



**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

---



**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA**

**EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**INFORME DE TESIS**

**NIVEL DE ANSIEDAD Y RECUPERACIÓN  
POST-OPERATORIA INMEDIATA EN  
PACIENTES CESAREADAS DE UN HOSPITAL  
REGIONAL DE HUÁNUCO; 2014.**

**ELABORADO POR:**

Lic. Enf. CONDEZO CABRERA, Anny Winke

Lic. Enf. UZURIAGA PEÑA, Raul

Lic. Enf. VEGA TRUJILLO, Maribel Gloria

**ASESOR**

Dr. Abner Fonseca Livias

**HUÁNUCO, PERÚ**

2016

## **DEDICATORIA**

En primer lugar, dedicamos a Dios, nuestro señor por darnos la oportunidad de cumplir nuestras metas trazadas, y bendecirnos día a día, con sabiduría.

A nuestros padres, hijos, hermanos, tíos, y a toda nuestra amada familia, quienes nos brindan su inmenso amor y tolerancia para lograr la especialidad en enfermería y nos acompañan brindando respaldo y por apoyarnos en todos los momentos de nuestras vidas.

A nuestros amigos, fieles acompañantes durante nuestros estudios,.

**Los autores**

## **AGRADECIMIENTO**

Queremos expresar nuestro agradecimiento a Dios por ayudarnos a culminar este trabajo.

Gracias también a todas las autoridades de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, en especial a la Facultad de Enfermería y a sus docentes por esta oportunidad que nos dan de obtener la especialidad.

Al asesor de tesis, quien tuvo la amabilidad de orientarnos en la realización de esta tesis.

A todos los integrantes de nuestras familias, quienes mostraron tolerancia por haber sacrificado el valioso tiempo que les corresponde, al realizar este anhelo logrado de la segunda especialidad en enfermería.

También, agradecemos a nuestros amigos, y en forma especial a quienes nos apoyaron en nuestros estudios y en la realización de la presente investigación.

A las pacientes cesareadas, quienes dieron su consentimiento para proporcionarnos información.

A todos, muchas gracias.

**Los autores**

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata de pacientes cesareadas del Hospital Regional de Huánuco. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo transversal, analítico, prospectivo y observacional, con diseño correlacional. La población fue de 86 cesareadas, y la muestra de 66, seleccionada probabilísticamente y de forma aleatoria. Se utilizó la técnica de entrevista y los instrumentos fueron la guía de entrevista y los test de Zung y Aldrete. Se consideró los aspectos éticos de la investigación, se aplicó un análisis bivariado mediante la prueba Chi Cuadrada, con  $p \leq 0,05$ ; apoyados en el PASW V15.0. Los resultados evidenciaron que el nivel de ansiedad de la recuperación post-operatoria inmediata de las pacientes cesareadas en las dimensiones respiración ( $X^2=16,41$ ;  $p = 0,00$ ) e ingestión oral ( $X^2=8,9$ ;  $p = 0,01$ ) tuvieron relación significativa, aceptándose la hipótesis de investigación. Por el contrario, se observó independencia de la actividad ( $X^2=2,8$ ;  $p = 0,23$ ), circulación ( $X^2=4,05$ ;  $p = 0,13$ ), conciencia ( $X^2=4,7$ ;  $p = 0,09$ ), saturación de oxígeno ( $X^2=0,70$ ;  $p = 0,7$ ), alivio del dolor ( $X^2=4,4$ ;  $p = 0,10$ ), gasto urinario ( $X^2=4,5$ ;  $p = 0,10$ ), estabilización del fondo uterino ( $X^2=0,9$ ;  $p = 0,6$ ), control de sangrado vaginal ( $X^2=1,6$ ;  $p = 0,4$ ), tono uterino ( $X^2=5,2$ ;  $p = 0,07$ ) y conservación de apósitos secos y limpios ( $X^2=2,5$ ;  $p = 0,2$ ), al no mostrar significancia, aceptándose las hipótesis nulas. Se concluye que no existe relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco.

**Palabras claves:** *ansiedad, recuperación post-operatoria, cuidados de enfermería, pacientes cesareadas.*

## ABSTRACT

The aim of the study was to determine the relationship between the level of anxiety and immediate post-operative patients a cesarean section Huanuco Regional Hospital recovery. The study was an analytical, quantitative approach prospective observational, cross-sectional, with correlational design. The population were 86 cesarean section, and the sample 66, probabilistically and randomly selected. interview technique was used and the instruments were the interview guide and test Zung and Aldrete. the ethical aspects of the research was considered a bivariate using Chi Square test, with  $p \leq 0,05$  analysis was applied; supported by the PASW V15.0. The results showed that the level of anxiety immediate post-operative recovery of patients cesarean section in dimensions breathing ( $X^2 = 16.41$ ;  $p = 0.00$ ) and oral ingestion ( $X^2 = 8.9$ ;  $p = 0.01$ ) they had significant relationship, accepting the research hypothesis.

By contrast, the activity observed independence ( $X^2 = 2.8$ ;  $p = 0.23$ ), circulation ( $X^2 = 4.05$ ;  $p = 0.13$ ), consciousness ( $X^2 = 4.7$ ,  $p = 0, 09$ ), oxygen saturation ( $X^2 = 0.70$ ,  $p = 0.7$ ), pain relief ( $X^2 = 4.4$ ;  $p = 0.10$ ), urine output ( $X^2 = 4.5$ ;  $p = 0, 10$ ), stabilization fundal ( $X^2 = 0.9$ ;  $p = 0.6$ ), vaginal bleeding control ( $X^2 = 1.6$ ;  $p = 0.4$ ), uterine tone ( $X^2 = 5.2$ ;  $p = 0.07$ ) and conservation of dry and clean dressings ( $X^2 = 2.5$ ;  $p = 0.2$ ), showing no significance, accepting the null hypothesis. It is concluded that there is no relationship between the level of anxiety and the immediate post-operative patients of cesarean section Huánuco Regional Hospital recovery.

**Keywords:** anxiety, post-operative recovery, nursing care, cesarean section patients.

## **PRESENTACIÓN**

La ansiedad es un estado anímico desagradable que incluye componentes fisiológicos, psíquicos y conductuales. Esta variable emocional en los pacientes quirúrgicos es determinante para la recuperación postoperatoria, por lo que una eficaz intervención de enfermería, disminuye los niveles de ansiedad durante el período pre y postoperatorio. En tal efecto, los pacientes precisan información sobre su proceso hospitalario, apoyo emocional y enseñanza lo que disipará sus dudas y minimizará la ansiedad.

En razón de ello, surgió la inquietud de determinar la relación que se establece entre el nivel de ansiedad con la recuperación post-operatoria inmediata de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco.

