

INFERMERIA



escoles universitàries
g i m b e r n a t

ADSCRITA A LA **UAB**

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA GIMBERNAT

TRABAJO FINAL DE GRADO

CURSO ACADÉMICO 2025-2026

Más allá del quirófano: Percepción enfermera frente a experiencias de ansiedad preoperatoria en pacientes de 2 a 12 años en el hospital Sant Joan de Déu, un estudio cualitativo.

Autores: Ainhoa González Sánchez y Guillem Avileo Val

Tutora: Leila Moreno Gutiérrez y Cecilia Brando Garrido

Sant Cugat del Vallès, mayo/junio 2026

ESCOLES UNIVERSITÀRIES GIMBERNAT

GRAU D'INFERMERIA

PRESENTACIÓ TREBALL FINAL DE GRAU

Nom i Cognoms autor/a: Guillem Avileo Val y Ainhoa González Sánchez

Títol treball:

Más allá del quirófano: Percepción enfermera frente a experiencias de ansiedad preoperatoria en pacientes de 2 a 12 años en el hospital Sant Joan de Déu, un estudio cualitativo.

Autoritzo a que aquest sigui presentat el proper mes de : Maig 2026

Nom i cognoms tutora: Dra. Cecília Brando-Garrido

**BRANDO
GARRIDO
CECILIA -
52436734T**

Signat
digitalment per
BRANDO
GARRIDO CECILIA
- 52436734T
Data: 2026.05.15
12:01:58 +02'00'

Sant Cugat del Vallès, Maig 2026

ÍNDICE

1. Resumen	4
Abstract	5
2. Introducció.....	6
2.1. Objetivo de Desarrollo Sostenible	9
2.2. Justificació.....	10
3. Marco teórico.....	11
3.1. La ansiedad preoperatoria pediátrica desde la práctica enfermera	11
3.2. Cómo percibe enfermería esta ansiedad.....	12
3.3. Factores asociados	15
3.3.1. Edad y madurez cognitiva	15
3.3.2. Género	16
3.3.3. Temperamento y características individuales del niño.....	17
3.3.4. Entorno familiar y estado emocional de los cuidadores	18
3.3.5. Experiencias previas con el sistema sanitario	20
3.3.6. Tiempo de espera preoperatorio	21
3.3.7. Clasificación de la cirugía	22
3.3.8. Tipo de comunicación	23
3.3.9. Apoyo social y presión económica.....	24
3.3.10. Factores culturales y lingüísticos.....	25
3.3.11. Condiciones médicas concomitantes o comorbilidades.	26
3.4. El rol enfermero y la toma de decisiones basada en la percepción	27
3.5. Intervenciones enfermeras en el abordaje de la ansiedad preoperatoria pediátrica	28
3.5.1. Comunicación terapéutica	28
3.5.2. Juego terapéutico	29
3.5.3. Técnicas de distracción.....	29

3.5.4. Modificación del entorno.....	30
4. Objetivos	31
4.1. Objetivo general	31
4.2. Objetivos específicos.....	31
5. Material y métodos.....	32
5.1. Diseño y enfoque teórico metodológico.....	32
5.2. Muestra y tipo de muestreo: tamaño de la muestra	33
5.3. Reclutamiento y accesibilidad de la muestra.....	33
5.4. Criterios de inclusión y exclusión	35
5.5. Procedimiento de recogida de datos	35
5.6. Análisis de datos.....	37
5.7. Criterios de rigor.....	39
5.7.1. Veracidad o credibilidad del estudio	39
5.7.2. Transferibilidad o aplicabilidad.....	40
5.7.3. Consistencia o dependencia.....	40
5.7.4. Confirmabilidad.....	41
5.8. Rol del investigador.....	41
5.9. Aspectos éticos	43
5.10. Cronograma	44
5.11. Limitaciones	46
5.12. Aplicabilidad para la práctica	48
5.13. Líneas futuras de investigación	50
6. Conclusiones	51
6.1. Implicaciones del estudio	53
7. Agradecimientos	54
8. Bibliografía	55

9. Anexos	72
9.1. Hoja informativa participación a estudio.....	72
9.1.1. Consentimiento informado a estudio	78
9.2. Entrevista semiestructurada.....	79
9.3. Documento comité de ética	80
9.4. Cronograma del estudio.....	80

1. Resumen

Introducción: La ansiedad preoperatoria pediátrica conforma un fenómeno frecuente que afecta entre el 65-80% de los niños que son sometidos a cirugía. Dicho fenómeno puede llegar a generar repercusiones negativas tanto a nivel emocional como clínico, teniendo un impacto no solo en la salud del propio paciente y su entorno familiar, sino que también en el equipo sanitario a la hora de asumir el reto de identificar e interpretar este malestar emocional.

Objetivo: Describir cómo percibe e interpreta el equipo de enfermería la ansiedad de los pacientes pediátricos prequirúrgicos de entre 2 y 12 años, así como conocer los principales factores asociados a su aparición y analizar cómo dicha percepción varía según la edad y el nivel de madurez cognitiva del paciente.

Métodos: Se llevará a cabo un estudio cualitativo de enfoque fenomenológico que permita explorar en profundidad las experiencias y percepciones del equipo de enfermería frente al tema de estudio. La recogida de datos se realizará mediante entrevistas estructuradas a partir de un guion de preguntas, dirigidas a dichos profesionales del ámbito quirúrgico, las cuales serán registradas y valoradas mediante un proceso de categorización temática.

Conclusiones: Se espera que el equipo de enfermería perciba la ansiedad preoperatoria pediátrica como un fenómeno frecuente y complejo, influenciado por múltiples factores individuales, familiares y contextuales. La edad y el nivel de madurez cognitiva se prevé que asumirán un gran peso en la aparición de dicho malestar emocional y la forma en el que se manifiesta, lo que requerirá de una interpretación clínica individualizada. Del mismo modo, se anticipa que la experiencia y la percepción enfermera constituyan herramientas fundamentales para la identificación e interpretación de ansiedad preoperatoria, evidenciando la necesidad de reforzar la formación y competencias en el cuidado emocional pediátrico.

Palabras clave: Percepción; Actitud del Personal de Salud; Grupo de Enfermería; Ansiedad; Periodo Preoperatorio; Niño; Preescolar; Cuidados Preoperatorios.

Abstract

Introduction: Pediatric preoperative anxiety is a common phenomenon that affects between 65–80% of children undergoing surgery. This condition can lead to negative consequences at both emotional and clinical levels, impacting not only the patient's health and their family environment, but also the healthcare team when facing the challenge of identifying and interpreting this emotional distress.

Objective: To describe how the nursing team perceives and interprets anxiety in preoperative pediatric patients aged 2 to 12 years, as well as to identify the main factors associated with its occurrence and to analyze how this perception varies according to the patient's age and level of cognitive maturity.

Methods: A qualitative study with a phenomenological approach will be conducted to explore in depth the experiences and perceptions of the nursing team regarding the subject of study. Data collection will be carried out through structured interviews based on a question guide, directed at these professionals in the surgical field, which will be recorded and evaluated through a process of thematic categorization.

Conclusions: The nursing team is expected to perceive pediatric preoperative anxiety as a frequent and complex phenomenon, influenced by multiple individual, family, and contextual factors. Age and level of cognitive maturity are anticipated to play a major role in the onset of such emotional distress and in the way it manifests, which will require individualized clinical interpretation. Likewise, nursing experience and perception are expected to constitute fundamental tools for the identification and interpretation of preoperative anxiety, highlighting the need to strengthen training and competencies in pediatric emotional care.

Keywords: Perception; Attitude of Health Personnel; Nursing, Team; Anxiety; Preoperative Period; Child; Child, Preschool; Preoperative Care.

2. Introducción

El entorno perioperatorio puede resultar complejo de comprender y sobrellevar. En muchas ocasiones, el área quirúrgica puede suponer un espacio físico hostil, generando incertidumbre en aquellos quienes deban pasar por él, especialmente los niños y sus familiares.

A lo largo del presente estudio, el término «niño» o «niños» se usa de forma genérica para referirse tanto a niños como a niñas, siguiendo un uso lingüístico inclusivo y con el fin de facilitar la lectura del texto.

El periodo preoperatorio es el intervalo de tiempo que transcurre desde que se decide realizar la intervención quirúrgica hasta que el paciente es trasladado a quirófano y se inicia la inducción anestésica (1). Esto generalmente conlleva una carga emocional tanto para los propios pacientes como para sus acompañantes (2).

La ansiedad se puede definir como una respuesta natural adaptativa que permite anticiparse a posibles peligros o situaciones amenazantes del entorno (3,4). Por otro lado, la ansiedad preoperatoria se considera aquel estado emocional desagradable que experimentan los pacientes desencadenado por la proximidad de la intervención quirúrgica (5).

En un contexto prequirúrgico, estos episodios de ansiedad – experiencias subjetivas que cada niño puede percibir y expresar de forma distinta – pueden llegar a suponer cambios funcionales en el sistema nervioso central y desencadenar otros factores estresantes. Estos se pueden manifestar mediante cambios de comportamiento, temblores, silencio, inquietud, llanto, insomnio, náuseas o fatiga, entre otros (6,7).

Además, factores como la vulnerabilidad del niño, la dificultad comprensiva, el desconocimiento del entorno hospitalario y el sentimiento de tristeza pueden agravar dicho malestar, llegando a manifestarse, en casos extremos, con pérdidas de orina, hipertensión o intentar escapar del personal médico (7,8).

En el contexto pediátrico, actualmente las estadísticas estiman que entre el 65-80% de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente sufren episodios de ansiedad (8).

Existen ciertos factores que, ante este procedimiento traumático y el entorno hospitalario desconocido, aumentan la posibilidad de que los niños sufran ansiedad preoperatoria (9).

Estos pueden estar determinados por la edad del niño (más común en niños con trastornos madurativos del neurodesarrollo o niños menores de 5 años), su personalidad, la relación y entorno familiar, experiencias previas desagradables (especialmente aquellos con enfermedades raras que precisan de múltiples exploraciones periódicas), tratamientos prolongados, estatus socioeconómico y cultural, la actitud del personal sanitario y el procedimiento médico en conjunto (9–11).

Entre las consecuencias que la ansiedad puede llegar a desencadenar en pacientes de entre 2 y 12 años, principalmente destacan las siguientes.

En el contexto preoperatorio inmediato, el malestar de niños y familiares es prácticamente inevitable, llegando a mantenerse en niveles inaceptables (12). En consecuencia, el grado de ansiedad que experimentan muchos pacientes conlleva un postoperatorio con una mayor intensidad de percepción individual del dolor junto a un aumento en el consumo de analgésicos (12,13). Esto, en muchas ocasiones, condiciona la estancia hospitalaria del paciente, viéndose prolongada (14).

Durante la inducción anestésica – transición del paciente de un estado consciente a un estado de inconsciencia absoluta – un mayor nivel de ansiedad puede prolongar el proceso de inducción y reducir la cooperación del paciente. Aquellos niños con mayor ansiedad presentan más riesgo de sufrir agitación al despertarse en comparación con aquellos que no sufrieron de esta durante el proceso de inducción (15).

Dicho malestar emocional puede generar un impacto en la seguridad del paciente, intensificando o posibilitando eventos inesperados dentro de quirófano, siendo, por lo tanto, un factor influyente en el resultado clínico (16).

Por lo tanto, es fundamental abordar la ansiedad de los niños antes de la inducción anestésica con el objetivo de minimizar complicaciones y mejorar su experiencia durante el proceso.

Aunque fármacos como el midazolam y el diazepam son eficaces, sus efectos adversos han impulsado el uso más frecuente de intervenciones no farmacológicas, las cuales reciben una mayor atención por parte del equipo médico (17).

Estas incluyen programas farmacológicos (como el uso de sedantes preoperatorios) y programas de preparación psicológica (18). También aparecen terapias complementarias, entre otras: lectura de cuentos, terapias audiovisuales, abordajes pedagógicos adaptados a la edad y participación de especialistas en atención infantil (18,19).

El uso de tecnología audiovisual y distracción como estrategias alternativas novedosas, también ha demostrado eficacia a la hora de aliviar la ansiedad preoperatoria de los niños (20).

Es por eso por lo que, en este escenario, el rol que desempeña el equipo de enfermería no solamente es fundamental a la hora de aplicar dichas intervenciones, sino que también asume un papel imprescindible en la identificación de las necesidades emocionales del paciente pediátrico y en la detección de factores de riesgo a lo largo del periodo perioperatorio (21).

Sin embargo, más allá de las intervenciones aplicadas, la capacidad del personal de enfermería para percibir, interpretar y comprender la ansiedad preoperatoria resulta clave para poder ofrecer un abordaje individualizado y adaptado a cada paciente (22).

En este sentido, comprender cómo el equipo de enfermería percibe este fenómeno, permite profundizar en los procesos de valoración clínica que influyen en la toma de decisiones y en el cuidado del paciente pediátrico.

Así, el presente estudio tiene como finalidad conocer, desde un enfoque cualitativo, cómo el equipo de enfermería percibe e interpreta la ansiedad en pacientes pediátricos en el contexto prequirúrgico.

2.1. Objetivo de Desarrollo Sostenible

Para la elaboración del trabajo, y en relación con el tema elegido, se han tenido en consideración los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En este sentido, el estudio se alinea principalmente con dos de ellos.

En primer lugar, el presente estudio se vincula con el ODS 3: salud y bienestar, cuyo propósito es garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades. En el contexto pediátrico prequirúrgico, la actuación por parte del equipo de enfermería contribuye a la promoción de este objetivo, favoreciendo una mejora en la calidad asistencial y en la atención integral del paciente.

Por otro lado, el estudio se relaciona con el ODS 4: educación de calidad, el cual pone de manifiesto la importancia de una formación y capacitación adecuada. A nivel asistencial, como personal de enfermería resulta fundamental disponer de una formación basada en la evidencia y actualizada para así ofrecer atención de calidad y promocionar prácticas asistenciales más humanizadas y adaptadas a las necesidades del paciente.

2.2. Justificación

La elección de llevar a cabo este estudio surge del interés por analizar un evento clínico que se aprecia frecuentemente en el ámbito quirúrgico y que tiene un gran impacto en la salud de aquellos pacientes que se encuentran en el transcurso de esta área. Hablamos del elevado impacto emocional que genera el proceso quirúrgico sobre los pacientes pediátricos, junto al de sus familiares, y el papel imprescindible que aborda enfermería en este contexto.

Asimismo, surge la inquietud de que la ansiedad infantil en procesos quirúrgicos no solo se manifiesta de forma clara y verbal, lo que obliga al equipo de enfermería a estar dotado de cualidades para percibir múltiples factores indicadores de malestar emocional y así abordar la ansiedad de los niños de entre 2 y 12 años que tanto puede llegar a repercutir en su salud durante el proceso quirúrgico.

Por este motivo, el desarrollo de este estudio responde al interés por dar voz al equipo de enfermería, enfatizando el valor de su experiencia en el cuidado emocional de los pacientes pediátricos, y que este mismo se use como punto de partida para mejorar la formación y fomentar el papel que tiene enfermería en el abordaje de la ansiedad preoperatoria pediátrica.

3. Marco teórico

La ansiedad no solo se manifiesta de forma verbal en los niños, existen múltiples factores que se objetivan en la conducta de quienes la padecen.

En el caso de los pacientes pediátricos que se encuentran en un entorno preoperatorio, estos factores observables incluyen el llanto, la agitación, la inquietud, el silencio o la resistencia a la exploración, entre otros muchos que se irán detallando a lo largo de este estudio (23).

Es por este motivo que la percepción enfermera resulta ser imprescindible para identificar estas señales, entender su significado clínico y diferenciarlas de comportamientos previsibles característicos del grupo de edad o del entorno hospitalario (24).

3.1. La ansiedad preoperatoria pediátrica desde la práctica enfermera

Generalmente, las enfermeras perioperatorias que permanecen junto a los pacientes pediátricos sometidos a cirugía están cualificadas y dotadas de formación y competencias pediátricas. Se muestran presentes en todos los campos relevantes y están capacitadas para brindar atención enfocada en la familia y en el abordaje especializado durante el transcurso quirúrgico (25,26). Además, en muchas ocasiones, el personal de enfermería actúa como mediador comunicacional entre el equipo quirúrgico y la familia, facilitando información y brindando seguridad a lo largo del proceso.

