, etcétera.</p> <p>Los diferentes tipos de ansiedad pueden existir aislados entre sí, o combinados. O sea que puedes tener ataques de pánico y a la vez hipocondría o fobias y trastorno obsesivo compulsivo. Lo importante es que, si presentas alguno de estos tipos de ansiedad, encuentres el diagnóstico indicado para saber por cuál empezar.</p>	<p>"0", indica que el sentimiento no está presente en el paciente.</p> <p>Una calificación de "1", indica leve prevalencia del sentimiento en el paciente.</p> <p>Una calificación de "2", indica moderada prevalencia del sentimiento en el paciente.</p> <p>Una calificación de "3", indica severa prevalencia del sentimiento en el paciente.</p> <p>Una calificación de "4", indica muy severa prevalencia del sentimiento en el paciente.</p>
INTENSIDAD DEL DOLOR	DEPENDIENTE	<p>La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial". ... El dolor oncológico sigue unas normas de tratamiento especificadas según las pautas recomendadas por la O.M.S</p>	<p>Asumimos que la sensación de dolor es subjetiva y por tanto el único capaz de saber qué dolor tiene es el propio individuo que lo siente. Sin embargo, para tratar el dolor necesitamos evaluarlo objetivamente, de forma que podamos decirle a la sociedad, a los individuos que lo sufren y a los especialistas que los tratan qué medicamento pueden</p>	<p>A los pacientes que contestaron que "sí" tuvieron dolor se les interrogará sobre la intensidad de su dolor. Para esto, se le mostrará una "escala análoga visual" (línea de 10 cm de longitud, en cuyos extremos figuran las leyendas "sin dolor" y "Máximo dolor posible) y se le pedirá que marquen con una raya el nivel de dolor que sintieron. El investigador medirá la distancia del "0" al lugar</p>

			<p>administrar o qué es lo mejor que pueden hacer para combatir su dolor.</p> <p>Valoración numérica que el paciente le otorga a su dolor en la Escala Visual Análoga</p>	que el paciente marcó y lo registrará en mm
DOLOR	DEPENDIENTE  DICOTOMICA	Una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daño potencial o real a un tejido o descrito en términos de tal daño	El paciente responderá si o no a la presencia de dolor.	"SI" O "NO"
EDAD	INDEPENDIENTE	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento expresado en días, meses, años. Se expresará en años cumplidos al momento de su ingreso.	Se medirá en años y meses	<p>Solo se utilizarán niños que tengan la edad de la muestra de estudio.</p> <p>6-11 años</p>

**CRONOGRAMA DEL TRABAJO**

FECHA	NOV/DIC		ENERO		FEB/MARZO		ABRIL/MAYO		JUNIO/JULIO		AGOSTO/SEPTIEMBRE			
<b>ACTIVIDADES</b>														
Elaboración del Tema	X													
Compilación de Fuentes Bibliográficas	X	X												
Elaboración del Proyecto	X	X												
Presentación y Aprobación del Proyecto	X	XX												
Investigación de Campo Recolección de Datos					X	X	XX	X	X	X	X	X		
Tabulación de los Resultados									XX	X				
Elaboración del informe final											X	X	X	X
Presentación de la tesis graduación														X

DOCTOR: MARCO ANTONIO TORRES MORALES  
JEFE DEL AREA DE PEDITRIA DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA  
PRESENTE:

Soy estudiante de la especialidad en ENFERMERIA PEDIATRICA de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y estoy realizando una investigación titulada:

**“RELACION ENTRE EL DOLOR Y LA ANSIEDAD EN LA RECUPERACION QUIRURGICA EN NIÑOS ESCOLARES DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA “**

El objetivo del estudio es Identificar la relación entre el dolor y la ansiedad en la recuperación quirúrgica en niños escolares del hospital general de Pachuca.

Por este motivo solicito su autorización para aplicar el instrumento de investigación titulado test de Hamilton para medir la ansiedad en niños en un lapso de tiempo de enero a junio del 2017, los datos se utilizaran para análisis y evaluación para cumplir con el objetivo principal de esta investigación, así como también permitirá al término de la investigación mejoras y si es necesario la capacitación sobre psicoprofilaxis quirúrgica.

Cabe mencionar que esta investigación no tendrá ningún efecto negativo para la institución, individuo, ni para el servicio de Pediatría; ya que la información obtenida será manejada de manera responsable y anónima.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo, agradezco su atención, muchas gracias.

CCP. Interesada  
CCP. Subdirección de Enfermería

ATENTAMENTE:  
LE. MARIA GUADALUPE MILANEZ BAÑOS.