Para una mejor comprensión de la lectura de la presente tesis, se estructuró en los aspectos introductorios, el mismo que contiene el problema; los objetivos, tanto general, como específicos; la justificación e importancia de la investigación; las hipótesis, general y específicas, las variables y su operacionalización; las limitaciones y la definición operacional de términos.

En el primer capítulo, se exhibe el marco teórico, el cual comprende: los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y las bases conceptuales de las variables implicadas en el estudio.

En el segundo capítulo, se expone el marco metodológico de la investigación, el cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de

estudio, método de estudio, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento de datos y análisis e interpretación de los datos.

En el tercer capítulo, se presentan los resultados de la investigación, con su respectivo análisis e interpretación; además, se muestra la discusión de los resultados.

Finalmente, se muestran las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

**Los autores**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT .....	v
PRESENTACIÓN .....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Aspectos básicos del problema de investigación .....	1
1.2. Formulación del problema.....	7
1.3. Justificación .....	9
1.4. Propósito.....	10
1.5. Objetivos de la investigación .....	11
1.6. Hipótesis de la investigación .....	12
1.7. Variables .....	15
1.8. Operacionalización de variables.....	16
1.9. Definición de términos operacionales.....	17
1.10. Limitaciones .....	18
2. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Antecedentes de investigación.....	19
2.2. Bases teóricas .....	24
2.2.1. Modelo de antropología de las emociones y teoría de los sentimientos .....	24
2.2.2. Modelo psicoinmunológico .....	25
2.3. Bases conceptuales: Recuperación post-operatoria inmediata en cesareadas.....	26
2.3.1. Cesárea .....	26
2.3.2. Postcesárea .....	27
2.3.3. Recuperación postoperatoria de la paciente cesareada .....	27
2.3.4. Necesidades de la paciente postcesareada inmediata .....	29



2.3.4.1.	Actividad .....	29
2.3.4.2.	Respiración .....	29
2.3.4.3.	Circulación .....	29
2.3.4.4.	Conciencia .....	30
2.3.4.5.	Saturación de oxígeno .....	30
2.3.4.6.	Dolor .....	30
2.3.4.7.	Gasto urinario .....	32
2.3.4.8.	Fondo uterino.....	32
2.3.4.9.	Sangrado vaginal .....	32
2.3.4.10.	Tono uterino.....	33
2.3.4.11.	Apósito.....	33
2.3.5.	Valoración de enfermería en la paciente postcesareada .....	33
2.4.	Bases conceptuales: grado de ansiedad.....	34
2.4.1.	Definición de la ansiedad .....	34
2.4.2.	La ansiedad en pacientes sometidos a cirugías .....	35
2.4.3.	Sintomatología de la ansiedad .....	36
2.4.3.1.	Trastornos somáticos.....	37
2.4.3.2.	Trastornos psíquicos.....	37
2.4.3.3.	Trastornos conductuales .....	39
2.4.4.	Ansiedad en las pacientes postcesareadas.....	39
CAPÍTULO II.....		42
3.	MARCO METODOLÓGICO .....	42
3.1.	Ámbito del estudio.....	42
3.2.	Población .....	42
3.3.	Muestra.....	43
3.4.	Nivel y tipo de estudio .....	45
3.5.	Diseño de estudio .....	45
3.6.	Técnicas de investigación .....	46
3.6.1.	Técnica de recolección de datos .....	46
3.6.2.	Instrumentos de recolección de datos .....	46
3.6.3.	Validez de los instrumentos de recolección de datos .....	47
3.7.	Procedimiento de recolección de datos.....	48
3.8.	Tabulación y análisis de datos .....	48
3.9.	Aspectos éticos de la investigación .....	50

CAPÍTULO III.....	51
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	51
4.1. Resultados descriptivos .....	51
4.2. Comprobación de hipótesis .....	64
4.3. Discusión de resultados .....	77
 Conclusiones .....	 84
 Recomendaciones .....	 88
 Referencias bibliográficas.....	 91
 Anexos .....	 100

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características demográficas de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	51
Tabla 2. Descripción de la edad de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	52
Tabla 3. Características sociales de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	53
Tabla 4. Tiempo de embarazo y características de la atención de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	55
Tabla 5. Aspectos del embarazo de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	57
Tabla 6. Descripción de las manifestaciones de la ansiedad de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	58
Tabla 7. Nivel de ansiedad de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	60
Tabla 8. Descripción de la recuperación post-operatoria inmediata según sus dimensiones de las pacientes cesareadas de un hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	61
Tabla 9. Descripción de la recuperación postoperatoria inmediata en pacientes cesareadas de un hospital regional de Huánuco; 2014 .....	63
Tabla 10. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	64
Tabla 11. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión actividad de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	65
Tabla 12. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión respiración de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	66
Tabla 13. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión circulación de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	67
Tabla 14. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión conciencia de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	68
Tabla 15. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión saturación de oxígeno de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014.....	69

Tabla 16. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión alivio del dolor de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	70
Tabla 17. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión ingestión oral de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	71
Tabla 18. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión gasto urinario de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	72
Tabla 19. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión estabilización del fondo uterino de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014.....	73
Tabla 20. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión control de sangrado vaginal de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014.....	74
Tabla 21. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión estabilización del tono uterino de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014.....	75
Tabla 22. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión conservación de apósitos secos y limpios de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	76

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Representación gráfica del promedio de las edades de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014.....	52
Figura 2. Representación gráfica del nivel de ansiedad de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	60
Figura 3. Representación gráfica de la descripción de la recuperación postoperatoria inmediata según sus dimensiones en pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	62
Figura 4. Representación gráfica de la descripción de la recuperación postoperatoria inmediata en pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014 .....	63

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Aspectos básicos del problema de investigación

La ansiedad es una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos potencialmente peligrosos o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por la circunstancia de aparecer inciertos. Psicológicamente, la ansiedad es vivida por el propio sujeto como un estado de ánimo desagradable, producido por situaciones que, de manera consciente o no, el sujeto las percibe como amenazadoras. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales.

Generalmente la ansiedad, es confundida con el estrés, ya que es esencialmente una respuesta a éste. En cualquier caso, aunque la ansiedad pueda ser un reflejo de estados endógenos se asocia generalmente con sucesos estresantes externos (1).

Ante situaciones que provocan ansiedad en el sujeto, se produce una serie de reacciones así como una activación del sistema nervioso central, la activación autonómica y neuroendocrina. Estos tres sistemas se retroalimentan de forma constante incrementando, manteniendo o disminuyendo la activación producida por la ansiedad (2, 3). En consecuencia, la ansiedad es un reflejo de estados endógenos que se asocia generalmente con sucesos estresantes externos (4, 5).