Es por ello que el equipo de enfermería describe la ansiedad preoperatoria de los niños como un fenómeno multidimensional que abarca sentimientos subjetivos de intranquilidad por el temor al proceso quirúrgico, conductas observables y respuestas fisiológicas (27). El equipo de enfermería identifica este malestar emocional a través de factores asociados a su aparición, como la edad del niño, experiencias hospitalarias previas, el nivel de desarrollo cognitivo, el temperamento del niño... Estos factores se convierten en componentes críticos del bienestar infantil, los cuales serán detallados a lo largo del estudio.

La valoración enfermera del estado emocional infantil va más allá de parámetros objetivos, apoyándose en la observación directa, la experiencia profesional y el conocimiento del desarrollo infantil y su propio juicio clínico. Por este motivo, se pone de manifiesto la importancia de atender y comprender al paciente desde un enfoque holístico (28).

Uno de los principales métodos que usa el equipo de enfermería para percibir y evaluar el malestar emocional de los niños que van a ser intervenidos, se basa en la observación de su comportamiento junto con la interacción con los padres desde la primera visita (29). En esta fase inicial, se presta atención a cambios conductuales sutiles, los cuales pueden ser indicadores tempranos de malestar.

Las capacidades enfermeras engloban cualidades como los reconocimientos faciales, el nivel de conciencia por parte del paciente, la integración de información proporcionada a los padres y el comportamiento habitual del niño, entre otros. Son estos componentes los que permiten una atención individualizada y humanizada (30).

Por lo tanto, la valoración enfermera del estado general del niño va más allá de cumplir protocolos estandarizados, esta permite adoptar un enfoque integral y detectar de forma precoz signos de ansiedad y deterioro emocional. Gracias a esta detección precoz, por parte del equipo de enfermería, es posible implementar estrategias no farmacológicas con el objetivo de disminuir el impacto emocional negativo que percibe tanto el paciente pediátrico como su familia.

3.2. Cómo percibe enfermería esta ansiedad

Desde la perspectiva del equipo de enfermería, los episodios de ansiedad preoperatoria en pacientes de entre 2 y 12 años, se perciben como un fenómeno común, frecuente y esperado. Enfermería describe este fenómeno o estado emocional, entre otros factores, como respuesta ante un entorno irreconocible (31).

Este entorno suele caracterizarse por la presencia de personal sanitario desconocido, sonidos extraños, separación temporal de los padres y la anticipación del dolor, elementos que el paciente pediátrico no comprende o no está acostumbrado.

Esta angustia que pueden llegar a padecer los pacientes que van a ser intervenidos por cirugía, no solo afecta a los niños, sino que también tiene un impacto emocional en el personal sanitario. Estos pueden llegar a experimentar sentimientos de frustración, impotencia o preocupación al no lograr aliviar dicho malestar emocional del niño.

Es por este motivo que el equipo de enfermería percibe tanto el malestar emocional de los niños como el de sus padres como un factor que implica mantenerse en un estado continuo de alerta y presión personal. Esto se debe al constante intento por evitar reacciones que puedan llegar a causar más ansiedad a los pacientes y a sus familiares, lo que puede generar una carga emocional adicional de cara a los profesionales. Esta constante vigilancia emocional exige habilidades comunicativas avanzadas, regulación emocional y capacidad para anticipar reacciones (32).

También cabe destacar que, en un entorno quirúrgico caracterizado por una organización rígida, la ansiedad de los niños es percibida por el equipo de enfermería como un factor desencadenante de tensión laboral, ya que se exige una constante adaptación emocional y comunicativa con el niño que tensa con la poca flexibilidad de tiempo y los estrictos protocolos dentro de quirófano (32).

Esta exposición a la angustia que sufren los niños antes de ser intervenidos junto a la dinámica del área quirúrgica conlleva a que el personal de enfermería esté cualificado para atender a las necesidades de los pacientes, junto a las de sus familiares, y cumplir con los tiempos dentro de quirófano, tarea realmente complicada dada la situación.

Por ello, abordar esta problemática obliga al personal de enfermería a adoptar aptitudes y cualidades que les permitan percibir e interpretar el malestar de los niños de la forma más eficaz posible. Principalmente, el personal sanitario debe poseer conocimientos acerca del cuidado pediátrico y desarrollo infantil, así como sobre el área quirúrgica y las distintas fases del cuidado perioperatorio (29).

Otra de las cualidades a destacar es el juicio clínico que el personal de enfermería emplea para determinar el malestar emocional de un paciente, junto con una observación exhaustiva. Ambos componentes son descritos como fundamentales para percibir e interpretar la ansiedad, permitiendo diferenciarla de otros estados emocionales, y se adquieren de manera progresiva a través de la experiencia profesional (29).

La exposición continua a situaciones clínicas pediátricas, el aprendizaje reflexivo y el intercambio de conocimientos con otros profesionales, son algunos de los factores que contribuyen a consolidar este juicio clínico enfermero.

En conjunto, la ansiedad preoperatoria pediátrica es percibida por enfermería como un fenómeno frecuente que tiene un impacto negativo tanto en el paciente y su familia como en los propios profesionales. Su abordaje implica una elevada competencia emocional, clínica y comunicativa en un entorno quirúrgico rígido. Es por este motivo que la experiencia y el juicio clínico del personal de enfermería cobra un papel imprescindible para identificar, interpretar y abordar eficazmente el malestar emocional de los niños dentro de quirófano. No obstante, existen múltiples factores asociados que son considerados predictores de ansiedad preoperatoria entre los niños de 2 y 12 años y que sirven de ayuda a la hora de interpretar dichos episodios de ansiedad preoperatoria.

3.3. Factores asociados

3.3.1. Edad y madurez cognitiva

La edad y el nivel de madurez cognitiva del niño son factores asociados claves para identificar la forma de expresar o manifestar la ansiedad preoperatoria y cómo estos son percibidos por el personal de enfermería.

Generalmente, la inquietud de los pacientes se expresa de forma distinta. Los niños, especialmente, son propensos a padecer malestar emocional preoperatorio debido a sus limitaciones cognitivas y la dependencia hacia los demás, especialmente sus padres (33). Por un lado, en los pacientes con edades comprendidas entre los 2 y 6 años, la ansiedad preoperatoria suele manifestarse principalmente a través del miedo a la separación de la madre y el temor al entorno desconocido (34,35). Aunque las características psicológicas dentro de este rango de edad son muy variables, estos pacientes se caracterizan por seguir un patrón impulsivo y mostrar reacciones involuntarias ante estos episodios de ansiedad prequirúrgica (36).

Los niños son conscientes de la presencia y existencia de sus padres, lo cual aumenta la probabilidad de padecer ansiedad por separación justo en el momento previo a entrar en el quirófano. Este último factor se puede apreciar especialmente en aquellos pacientes de entre 2 y 3 años, llegando a mostrar picos severos de ansiedad por separación antes de entrar al área quirúrgica (37).

La evidencia indica que los pacientes más pequeños muestran niveles mayores de ansiedad conductual y menor comprensión de lo que está sucediendo en su entorno. Esto obliga al equipo de enfermería a emplear mayores estrategias de contención emocional y a presenciar episodios de angustia intensa que, para muchos profesionales, causa malestar emocional individual. El personal sanitario llega a describir que, en el contexto quirúrgico, los episodios de ansiedad de los niños menores pueden causar impotencia, frustración y sobrecarga emocional en uno mismo (38).

Por otro lado, los pacientes que se encuentran en un rango de edad de entre 7 y 12 años, donde el desarrollo cognitivo permite una mayor comprensión sobre el proceso quirúrgico, el malestar emocional de los niños se expresa de forma distinta en comparación con los menores nombrados anteriormente (39).

Estos se expresan con mayor frecuencia mediante verbalizaciones explícitas de miedo a la anestesia, la cirugía y la muerte. También plantean preguntas reiteradas sobre el procedimiento, preocupación por el dolor y conductas de evitación (40–42). Aun así, el equipo de enfermería describe que los niños que se encuentran en esta franja de edad tienden a usar estrategias para afrontar la ansiedad, como la búsqueda de información, uso de ludoterapia y participar en pequeños preparativos preoperatorios (43).

Por lo tanto, la ansiedad percibida por parte de enfermería sobre los pacientes suele ser más intensa en los niños más pequeños que en los mayores. Es por eso que, en este contexto, se describe que la incidencia e intensidad de la ansiedad preoperatoria generalmente disminuye con la edad (43).

3.3.2. Género

Según la evidencia actual, el género se considera un determinante relevante de la salud mental y del bienestar. En este sentido, los factores biológicos desempeñan un papel clave en la forma de padecer trastornos psicológicos (44). Por ello, la ansiedad pediátrica presenta diferencias significativas en la práctica clínica (45).

En primer lugar, y de forma generalizada, el género femenino tiende a verbalizar el miedo y buscar apoyo emocional con mayor frecuencia. Las niñas suelen estar sobrerrepresentadas en hospitalizaciones por ansiedad y trastornos relacionados con el estrés, mostrando una mayor prevalencia y gravedad de síntomas ansiosos (46). Sus manifestaciones son interpretadas por el equipo de enfermería como una mayor externalización emocional en comparación con el género masculino (47).

Por el contrario, en el caso del género masculino, suelen manifestar la ansiedad y el malestar emocional mediante conductas externas, como inquietud motora, oposición al cuidado, irritabilidad y conductas de evitación, entre otras (48). Sus manifestaciones son interpretadas por el personal sanitario como resistencia a la exploración, agitación y cambios en el comportamiento (49).

Por lo tanto, se aprecia que la manifestación de la ansiedad varía según el género, pudiendo estar influida por normas sociales y expectativas de género (50). En consecuencia, reconocer cómo el género condiciona la expresión y percepción de la ansiedad permite al personal de enfermería adaptar sus cuidados y ofrecer intervenciones ajustadas a las necesidades emocionales de cada paciente pediátrico.

3.3.3. Temperamento y características individuales del niño

El temperamento de una persona se puede definir, de forma clásica, como la predisposición emocional congénita, es decir, la forma básica en la que el individuo se enfrenta y reacciona ante situaciones de su día a día. Por lo tanto, el temperamento de un niño es el estilo conductual, o la forma en que reacciona emocionalmente, que se manifiesta cuando interactúa con el entorno (51). Es por eso que el temperamento de un niño y la ansiedad situacional que pueda padecer en ciertos momentos no son lo mismo.

El temperamento es la base biológica de la personalidad, es una forma de ser, a diferencia de la ansiedad que, como se ha reflejado durante este estudio, se trata de la respuesta emocional de miedo o preocupación excesiva, pudiendo llegar a ser patológica.

Conviene señalar que el equipo de enfermería percibe el malestar emocional de los pacientes pediátricos como significativamente influenciado por el temperamento de cada paciente. Especialmente, los rasgos caracterizados por una alta emocionalidad, intensidad de reacción y retraimiento suelen asociarse con la aparición de ansiedad prequirúrgica, a diferencia de los altos niveles de actividad y sociabilidad, que tienden a asociarse a bajos niveles de inquietud (52).

El equipo de enfermería reconoce que aquellos pacientes que expresan una baja capacidad de autorregulación y muestran un temperamento evitativo ante nuevas situaciones, requieren de estrategias de preparación y acompañamiento más intensivas (53).

Es por este motivo que, según el temperamento de cada paciente, este puede ayudar y servir de guía al equipo de enfermería a la hora de detectar posibles casos de ansiedad preoperatoria y cómo abordarlos, definiendo así el temperamento como predictor significativo de ansiedad en el área preoperatoria (53).

3.3.4. Entorno familiar y estado emocional de los cuidadores

La dinámica familiar y el bienestar emocional de quienes cuidan al paciente, constituyen como uno de los factores asociados más prevalentes y con mayor impacto en relación con la manifestación de ansiedad preoperatoria, siendo este un modulador del afrontamiento preoperatorio (50). La familia actúa como principal sostén emocional del niño y determina, en gran medida, la forma en la que el paciente interpreta y afronta la situación quirúrgica (54).

La ansiedad de los padres tiene un impacto significativo en la ansiedad del niño, ya que, en muchas ocasiones, los niños replican las respuestas afectivas de sus figuras de apego.

Como se ha nombrado anteriormente, la entrada en el quirófano es un evento estresante para los pacientes pediátricos y para sus familiares. Por lo tanto, es importante destacar la influencia de la presencia de los padres durante la inducción anestésica. Este momento crítico suele ser el más estresante del proceso perioperatorio, ya que implica separación, incertidumbre y exposición a estímulos desconocidos.

Estudios permiten conocer que la presencia parental en la inducción anestésica puede reducir la ansiedad, mejorar la calidad de la inducción y una mayor satisfacción por parte de los padres (54). Entendiendo, por lo tanto, que la respuesta emocional del niño no puede comprenderse de forma aislada, sino que debe comprenderse de forma amplia y en constante interacción con sus figuras de apego (55).

La teoría del apego respalda esta idea al establecer que los niños buscan seguridad emocional en sus cuidadores ante situaciones amenazantes, como pueden ser dichas intervenciones quirúrgicas (56).

La presencia de los padres no siempre debe interpretarse como un factor positivo, y sigue siendo un tema que genera controversia (57). Entendiendo que la variabilidad en los resultados depende, en gran parte, del estado emocional del cuidador y de sus estrategias de afrontamiento, lo que explica por qué no existe consenso absoluto en la literatura médica.

Se ha observado que, a pesar de que en la mayoría de los casos sí se observan beneficios en la reducción de ansiedad, existen situaciones donde la presencia de los padres no parece aliviar la ansiedad de los niños (58). Esto es especialmente evidente cuando el cuidador presenta niveles altos de malestar emocional o conductas que transmiten inseguridad.

Situaciones como gestos de preocupación, tono de voz alterado y sobreprotección por parte de los cuidadores, pueden ser percibidos e interpretados por el paciente pediátrico como señales de amenaza, que posteriormente podrían desencadenar en un incremento de su nivel de ansiedad (59). Afectando, como se ha mencionado anteriormente, a niños con edades más tempranas, donde la lectura emocional es más sensorial y menos racional.

Es por este motivo que el personal de enfermería comprende la inquietud de los padres, considerando la experiencia quirúrgica un factor de riesgo asociado con niveles más altos de ansiedad preoperatoria pediátrica (59). El equipo de enfermería percibe que los niños son altamente sensibles al estado emocional de sus cuidadores (60,61), siendo las madres las que tienen más prevalencia a sufrir niveles más altos de ansiedad (62).

Por ello, resulta fundamental brindar apoyo emocional a los cuidadores, con el fin de reducir su propia ansiedad y, a su vez, favorecer un afrontamiento más tranquilo y positivo por parte del paciente durante su transcurso por el área quirúrgica (63).

3.3.5. Experiencias previas con el sistema sanitario

Las experiencias médicas previas, juntamente con el nivel de desarrollo cognitivo del niño, son determinantes clave para analizar el miedo durante la estancia hospitalaria y se deben considerar como un término ambiguo (64).

Las experiencias quirúrgicas previas positivas, como un entorno de confianza y explicaciones claras y comprensibles, favorecen a una mejor actitud por parte del niño y una mayor capacidad de afrontamiento (64). Esto puede llegar a reducir las respuestas de ansiedad, ofreciendo familiaridad con el entorno y facilitando la cooperación posterior a la cirugía por parte del paciente (65). La exposición previa sin eventos traumáticos puede actuar como mecanismo de habituación, disminuyendo la percepción de amenaza ante futuras intervenciones.

Por otro lado, las experiencias quirúrgicas previas negativas, como hospitalizaciones prolongadas, procedimientos invasivos dolorosos o exploraciones repetidas, entre otras, se asocian a niveles más elevados de ansiedad preoperatoria (59). Desde la visión enfermera, estas emociones suelen manifestarse mediante patrones de hipervigilancia, rechazo al contacto físico, oposición o resistencia a la exploración y llanto persistente (66,67). En algunos casos, estos comportamientos pueden evolucionar hacia conductas evitativas persistentes hacia el sistema sanitario, dificultando o retrasando el procedimiento.