*Dr. Marco Antonio Torres Morales*  
CEO  
Jefe de Pediatría



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
AREA ACADEMICA DE ENFERMERIA  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA PEDIATRICA



**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Título del proyecto de investigación: Relación entre ansiedad y Dolor en la recuperación quirúrgica en los niños escolares del Hospital General de Pachuca.

Investigador principal: L.E. Milanez Baños María Guadalupe.

Director de tesis: MCE Baltazar Téllez Rosa María.

Yo \_\_\_\_\_ En pleno uso de mis facultades mentales y habiendo recibido la información completa de la investigación que realiza la LE. María Guadalupe Milanéz Baños, Estudiante del posgrado en Enfermería Pediátrica de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo con número de cuenta 099923 y cuyo tema se titula:

**RELACION ENTRE ANSIEDAD Y DOLOR EN LA RECUPERACION QUIRURGICA EN LOS NIÑOS ESCOLARES DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

Por ello requiero de su participación en este estudio que consiste en responder un cuestionario, con el cual siéntase con absolutamente libertad para preguntar sobre cualquier duda con respecto al mismo y poder disiparlas. La información obtenida de este cuestionario será utilizada para el desarrollo de la tesis de la Especialidad en Enfermería Pediátrica, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

En esta investigación no existen riesgos por lo que con su participación usted no obtendrá ningún beneficio económico, pero su información es muy valiosa y será manejada con estricta confiabilidad por el grupo de investigadores y resguardada por un tiempo no mayor a un año posterior a la aplicación del instrumento.

Esta investigación se sustenta en la Ley General de Salud en materia de investigación en el artículo 100 fracciones I, II, III, IV, V.

Se agradece su participación en esta investigación ya que su aportación es de suma importancia.

Acepto que mi hijo \_\_\_\_\_

Participo libremente en esta investigación estando consciente que puede negarse.

\_\_\_\_\_  
Responsable de la Investigación

\_\_\_\_\_  
Representante del Paciente

## INSTRUMENTO DE EVALUACION

El siguiente cuestionario tiene como objetivo Conocer los tipos de manifestaciones ansiosas en la recuperación quirúrgica, el cual consta de ítems de opción múltiple, se le recomienda leer con atención y dar respuestas fidedignas.

ESCRIBA LOS DATOS QUE ACONTINUACION SE LE SOLICITAN:

**MARCAR CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA:**

EDAD:

6 AÑOS

7 AÑOS

8 AÑOS

9 AÑOS

10 AÑOS

11 AÑOS

VIVES CON:

MAMA

PAPA

ABUELOS

TIOS

MAMA Y PAPA

OTROS \_\_\_\_\_

SEXO:

MUJER

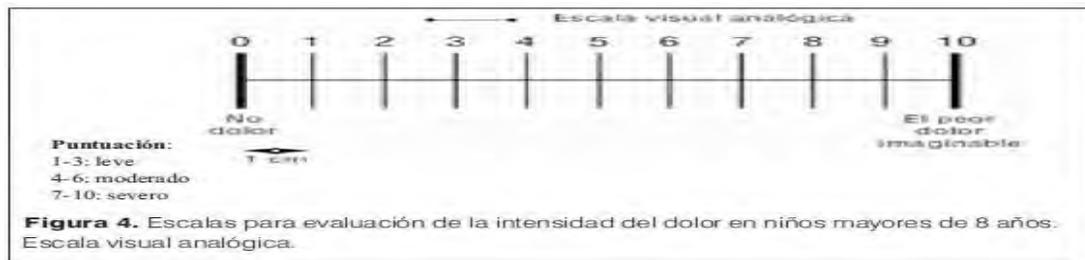
HOMBRE

GRADO ESCOLAR

PREESCOLAR

ESCOLAR

NO ASISTO A LA ESCUELA



## Escala de Ansiedad de Hamilton

Marca con una "X" como te sientes y con qué intensidad de los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

**0. AUSENTE 1. LEVE 2. MODERADO 3. GRAVE 4. MUY GRAVE**

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	<input type="radio"/>				
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	<input type="radio"/>				
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	<input type="radio"/>				
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	<input type="radio"/>				
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	<input type="radio"/>				
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>				
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	<input type="radio"/>				
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestesias (pinchazos u hormigueos ).	<input type="radio"/>				
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	<input type="radio"/>				
10	Síntomas respiratorios: Opresión pre torácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire.	<input type="radio"/>				

11	<p>Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.</p>	<input type="radio"/>				
12	<p>Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.</p>	<input type="radio"/>				
13	<p>Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.</p>	<input type="radio"/>				
14	<p>Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.</p>	<input type="radio"/>				