Por ejemplo, la cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la

hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias (6).

La intensidad de la ansiedad frente a una intervención quirúrgica viene determinada por diversos factores (7). El primero es la magnitud del agente traumático externo o real, es decir, la gravedad de la enfermedad. Otro factor importante a tener en cuenta es la duración del periodo preoperatorio: cuanto mayor sea la urgencia de la operación menor será el tiempo que tendrá el enfermo para adaptarse emocionalmente, lo que dará lugar a crisis de ansiedad y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas.

Otro factor es la capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad, este es un factor determinante que casi siempre suelen pasar por alto los profesionales de la salud. Intervenciones de “pequeña importancia” o “rutinarias” pueden suponer en pacientes con una débil estructura emocional un verdadero escollo, que, de no tenerse en cuenta, repercutirá en la recuperación, facilitando la aparición de complicaciones que a priori parecían de escasa probabilidad (8).

Al respecto Siegel, Schrimshaw (9), citado por Gordillo, Arana, Hernández consideran, que la ansiedad quirúrgica, está relacionada a la pérdida de intimidad, de la necesidad de afrontar una situación desconocida, de la incertidumbre presente y futura.

El nivel de ansiedad que la persona pueda experimentar y la capacidad del paciente para manejar la ansiedad en la cirugía depende de haber sido testigo o haber experimentado complicaciones quirúrgicas

pasadas, duración y magnitud de la enfermedad, tipo y gravedad de la intervención quirúrgica, tiempo de preparación previa para la cirugía, capacidad y tolerancia para soportar situaciones estresantes (10).

El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado coste económico.

Entre las dos modalidades de atención de parto, la cesárea ha venido a constituir en la actualidad la de mayor preferencia por parte de las embarazadas, ello se debe en gran medida, al querer evitar complicaciones que son normales en el parto vaginal y por otra parte al miedo que se experimenta del mismo proceso de parto (11).

La cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea; pues ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Los aportes científicos y tecnológicos, permitieron la introducción de técnicas quirúrgicas con asepsia y anestesia confiables y métodos sofisticados para la detección temprana del sufrimiento fetal agudo y crónico, contribuyendo notablemente al incremento de las cesáreas (12), (13).

Sin embargo, actualmente ha ocurrido un aumento considerable en la práctica innecesaria de las cesáreas, que ciertamente es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos, con lo que esta



técnica operatoria pierde su enorme efecto benéfico de salvar vidas de madres y recién nacidos cuando está bien indicada. El incremento tan notable en nuestro país en el número de cesáreas sin indicaciones justificadas en las instituciones del sector público y privado, ha sido motivo de preocupación para el Ministerio de Salud.

En este contexto la cesárea puede ser valorada por las pacientes como un evento amenazante, lo cual puede generar altos niveles de ansiedad, debido a la ausencia de control por parte de la paciente y al carácter impredecible de la intervención quirúrgica. Estas alteraciones en el estado de ánimo, tienen efecto negativo sobre el proceso de recuperación postoperatoria, haciéndolo más lento y complicado (14).

Siguiendo el modelo psicoinmunológico, es posible afirmar que altos índices de ansiedad pueden estar altamente correlacionados con alteraciones en el proceso de cicatrización, con una mayor percepción del dolor posquirúrgico, con baja adherencia a las recomendaciones terapéuticas, con la acción y los efectos secundarios de los medicamentos anestésicos y con presencia de complicaciones posquirúrgicas entre las que se incluyen infecciones, emésis y cefalea (15).

Uno de los efectos más complejos en el área de los cuidados perioperatorios y post operatorio en los pacientes quirúrgicos es el dolor, el mismo debe ser afrontado por los profesionales encargados, quienes se ven obligados a aliviar ese síntoma en forma satisfactoria, además de implementar protocolos de tratamiento analgésico de pacientes intervenidos quirúrgicamente (16) por el equipo de salud.

Estudios realizados revelan que 64% de pacientes presentan un dolor postquirúrgico relevante, de los cuales solo el 54% de ellos fueron evaluados para su control (17). Con la finalidad de facilitar la experiencia quirúrgica, reduciendo los efectos emocionales indeseables y propiciando, de manera indirecta, una adecuada recuperación posquirúrgica, existen una serie de programas de preparación psicológica pre quirúrgica, que en un gran número han estado centradas en la provisión de información relacionada con la cirugía (18).

En el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, las pacientes embarazadas con programación quirúrgica de cesárea, evidencian diferentes niveles de ansiedad que luego de ser intervenidas, se observa que una gran mayoría de las pacientes del Servicio de Recuperación de Centro Quirúrgico, atraviesan el postoperatorio inmediato con alteraciones de la actividad, la respiración, la circulación, la conciencia, la saturación oxígeno, la deambulación, la eliminación urinaria la presencia de dolor, entre otros aspectos que afectan su recuperación (19). Además, pese a que la visita preoperatoria del profesional de enfermería es fundamental, esta no se está efectuando en la verdadera dimensión en los hospitales de la Región Huánuco, y por esta razón las pacientes vivencian estados de ansiedad de diferente grado.

Enfocados en el marco de la calidad del cuidado de enfermería, se debe satisfacer las necesidades no solo físicas sino también las psicoemocionales del sujeto de cuidado, es por ello la importancia fundamental de identificar los niveles de ansiedad y su relación con la

recuperación postoperatoria de las pacientes cesareadas, pues no existen estudios, datos estadísticos, ni se ha dado la real importancia a la influencia del nivel de ansiedad que presentan las pacientes con programación quirúrgica de cesárea en la recuperación postoperatoria; es aquí, donde los profesionales de enfermería, desempeñan un rol importante, desarrollando un proceso activo y permanente que no sólo proporciona cuidados físicos sino también brinda orientación (20).

Nuestro estudio está motivado por la necesidad de mejora asistencial al sujeto desde una perspectiva biopsicosocial (enfoque integral). Consideramos de notable importancia reorientar y/o crear protocolos de actuación pre-quirúrgica incidiendo en el aspecto psicológico y formativo del sujeto antes de la intervención, proporcionándole información del proceso al que va a ser sometido (21), ofertando apoyo psicológico y técnicas de afrontamiento. Con ello, sustentar una recuperación postoperatoria inmediata y óptima en pacientes cesareadas de un hospital público.

## **1.2. Formulación del problema**

De la realidad percibida por los investigadores se desprenden las siguientes interrogantes de investigación:

### **Problema general**

¿Existe relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco en el 2014?

### **Problemas específicos**

1. ¿El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión actividad de pacientes cesareadas en estudio?
2. ¿El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión respiración de pacientes cesareadas en estudio?
3. ¿El nivel de ansiedad está relacionado con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión circulación de pacientes cesareadas en estudio?
4. ¿El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión conciencia de pacientes cesareadas en estudio?