En este escenario, el entorno quirúrgico inmediato es descrito por enfermería como uno de los factores que dificulta la adaptación de los pacientes pediátricos a su etapa quirúrgica, llegando a ser un claro desencadenante de ansiedad prequirúrgica (68). Como se ha reflejado a lo largo de este estudio, las limitaciones del desarrollo, el entorno desconocido y la dificultad de comprender los procedimientos médicos por parte de los niños, son factores que acentúan el malestar emocional de los pacientes. El quirófano representa un espacio altamente tecnológico, desconocido y sensorialmente intenso, lo que genera una ruptura en el ambiente habitual del niño.

El momento de transición hacia el quirófano es percibido como uno de los momentos claves de incertidumbre y malestar, donde lo desconocido y la estética contribuyen a un mayor impacto emocional (69). En este encontramos la presencia de instrumentos médicos afilados, que se asocian a sufrimiento y dolor por parte de los pacientes; exposición visual de procedimientos invasivos a otros pacientes, anticipando el dolor ajeno al de uno propio y, frecuentemente, la constante presencia de personal sanitario, destacando los uniformes y mascarillas como símbolos de amenaza (70).

A nivel sensorial, el brillo intenso de la iluminación, las alarmas de los monitores, los sonidos de los instrumentos y el ruido del equipo quirúrgico también contribuyen a la lista de desencadenantes de ansiedad prequirúrgica (71). Ante esta situación, actualmente existen intervenciones enfermeras que buscan desviar el foco de atención del paciente del entorno quirúrgico, con el objetivo de no alterar su nivel de malestar emocional (68).

3.3.6. Tiempo de espera preoperatorio

El tiempo de espera que transcurre hasta la cirugía, se describe como un factor que puede influir en la ansiedad preoperatoria en los pacientes pediátricos. Entendiendo, por lo tanto, que un aumento de tiempo de espera prolongado supone un aumento de ansiedad preoperatoria (72).

El equipo de enfermería describe que una mayor familiarización con el entorno en las salas de espera o la realización de actividades puede reducir eficazmente la ansiedad de estos niños. Por lo contrario, la incertidumbre, la falta de familiaridad con el entorno y la ausencia de estrategias de confort se identifican como posibles factores que agravan la ansiedad pediátrica (73). Este periodo, además, suele estar marcado por la ausencia de información.

3.3.7. Clasificación de la cirugía

La cirugía puede clasificarse, según su complejidad, en procedimientos mayores o menores, considerando los primeros como intervenciones más invasivas y, por lo tanto, con mayor riesgo potencial de complicaciones en comparación con los segundos.

Actualmente, no se evidencian estudios sólidos dotados de una percepción enfermera donde se compare la ansiedad prequirúrgica de los niños que vayan a ser sometidos a una cirugía mayor en comparación con los que se vayan a someter a una menor. Esto se debe a que dicho malestar, como se ha reflejado durante este estudio, depende de otros muchos factores.

A pesar de que el número de evidencias es escaso, se coincide en que, generalmente, los pacientes sometidos a cirugías mayores tienden a mostrar mayores grados de ansiedad prequirúrgica en comparación con aquellos niños sometidos a cirugías menores (74,75). Esto podría deberse a la duración de los procedimientos, la posibilidad de sufrir un aumento de dolor postoperatorio, o incluso a desencadenar en un ingreso hospitalario prolongado, asociando todo lo anterior a una mayor implicación de riesgo.

La cirugía puede clasificarse también según su carácter temporal en cirugías programadas o de urgencia, lo que influye en la preparación psicológica del paciente y su familia.

La urgencia de la intervención quirúrgica se reconoce como un factor asociado al aumento de ansiedad, tanto para el paciente como para sus familiares. Las intervenciones de carácter urgente suelen desarrollarse bajo mayor presión temporal y con una transmisión de información más escasa, lo que limita el espacio para resolver dudas o reducir incertidumbre.

La cirugía pediátrica de emergencia, al tratarse de una intervención que requiere inmediatez y conlleva un alto riesgo, puede suponer para el paciente pediátrico y sus familiares niveles más elevados de inquietud en comparación con una cirugía ambulatoria o programada (76). Además, al no estar siempre acompañado por todos sus cuidadores, el niño puede experimentar un aumento en su sentimiento de vulnerabilidad.

En contraste, las cirugías programadas ofrecen la posibilidad de realizar una preparación gradual del paciente y facilitar un abordaje educativo más integral.

3.3.8. Tipo de comunicación

Un estudio de PubMed muestra la importancia de la comunicación dentro del período perioperatorio, afirmando que el lenguaje usado en las consultas preanestésicas influye en la percepción de los niños. El lenguaje o sugerencias negativas contribuyen a un aumento de malestar, mientras que las positivas generan confianza y bienestar posterior (77). Este efecto se relaciona con el componente atractivo del lenguaje, especialmente en niños en edades tempranas, donde las palabras utilizadas pueden moldear expectativas y emociones respecto a la cirugía.

Recibir información detallada, tanto preoperatoria como postoperatoria, son factores importantes que influyen en la participación de los niños y sus familiares (78). La interacción con los profesionales de la salud, ser parte de la toma de decisiones y sentir confianza, es importante para la participación de los niños en el proceso de toma de decisiones (79). Este tipo de participación contribuye a validar emocionalmente al paciente y fortalece el vínculo con el equipo sanitario.

Siendo, por lo tanto, la comunicación empática, la observación cualitativa y la presencia parental herramientas utilizadas por parte del equipo de enfermería para reducir el estrés preoperatorio.

3.3.9. Apoyo social y presión económica

La situación económica familiar puede influir en la ansiedad preoperatoria, constituyéndose como factor asociado. En este sentido, resulta necesario comprender tanto el nivel de apoyo social que recibe el paciente como el contexto socioeconómico en la que se sitúa. Asimismo, debe tenerse en cuenta que, al tratarse de pacientes pediátrico, son los cuidadores quienes gestionan tanto la información sanitaria como la logística del proceso.

En este contexto, aquellas familias que carecen de apoyo social son más propensas a experimentar ansiedad, mientras que un adecuado soporte social puede contribuir significativamente a su disminución. El apoyo emocional, en particular, se configura como un elemento facilitador del proceso quirúrgico.

La presión económica también es una fuente importante de ansiedad para las familias, especialmente durante los períodos en que los pacientes requieren tratamiento a largo plazo o recuperación después de una cirugía (80). En contextos donde existen gastos indirectos asociados, como ahora el transporte, el alojamiento, las ausencias laborales por parte de los familiares, o incluso costes de medicación posterior, la carga económica puede intensificar la situación y generar sentimientos de incertidumbre.

Hay que mencionar que la ansiedad del paciente y para sus familiares, aparte de todos los factores asociados nombrados, dependerá de la profesión, el estatus económico y académico, además de múltiples condicionantes culturales y sociales. Resultando así muy difícil homogeneizar y valorar esta angustia como tal (80).

Por este motivo, la valoración enfermera debe adoptar un enfoque tanto biológico, psicológico como social, identificando desigualdades socioeconómicas.

3.3.10. Factores culturales y lingüísticos

A medida que los hospitales adquieren una mayor diversidad étnica, resulta relevante analizar el impacto que esta puede generar en el entorno perioperatorio, así como determinar si constituye un factor asociado en los pacientes pediátricos que se someten a intervenciones quirúrgicas.

La comunicación eficaz es crucial en los entornos de atención médica perioperatoria. Sin embargo, las barreras lingüísticas dificultan esta comunicación causando una falta de concordancia entre los pacientes y los profesionales de la salud, condicionando así la atención médica (81).

Los factores culturales, como el idioma y la etnia, tienen un impacto significativo en la atención pediátrica (82). Se pueden ver influenciados, de forma significativa, en lo que se refiere a determinadas creencias, tradiciones, hábitos, valores y significados atribuidos a la enfermedad, el dolor y el contacto físico con el sistema sanitario (83,84).

En cuanto al idioma, y la dificultad en la comprensión de este, puede causar ansiedad adicional en el paciente, mayoritariamente en aquellos casos donde es requerido un intérprete para transmitir información. Esta ansiedad aumenta en entornos quirúrgicos pediátricos, viéndose así condicionada su experiencia y su forma de expresarlo (85).

Una revisión sistemática remarca la importancia de brindar, por parte del equipo sanitario, atención pediátrica culturalmente sensible, reconociendo la sensibilidad cultural como un aspecto importante para brindar atención integral de alta calidad (86).

Aunque no se evidencian estudios cualitativos específicos sobre la percepción enfermera en relación con la cultura y ansiedad preoperatoria en pediatría, existen revisiones que demuestran que la cultura influye en la forma en que las personas entienden la enfermedad, el dolor y los procedimientos quirúrgicos (87).

Integrando este concepto al presente estudio, se observa la importancia de conocer el idioma y la etnia del paciente y su familia para así poder brindar un abordaje adaptado a las necesidades individuales frente a la ansiedad preoperatoria pediátrica.

3.3.11. Condiciones médicas concomitantes o comorbilidades.

El equipo de enfermería describe que aquellos pacientes que padecen de enfermedades crónicas, discapacidades cognitivas o alteraciones sensoriales, presentan mayor vulnerabilidad o son más susceptibles de padecer ansiedad prequirúrgica, debido a experiencias hospitalarias previas negativas, dificultades en la comunicación, alteraciones sensoriales y una menor comprensión del proceso quirúrgico (88).

Existe un estudio piloto reciente donde se evidencia que los pacientes con trastorno del espectro autista (TEA), experimentan tasas más altas de ansiedad durante la etapa preoperatoria a causa de su sensibilidad sensorial (iluminación, sonidos, el contacto de los guantes con la piel...).

Es por ello que adaptar el entorno basándose en las necesidades de estos pacientes puede ofrecer beneficios frente a un correcto control de la ansiedad prequirúrgica (89). A pesar de esto, no se evidencian estudios o fuentes donde se describa la percepción enfermera en la ansiedad de los niños con déficits cognitivos o alteraciones sensoriales. Concretamente, un estudio multicéntrico que se realizó para valorar la percepción del personal de enfermería de pediatría remarcaba como tema principal las necesidades formativas en relación con la valoración del dolor y malestar en pacientes pediátricos, centrándose en aquellos con disfunción cognitiva. Dando como resultado, según la mayoría de los participantes, en que era realmente necesario tener mayor formación de este contexto (90).

En conjunto, los factores asociados descritos permiten comprender la complejidad de la ansiedad preoperatoria pediátrica y su carácter multifactorial, poniendo de manifiesto cómo variables individuales, familiares y contextuales influyen tanto en su aparición como en su manifestación clínica.

En este sentido, analizar dichos factores resulta ser fundamental en el presente estudio, ya que permite comprender cómo el equipo de enfermería identifica e interpreta la ansiedad peroperatoria según las características de cada paciente. Asimismo, proporciona una base teórica que permite el análisis de aquellos elementos que influyen en la percepción enfermera, permitiendo interpretar cómo estos influyen en la valoración clínica del malestar emocional.

Por lo tanto, este bloque se enmarca en la dimensión de análisis de los factores individuales, familiares y contextuales, los cuales serán considerados en la exploración de la percepción enfermera en el contexto prequirúrgico pediátrico.

3.4. El rol enfermero y la toma de decisiones basada en la percepción

A lo largo del trabajo, se evidencia en todo momento la percepción y el juicio clínico enfermero mediante criterios clínicos fundamentados. Siguiendo esta línea, se comprende que las enfermeras evalúan la ansiedad preoperatoria en la práctica clínica a través de su juicio clínico, el cual engloba la observación directa del paciente, la interpretación de conductas verbales o no verbales, la interacción con la familia y la experiencia profesional en el entorno perioperatorio pediátrico (29).

En diversos artículos se muestra cómo, además de evaluar los factores nombrados anteriormente, el equipo de enfermería proporciona propuesta de mejora en la práctica diaria (91). El equipo de enfermería evalúa estos factores en conjunto, se proporciona al resto de personal sanitario una valoración continua y cualitativa del estado emocional del paciente y su familia, ofreciendo una visión holística individualizada más allá del diagnóstico. Este proceso implica integrar información subjetiva y objetiva en tiempo real, permitiendo adaptar las posteriores intervenciones según el nivel de estrés y el grado de colaboración del niño.

En consecuencia, el rol que asume el equipo de enfermería no se limita al abordaje de curas, sino que conlleva a la continua interpretación del estado emocional del paciente pediátrico, basada en la experiencia, la observación y el juicio clínico.

Este enfoque resulta ser imprescindible para el presente estudio, ya que permite analizar cómo la percepción enfermera influye directamente en la toma de decisiones clínicas y en el abordaje del cuidado emocional. De este modo, se enfatiza la importancia del juicio clínico y la experiencia profesional como elementos clave en la valoración del malestar emocional.

Por este motivo, este apartado se encuentra dentro de la dimensión de análisis de la percepción clínica y la toma de decisiones enfermeras, concepto fundamental para comprender el fenómeno de estudio.

Comprendiendo todo lo nombrado anteriormente, resulta relevante conocer qué intervenciones enfermeras existentes se aplican en la práctica habitual como resultado de esta percepción y toma de decisiones.

3.5. Intervenciones enfermeras en el abordaje de la ansiedad preoperatoria pediátrica

Las intervenciones enfermeras dirigidas al abordaje de la ansiedad preoperatoria pediátrica se fundamentan en la evaluación constante y cualitativa realizada por enfermería. Se integran observación directa, interacción familiar y experiencia profesional, permitiendo adaptar el cuidado al nivel de malestar y al contexto emocional de cada paciente.

3.5.1. Comunicación terapéutica

Brindar información clara y adaptada al nivel cognitivo del niño y a sus familiares, ya sea mediante diálogo, materiales de multimedia o visitas guiadas, proporciona tranquilidad y seguridad. Desde el punto de vista enfermero, se identifican varios conceptos fundamentales, reconocidos positivamente por los padres, para la reducción de esta ansiedad. Conceptos como el estilo de comunicación, el contenido, la logística planteada y el equipo de atención médica (92).

Siendo, por lo tanto, el tipo de comunicación y la información proporcionada factores que ayudan a mantener las experiencias positivas del paciente pediátrico, y mayoritariamente, de los padres (93). Además, fortaleciendo confianza entre el equipo sanitario, contribuyendo y fomentando la cooperación durante la cirugía.

3.5.2. Juego terapéutico

El juego ayuda a captar y mantener la atención del niño, distrayéndolo así del procedimiento doloroso o estresante al cual se va a someter. Involucrar al niño en actividades lúdicas y creativas no conlleva únicamente distracción, sino que reduce la activación del dolor y la ansiedad (94).

Desde el punto de vista enfermero, el juego terapéutico no es considerado un recurso, sino una herramienta esencial para mejorar la calidad asistencial y la experiencia por parte de los pacientes pediátricos, en relación con el entorno sanitario. Desde el punto de vista científico, el uso de juego terapéutico disminuye el dolor, la ansiedad y el miedo (94).

Además, el juego permite a las enfermeras, evaluar, de forma indirecta, el estado emocional del niño y ajustar el tipo de juego en función de su implicación o cooperación.

3.5.3. Técnicas de distracción

Como se ha nombrado reiteradamente, la ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos puede afectar el curso de la cirugía, y causar efectos adversos posteriores. A través de una revisión sistemática, se ha observado, que la distracción es usada por parte del equipo sanitario, concretamente el personal de enfermería, como medida para aliviar y reducir la ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos (95).

Estas técnicas abarcan una amplia gama de herramientas, entre ellas la distracción audiovisual o distracción mediante personajes hospitalarios (96). Y generalmente se adaptan en relación con los factores asociados nombrados.

3.5.4. Modificación del entorno

La reducción de estímulos sensoriales, la preparación ambiental y visitas guiadas a quirófano, contribuyen a una disminución de ansiedad prequirúrgica, al familiarizar el entorno y minimizar factores estresantes (97,98). La perspectiva enfermera destaca la terapia de estimulación ambiental como una intervención eficaz para la reducción de ansiedad pediátrica prequirúrgica (99).

Estas medidas pueden incluir, dentro de lo posible, ajustes de iluminación, o temperatura, reducción de ruidos, ordenamiento de materiales visuales... diseñados para favorecer el entorno seguro y controlable del niño.

En definitiva, las intervenciones enfermeras dirigidas al abordaje de la ansiedad preoperatoria pediátrica son consecuencia de una valoración previa del estado del paciente, lo que permite evidenciar la estrecha relación entre percepción clínica y actuación profesional.

Este aspecto adquiere especial importancia, ya que permite comprender cómo la interpretación que haga el equipo de enfermería en relación con el malestar emocional del niño condiciona la selección y aplicación de dichas intervenciones. De esta forma, se establece un vínculo directo entre percepción enfermera y práctica clínica.

Por lo tanto, este bloque se ubica dentro de la dimensión de análisis de la intervención clínica basada en la percepción enfermera, contribuyendo a una comprensión más profunda del fenómeno de estudio.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Describir cómo percibe e interpreta el equipo de enfermería la ansiedad de los pacientes pediátricos prequirúrgicos de entre 2 y 12 años.

4.2. Objetivos específicos

Conocer, bajo una perspectiva enfermera, cuáles son los principales factores asociados de la aparición de ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos.

Analizar cómo el equipo de enfermería percibe el malestar emocional de los pacientes pediátricos considerando la franja de edad y el nivel de madurez cognitiva de dichos pacientes.

5. Material y métodos

5.1. Diseño y enfoque teórico metodológico

El presente estudio se caracteriza por seguir un enfoque fenomenológico interpretativo, su propósito se basa en describir y comprender en profundidad cómo el equipo de enfermería percibe e interpreta la ansiedad preoperatoria de los niños de entre 2 y 12 años durante su transcurso por la etapa preoperatoria. La elección de un enfoque cualitativo se justifica mediante la naturaleza del fenómeno objeto de estudio, siendo la ansiedad preoperatoria pediátrica no solo una manifestación observable, sino una experiencia emocional subjetiva cuya identificación y valoración depende de muchos factores (100). Es por lo que su comprensión requiere acceder a los significados, interpretaciones y procesos cognitivos que subyacen a la práctica enfermera.

Epistemológicamente, el estudio se sitúa en el paradigma interpretativo-constructivista, el cual defiende que la realidad no es única ni objetiva, sino que se concibe como el resultado de una construcción social, donde los conocimientos surgen mediante la interacción entre el investigador y los participantes (101). Desde esta perspectiva, la percepción enfermera se entiende como un curso dinámico de interpretación marcado por la experiencia clínica, el desarrollo del niño, el contexto familiar y la forma de trabajar en el área quirúrgica.

En coherencia con este planteamiento, el diseño metodológico del presente estudio permite describir las experiencias vividas por parte del equipo de enfermería en relación con la ansiedad preoperatoria pediátrica, a fin de profundizar en el significado que atribuyen a la identificación y abordaje de este malestar emocional (102).

5.2. Muestra y tipo de muestreo: tamaño de la muestra

La población de estudio estará conformada por el personal de enfermería que desarrolle su actividad asistencial en el área quirúrgica preoperatoria pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Se realizará un muestreo intencional por criterio, adjudicando aquellos participantes que, gracias a su experiencia en la etapa preoperatoria, puedan contribuir a obtener información relevante, significativa y de vigor para la investigación. Este tipo de muestreo resulta coherente con el diseño cualitativo, ya que permite priorizar la profundidad de las percepciones resaltadas por los participantes frente a la representatividad estadística (103).

El tamaño muestral no quedará definido a priori, sino que se determinará por el principio de saturación teórica. El proceso de recogida de datos finalizará en el momento en que las entrevistas realizadas no aporten nuevos significados relevantes ni categorías emergentes sustanciales. Independientemente, de forma estimativa, se prevé que el tamaño de la muestra se encuentre entre 9 y 17 profesionales, tamaño considerado apto en estudios fenomenológicos enfocados al análisis en profundidad de la experiencia (104).

5.3. Reclutamiento y accesibilidad de la muestra

El proceso de reclutamiento se iniciará antes de la realización de las entrevistas, donde se reunirá a los participantes con el fin de explicar el objetivo y los procedimientos del estudio, ofreciendo información y detalles relevantes que, considerando oportuno, si así lo desean, se procederá a la realización de preguntas y resolución de dudas.

Del mismo modo, se les recordará su derecho a abandonar el estudio en cualquier momento si así lo desean, o si no aceptan las condiciones o términos que se desarrollarán en la entrevista, sin necesidad de dar ninguna explicación. Se les repetirá la explicación acerca de los fines y procedimientos del estudio, y se indicará que la entrevista será grabada para su posterior transcripción e interpretación, garantizando siempre la confidencialidad de los datos.

Asimismo, se les facilitará el formulario de consentimiento informado para que formalicen la firma del documento entendiéndose que su participación en el estudio es totalmente voluntaria y que podrán cambiar de opinión durante la investigación.

Tras la obtención de la autorización institucional, la vía de invitación a participar se realizará a través de comunicación interna del propio hospital, mediante correo corporativo o tablón informativo del servicio, garantizando que todos los participantes que cumplan los criterios tengan acceso equitativo a la información.

En relación con la selección de participantes, se adoptarán estrategias orientadas a reducir el riesgo de sesgos de selección. La invitación se realizará de forma abierta a todos aquellos participantes que cumplan los criterios, evitando que la supervisión del servicio sea quien designe participantes específicos. Asimismo, se procurará incorporar diversidad en variables, tales como años de experiencia profesional, diversos turnos de trabajo y trayectoria asistencial, con el fin de enriquecer la heterogeneidad del discurso y favorecer una representación amplia de perspectivas dentro del propio colectivo enfermero. También se procurará mantener una actitud neutral durante el reclutamiento, evitando presión implícita para la participación.

No obstante, se reconoce la posible existencia de sesgo condicionando la recogida de datos, derivados de factores como la carga asistencial del área quirúrgica, la disponibilidad horaria de los profesionales y la dinámica cambiante del servicio. Para minimizar las limitaciones, las entrevistas se acordarán en horarios consensuados, se priorizarán espacios libres de interrupciones y se ofrecerá flexibilidad temporal dentro del periodo de recogida de datos.

5.4. Criterios de inclusión y exclusión

Resulta fundamental establecer y definir criterios que aseguren la adecuación del perfil profesional de los participantes y la coherencia del fenómeno interpretativo,

Para el presente estudio, podrán participar aquellos profesionales de enfermería que previamente a la entrevista hayan aceptado y firmado de forma voluntaria el consentimiento informado. Asimismo, deberán desarrollar su actividad asistencial en el área preoperatoria del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, y contar con una experiencia mínima de un año en la atención directa y continuada en pacientes pediátricos, garantizando así una exposición suficiente a situaciones de malestar emocional.

Por otro lado, se excluirá del estudio a aquellos profesionales que se encuentren en periodo de formación, residencia o rotación temporal en el servicio, a fin de evitar fases iniciales de aprendizaje o una exposición limitada al fenómeno a estudio. Asimismo, se excluirá a aquel personal que haya participado previamente en programas de intervención o investigación sobre el tema de interés, evitando así sesgo de familiarización.

Del mismo modo, serán excluidos aquellos profesionales que se encuentren en situaciones de imposibilidad para la realización de la entrevista o que no estén disponibles para la realización dentro del período planificado, incluso con flexibilidad horaria. Finalmente, se excluirá aquel personal sanitario con limitaciones claras de comunicación, con impedimento para la expresión de sus experiencias y percepciones.

5.5. Procedimiento de recogida de datos

Con el fin de alcanzar los objetivos de la investigación, se propone la realización de entrevistas semiestructuradas a los participantes, además de tomar notas de campo. Antes de iniciar las entrevistas, se explicará a los participantes el propósito del estudio y el proceso de la entrevista, dando por hecho que el consentimiento informado está firmado (anexo I).

Se informará a los participantes que las dimensiones exploradas en la entrevista se alinearán directamente con los objetivos del estudio, lo que permitirá analizar la percepción enfermera, los factores asociados y la toma de decisiones clínicas.

La entrevista será registrada mediante grabación digital y se transcribirá de forma literal. Mediante el guion elaborando (anexo II), se administrarán una serie de preguntas centradas en las experiencias y vivencias personales de los/las profesionales, siguiendo en todo momento el marco teórico desarrollado. Las preguntas están formuladas con el fin de explorar dimensiones relacionadas con la identificación de signos y comportamientos asociados a la ansiedad preoperatoria, la comparativa entre conductas propias del desarrollo evolutivo del niño y manifestaciones de malestar emocional, los factores que el personal de enfermería considera influyentes en la ansiedad preoperatoria del paciente pediátrico, la influencia de variables como la edad o la madurez cognitiva del paciente, la presencia familiar en el estado emocional del niño y el impacto que ejerce la percepción enfermera en la toma de decisiones clínicas y las intervenciones aplicada en la práctica asistencial.

Las preguntas formuladas son de carácter abierto y están enfocadas en facilitar el relato experiencial. No se seguirá un orden estricto de preguntas, sino que estas se adaptarán a los temas que vayan surgiendo, tanto los planteados y redactados previamente como los nuevos datos de interés no previstos, respetando la naturaleza flexible del diseño cualitativo. A cada entrevistado se le asignará un código alfanumérico (E1, E2, E3...) para garantizar el anonimato de los participantes.

El desarrollo de las entrevistas se realizará en espacios privados del centro, a poder ser dentro del área quirúrgica del centro hospitalario, intentando garantizar un entorno calmado, confidencial y libre de interrupciones. En caso de limitaciones logísticas o que el área elegida no cumpla los requisitos, se contemplará la posibilidad de realizar las entrevistas en una sala de reuniones del propio hospital o en formato online mediante plataforma institucional segura si el participante así lo desea. Cada entrevista tendrá una duración aproximada de 20 a 30 minutos, permitiendo al participante desarrollar sus respuestas con mayor profundidad si lo considera necesario.

Previamente al inicio definitivo de la recogida de datos, y si se ve oportuno, se planteará la implementación y realización de una prueba piloto del guion de entrevista a realizar con el objetivo de valorar su claridad, pertinencia y adecuación de los objetivos del estudio, antes de ser plasmado. Se llevará a cabo con un/a enfermero/a que cumpla los criterios de inclusión establecidos, y cuya entrevista no será incorporada al análisis final de datos. Esta prueba piloto permitirá evaluar la comprensión de las preguntas formuladas, la adecuación del lenguaje empleado, la coherencia entre las preguntas y los objetivos a estudio, la duración estimada y la fluidez de esta (105,106). Asimismo, permitirá identificar posibles ambigüedades o formulaciones que induzcan a respuestas cerradas o poco profundas

5.6. Análisis de datos

A diferencia del análisis cuantitativo, el cualitativo requiere un trabajo de observación, interpretación y habilidades añadidas como sensibilidad y capacidad de interpretación por parte del investigador (107).

El análisis de la información se realizará mediante un análisis temático de carácter inductivo, método cualitativo que permitirá identificar, analizar e interpretar patrones de significado dentro de un conjunto de datos cualitativos. Braun y Clarke determinan el enfoque inductivo como aquel en que los temas emergen directamente de la información obtenida, en este caso por parte de los participantes, evitando que se impongan categorías analíticas preconcebidas desde marcos teóricos previos (108). Es por ello por lo que, en el presente estudio, resulta adecuado el uso de este tipo de análisis, el cual permite explorar de forma abierta las percepciones y experiencias subjetivas respecto al fenómeno a estudio.

El proceso analítico se desarrollará de forma secuencial siguiendo diversas fases estructuradas. En primer lugar, se llevará a cabo una transcripción de forma literal de toda la información obtenida a partir de las grabaciones de audio realizadas, preservando fielmente el discurso original de los participantes.

Posteriormente, se dará pie a una lectura comprensiva y repetida de todas las transcripciones, logrando una familiarización inicial de los datos, para posteriormente obtener un enfoque general de la información recogida.

Esta fase de familiarización con los datos permitirá identificar ideas preliminares y patrones iniciales, constituyendo el primer paso del análisis temático descrito por Braun y Clarke (2006). A partir de ello se implementarán los principios de segmentación y creación, dedicando unas páginas a fijar la aceptación de algunos términos en caso de ser necesario.

En una segunda fase, se realizará una codificación inicial de los datos, identificando aquellas unidades de significado relevantes y que estén relacionadas con el fenómeno de estudio. Posteriormente, dichos fragmentos serán etiquetados mediante códigos descriptivos que permitan sintetizar las ideas principales expresadas por los participantes. Estos códigos obtenidos se agruparán en categorías temáticas más amplias en función de su relación conceptual y de significado.

A partir de las categorías identificadas, se generarán temas interpretativos de orden superior que permitan integrar y dar sentido a los datos obtenidos, formando así una comprensión global del fenómeno de estudio. Lo cual permitirá organizar los datos en bloques estructurados y facilitar la identificación de patrones comunes dentro del diálogo.

Se empleará una relectura de transcripciones para asegurar que las categorías emergentes se ajustan fielmente al discurso original.

Posteriormente, se procederá a la revisión y refinamiento de las categorías y temas identificados, comprobando su coherencia interna y su adecuación al conjunto del corpus de datos, tal y como propone el análisis temático de Braun y Clarke (2006).

Finalmente, se realizará una interpretación de los resultados mediante la integración de dichos hallazgos emergentes con el marco teórico previamente desarrollado, dotando de significado las percepciones manifestadas por parte del equipo de enfermería.

5.7. Criterios de rigor

Para garantizar la calidad científica del estudio y asegurar la validez interna y externa del proceso cualitativo, se aplicarán los criterios de rigor propuestos por Lincoln y Guba (1985): credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad.

5.7.1. Veracidad o credibilidad del estudio

La credibilidad de la práctica cualitativa se considera uno de los criterios más significativos a la hora de asegurar la veracidad del estudio cuando se lleva a cabo una investigación. La credibilidad hace referencia al grado en que los resultados reflejan fielmente la experiencia y percepción real de los participantes, es decir, la confianza de los datos y sus posteriores interpretaciones. Es por este motivo que la credibilidad, o el valor de la verdad, se considera tan importante en los estudios cualitativos, ya que permite mostrar las experiencias y percepciones tal y como los propios sujetos las viven (109).

Para garantizar, reforzar y operativizar el rigor de credibilidad, se llevarán a cabo las entrevistas en profundidad, permitiendo detallar el discurso del equipo de enfermería, mediante la grabación, transcripción y la validación de la información de las entrevistas, como se ha nombrado anteriormente. Se realizará una revisión conjunta del proceso de codificación por parte de los investigadores, comparando interpretaciones y resolviendo discrepancias por consenso. En las transcripciones obtenidas de las entrevistas, se hará uso de la devolución y comprobación de los datos recogidos por parte de los participantes.

Se garantizará una inmersión suficiente en el campo mediante la recogida de datos hasta alcanzar la saturación teórica (Guest et al., 2006). Además, con tal de contrastar la información obtenida, se utilizará la técnica de triangulación de datos y de investigadores, aumentando así la consistencia de los hallazgos (Carter et al., 2014)

5.7.2. Transferibilidad o aplicabilidad

Este factor consiste en el grado en que los resultados del estudio pueden transferirse a otros contextos. Esto se puede lograr mediante una descripción exhaustiva del contexto donde se va a llevar a cabo el estudio junto a las características de los participantes; de esta forma se pueden realizar comparaciones con otras investigaciones y descubrir lo común y lo específico, o bien aplicar los resultados a sus propios contextos de investigación (110). Es por eso por lo que, en el presente estudio, y para garantizar la transferibilidad, detallamos un contexto en el área quirúrgica pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, donde la muestra del estudio son participantes que pertenecen al equipo de enfermería del hospital en cuestión y que están dotados de experiencia profesional en un ámbito de trabajo concreto.

Además, se incluirán descripciones del contexto asistencial y de las características socioprofesionales de los participantes, permitiendo a otros investigadores valorar la aplicabilidad de los resultados obtenidos, en contextos similares (Shenton, 2004).

5.7.3. Consistencia o dependencia

La dependencia alude a la estabilidad y coherencia del proceso metodológico a lo largo del tiempo. Esta se garantizará mediante una descripción exhaustiva y sistemática de todas las fases del estudio, el mantenimiento de un registro metodológico que permita seguir el proceso analítico de investigación; se preservarán las transcripciones originales y del sistema de codificación para posibles auditorías externas junto a una triangulación de investigadores, en este caso entre los dos principales investigadores del presente estudio.