5. ¿El nivel de ansiedad está relacionado a la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión saturación de oxígeno de pacientes cesareadas en estudio?
6. ¿El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión alivio del dolor de pacientes cesareadas en estudio?
7. ¿El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión ingestión oral de pacientes cesareadas en estudio?
8. ¿El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión gasto urinario de pacientes cesareadas en estudio?
9. ¿El nivel de ansiedad está relacionado con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión estabilización del fondo uterino de pacientes cesareadas en estudio?
10. ¿El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión control de sangrado vaginal de pacientes cesareadas en estudio?
11. ¿El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión estabilización del tono uterino de pacientes cesareadas en estudio?
12. ¿El nivel de ansiedad está relacionado con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión conservación de apósitos secos y limpios de pacientes cesareadas en estudio?

### **1.3. Justificación**

La presente investigación se justificó, por las siguientes razones:

#### **Teórica**

La investigación que se propone es importante porque urge conocer el valor predictor de la ansiedad en la recuperación postoperatoria inmediata de la paciente cesareada, ello servirá para proponer intervenciones de soporte terapéutico (emocional) a la paciente, estructurados en protocolos de actuación pre quirúrgica basados en el contexto de Huánuco, incidiendo en el aspecto psicológico con lo que se mejorará la calidad de los cuidados que proporciona el profesional de enfermería. Esta preparación tendrá efectos beneficiosos para el sujeto en el período quirúrgico, especialmente durante la intervención (anestesia) y concretamente en el postoperatorio inmediato, disminuyendo los tiempos de estancia en los mismos, así como la reducción en la administración de fármacos (analgésicos, hipnóticos...) y de hospitalización.

#### **Práctica**

Siendo la ansiedad uno de los diagnósticos definidos por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), en el campo de enfermería, el profesional de enfermería está capacitado para detectar, tratar, y garantizar una asistencia de calidad en el cuidado (22), lo cual amerita explicar la correspondencia entre el nivel de ansiedad y recuperación post-operatoria inmediata en pacientes cesareadas.

Además, el profesional de enfermería juega un papel muy importante, al brindar cuidados en la fase preoperatorio, perioperatoria y en el posoperatorio en el que orienta hacia el afrontamiento, brindando seguridad y confianza a sus pacientes, ayudándoles a lograr su equilibrio emocional disminuyendo entre otros los niveles de ansiedad, lo que conlleva a que la recuperación post-operatoria de la pacientes sea más efectiva.

## **Social**

La recuperación postoperatoria precoz, favorece principalmente a la madre intervenida de cesárea, a su vez a su producto, el recién nacido, quien contará con una persona capaz de la interacción inmediata.

### **1.4. Propósito**

La presente investigación se realizó a fin de propiciar mejoras en el cuidado que brinda el profesional de enfermería, el cual debe ser integral y no solo debe orientarse al aspecto físico. Del mismo modo, los resultados del presente estudio permitirán la reorientación del cuidado integral en el preoperatorio lo que favorecerá la pronta recuperación y disminución de su estancia hospitalaria. Además, a través de la presente investigación, se buscará proporcionar y adquirir conocimientos sobre la problemática y buscar posibles soluciones para garantizar un mejor cuidado de los pacientes.

## **1.5. Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

Determinar la relación entre el nivel de ansiedad con la recuperación post-operatoria inmediata de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014.

### **Objetivos específicos**

1. Determinar el nivel de ansiedad relacionado con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión actividad de pacientes cesareadas en estudio.
2. Identificar si el nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión respiración de pacientes cesareadas en estudio.
3. Analizar si el nivel de ansiedad está relacionado con la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión circulación de pacientes cesareadas en estudio.
4. Determinar si el nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión conciencia de pacientes cesareadas en estudio.
5. Determinar si el nivel de ansiedad está relacionado a la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión saturación de oxígeno de pacientes cesareadas en estudio.



6. Analizar si el nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión alivio del dolor de pacientes cesareadas en estudio.
7. Identificar si el nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión ingestión oral de pacientes cesareadas en estudio.
8. Relacionar el nivel de ansiedad con la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión gasto urinario de pacientes cesareadas en estudio.
9. Determinar si el nivel de ansiedad está relacionado con la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión estabilización del fondo uterino de pacientes cesareadas en estudio.
10. Identificar si el nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión control de sangrado vaginal de pacientes cesareadas en estudio.
11. Estudiar la relación entre el nivel de ansiedad con la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión estabilización del tono uterino de pacientes cesareadas en estudio.
12. Relacionar el nivel de ansiedad con la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión conservación de apósitos secos y limpios de pacientes cesareadas en estudio.

## **1.6. Hipótesis de la investigación**

### **Hipótesis general:**

**H0:** El nivel de ansiedad es independiente de la recuperación postoperatoria inmediata de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco, durante el 2014.

**Hi:** El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco, durante el 2014.

**Hipótesis específicas:**

H0<sub>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</sub>: El nivel de ansiedad no se relaciona con las dimensiones

Actividad/Respiración/Circulación/Conciencia/Saturación

SaO<sub>2</sub>%/Dolor/Ingestión oral/Gasto urinario/Fondo uterino/Sangrado vaginal/estabilización del fondo uterino y Apósito secos y limpios durante la recuperación postoperatoria de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014.

Hi<sub>1</sub>: El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión actividad de pacientes cesareadas en estudio.

Hi<sub>2</sub>: El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión respiración de pacientes cesareadas en estudio.

Hi<sub>3</sub>: El nivel de ansiedad está relacionado la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión circulación de pacientes cesareadas en estudio.

- Hi<sub>4</sub>: El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión conciencia de pacientes cesareadas en estudio.
- Hi<sub>5</sub>: El nivel de ansiedad está relacionado a la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión saturación de oxígeno de pacientes cesareadas en estudio.
- Hi<sub>6</sub>: El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión alivio del dolor de pacientes cesareadas en estudio.
- Hi<sub>7</sub>: El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión ingestión oral de pacientes cesareadas en estudio.
- Hi<sub>8</sub>: El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión gasto urinario de pacientes cesareadas en estudio.
- Hi<sub>9</sub>: El nivel de ansiedad está relacionado con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión estabilización del fondo uterino de pacientes cesareadas en estudio.
- Hi<sub>10</sub>: El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión control de sangrado vaginal de pacientes cesareadas en estudio.
- Hi<sub>11</sub>: El nivel de ansiedad se relaciona con la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión tono uterino de pacientes cesareadas en estudio.