Se planteará la elaboración del registro de auditoría o “*audit trail*”, el cual documenta todas las decisiones metodológicas y analíticas que se realizan a lo largo del estudio, permitiendo así la replicabilidad del proceso y su evaluación externa (Nowell et al., 2017).

5.7.4. Confirmabilidad

La confirmabilidad hace referencia al grado en que los resultados se basan en los datos y no en sesgos o predisposiciones de los investigadores, es decir, la neutralidad u objetividad de las descripciones realizadas por los participantes, en este caso el equipo de enfermería.

Para garantizar este criterio de rigor, se tendrá en cuenta y trabajará la reflexividad del investigador. Se realizará mediante el registro de decisiones analíticas durante el proceso de codificación, la triangulación entre investigadores en la interpretación de los datos, el reconocimiento explícito de posibles sesgos derivados de la formación y experiencia clínica de los investigadores y el mantenimiento de una actitud reflexiva y crítica durante todo el proceso de análisis.

Como investigadores, se utilizarán diarios reflexivos, donde se registrarán percepciones, influencias personales, decisiones analíticas, entre otras, favoreciendo así la transparencia del proceso y minimizando el sesgo del investigador (Berger, 2015).

5.8. Rol del investigador

Los investigadores asumirán un rol activo como instrumentos imprescindibles en la recogida y análisis de los datos, dado que en investigación cualitativa el investigador constituye la principal herramienta de interpretación del fenómeno de estudio.

Se reconoce que la experiencia previa en el ámbito clínico puede influir en la interpretación de los datos, por lo que se mantendrá una actitud reflexiva durante todo el proceso mediante el uso de diarios reflexivos y revisión crítica de las decisiones analíticas. Este enfoque permitirá identificar como las experiencias, creencias y conocimientos previos podrán llegar a influir en la construcción e interpretación de los resultados que se obtendrán.

En este sentido, se reconoce explícitamente cómo la posición del investigador puede influir en la recogida e interpretación de los datos. Para su minimización, se adoptará una postura consciente y reflexiva sobre su papel dentro del proceso investigador, (Berger, 2015), incorporando la reflexividad como un proceso continuo de autoanálisis durante todas las fases del estudio.

La proximidad con el contexto asistencial, en este caso el área quirúrgica, conlleva una serie de ventajas en términos de comprensión del lenguaje profesional y de la dinámica dentro del quirófano. Sin embargo, también puede existir la aparición de preconcepciones o supuestos previos.

En relación con ello, los investigadores cuentan con formación y experiencia en el ámbito sanitario, lo que facilita el acceso al campo y la comprensión del discurso de los participantes, pudiendo condicionar también a la interpretación de los datos, por lo que se mantendrá una vigilancia constante sobre estos posibles sesgos, promoviendo una actitud de apertura y suspendiendo juicios previos en la medida de lo posible.

Por este motivo, los investigadores adoptarán una postura reflexiva y crítica durante todo el transcurso de la investigación, manteniendo una actitud de apertura hacia las experiencias y percepciones de los participantes y evitando imponer interpretaciones preconcebidas. Se realizará un ejercicio continuo de esta reflexividad mediante el registro de las decisiones analíticas y reflexiones surgidas durante el proceso de codificación y categorización, para así identificar posibles sesgos y minimizar el impacto de estos en el estudio.

Finalmente, como se ha nombrado anteriormente, se planteará la idea de elaborar un diario reflexivo y se llevará a cabo la triangulación entre investigadores en la interpretación de los datos, permitiendo contrastar perspectivas y reducir la influencia individual en los resultados, contribuyendo a reforzar la credibilidad y el rigor metodológico del estudio.

5.9. Aspectos éticos

El presente estudio se llevará a cabo respetando en todo momento los principios éticos fundamentales de la investigación en el ámbito sanitario: respeto hacia las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Antes de empezar con el estudio, se solicitará la autorización del centro hospitalario donde se vaya a ejecutar la investigación junto con la aprobación del Comité de Ética de Investigación correspondiente al Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, para así garantizar que el proyecto cumpla con los requisitos éticos y con las normativas vigentes en investigación con personal sanitario.

Previamente al inicio de las entrevistas, a cada participante se le solicitará firmar el consentimiento informado por escrito, informando también acerca de su autorización para la grabación de las entrevistas en formato audio, requerida para su posterior transcripción literal y análisis de datos. Cada participante será libre de colaborar en las entrevistas de forma voluntaria, informando acerca de su derecho a retirarse del estudio sin justificación en cualquier momento, sin que esto les suponga ningún tipo de consecuencia profesional. A cada posible participante, se les facilitará una hoja donde constarán los objetivos del estudio, la metodología y la duración estimada de las entrevistas junto al uso previsto de los datos recogidos.

Para garantizar el anonimato y la confidencialidad, a cada participante se le asignará un número alfanumérico (E1, E2, E3...) omitiendo en todo momento cualquier dato identificativo durante las transcripciones. Todos los contenidos registrados por parte de los investigadores durante las entrevistas, como pueden ser las grabaciones y documentos derivados del estudio, serán guardados en dispositivos protegidos por claves, accesibles únicamente a dichos investigadores. Al finalizar el estudio, todos los datos registrados serán almacenados y conservados durante el tiempo legalmente establecido y, posteriormente, serán eliminados de forma segura.

A pesar de que el presente estudio no conlleve riesgo físico hacia los participantes, se respetará en todo momento el bienestar emocional, permitiendo a cada uno de ellos poder omitir cualquier pregunta que se les formule y que les pueda generar una incomodidad innecesaria. Finalmente, se garantizará que el contenido obtenido de las entrevistas será utilizado exclusivamente con fines académicos y científicos, sin posibilidad de identificación individual por parte de los miembros del equipo de enfermería que finalmente cedan a participar.

5.10. Cronograma

El desarrollo del presente estudio se ha estructurado siguiendo una planificación temporal organizada y progresiva, coherente con los objetivos planteados y con el diseño cualitativo adoptado (Anexo IV).

Dado que se trata de un proyecto de investigación que, por limitaciones administrativas, no se podrá llevar a la práctica, este ha sido estructurado siguiendo dos fases temporales diferenciadas. La primera corresponde a la fase de planificación y elaboración del

proyecto (octubre 2025 - mayo 2026), y la segunda contempla la planificación hipotética de su implementación real, incluyendo todas las etapas propias de un estudio cualitativo.

Fase I. Elaboración del proyecto (octubre 2025 - mayo 2026)

La primera fase se inició en octubre de 2025, delimitando el título del estudio, el tema del trabajo, la pregunta de investigación y, posteriormente, la selección del tipo de diseño metodológico, optando finalmente por un enfoque cualitativo. Paralelamente, se realizó una búsqueda bibliográfica con carácter exploratorio con el fin de identificar el estado actual de conocimiento acerca de la percepción enfermera sobre la ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos.

En noviembre de 2025, se definió la estrategia de búsqueda que iba a permitir realizar una revisión bibliográfica estructurada en aquellas bases de datos científicas seleccionadas, usando las fuentes relevantes acorde con los objetivos planteados.

También se consolidó la introducción del presente estudio, dando pie a, en enero de 2026, la elaboración del marco teórico junto con la justificación del estudio.

Posteriormente, entre los meses de enero y marzo de 2026, se completó la redacción del apartado de Material y Métodos, optando por un enfoque cualitativo fenomenológico interpretativo. En este se concretan los criterios de inclusión y exclusión, el tipo de muestreo, la planificación de recogida de datos y el plan de análisis entre otros. Asimismo, se elabora una primera versión del guion de entrevista semiestructurada que se administrará a los futuros posibles participantes del estudio.

Finalmente, en mayo de 2026 se formalizó la versión definitiva del estudio tras la revisión final conforme a la normativa académica y la preparación de la defensa oral, cuya puesta en marcha fue entre el 25 y 29 de mayo de 2026.

Fase II. Ejecución proyectada del estudio (planificación hipotética)

En el caso que el estudio se pudiera llevar a cabo tras la obtención de las autorizaciones pertinentes, se implementaría la segunda fase estructurada de la siguiente manera.

En primer lugar, se procedería a la solicitud de autorización institucional al Hospital Sant Joan de Déu junto con la presentación del presente proyecto ante el Comité de Ética de Investigación correspondiente. Esta etapa incluiría la revisión definitiva del guion de entrevista, la elaboración de la hoja informativa para los participantes y la formalización del documento de consentimiento informado, prevista tenerla concluida entre los meses de junio y agosto de 2026.

Una vez obtenida la aprobación ética, durante los meses de agosto y septiembre de 2026, se iniciaría el proceso de reclutamiento mediante comunicación interna institucional, garantizando la participación voluntaria y el acceso equitativo a la información. Posteriormente, se organizaría el calendario de entrevistas en función de la disponibilidad del personal.

La recogida de datos consistiría en la realización de entrevistas semiestructuradas individuales, con registro en formato audio y anotaciones en diario de campo. Este proceso se prolongará hasta alcanzar la saturación teórica, donde se prevé que entre septiembre y octubre de 2026 se consolidará esta fase.

De manera simultánea y progresiva, se desarrollaría la fase de transcripción literal y análisis temático de los datos, prevista para tenerla concluida entre los meses de octubre y noviembre de 2026. Esta incluiría una lectura comprensiva repetida de las entrevistas, la identificación de unidades de significado, la codificación inicial y la agrupación de códigos en categorías emergentes, permitiendo la construcción de temas centrales. Se contemplaría la triangulación entre investigadores y el registro sistemático de decisiones analíticas para reforzar la credibilidad y confirmabilidad del estudio.

Finalmente, en diciembre de 2026, se procedería a la redacción de los resultados y la discusión, comparando los hallazgos con la literatura científica previa, identificando implicaciones para la práctica clínica, limitaciones del estudio y posibles líneas futuras de investigación.

5.11. Limitaciones

El fenómeno a estudio pretende conocer un departamento, rango de edad y hospital concreto, lo cual, por el tamaño de la muestra, limitará la transferibilidad a otros entornos o áreas hospitalarias. Significando que los resultados que se obtendrán no podrán ser extrapolados a toda la población.

En primer lugar, al tratarse de un estudio cualitativo realizado en un único centro hospitalario, concretamente en el área quirúrgica pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, los resultados no pueden ser generalizados de forma estadística a otros entornos asistenciales. Sin embargo, esta limitación es propia del paradigma cualitativo, cuyo objetivo no es la generalización numérica, sino la comprensión profunda y contextualizada del fenómeno estudiado. Además, las particularidades organizativas, culturales y asistenciales del centro podrían influir en la percepción enfermera y condicionar la transferibilidad de los hallazgos a otros hospitales con estructuras distintas.

En segundo lugar, la muestra se circunscribe exclusivamente al personal de enfermería, excluyendo otras figuras del equipo quirúrgico como anestesistas, cirujanos o personal auxiliar, limitando así la visión del fenómeno a una única perspectiva profesional, dicha elección se justifica con el tema a tratar. No obstante, la inclusión de otros perfiles podría aportar diversas visiones y enriquecer el análisis interdisciplinar del fenómeno.

Otra limitación relevante radica en el posible sesgo derivado de la deseabilidad social. Las participantes podrían tender a ofrecer respuestas que reflejen prácticas ideales o socialmente esperadas dentro del ámbito profesional, especialmente en cuestiones relacionadas con la competencia emocional o el manejo del malestar infantil. Para minimizar este efecto, se garantizará el anonimato y se fomentará un clima de confianza durante las entrevistas.

Asimismo, la proximidad de los investigadores al entorno clínico puede constituir tanto una fortaleza como una limitación. Por un lado, facilita la comprensión del lenguaje técnico y del contexto asistencial; por otro, puede influir en la interpretación de los datos debido a preconcepciones o experiencias previas. Este posible sesgo será abordado mediante estrategias de reflexividad, triangulación entre investigadores y registro sistemático de decisiones analíticas.

Desde el punto de vista logístico, la carga asistencial y la dinámica propia del área quirúrgica pediátrica podrían condicionar la disponibilidad horaria de los profesionales, limitando, por tanto, el tiempo dedicado a las entrevistas o llegando a suponer una reducción del número final de participantes. Esto podría influir en la profundidad de los relatos obtenidos o en la saturación teórica prevista inicialmente.

Por último, al tratarse de un estudio centrado en la percepción subjetiva, los resultados estarán mediados por la experiencia individual de cada participante, pudiendo existir variabilidad significativa en función de los años de experiencia, formación previa o vivencias personales. Esta heterogeneidad, aunque aporta riqueza al análisis, puede dificultar la identificación de patrones comunes robustos.

5.12. Aplicabilidad para la práctica

Los resultados de este estudio podrán llegar a contribuir a mejorar la práctica enfermera en el ámbito quirúrgico pediátrico, permitiendo una mayor comprensión de la ansiedad preoperatoria desde la perspectiva profesional.

Asimismo, pueden facilitar el diseño de estrategias formativas orientadas a reforzar competencias emocionales, comunicativas y clínicas del personal de enfermería en el abordaje del malestar emocional pediátrico.

De forma idílica, el estudio permitirá visibilizar la importancia del juicio clínico enfermero como herramienta fundamental en la detección precoz de la ansiedad infantil. Permitirá reconocer cómo las enfermeras interpretan los signos conductuales y emocionales, llegando a contribuir y reforzar la legitimidad de la valoración subjetiva dentro de los protocolos perioperatorios, integrándola como un componente estructurado del cuidado.

Además, los hallazgos podrían identificar necesidades formativas específicas relacionadas con la evaluación del malestar emocional, especialmente en pacientes con dificultades comunicativas, alteraciones del neurodesarrollo o contextos socioculturales diversos. Esto podría traducirse en el diseño de programas de formación continuada centrados en competencias emocionales, comunicación terapéutica y manejo de situaciones de ansiedad pediátrica. Asimismo, la información obtenida podría servir como base para la elaboración o actualización de protocolos asistenciales que incluyan intervenciones no farmacológicas adaptadas a la edad y características individuales del paciente.

Implementar la incorporación sistemática de estrategias como el juego terapéutico, la modificación ambiental o la preparación psicológica estructurada podría optimizar la experiencia perioperatoria.

Otro aspecto relevante es la posibilidad de fortalecer el modelo de atención centrada en la familia. Comprender cómo la enfermería percibe la influencia de los cuidadores en el estado emocional del niño puede favorecer el diseño de intervenciones futuras dirigidas no solo al paciente, sino también al acompañamiento emocional de la familia.

Los resultados podrían contribuir a mejorar el bienestar profesional del propio equipo de enfermería, permitiendo identificar el impacto emocional que conlleva la exposición continua a situaciones de ansiedad pediátrica y llegar a evidenciar la carga emocional que puede suponer. Es por tanto que este conocimiento podría impulsar estrategias institucionales de apoyo emocional a los sanitarios o espacios de reflexión profesional.

5.13. Líneas futuras de investigación

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, se pretende que puedan surgir múltiples líneas de investigación futuras, que complementen o cuestionen dichos resultados, llegando a conocer perspectivas nuevas.

En primer lugar, teniendo en cuenta las limitaciones nombradas anteriormente, sería pertinente desarrollar estudios multicéntricos que permitan comparar la percepción enfermera en distintos hospitales, analizando posibles diferencias derivadas del contexto organizativo o cultural. Asimismo, podría ampliarse la investigación incluyendo otros profesionales del equipo quirúrgico, con el fin de explorar la ansiedad preoperatoria pediátrica desde una perspectiva interdisciplinar.

Otra línea futura de estudio consistiría en diseñar e implementar intervenciones formativas basadas en los resultados obtenidos, evaluando posteriormente su impacto en la práctica clínica y en los niveles de ansiedad percibidos, integrando, por lo tanto, la perspectiva de las familias y de los propios niños, permitiendo contrastar la percepción profesional con la experiencia directa del paciente y su entorno.

También sería relevante llevar a cabo estudios que integren y emprendan intervenciones no farmacológicas, dada la naturaleza del estudio cualitativo, para la reducción de la ansiedad pediátrica preoperatoria. Dando respuesta al problema potencial que se pretende conocer a lo largo del estudio.

Por último, podrían desarrollarse investigaciones mixtas que combinen metodología cualitativa y cuantitativa, incorporando instrumentos de medición de ansiedad, como escalas de valoración, junto con el análisis experiencial, con el objetivo de establecer correlaciones entre percepción enfermera y resultados clínicos cuantificables.

6. Conclusiones

El presente estudio permite entender, a partir del análisis teórico de la evidencia científica disponible, que la ansiedad preoperatoria pediátrica, desde la perspectiva enfermera, se considera un fenómeno subjetivo, complejo y multifactorial que no debe interpretarse como una respuesta emocional aislada, sino como un proceso emocional influenciado por múltiples factores. Esta visión resalta la necesidad de abordar dicho malestar emocional bajo un enfoque integral, donde el equipo de enfermería adquiere un papel imprescindible no solo a la hora de considerar aspectos clínicos, sino también emocionales, familiares y contextuales que determinan la experiencia del paciente pediátrico por su paso por el entorno quirúrgico.

Bajo esta perspectiva, y en relación con el objetivo principal del presente estudio, la percepción enfermera resulta ser un elemento clave en la interpretación e identificación de la ansiedad preoperatoria en este tipo de pacientes. Dicha percepción, lejos de enfocarse únicamente en factores clínicos y objetivos, se sustenta en la experiencia clínica de cada profesional, la observación directa y el juicio clínico, permitiendo así reconocer manifestaciones no verbales de la ansiedad distintas y específicas entre los niños que se encuentran en un entorno quirúrgico. Es por este motivo que la percepción del equipo de enfermería, en relación con el malestar emocional de los pacientes, resulta ser una herramienta clave en la toma de decisiones y en la humanización del cuidado dentro del área quirúrgica.

Asimismo, como se ha nombrado a lo largo del trabajo, la ansiedad preoperatoria en la población pediátrica no puede tratarse como un factor aislado, sino que debe comprenderse como un proceso dinámico entre múltiples factores interrelacionados como la edad, el nivel de desarrollo cognitivo, el temperamento del niño, su entorno familiar o sus experiencias previas con el sistema sanitario. La interacción de estos factores influye tanto en la intensidad como la forma en la que los pacientes manifiestan dicha ansiedad, lo que refuerza el concepto de la necesidad de una valoración enfermera individualizada, contextualizada y alejada de enfoques estandarizados (111).

Siguiendo esta línea, la edad y la madurez cognitiva del paciente resultan ser factores que adquieren un gran peso en el desarrollo y determinación de la ansiedad preoperatoria, ya que influyen directamente en la forma en la que los pacientes pediátricos comprenden, experimentan y expresan dicho malestar emocional. Mientras que en edades más tempranas predominan manifestaciones conductuales intensas y menos verbalizadas, en los niños de mayor edad se observa una mayor capacidad de comprensión y expresión emocional. Dicha diferenciación, permite al equipo de enfermería abordar sus cuidados y estrategias para disminuir la ansiedad en función del nivel evolutivo del paciente.

Por otro lado, la exposición continuada a situaciones de ansiedad pediátrica genera también un impacto emocional al personal de enfermería, lo que resalta la necesidad de fomentar espacios de apoyo, formación y desarrollo de competencias emocionales dentro del ámbito sanitario.

En conjunto, este trabajo pone en valor la importancia de la perspectiva enfermera en la comprensión de la ansiedad preoperatoria pediátrica, realzando su papel no solo en el abordaje de intervenciones, sino que también en la interpretación e identificación del malestar emocional desde un enfoque holístico. La integración de la evidencia permite dar voz a la necesidad de reforzar competencias clínicas, comunicativas y emocionales dentro del abordaje enfermero, con el objetivo de ofrecer una atención humanizada y centrada en el paciente (112).

Finalmente, cabe señalar que, al tratarse de un estudio cualitativo de carácter teórico sin recogida de resultados empíricos, las conclusiones han sido interpretadas desde una perspectiva teórica y reflexiva, lo que pone de manifiesto la necesidad de futuras líneas de investigación que permitan contrastar estas aportaciones en la práctica clínica real.

6.1. Implicaciones del estudio

Los hallazgos teóricos y el análisis desarrollado en el presente estudio ponen de manifiesto diversas implicaciones relevantes tanto para la práctica profesional enfermera como para el ámbito docente, especialmente en el contexto perioperatorio pediátrico.

En primer lugar, haciendo referencia a la práctica profesional, se enmarca la necesidad de fortalecer la valoración emocional como parte íntegra de los cuidados enfermeros, dándole un papel activo en el proceso asistencial. Siguiendo esta línea, resulta imprescindible potenciar competencias como la observación clínica, la interpretación de conductas no verbales y el desarrollo del juicio clínico, reconociendo la percepción enfermera como una herramienta clave en la detección de ansiedad preoperatoria.

Asimismo, el beneficio que aporta la percepción enfermera dentro de los cuidados pediátricos, concretamente en el entorno quirúrgico, implica la necesidad de adoptar medidas de abordaje ajustadas a las características de cada paciente. En este sentido, las intervenciones enfermeras, como pueden ser la comunicación terapéutica, la ludoterapia o técnicas de distracción, deben ajustarse a adaptar la atención a factores como la edad, madurez cognitiva, entorno familiar o experiencias previas con el sistema sanitario.

Por otro lado, los hallazgos encontrados sugieren el avance hacia entornos quirúrgicos más humanizados, reduciendo estímulos estresantes y favoreciendo la sensación de seguridad. A su vez, se pone de manifiesto la probabilidad de que estas situaciones de estrés puedan suponer una carga emocional por parte del equipo de enfermería, lo que resalta la importancia de promover espacios de apoyo en los equipos asistenciales.

En cuanto al ámbito docente, este estudio resalta la necesidad de reforzar la formación en valoración emocional, comunicación terapéutica y cuidados pediátricos en contextos quirúrgicos, incorporando metodologías activas que permitan al alumnado abordar dichas situaciones y mejorar habilidades como la empatía, la observación clínica y el valioso juicio enfermero.

7. Agradecimientos

La realización de este Trabajo de Fin de Grado ha sido posible gracias al apoyo, la orientación y la colaboración de diversas personas a quienes deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento.

En primer lugar, nos gustaría agradecer a nuestras tutoras, Leila María Moreno Gutiérrez y Cecilia Brando Garrido por sus consejos y disposición para guiarnos y orientarnos en el desarrollo del proyecto. Asimismo, agradecemos a la Escola Universitaria d'Infermeria Gimbernat por la formación recibida durante estos años, siendo la base para el desarrollo de este proyecto.

Un agradecimiento especial a nuestras familias, cuyo apoyo incondicional, comprensión y confianza han sido esenciales a lo largo de todo este proceso académico. Su paciencia, ánimo constante y acompañamiento han sido una fuente fundamental de motivación para alcanzar esta meta.

Finalmente, queremos dedicar un sincero agradecimiento al personal sanitario, en especial a todas las enfermeras y enfermeros que, con vocación, compromiso y sensibilidad, cuidan y acompañan a los niños y sus familias. Su labor diaria, basada en el cuidado, la empatía y la profesionalidad, constituye una inspiración y un referente en la práctica enfermera.

8. Bibliografia

1. Morales-Cruz AL, García-López MaA, Landeros-Olvera E, Morales-Cruz AL, García-López MaA, Landeros-Olvera E. Instrumentos de enfermería para la valoración perioperatoria del paciente adulto. *Index de Enfermería*. 2024;33(3). doi:10.58807/INDEXENFERM20247027
2. Amaya S, Kalsotra S, Kitio SAY, Tobias JD, Willer B. Virtual Reality Exposure Therapy and Patient Education for Preoperative Anxiety in Pediatrics: Randomized Controlled Trial. *JMIR Perioper Med*. 2025 Oct 27;8:e73392. doi:10.2196/73392 PubMed PMID: 41144684.
3. Arias G. W, Rivera R, Leiva R. G, María Fernanda CG, Arias G. W, Rivera R, et al. Análisis psicométrico del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad en Escolares de la Ciudad de Arequipa. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2023;61(2):148–57. doi:10.4067/S0717-92272023000200148
4. Domínguez Domínguez JA, Expósito Duque V, Torres Tejera E. Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. *Atención Primaria Práctica*. 2024 Apr 1;6(2). doi:10.1016/J.APPR.2024.100194
5. Romero Ajenjo Á. Vista de Efecto de la información en la ansiedad prequirúrgica [Internet]. [cited 2025 Nov 16]. Available from: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/136/74>
6. Meletti DP, Meletti JFA, Camargo RPS, Silva LM, Módolo NSP. Psychological preparation reduces preoperative anxiety in children. Randomized and double-blind trial. *J Pediatr (Rio J)*. 2019 Sep 1;95(5):545–51. doi:10.1016/j.jped.2018.05.009 PubMed PMID: 31340899.
7. Getahun AB, Endalew NS, Mersha AT, Admass BA. Magnitude and Factors Associated with Preoperative Anxiety Among Pediatric Patients: Cross-Sectional Study. *Pediatric Health Med Ther*. 2020 Dec;11:485. doi:10.2147/PHMT.S288077 PubMed PMID: 33364873.

8. Mustafa MS, Shafique MA, Zaidi SDEZ, Qamber A, Rangwala BS, Ahmed A, et al. Preoperative anxiety management in pediatric patients: a systemic review and meta-analysis of randomized controlled trials on the efficacy of distraction techniques. *Front Pediatr.* 2024 Feb 19;12:1353508. doi:10.3389/FPED.2024.1353508/FULL
9. Yüzer Alsaç S, Aydın Akbuğa G. Perioperative period from a pediatric perspective: a mixed-methods study. *Front Pediatr.* 2025;13:1636208. doi:10.3389/FPED.2025.1636208 PubMed PMID: 40909425.
10. Gordillo León F, Arana Martínez JM, Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia.* 2011 Oct;4(3):228–33. doi:10.4321/S1699-695X2011000300008
11. Ministerio de sanidad. Recomendaciones_acompanamiento_parental_la_induccion_doc.pdf - Cerca de Google [Internet]. [cited 2025 Nov 16]. Available from: https://www.google.com/search?q=Recomendaciones_acompanamiento_parental_la_induccion_doc.pdf&rlz=1C1CHBD_esES984ES984&oq=Recomendaciones_acompanamiento_parental_la_induccion_doc.pdf&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIGCAEQRRg80gEHNjAyajBqN6gCALACAA&sourceid=chrome&ie=UTF-8
12. De Moura LA, Dias IMG, Pereira LV. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety in children aged 5-12 years. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016 Jun 10;24:e2708. doi:10.1590/1518-8345.0723.2708 PubMed PMID: 27305179.
13. Ruiz-Villa JO, Rincón-Valenzuela DA, Ruiz-Villa JO, Rincón-Valenzuela DA. Prácticas de ansiólisis preoperatoria en pacientes pediátricos: prevalencia, limitantes y otros factores relacionados. *Revista mexicana de anestesiología.* 2020 Jan 1;43(1):34–40. doi:10.35366/CMA201F

14. Alberto Gironés-Muriel, Ana Campos Segovia, Laura Alvargonzález Slater, Severino Fernández. Revisión de Programas hospitalarios para tratar la ansiedad quirúrgica infantil. *Revista Electrónica AnestesiaR*. 2021 Apr 13;10(6):4. doi:10.30445/REAR.V10I6.714
15. Li Y, Peng S, Xia X, Yin L, Liao L. Nonpharmacological interventions for decreasing anxiety during anesthesia induction in children: a systematic review and Bayesian network meta-analysis. *BMC Anesthesiol*. 2025 Dec 1;25(1):226. doi:10.1186/S12871-025-03077-Z PubMed PMID: 40319229.
16. Melchior LMR, Soares Barreto RA dos S, Prado MA, Amorim Caetano KA, Queiroz Bezerra AL, de Sousa TV, et al. Predictores de ansiedad preoperatoria moderada y grave en pacientes quirúrgicos hospitalizados. *Enfermería Global*. 2018;17(52):64–96. doi:10.6018/EGLOBAL.17.4.309091
17. Wang R, Huang X, Wang Y, Akbari M. Non-pharmacologic Approaches in Preoperative Anxiety, a Comprehensive Review. *Front Public Health*. 2022 Apr 11;10:854673. doi:10.3389/FPUBH.2022.854673 PubMed PMID: 35480569.
18. Tas FQ, van Eijk CAM, Staals LM, Legerstee JS, Dierckx B. Virtual reality in pediatrics, effects on pain and anxiety: A systematic review and meta-analysis update. *Paediatr Anaesth*. 2022 Dec 1;32(12):1292. doi:10.1111/PAN.14546 PubMed PMID: 35993398.
19. T Chow CH, Van Lieshout RJ, Schmidt LA, Dobson KG, Buckley N. Systematic Review: Audiovisual Interventions for Reducing Preoperative Anxiety in Children Undergoing Elective Surgery. doi:10.1093/jpepsy/jsv094
20. Jung MJ, Libaw JS, Ma K, Whitlock EL, Feiner JR, Sinskey JL. Pediatric Distraction on Induction of Anesthesia with Virtual Reality (PEDI-VR) and Perioperative Anxiolysis: A Randomized Controlled Trial [Internet]. doi:10.1213/ANE.0000000000005004

21. Guamuse-Pilatasig MB, Ramos-Argilagos ME, Donoso-Noroña RF, Guamuse-Pilatasig MB, Ramos-Argilagos ME, Donoso-Noroña RF. El rol de enfermería en el manejo de la ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida*. 2025 Aug 1;9(ESP2):413–21. doi:10.35381/S.V.V9I2.4788
22. Rodrigues-Gonçalves MA, Gonçalves-Pereira MA, Barbosa-Machado N de J, Rodrigues-Gonçalves MA, Gonçalves-Pereira MA, Barbosa-Machado N de J. Preparación preoperatoria: la percepción de la persona que se somete a una cirugía programada. *Index de Enfermería*. 2023;32(2). doi:10.58807/INDEXENFERM20235773
23. Kowalchuk A, Gonzalez SJ, Zoorob RJ. Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Am Fam Physician* [Internet]. 2022 Dec [cited 2026 Jan 16];106(6):657–64. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/1200/anxiety-disorders-children-adolescents.html>
24. Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, et al. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Oct 1;59(10):1107–24. doi:10.1016/J.JAAC.2020.05.005 PubMed PMID: 32439401.
25. Optimal Resources for Children’s Surgical Care. 2021.
26. Ernst KD, Rauch DA, Ernst KD, Hill VL, Mauro-Small MM, Hsu BS, et al. Resources recommended for the care of pediatric patients in hospitals. *Pediatrics*. 2020 Apr 1;145(4). doi:10.1542/PEDS.2020-0204/36996 PubMed PMID: 32205465.
27. Guamuse-Pilatasig MB, Ramos-Argilagos ME, Donoso-Noroña RF. El rol de enfermería en el manejo de la ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida*. 2025 Aug 1;9(2):413–21. doi:10.35381/s.v.v9i2.4788

28. Jensen CS, Holmen H, Winger A, Eg M. Signs and symptoms in hospitalized children and adolescents' triggering nurses' awareness: A qualitative study across Denmark and Norway. *Int J Nurs Stud*. 2025 Jan 1;161:104918. doi:10.1016/J.IJNURSTU.2024.104918 PubMed PMID: 39388847.
29. Jerez Molina C, Lahuerta Valls L, Fernandez Villegas V, Santos Ruiz S. Nursing evaluation of pediatric preoperative anxiety: a qualitative study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2023 Jan 1;31:e3738. doi:10.1590/1518-8345.6230.3738 PubMed PMID: 36888788.
30. Mian ND, Carter AS, Pine DS, Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ. Development of a novel observational measure for anxiety in young children: The Anxiety Dimensional Observation Scale. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Sep 1;56(9):1017. doi:10.1111/JCPP.12407 PubMed PMID: 25773515.
31. Getahun AB, Endalew NS, Mersha AT, Admass BA. Magnitude and Factors Associated with Preoperative Anxiety Among Pediatric Patients: Cross-Sectional Study. *Pediatric Health Med Ther*. 2020 Dec;11:485. doi:10.2147/PHMT.S288077 PubMed PMID: 33364873.
32. Bromfalk Å, Hultin M, Walldén J, Myrberg T, Engström Å. Perioperative Staff's Experiences of Premedication for Children. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2025 Apr 1;40(2):310–7. doi:10.1016/j.jopan.2024.05.005 PubMed PMID: 39066773.
33. Liu W, Xu R, Jia J, Shen Y, Li W, Bo L. Research Progress on Risk Factors of Preoperative Anxiety in Children: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 1;19(16):9828. doi:10.3390/IJERPH19169828 PubMed PMID: 36011459.