Hi<sub>12</sub>: El nivel de ansiedad está relacionado con la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión conservación de apósitos secos y limpios de pacientes cesareadas en estudio.

### **1.7. Variables**

#### **Variable independiente**

Nivel de ansiedad

#### **Variable dependiente**

Recuperación post-operatoria inmediata

### 1.8. Operacionalización de variables

Variable	Indicador Dimensión	Valor final	Escala de medición
<b>Variable dependiente</b>			
Recuperación post- operatoria inmediata en cesareadas	Tipo de recuperación	>18 = rápida ≤ de 18 = tardía	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Actividad	Rápida Tardía	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Respiración	Rápida Tardía	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Circulación	Rápida Tardía	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Conciencia	Rápida Tardía	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Saturación SaO2%	Rápida Tardía	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Dolor (vas)	Rápida Tardía	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Ingestión oral	Rápida Tardía	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Gasto urinario	Rápida Tardía	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Fondo uterino	Rápida Tardía	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Sangrado vaginal	Rápida Tardía	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Tono uterino	Rápida Tardía	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Apósito	Rápida Tardía	Cualitativa Nominal Dicotómica
<b>Variable independiente</b>			
<b>Ansiedad</b>	Nivel de ansiedad	Leve Moderada Severa	Ordinal Politémica
<b>Variable de caracterización</b>			
Características demográficas	Edad	En años	Cuantitativa De razón
	Zona de procedencia	Urbano Rural Urbano marginal	Cualitativa Nominal Politémica

Características sociales	Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente	Cualitativa Nominal Politómica
	Escolaridad	Sin estudios Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario	Cualitativa Ordinal Politómica
	Ocupación	Ama de casa Empleada público Comerciante Otros	Cualitativa Nominal Politómica
Características de la atención de salud	Modalidad de hospitalización	Consultorio externo Emergencia	Cualitativa Nominal dicotómica
	Días de hospitalización	En años	Cuantitativa De razón
	Periodo de embarazo	En meses	Cuantitativo De razón
	Número de hijos	En número	Cuantitativo De razón

### 1.9. Definición de términos operacionales

**Ansiedad.** Esta variable representa un estímulo que genera diversas reacciones complejas en el organismo del individuo frente a situaciones y estímulos percibidos como peligrosos. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales. En el presente estudio se consideró la ansiedad leve, moderada y severa.

**Recuperación post-operatoria inmediata.** Esta variable consideró las dimensiones: actividad, respiración, circulación, conciencia, saturación SaO<sub>2</sub>%, dolor (vas), ingestión oral, gasto urinario, fondo uterino, sangrado vaginal, tono uterino y apósito; dichas dimensiones son características propias de una paciente obstétrica postcesareada.

**1.10. Limitaciones**

Se tuvo limitaciones en el proceso de recolección de datos, el cual requirió más tiempo de lo previsto, por ello la ejecución del período del trabajo de campo tuvo que ser ampliado.

## **CAPÍTULO I**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de investigación**

A continuación, se presentan algunos antecedentes relacionados con la temática en estudio:

##### **Antecedentes internacionales**

En España, 2010, González, Bovaira, Peñarrocha, Peñarrocha llevaron (23) a cabo un estudio titulado “relación entre la ansiedad preoperatoria y el grado de satisfacción postoperatorio en cirugía de implantes dentales, con sedación consciente intravenosa”, cuyo objetivo fue estudiar si la ansiedad preoperatoria depende de la edad y del sexo del paciente, y relacionar la ansiedad preoperatoria con el grado de satisfacción postoperatorio del paciente y del cirujano en las cirugías de implantes dentales, con sedación consciente intravenosa. Colocaron implantes dentales, con o sin extracciones dentales en el momento de la cirugía, y con o sin regeneración ósea, con anestesia local y sedación consciente intravenosa, en 102 pacientes. La ansiedad preoperatoria fue evaluada con la escala de Corah y el grado de satisfacción postoperatorio del paciente y del cirujano mediante una escala adaptada. Los resultados evidenciaron que el 27,8% de los pacientes tuvo una ansiedad



preoperatoria baja, el 50% moderada, y el 22,2% elevada. La media de la ansiedad preoperatoria fue de  $9,8 \pm 3,7$ . En el 87,8% de las cirugías el grado de satisfacción del cirujano fue adecuado, en el 4,4% el cirujano consideró que los pacientes estuvieron despiertos y nerviosos, y en el 7,8% excesivamente dormidos, con poca colaboración. Respecto al grado de satisfacción del paciente, el 23,3% consideró que el procedimiento fue agradable, el 28,9% que ni placentero ni desagradable, el 36,7% que la experiencia fue levemente molesta, y el 10% que fue desagradable. A mayor edad, menor fue el grado de ansiedad preoperatoria, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. La ansiedad fue mayor en las mujeres y a mayor ansiedad preoperatoria hubo menor grado de satisfacción del paciente, siendo las diferencias estadísticamente significativas. Concluyeron indicando que no existe relación significativa entre la ansiedad preoperatoria y el grado de satisfacción del cirujano.

Este antecedente tuvo proximidad con el estudio desarrollado, puesto que proporcionó un marco referente para la descripción del problema.

En el 2008, Ramos, Cardoso, Vaz, Torres, García, Blanco, González (24), desarrollaron un estudio titulado "Influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica"; cuyo objetivo fue analizar la influencia de diversos factores psicológicos y/o biológicos en la recuperación postoperatoria. La muestra estuvo compuesta por 42 pacientes hospitalizados para someterse a una intervención quirúrgica. El día previo a la intervención administraron el Test de Ansiedad

Estado/Rasgo de Spielberger (STAI) y tomaron una muestra de saliva a las 8:00 para determinar el nivel de cortisol. La variable de recuperación lo codificó como «buena» o «mala» en base a los criterios descritos por Moix (1995). Los resultados evidenciaron que los sujetos que puntuaban de forma elevada en el STAI presentaban un mayor nivel de cortisol en saliva y su recuperación fue peor en comparación con otros pacientes con baja ansiedad, por tanto, concluyeron que existe relación existente entre determinadas variables psicológicas, los valores de cortisol y el proceso de recuperación quirúrgica del paciente.

Este antecedente de investigación tuvo proximidad con el estudio, puesto que abarca la ansiedad como variable independiente y la recuperación postoperación como variable dependiente, lo cual orientó oriento en la metodología a seguir.