34. Liguori S, Stacchini M, Ciofi D, Olivini N, Bisogni S, Festini F. Effectiveness of an App for Reducing Preoperative Anxiety in Children: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 2016 Aug 1;170(8):e160533–e160533. doi:10.1001/JAMAPEDIATRICS.2016.0533 PubMed PMID: 27294708.
35. Andersson L, Karlsson K, Johansson P, Almerud Österberg S. I'm afraid! Children's experiences of being anesthetized. *Paediatr Anaesth.* 2020 Sep 1;30(9):998–1005. doi:10.1111/PAN.13931 PubMed PMID: 32463955.
36. Liang Y, Huang W, Hu X, Jiang M, Liu T, Yue H, et al. Preoperative anxiety in children aged 2–7 years old: a cross-sectional analysis of the associated risk factors. *Transl Pediatr.* 2021 Aug 1;10(8):2024. doi:10.21037/TP-21-215 PubMed PMID: 34584872.
37. Otto CO, Tawuye HY, Aytolign HA, Ferede YA, Tegegne BA, Admassie BM. Preoperative anxiety in children: Prevention and management. A comprehensive review and analysis. *International Journal of Surgery Open.* 2025 Apr 1;63(2):127–35. doi:10.1097/IO9.0000000000000262
38. Páll N, Gorove E, Baji I. The psychological burden experienced by paediatric nurses during children's hospital care. *Kontakt.* 2021;23(4):217–24. doi:10.32725/KONT.2021.025
39. Romito B, Jewell J, Jackson M. Child life services. *Pediatrics.* 2021 Jan 1;147(1):2020040261. doi:10.1542/PEDS.2020-040261/33412 PubMed PMID: 33372119.
40. Drake-Brockman TFE, Dodd M, Cooney S, Stepanovic B, Sommerfield D, Locke V, et al. Children's Anxiety in the Perioperative Environment: A Qualitative Exploration With Children, Parents and Staff at a Tertiary Paediatric Hospital. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2025 Nov 1;69(10):e70135. doi:10.1111/AAS.70135;WGROU:STRING:PUBLICATION PubMed PMID: 41125542.

41. Fortier MA, Chorney JML, Rony RYZ, Perret-Karimi D, Rinehart JB, Camilon FS, et al. Children's Desire for Perioperative Information. *Anesth Analg.* 2009;109(4):1085. doi:10.1213/ANE.0B013E3181B1DD48 PubMed PMID: 19762736.
42. Proczkowska M, Ericsson E. Validity of the modified-Distraction-Short-Scale and Verbal-Numeric-Anxiety-Fear-Rating-Scale for children in a preoperative setting. *Paediatr Anaesth.* 2024 Feb 1;34(2):121–9. doi:10.1111/PAN.14765;CTYPE:STRING:JOURNAL PubMed PMID: 37728169.
43. Liu W, Xu R, Jia J, Shen Y, Li W, Bo L, et al. Research Progress on Risk Factors of Preoperative Anxiety in Children: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022, Vol 19,. 2022 Aug 9;19(16). doi:10.3390/IJERPH19169828 PubMed PMID: 36011459.
44. Sáenz-Herrero M, Recio-Barbero M, López-Atanes M, Santorcuato A, Bacigalupe A, Segarra R. Gender differences in the management of acute psychiatric episodes in the emergency department: a cross-sectional analysis of the 2017–2019 triennium. *Archives of Women's Mental Health* 2023 26:6. 2023 Aug 25;26(6):777–83. doi:10.1007/S00737-023-01360-X PubMed PMID: 37620657.
45. Leyenaar JK, Freyleue S, Arakelyan M, Schaefer AP, O'Malley AJ. Sex-Based Differences in Pediatric Mental Health Hospitalizations at US Acute Care Hospitals. *JAMA.* 2025 Aug 19;334(7):635–8. doi:10.1001/JAMA.2025.7741 PubMed PMID: 40549404.
46. Chaplin TM, Aldao A. Gender Differences in Emotion Expression in Children: A Meta-Analytic Review. *Psychol Bull.* 2012;139(4):735. doi:10.1037/A0030737 PubMed PMID: 23231534.

47. Chow CHT, Rizwan A, Xu R, Poulin L, Bhardwaj V, Van Lieshout RJ, et al. Association of Temperament With Preoperative Anxiety in Pediatric Patients Undergoing Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2019 Jun 5;2(6):e195614–e195614. doi:10.1001/JAMANETWORKOPEN.2019.5614 PubMed PMID: 31173131.
48. Kleye I, Sundler AJ, Darcy L, Karlsson K, Hedén L. Children's communication of emotional cues and concerns during a preoperative needle procedure. *Patient Educ Couns*. 2022 Jun 1;105(6):1518–23. doi:10.1016/J.PEC.2021.09.035 PubMed PMID: 34625321.
49. Ginsburg GS, Silverman WK. Gender Role Orientation and Fearfulness in Children With Anxiety Disorders. *J Anxiety Disord*. 2000 Jan 1;14(1):57–67. doi:10.1016/S0887-6185(99)00033-X PubMed PMID: 10770236.
50. García N, Haro JM, Rangel F. La ansiedad de los padres incrementa la ansiedad preoperatoria en el paciente pediátrico al ser sometido a una Cirugía Ambulatoria. *Revista Chilena de Anestesia*. 2017 Mar 18;40(Número 2). doi:10.25237/REVCHILANESTV40N02.19
51. Yüzer Alsaç S, Aydın Akbuğa G. Perioperative period from a pediatric perspective: a mixed-methods study. *Front Pediatr*. 2025;13:1636208. doi:10.3389/FPED.2025.1636208 PubMed PMID: 40909425.
52. Liu W, Xu R, Jia J, Shen Y, Li W, Bo L. Research Progress on Risk Factors of Preoperative Anxiety in Children: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 1;19(16). doi:10.3390/IJERPH19169828 PubMed PMID: 36011459.
53. Kim JE, Jo BY, Oh HM, Choi HS, Lee Y. High anxiety, young age and long waits increase the need for preoperative sedatives in children. *Journal of International Medical Research*. 2012;40(4):1381–9. doi:10.1177/147323001204000416;WEBSITE:WEBSITE:SAGE;JOURNAL:JOURNAL:IMRA;REQUESTEDJOURNAL:JOURNAL:IMRA;WGROUP:STRING:PUBLICATION PubMed PMID: 22971489.

54. Sadeghi A, Tabari AK, Mahdavi A, Salarian S, Razavi SS. Impact of parental presence during induction of anesthesia on anxiety level among pediatric patients and their parents: a randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;12:3237. doi:10.2147/NDT.S119208 PubMed PMID: 28260897.
55. Kumari K, Nemani S, Rathod D, Sharma A, Bhatia PK, Goyal S. Prediction of correlation between preoperative parents' anxiety and their child's anxiety before elective surgery under anaesthesia: An observational study. *Indian J Anaesth*. 2024 Sep 1;68(9):809. doi:10.4103/IJA.IJA_1269_23 PubMed PMID: 39386406.
56. BASES NEUROBIOLÓGICAS DEL APEGO: REVISIÓN TEMÁTICA [Internet]. [cited 2026 Jan 16]. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212011000100007
57. Palomares González L, Isabel C, García G, Sánchez-Solís De Querol M. Presencia de los padres durante pocedimientos pediátricos invasivos ¿De qué depende?*. doi:10.1590/1518-8345.6101.3828
58. Chundamala J, Wright JG, Kemp SM. An evidence-based review of parental presence during anesthesia induction and parent/child anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie* 2008 56:1. 2008 Dec 20;56(1):57–70. doi:10.1007/S12630-008-9008-3 PubMed PMID: 19247779.
59. Arze S, Lagos C, Ibacache M, Zamora M, González A. Incidence and risk factors of preoperative anxiety in Spanish-speaking children living in a Spanish-speaking country. *Paediatr Anaesth*. 2020 Jul 1;30(7):792–8. doi:10.1111/PAN.13899;SUBPAGE:STRING:FULL PubMed PMID: 32343016.

60. Ansiedad parental y factores asociados en urgencias hospitalarias pediátricas: un estudio descriptivo transversal - PMC [Internet]. [cited 2026 Jan 16]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11583140/>
61. Pomicino L, Maccacari E, Buchini S. Levels of anxiety in parents in the 24 hr before and after their child's surgery: A descriptive study. *J Clin Nurs*. 2018 Jan 1;27(1-2):278-87. doi:10.1111/JOCN.13895;CTYPE:STRING:JOURNAL PubMed PMID: 28544343.
62. Tabrizi JS, Seyedhejazi M, Fakhari A, Ghadimi F, Hamidi M, Taghizadieh N. Preoperative Education and Decreasing Preoperative Anxiety Among Children Aged 8 - 10 Years Old and Their Mothers. *Anesth Pain Med*. 2015 Aug 1;5(4):e25036. doi:10.5812/AAPM.25036 PubMed PMID: 26473103.
63. Santapuram P, Stone AL, Walden RL, Alexander L. Interventions for Parental Anxiety in Preparation for Pediatric Surgery: A Narrative Review. *Children*. 2021 Nov 1;8(11):1069. doi:10.3390/CHILDREN8111069 PubMed PMID: 34828782.
64. Bian L, Zhang T, Wu Y, Shan X. A nested case-control analysis of factors influencing preoperative hospitalization fear in pediatric patients and the alleviating effects of child-friendly visual interventions. *BMC Pediatr*. 2025 Dec 1;25(1):292. doi:10.1186/S12887-025-05571-2 PubMed PMID: 40229723.
65. Shaheen A, Nassar O, Khalaf I, Kridli SAO, Jarrah S, Halasa S. The effectiveness of age-appropriate pre-operative information session on the anxiety level of school-age children undergoing elective surgery in Jordan. *Int J Nurs Pract*. 2018 Jun 1;24(3):e12634. doi:10.1111/IJN.12634;REQUESTEDJOURNAL:JOURNAL:1440172X;WGROU:STRING:PUBLICATION PubMed PMID: 29516670.

66. Sadhasivam S, Cohen LL, Hosu L, Gorman KL, Wang Y, Nick TG, et al. Real-time assessment of perioperative behaviors in children and parents: Development and validation of the perioperative adult child behavioral interaction scale. *Anesth Analg.* 2010;110(4):1109–15. doi:10.1213/ANE.0B013E3181D2A509
67. Chorney JML, Kain ZN. Behavioral analysis of children's response to induction of anesthesia. *Anesth Analg.* 2009;109(5):1434–40. doi:10.1213/ANE.0B013E3181B412CF PubMed PMID: 19713262.
68. Vista de Intervenciones de enfermería para el manejo de la ansiedad preoperatoria en el paciente pediátrico [Internet]. [cited 2026 Jan 16]. Available from: <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/6097/7228>
69. (PDF) Reduction of anxiety in the anteroom of the operating theater in pediatric patients / Reducción de la ansiedad en la antesala del quirófano [Internet]. [cited 2026 Jan 16]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/10886966_Reduction_of_anxiety_in_the_anteroom_of_the_operating_theater_in_pediatric_patients_Reducion_de_la_ansiedad_en_la_antesala_del_quirofano
70. Yüzer Alsaç S, Aydın Akbuğa G. Perioperative period from a pediatric perspective: a mixed-methods study. *Front Pediatr.* 2025;13:1636208. doi:10.3389/FPED.2025.1636208 PubMed PMID: 40909425.
71. Liu W, Xu R, Jia J, Shen Y, Li W, Bo L. Research Progress on Risk Factors of Preoperative Anxiety in Children: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Aug 1;19(16). doi:10.3390/IJERPH19169828 PubMed PMID: 36011459.
72. Kim JE, Jo BY, Oh HM, Choi HS, Lee Y. High anxiety, young age and long waits increase the need for preoperative sedatives in children. *Journal of International Medical Research.* 2012;40(4):1381–9. doi:10.1177/147323001204000416;WEBSITE:WEBSITE:SAGE;JOURNAL:JOURNAL:IMRA;REQUESTEDJOURNAL:JOURNAL:IMRA;WGROUP:STRING:PUBLICATION PubMed PMID: 22971489.

73. Scarano F, Corte A Della, Michielon R, Gava A, Midrio P. Application of a non-pharmacological technique in addition to the pharmacological protocol for the management of children's preoperative anxiety: A 10 years' experience. *La Pediatria Medica e Chirurgica*. 2021 Mar 19;43(1). doi:10.4081/PMC.2021.235 PubMed PMID: 33739059.
74. Comparative Study Between Major and Minor Pre-operative Anxiety and Fear Regarding Patients Undergoing Surgery.
75. Eloor EM, Madhusudhana R, Krishnamurthy D. Preoperative Parental Anxiety and Its Impact on Anxiety in Paediatric Patients Posted For Elective Surgeries. *European Journal of Cardiovascular Medicine*. 2025 Dec 6;15:21–6. doi:10.61336/EJCM/25-12-05
76. Ma X, Zhang Z, Bao Y, Zhao H. Impact of pediatric surgery on anxiety in children and their families and coping strategies: a narrative review. *Transl Pediatr*. 2025 Apr 30;14(4):718–27. doi:10.21037/TP-2025-10/PRF
77. Perry C, Samuelsson C, Cyna AM. Preanesthetic nurse communication with children and parents - An observational study. *Paediatr Anaesth*. 2015 Dec 1;25(12):1235–40.
doi:10.1111/PAN.12759;WGROU:STRING:PUBLICATION PubMed PMID: 26416120.
78. Sartori J, Espinoza P, Díaz MS, Ferdinand C, Lacassie HJ, González A. ¿qué información preoperatoria desean los padres de niños que serán operados? *Rev Chil Pediatr*. 2015 Nov 1;86(6):399–403.
doi:10.1016/j.rchipe.2015.06.021 PubMed PMID: 26455706.
79. Sjöberg C, Amhliden H, Nygren JM, Arvidsson S, Svedberg P. The perspective of children on factors influencing their participation in perioperative care. *J Clin Nurs*. 2015 Oct 1;24(19–20):2945–53.
doi:10.1111/JOCN.12911;WEBSITE:WEBSITE:PERICLES;JOURNAL:JOURNAL:13652702;WGROU:STRING:PUBLICATION PubMed PMID: 26215896.

80. La preocupación ante la cirugía de un hijo ¿Hay diferencias si perteneces al sector sanitario? [Internet]. [cited 2026 Jan 16]. Available from: https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2019_32-1_34-40.pdf
81. Branche K, Gallardo P, Carreon Y, Ehie O. Enhancing Communication in Pediatric Anesthesia: The Impact of Language Barriers on Caregiver and Clinician Interaction. *Paediatr Anaesth.* 2025;0:1–10. doi:10.1002/PAN.70102;WGROU:STRING:PUBLICATION
82. Flores G, Abreu M, Schwartz I, Hill M. The importance of language and culture in pediatric care: Case studies from the latino community. *Journal of Pediatrics.* 2000 Dec 1;137(6):842–8. doi:10.1067/mpd.2000.109150
83. Shakhsher BA, Bachier-Rodriguez M, Shew SB, Loeff DS. Ethics and multiculturalism in pediatric surgery. *Semin Pediatr Surg.* 2021 Oct 1;30(5):151103. doi:10.1016/J.SEMPEDSURG.2021.151103 PubMed PMID: 34635286.
84. Stevenson RS, Rosales A, Fortier MA, Campos B, Golianu B, Zuk J, et al. The Role of Ethnicity and Acculturation in Preoperative Distress in Parents of Children Undergoing Surgery. *J Immigr Minor Health.* 2017 Jun 1;19(3):738. doi:10.1007/S10903-016-0357-7 PubMed PMID: 26895152.
85. Mamtora PH, Kain ZN, Stevenson RS, Golianu B, Zuk J, Gold JJ, et al. An evaluation of pre-operative anxiety in Spanish-speaking and Latino children in the United States. *Paediatr Anaesth.* 2018 Aug 1;28(8):719. doi:10.1111/PAN.13425 PubMed PMID: 29962037.
86. Okoniewski W, Sundaram M, Chaves-Gnecco D, McAnany K, Cowden JD, Ragavan M. Culturally Sensitive Interventions in Pediatric Primary Care Settings: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2022 Feb 1;149(2):e2021052162. doi:10.1542/PEDS.2021-052162 PubMed PMID: 35098300.

87. Howard AY. The effects of preoperative education on stress in the pediatric population. The effects of preoperative education on stress in the pediatric population Recommended Citation Recommended Citation [Internet]. 1990 [cited 2026 Jan 16]. Available from: <http://library.ucf.edu>
88. Impacto del nivel de ansiedad en pacientes pediátricos, que presentan trastornos en el neurodesarrollo [Internet]. [cited 2026 Jan 16]. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v6n5/2529-850X-jonnpr-06-05-790.pdf>
89. Antosh S, Drennan C, Stolfi A, Lawson R, Huntley E, McCullough-Roach R, et al. Use of an adaptive sensory environment in patients with autism spectrum disorder (ASD) in the perioperative environment: a parallel, randomized controlled trial. *Lancet Regional Health - Americas*. 2024 May 1;33:100736. doi:10.1016/J.LANA.2024.100736 PubMed PMID: 38645550.
90. Sierra-Núñez D, Bosch-Alcaraz A, Falcó-Pegueroles A, Segura-Matute S, García-Godoy C, Otero-Arús C, et al. Estudio multicéntrico. Percepción de los profesionales de enfermería sobre las necesidades formativas de valoración del dolor en pacientes pediátricos con disfunción cognitiva. *Enferm Intensiva*. 2024 Jul 1;35(3):161–70. doi:10.1016/J.ENFI.2023.07.002
91. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano [Internet]. [cited 2026 Jan 16]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>
92. Hentea C, Cheng ER, Bauer NS, Mueller EL. Parent-centered communication at time of pediatric cancer diagnosis: A systematic review. *Pediatr Blood Cancer*. 2018 Aug 1;65(8):e27070. doi:10.1002/PBC.27070;SUBPAGE:STRING:FULL PubMed PMID: 29667725.

93. Foster MJ, Whitehead L, Maybee P, Cullens V. The Parents', Hospitalized Child's, and Health Care Providers' Perceptions and Experiences of Family Centered Care Within a Pediatric Critical Care Setting. *J Fam Nurs*. 2013 Nov;19(4):431–68. doi:10.1177/1074840713496317 PubMed PMID: 23884697.
94. González-Díaz A, Canals-Garzón C, Gómez-Salgado J, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL. Therapeutic play as a strategy to reduce pain and anxiety in pediatric emergency care. *An Sist Sanit Navar*. 2025 Sep 1;48(3):e1142. doi:10.23938/ASSN.1142 PubMed PMID: 41048134.
95. Wu JX, Yan JX, Zhang LX, Chen J, Cheng Y, Wang YX, et al. The effectiveness of distraction as preoperative anxiety management technique in pediatric patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud*. 2022 Jun 1;130:104232. doi:10.1016/J.IJNURSTU.2022.104232
96. Jung MJ, Libaw JS, Ma K, Whitlock EL, Feiner JR, Sinskey JL. Pediatric Distraction on Induction of Anesthesia with Virtual Reality (PEDI-VR) and Perioperative Anxiolysis: A Randomized Controlled Trial. *Anesth Analg*. 2021 Mar 1;132(3):798. doi:10.1213/ANE.0000000000005004 PubMed PMID: 32618627.
97. Liguori S, Stacchini M, Ciofi D, Olivini N, Bisogni S, Festini F. Effectiveness of an App for Reducing Preoperative Anxiety in Children: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. 2016 Aug 1;170(8):e160533–e160533. doi:10.1001/JAMAPEDIATRICS.2016.0533 PubMed PMID: 27294708.
98. Manyande A, Cyna AM, Yip P, Chooi C, Middleton P. Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 14;2015(7):CD006447. doi:10.1002/14651858.CD006447.PUB3 PubMed PMID: 26171895.

99. Garland MM, Wilson R, Adamic E, Thompson WK, Arevian AC, Stein MB, et al. Reduced Environmental Stimulation Therapy (REST) in anxiety and depression: An experience sampling study. *Journal of Mood and Anxiety Disorders*. 2023 Jun;1:100003. doi:10.1016/J.XJMAD.2023.100003 PubMed PMID: 38873094.
100. Alonso Coello P, Ezquerro Rodríguez O, Fargues García I, M^a García Alamino J, Marzo Castillejo M, Navarra Llorens M, et al. Ediciones DAE (Grupo Paradigma) [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: www.enfermeria21.com
101. PARADIGMAS, ENFOQUES, MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://editorial.redipe.org/index.php/1/catalog/download/234/399/8078?inline=1>
102. Duque H, Aristizábal Díaz-Granados ET. Análisis fenomenológico interpretativo. *Pensando Psicología*. 2019 Nov 7;15(25):1–24. doi:10.16925/2382-3984.2019.01.03
103. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health*. 2015 Sep 22;42(5):533. doi:10.1007/s10488-013-0528-y PubMed PMID: 24193818.
104. Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Soc Sci Med*. 2022 Jan 1;292(2):114523. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114523 PubMed PMID: 34785096.
105. Fernández-Sánchez H, Guzmán-Facundo FR, Herrera-Medina D, Sidani S, Fernández-Sánchez H, Guzmán-Facundo FR, et al. Importancia del estudio piloto en un proyecto de intervención. *Index de Enfermería*. 2023;32(1). doi:10.58807/indexenferm20233776

106. Díaz-Muñoz G, Díaz-Muñoz G. Metodología del estudio piloto. Revista chilena de radiología. 2020 Sep 1;26(3):100–4. doi:10.4067/S0717-93082020000300100
107. Pyo J, Lee W, Choi EY, Jang SG, Ock M. Qualitative Research in Healthcare: Necessity and Characteristics. Journal of Preventive Medicine and Public Health. 2023 Jan 1;56(1):12. doi:10.3961/jpmph.22.451 PubMed PMID: 36746418.
108. Carles-Enric Riba Campos. El análisis de contenido en perspectiva cualitativa [Internet]. [cited 2026 Mar 12]. Available from: <https://openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/6283de06-b7f1-45ed-9b40-d28570c8c5d1/content>
109. Lincoln YGEG. Naturalistic Inquiry | SAGE Publications Inc. Sage Publications, Inc [Internet]. 1985 [cited 2026 Mar 12]. Available from: https://books.google.com/books/about/Naturalistic_Inquiry.html?hl=ca&id=2oA9aWINEooC
110. Castillo E, Lucía Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med. 2003;34(3):164–7.
111. De Moura LA, Dias IMG, PereiraLV. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety in children aged 5-12 years. Rev Lat Am Enfermagem. 2016 Jun 10;24:e2708. doi:10.1590/1518-8345.0723.2708 PubMed PMID: 27305179.
112. Jerez Molina C, Lahuerta Valls L, Fernandez Villegas V, Santos Ruiz S. Nursing evaluation of pediatric preoperative anxiety: a qualitative study. Rev Lat Am Enfermagem. 2023 Jan 1;31:e3738. doi:10.1590/1518-8345.6230.3738 PubMed PMID: 36888788.

9. Anexos

9.1. Hoja informativa participación a estudio

Anexo I Consentimiento informado.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE / POSIBLE PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: *“Más allá del quirófano: Percepción enfermera frente a experiencias de ansiedad preoperatoria en pacientes de 2 a 12 años en el hospital Sant Joan de Déu, un estudio cualitativo”.*

CÓDIGO DEL ESTUDIO: TFG-ANS-QUIR-2026. Versión 1. Fecha: 10/03/2026

PROMOTOR: Estudio académico realizado en el marco del Trabajo de Fin de Grado del Grado en Enfermería de las Escoles Universitàries Gimbernat (E.U.G).

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Ainhoa González Sánchez

Estudiante del Grado en Enfermería.

Escoles Universitàries Gimbernat.

Correo electrónico: agonzalezs@campus.eug.es

Guillem Avileo Val

Estudiante del Grado en Enfermería.

Escoles Universitàries Gimbernat.

Correo electrónico: gavileo@campus.eug.es

CENTRO: Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Código del estudio: TFG-ANS-QUIR-2026

Versión: 1. Fecha: 10/03/2026

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación ni produzca perjuicio alguno en su ámbito profesional.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El objetivo de este estudio es conocer cómo percibe el personal de enfermería la ansiedad que pueden presentar los pacientes pediátricos de entre 2 y 12 años antes de una intervención quirúrgica.

Para ello se realizará un estudio cualitativo basado en entrevistas individuales a profesionales de enfermería que desarrollen su actividad en el área preoperatoria pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. La entrevista consistirá en una conversación guiada mediante preguntas abiertas sobre la experiencia profesional de los participantes en relación con la ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos.

La participación en el estudio consistirá en la realización de una única entrevista, con una duración aproximada de 20 a 30 minutos. La entrevista será grabada en audio para su posterior transcripción y análisis, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Se prevé incluir aproximadamente entre 9 y 17 profesionales de enfermería. La participación en este estudio no implica la realización de pruebas médicas, ni visitas adicionales, ni supondrá ninguna modificación en la actividad asistencial habitual. Tampoco se recogerán muestras biológicas.

La participación puede implicar únicamente el tiempo dedicado a la entrevista. El participante podrá no responder a cualquier pregunta si así lo desea y podrá retirarse del estudio en cualquier momento.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

La participación en este estudio no supone ningún beneficio directo para su salud. Sin embargo, los resultados obtenidos podrán contribuir a mejorar el conocimiento sobre la ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos y el papel del personal de enfermería en su identificación y abordaje, lo que podría favorecer mejoras en la práctica asistencial y en la atención a los pacientes.

La participación en este estudio no implica la realización de procedimientos médicos ni pruebas clínicas, por lo que no se prevén riesgos físicos asociados. El único posible inconveniente puede ser el tiempo dedicado a la realización de la entrevista o la posible incomodidad al responder algunas preguntas relacionadas con su experiencia profesional. En cualquier caso, el participante podrá decidir no responder a cualquier pregunta o interrumpir la entrevista en cualquier momento.

Dado que el estudio consiste únicamente en la realización de una entrevista y no implica intervenciones sanitarias ni procedimientos clínicos, no se requiere la contratación de un seguro específico para cubrir posibles riesgos derivados de la participación.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en el Reglamento (UE) nº 2016/679 y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Tanto el Centro como el Promotor son responsables respectivamente del tratamiento de los datos y se comprometen a cumplir con la normativa vigente en materia de protección de datos. La información recogida durante el estudio será identificada mediante un código, de modo que la identidad de los participantes no pueda ser reconocida directamente. Únicamente el equipo investigador podrá relacionar dicho código con la identidad de la persona participante, garantizando en todo momento la confidencialidad de la información.

El acceso a la información recogida durante el estudio quedará restringido al equipo investigador, así como a las autoridades sanitarias competentes o al Comité de Ética de la Investigación cuando sea necesario para verificar los datos y procedimientos del estudio, siempre respetando la confidencialidad de los participantes de acuerdo con la legislación vigente.

De acuerdo con lo que establece la legislación de protección de datos, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación y portabilidad de datos. Además, puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos puede dirigirse al investigador principal del estudio: agonzalezs@campus.eug.es y gavileo@campus.eug.es. Así mismo, tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho/a.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos. Sin embargo, debe tener en cuenta que los datos no se pueden eliminar, aunque deje de participar en el estudio, para garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales.

El investigador y el promotor están obligados a conservar los datos recogidos para el estudio al menos hasta 5 años tras su finalización. Posteriormente, su información personal sólo se conservará por el centro para el cuidado de su salud y por el promotor para otros fines de investigación científica si usted hubiera otorgado su consentimiento para ello, o si así lo permite la ley y los requisitos éticos aplicables.

Si realizáramos transferencia de sus datos codificados fuera de la UE a las entidades de nuestro grupo, a prestadores de servicios o a investigadores científicos que colaboren con nosotros, los datos del participante quedarán protegidos con salvaguardas tales como contratos u otros mecanismos por las autoridades de protección de datos. Si el participante quiere saber más al respecto, puede contactar con el Investigador Principal del estudio agonzalezs@campus.eug.es y gavileo@campus.eug.es.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto, ni compensación económica. Usted no tendrá que pagar por los procedimientos del estudio.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y puede exigir la destrucción de todos los datos identificables previamente retenidos para evitar la realización de nuevos análisis.

La información recogida en este estudio puede resultar de interés para continuar investigando sobre la percepción del personal de enfermería en relación con la ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos. Por este motivo, se le solicitará su consentimiento para que los datos obtenidos puedan ser utilizados, de forma anonimizada, en futuros estudios realizados por el equipo investigador y relacionados con la misma línea de investigación.

En todo caso, la utilización de estos datos se realizará garantizando la confidencialidad de los participantes y respetando la normativa vigente en materia de protección de datos. Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir los procedimientos / acepta las condiciones del estudio que se le han expuesto.

Si tiene alguna duda o desea más información, puede contactar con el investigador principal del estudio.

Muchas gracias por su colaboración.

Código del estudio: TFG-ANS-QUIR-2026

Versión: 1. Fecha: 10/03/2026

9.1.1. Consentimiento informado a estudio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE

Título del estudio: *“Más allá del quirófano: Percepción enfermera frente a experiencias de ansiedad preoperatoria en pacientes de 2 a 12 años en el hospital Sant Joan de Déu, un estudio cualitativo”*.

Yo (nombre y apellidos).....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....

(nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mi actividad profesional.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Autorizo que la información recogida sea utilizada en estudios futuros relacionados con la misma línea de investigación.

SÍ ☐ NO ☐

.....

Firma del participante

Fecha:

.....

Firma del investigador

Fecha:

Este documento se firmará por duplicado, quedándose una copia el investigador y otra el participante.

9.2. Entrevista semiestructurada

Anexo II - Entrevista semiestructurada.

- ¿Cómo describiría su experiencia en el abordaje de la ansiedad preoperatoria en pacientes de 2 a 12 años?
- Según su perspectiva, ¿con qué frecuencia e intensidad percibe ansiedad en niños de 2 a 12 años previa a la cirugía?
- ¿Mediante qué signos o comportamientos se basa usted a la hora de identificar que un niño presenta ansiedad preoperatoria?
- ¿De qué forma diferencia entre un comportamiento propio de la edad y un estado de malestar emocional significativo?
- ¿Qué factores considera que influyen más en la aparición de ansiedad preoperatoria en niños de 2 a 12 años?
- ¿Dé qué manera considera que la edad y la madurez cognitiva influyen en la manifestación de la ansiedad preoperatoria en los niños de entre 2 y 12 años? ¿Ha observado diferencias en cómo se desarrolla este malestar emocional dependiendo de la edad del niño? Por favor, describa su experiencia y percepciones.
- ¿Cómo percibe usted la presencia o la ausencia de los padres en el estado emocional de los pacientes pediátricos antes de ser intervenidos por cirugía?
- Desde su experiencia, ¿qué impacto cree que tiene la presencia de los padres en el quirófano, antes de la cirugía, sobre el estado emocional de los niños? ¿Cómo influye su experiencia profesional en la valoración del malestar emocional en este contexto?
- ¿De qué manera influye su percepción en las intervenciones que decide aplicar?
- ¿Cómo vive usted, tanto a nivel personal como profesional, estas situaciones de ansiedad pediátrica?

9.3. Documento comité de ética

Anexo III - Documento comité de ética Hospital Sant Joan de Déu.

https://sjd.es/wp-content/uploads/2025/05/Codigo-etico-2025.pdf?_gl=1*jvbt56*_up*MQ..*_ga*NTIyNDI5MzkxLjE3NzMzOTM0ODM.*_ga_S65SCT3ECC*_czE3NzMzOTM0ODIkbzEkZzEkdDE3NzMzOTM0ODMkajU5JGw_wJGgw

9.4. Cronograma del estudio

Anexo IV - Cronograma del estudio, según diagrama de Gantt.