En el 2008, Navas (25) desarrolló un estudio piloto descriptivo, transversal y observacional titulado “Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo”; cuyo objetivo fue conocer la influencia de determinados factores de riesgo y el nivel de ansiedad rasgo y ansiedad estado en el pre y postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía programada, así como la relación entre los distintos tipos de ansiedad. La muestra fue de 30 pacientes con edades de entre 18 y 80 años ingresados para intervenciones quirúrgicas de urología, traumatología o cirugía general. A la llegada a quirófano, recogieron las variables: edad, sexo, estado civil y

servicio de procedencia. En el pre y postoperatorio inmediato, la ansiedad fue evaluada mediante la aplicación de la encuesta State Trait Anxiety Inventory, STAI. Los resultados evidenciaron la predominancia de los pacientes del sexo masculino, de entre 60 y 80 años, casados y del servicio de cirugía general. La indicación de tratamiento quirúrgico produce un aumento del nivel de ansiedad-estado en el preoperatorio siendo la tendencia menor en mujeres, casadas, del servicio de cirugía general; disminuyendo la ansiedad en el postoperatorio. Concluyeron indicando algunas diferencias de tendencias entre los grupos, pero no fueron estadísticamente significativas. Asimismo, no existió una correlación entre los niveles de A/R y A/E en el pre y postoperatorio.

Este antecedente de investigación, presentó afinidad con el presente estudio, por que abarca la influencia de determinados factores de riesgo y el nivel de ansiedad rasgo y ansiedad estado en el pre y postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía programada, ello guió en la descripción del problema.

En Venezuela, en el 2007, Campos, Pérez (26), efectuaron un estudio de investigación de tipo descriptivo titulado "Satisfacción de las usuarias postcesareadas con la calidad de los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería de la unidad clínica de Ginecoobstetricia" con el objetivo de determinar la satisfacción de las usuarias postcesareadas con la calidad de los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería de la Unidad Clínica de Ginecoobstetricia del Hospital "Licenciado José

María Benítez” de La Victoria Estado Aragua; para el cual tuvieron una muestra de 60 usuarias postcesareadas que representaron el 26% de la población. Para la recolección de la información aplicaron un instrumento tipo encuesta con 39 ítems en la escala de Lickert con cuatro alternativas para medir la variable en estudio. Los resultados, determinaron que las usuarias estaban satisfechas en cuanto a la calidad de los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería referente a las necesidades fisiológicas a excepciones del alivio del dolor, descanso y sueño donde adquirieron niveles de insatisfacción medios. En la accesibilidad de los servicios de enfermería encontraron porcentajes medios de insatisfacción en la prontitud. En la interrelación enfermera usuario hubo un porcentaje mayoritario de satisfacción con la calidad de los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería.

Este antecedente de investigación presentó similitud con el estudio abordado, puesto que proporcionó un marco de referencia para la comprensión del objeto de estudio.

Otro de los estudios desarrollados en Venezuela, por Guevara, Tineo (27); en el 2005, fue sobre “Cuidados del profesional de enfermería a pacientes postcesareadas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital del Seguro Social Hector Noel Yourbeth de Ciudad Bolivar”; cuyo objetivo fue determinar los cuidados profesionales de enfermería a pacientes postcesareadas hospitalizadas. Tuvieron una población de 20 enfermeras de cuidados directos, a quienes les aplicaron un cuestionario

de observación contentivo de 23 ítems. Los resultados evidenciaron que la enfermera no cumple con los principios y normas de asepsia y antisepsia que sirven como métodos de barreras para prevenir las infecciones en las postcesareadas, notándose que en los procedimientos de cura no se siguen con las condiciones específicas recomendadas para evitar los riesgos de surgimiento de infección.

Este antecedente de investigación, resultó ser importante, puesto que orientó en la descripción del problema, justificación y marco teórico.

### **Antecedentes nacionales y locales**

Se hizo una revisión de los antecedentes nacionales y locales, en relación a la temática que se desarrolla, a la fecha no se dispone de antecedentes específicos en pacientes postcesareadas.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Modelo de antropología de las emociones y teoría de los sentimientos**

Según referencias de Fernández (28), el estudio de las emociones en las ciencias sociales y humanas es relativamente nuevo, porque han sido abordadas en numerosas ocasiones de forma indirecta y alguna que otra vez explícitamente. Así mismo, porque la investigación que considera sentimientos y emociones como centro de interés y objeto de estudio, de manera más o menos amplia y profunda, es algo reciente e inicia en los años setenta y ochenta de la última década del siglo XX.

Las emociones impulsan y dan forma a nuestras reacciones frente a los estímulos que nos llegan; en especial, frente a los demás seres humanos. Por otro lado, las emociones influyen profundamente en nuestras percepciones y procesos cognitivos; es decir, que afectan la memoria, la capacidad de raciocinio, la de discriminación. Además, las emociones condicionan la forma en que cada ser humano establece sus relaciones con los demás y consigo mismo. De ahí que podamos afirmar que las emociones están en la base del mundo en que cada uno vive inmerso y que la desmedida emocional, sea en más o en menos, es uno de los pocos signos universales de anomalía (29).

### **2.2.2. Modelo psicoinmunológico**

La integración de la mente y cuerpo, se da cuando los procesos de pensamiento, imaginación y emociones el cerebro dispone de la información inmunológica, que similar a los sistemas sensoriales posee receptores, vías aferentes neuronales, procesamiento en redes corticales y subcorticales y señales eferentes de regulación (30).

En este sentido, nuestras creencias, valores, identidad cultural y social, historia personal, toda esta información es procesada por el mismo tipo de sistemas neuronales que procesan la información inmunológica. En esta forma de ver la relación psicoinmunológica, las conductas psicosociales van directa e íntimamente ligadas a las conductas celulares inmunológicas, las cuales resultan ser conductas citosociales y citoculturales (31).

En consecuencia, la cognición, emociones y conductas sociales del individuo tienen una expresión funcional en su sistema inmunológico.

A partir de esta comprensión se puede entender cómo los pensamientos y las emociones, como la ansiedad influyen en la inmunidad. Y como los eventos inmunológicos influyen en la cognición, conductas y emociones.

### **2.3. Bases conceptuales: Recuperación post-operatoria inmediata en cesareadas**

#### **2.3.1. Cesárea**

Es la técnica quirúrgica mediante la cual, el parto se lleva a cabo a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina de la mujer, cuando el parto vaginal no es posible o conlleva algún riesgo para la madre o el feto (32).

Según Lowdermik, Perry citado por Campos, Pérez (33) “la cesárea es el parto del feto a través de una incisión transabdominal en el útero”. Esta intervención tiene como objetivo mejorar las condiciones del feto. En caso de enfermedad materna, peligro al feto o complicaciones en el parto, la cesárea puede reducir riesgo al que se encuentran expuestos la madre y el feto. Aunque los partos quirúrgicos implican peligro potencial, es necesario pesar el riesgo total y los beneficios para garantizar el resultado más seguro. Las indicaciones para el parto por cesárea se dividen en categorías maternas y fetales.

Existen dos tipos de cesáreas, la llamada transversal o de Fanniestiel y vertical o clásica, y éstas son realizadas según el grado de complicación que tenga la paciente al momento del parto.

### **2.3.2. Postcesárea**

Esta referida al periodo de tiempo de recuperación que sigue al finalizar la intervención quirúrgica de cesárea, y comienza cuando la paciente sale de la anestesia y se prolonga durante todo el tiempo necesario para que se repare la herida quirúrgica y retornen a la normalidad las funciones corporales (34).

### **2.3.3. Recuperación postoperatoria de la paciente cesareada**

Tal como lo explica Henriquez (35), el período de cuidados comienza cuando el paciente termina la cirugía, la recuperación tiene el propósito de complementar las necesidades psicológicas y físicas directamente después de la cirugía. El despertar de la anestesia suele ir acompañado de sensaciones dolorosas, según el tipo de intervención, por lo que los períodos postoperatorios exigen cuidados especiales.

La terapia quirúrgica puede dividirse en tres etapas: la preparación preoperatorio, la intervención en sí y el tratamiento postoperatorio, que a su vez puede subdividirse en postoperatorio inmediato y mediato. Se llama preparación preoperatorio tanto a la disposición del quirófano donde va a realizarse la intervención como a la preparación del paciente que va a ser



operado. El nivel de salud psíquica del paciente influye en el éxito de la intervención y en la evolución favorable del período postoperatorio (36).

Por otro lado, una intervención quirúrgica representa para el enfermo una agresión física, con un consecuente dolor, y el desconocimiento de la causa y el significado de ese dolor le crea angustia y desasosiego. Debe ser, por tanto, y en la medida de lo posible, debidamente informado del tipo de operación, de las prevenciones de éxito y los posibles riesgos que comporte y debe suministrarse una medicación preanestesia que lo relaje y disminuya su ansiedad (37).

El postoperatorio inmediato se inicia una vez concluida la intervención: abarca las seis horas siguientes, si bien puede prolongarse a veces hasta 36 horas. El paciente es conducido a la sala de recuperación posquirúrgica, donde el equipo especializado controla sus constantes vitales (consciencia, frecuencia respiratoria, presión arterial y pulso) de forma continua. El postoperatorio mediato equivale al período que transcurre desde que el paciente ha sido llevado a la habitación o sala (24 o 48 horas después de la operación) hasta el día en que es dado de alta. En este período se le controlan las constantes vitales de forma más espaciada y se debe restablecer el tránsito intestinal y reiniciar la alimentación normal por vía oral. Asimismo, es fundamental el control frecuente de la temperatura y de la herida operatoria (38).

En consecuencia, la conducta y los criterios que rigen la recuperación postanestésica y el alta de los pacientes son cruciales para la recuperación postquirúrgica, se trata de una etapa que precisa la

colaboración entre el cirujano, anestesista, enfermeros y demás miembros de salud junto con el paciente y sus familiares.

### **2.3.4. Necesidades de la paciente postcesareada inmediata**

#### **2.3.4.1. Actividad**

La actividad hace que las secreciones se acumulen en los bronquios y disminuya la expansión torácica. En cuanto al ejercicio físico, este se podrá reiniciar hacia la 4ta semana aproximadamente, teniendo en cuenta algunas variaciones en este patrón, dependiendo del tipo de operación y del comportamiento del organismo de cada paciente (39).

#### **2.3.4.2. Respiración**

A medida que los pacientes se recuperan de la experiencia anestésica, empiezan a mover sus extremidades y cabeza, usualmente hacia el lado de la incisión quirúrgica, si esta no fue realizada sobre la línea media. La respiración de un score 0-2.

#### **2.3.4.3. Circulación**

Las alteraciones de la presión arterial se han escogido como la medida representativa de esta compleja función ya que este signo ha sido medido antes, durante y después de la anestesia.

#### **2.3.4.4. Conciencia**

Se realiza comprobando si hay reflejo parpebral y si el paciente está alerta y orientado (40).

#### **2.3.4.5. Saturación de oxígeno**

El nivel de oxigenación se evaluaba con el color de la piel (rosado = 2, ictericia o palidez = 1 y cianosis = 0); la necesidad de una medida más objetiva se resolvió con la utilización generalizada de oximetría de pulso.

#### **2.3.4.6. Dolor**

El dolor es el principal síntoma del postoperatorio, teniendo repercusiones negativas sobre su estado emocional y también sobre el funcionamiento normal de su organismo. Por eso es aconsejable manejarlo activamente (41). La intensidad del dolor postoperatorio, varía de unos pacientes a otros, depende de la naturaleza de la intervención quirúrgica, de la localización de la incisión y de la experiencia previa del paciente respecto al dolor. Al respecto, Etxeberria (42) refiere que con los pacientes postoperados que no pueden responder a las preguntas verbales o que niegan tener dolor, se pueden observar la existencia de los siguientes signos que indican la existencia de dolor: Intranquilidad, confusión, movimientos nerviosos de los pies, movimientos rígidos y tensos, gestos faciales y taquicardia y elevación de la tensión arterial.

Tras una operación, puede aparecer dolor debido a las siguientes causas: dolor por la propia intervención, ineficacia de la intervención, complicaciones de la intervención y dolor sin relación alguna con la intervención.

Según Rubén (43), tras la cirugía pueden darse diversas situaciones: persistencia del dolor por un tiempo más prolongado que el habitual, incremento de un dolor preexistente, o aparición de dolor después de un tiempo sin síntomas. Cuando sucede alguna de las situaciones mencionadas tras una cirugía que se lleva a cabo como tratamiento de un dolor, el problema generalmente se debe a que la intervención estuvo mal indicada, a que en el sitio operado no estaba la causa del dolor. El dolor post-operatorio persistente sin dolor preexistente puede deberse a: compromiso de músculos, lesión de una estructura nerviosa, problemas en la cicatriz, posición en que debió estar la persona para ser operada o desequilibrio del sistema por efecto de la agresión quirúrgica, aunque la cirugía haya sido mínima.

La forma de resolver un problema tan complejo no puede basarse en relajantes musculares, analgésicos, antiinflamatorios, corticoides, clonazepán y/o antidepresivos. Es necesario evaluar problemas locales y distantes, nuevos y viejos, propios de cada persona, que puedan explicar la persistencia del dolor.

#### **2.3.4.7. Gasto urinario**

Los receptores alfaadrenérgicos del músculo liso del cuello vesical y la uretra son estimulados por estas hormonas, aumentando su tono por este mecanismo para terminar produciendo retención urinaria, la que se presenta con más frecuencia en varones de edad avanzada (44).

#### **2.3.4.8. Fondo uterino**

El signo clínico más importante de la involución uterina es el descenso del fondo del útero día por día. Debe tenerse en cuenta el estado de llene vesical en el momento del examen ya que la vejiga llena eleva el fondo uterino.

#### **2.3.4.9. Sangrado vaginal**

El sangrado quirúrgico moderado constituye un hecho habitual en determinados tipos de cirugía (ortopédica de cadera, rodilla o columna, resección transuretral de próstata o vejiga, cardíaca). Sin embargo, la presencia de un sangrado excesivo en estos tipos de cirugía o su aparición en otros tipos donde no es habitual debe ser considerada como una complicación de primer orden.

En consecuencia, es importante observar la cantidad y el carácter de los loquios de acuerdo con las mismas pautas que en los partos vaginales. Algunas mujeres tienen menos loquios después de una cesárea por las técnicas operatorias que se usan en la extracción de la placenta y la hemostasis (45).

#### **2.3.4.10. Tono uterino**

Es necesario valorar si el útero esta contraído, medianamente contraído o si esto esta flácido; ello podría indicar un signo de alarma.

#### **2.3.4.11. Apósito**

En este caso es necesario evaluar, los apósitos, si están secos, limpios, con sangrado moderado y con sangrado abundante.

#### **2.3.5. Valoración de enfermería en la paciente postcesareada**

El cuidado de enfermería en el período postoperatorio está enfocado a detectar precozmente complicaciones y alteraciones en alguno de los sistemas: respiratorio, cardiovascular, genito urinario, o sangramientos de la herida operatoria, como también a la recuperación anestésica (46).

De acuerdo con referencias de Martínez, Molina, Portillo, Pérez, Toledano (47), las necesidades alteradas tras la intervención quirúrgica son la eliminación: portadora de sonda vesical; movilización: reposo absoluto en cama las primeras 24 horas, reposo-sueño: su descanso se verá alterado por las molestias propias de la intervención (dolor, náuseas, inmovilidad) y la preocupación por el hijo; higiene-piel: la incisión en abdomen con apósito estéril, con dificultad en los primeros días para realizar las actividades de autocuidado de manera independiente; seguridad: la presencia de dolor, catéter venoso periférico; comunicación:

necesidad de asumir un rol nuevo tanto para la madre como para la pareja y aprender: dudas acerca del cuidado del bebé.

## **2.4. Bases conceptuales: grado de ansiedad**

### **2.4.1. Definición de la ansiedad**

Es una respuesta normal a conflictos que ponen en peligro la vida y es la emoción más común que está presente de manera distinta desde la infancia hasta la muerte. Se presenta cuando el individuo se enfrenta a una amenaza aún indefinida. Y se caracteriza por la sensación subjetiva de anticipación, temor o aprensión o una sensación de desastre inminente asociada con grados diversos de excitación y reactividad autónomas. Al igual que el dolor físico, la ansiedad determina alteraciones de conducta (48).

La clasificación de la OMS (49) ubica la ansiedad clínica entre los «trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos». Los cuadros de ansiedad ante situaciones bien definidas o ante objetos externos no amenazantes se denominan fóbicos; el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada, el trastorno ansioso-depresivo y los cuadros obsesivo-compulsivos, están menos relacionados con situaciones particulares. Situaciones de estrés pueden causar trastornos adaptativos o postraumáticos.

La ansiedad es una emoción, que se acompaña de reacciones corporales tales como la tensión muscular, la sudoración, el temblor, la

respiración agitada, el dolor de cabeza, de pecho o de espalda, las palpitaciones, los “nudos en el estómago”, la diarrea y otras muchas más.

#### **2.4.2. La ansiedad en pacientes sometidos a cirugías**

La ansiedad es una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por la circunstancia de aparecer inciertos. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales (50).

López citado por Barrilero, Casero, Cebrián, Córdoba, García, Gregorio et al., (51) señala que ante la proximidad de una intervención quirúrgica, la ansiedad siempre hace acto de presencia en mayor o menor grado, ésta, ha sido, y es objeto de estudio, por un lado, las consecuencias en la recuperación física y emocional de los pacientes, y por otro porque resulta idónea para desarrollar la investigación en materia de afrontamiento de agentes estresantes.

La intensidad de la ansiedad frente a una intervención quirúrgica viene determinada por diversos factores. El primero es la magnitud del agente traumático externo o real, es decir, la gravedad de la enfermedad. Otro factor importante a tener en cuenta es la duración del periodo preoperatorio: cuanto mayor sea la urgencia de la operación menor será el tiempo que tendrá el enfermo para adaptarse emocionalmente, lo que dará lugar a crisis de ansiedad y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas (52).



El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado coste económico (53).

Los antecedentes familiares sobre intervenciones, como problemas con la anestesia o experiencias pasadas con pérdida de algún ser querido, suelen ser una de las principales fuentes de ansiedad. El último factor es la capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad. Este es un factor determinante que casi siempre suelen pasar por alto los profesionales de la medicina. Intervenciones de "pequeña importancia" o "rutinarias" pueden suponer en pacientes con una débil estructura emocional un verdadero escollo, que, de no tenerse en cuenta, repercutirá en la recuperación, facilitando la aparición de complicaciones que a priori parecían de escasa probabilidad (54).

#### **2.4.3. Sintomatología de la ansiedad**

La ansiedad se manifiesta a través de tres grupos de síntomas usualmente presentes de manera simultánea, pero que pueden estar representados de diferente manera en cada paciente: basta uno de tales síntomas para suponer un estado de ansiedad, y un examen más profundo permitirá generalmente descubrir la presencia de otras alteraciones. Tal

grupo de síntomas está constituido por: trastornos somáticos, trastornos psíquicos y trastornos conductuales (55).

#### **2.4.3.1. Trastornos somáticos**

Estos trastornos pueden aparecer de manera aguda, bruscamente o estar presentes de modo constante, con períodos de remisión y de reactivación, pudiendo interesar los más diversos segmentos corporales dados su base neurovegetativa y pueden en ser ocasiones tan graves como para inhabilitar con severidad al individuo (56).

Los síntomas cardiovasculares son los más frecuentes: taquicardia con palpitaciones, variaciones del nivel tensional a veces muy notables, extrasístoles, y sensación de constricción precordial. Los trastornos respiratorios son también bastante frecuentes: crisis disneicas, sensación molesta de “falta de aire” o de ahogo, dolor pectoral, tos rebelde, et. Los síntomas gastrointestinales están representados por trastornos más variados: trastornos hipogástricos, irregulares del ritmo excretorio, espasmos faríngeos, náuseas, vómito, sequedad bucal, sed y hambre paroxística, dolores agruras y sensación de constricción gástrica o abdominal, etc. (57).

#### **2.4.3.2. Trastornos psíquicos**

La sensación que refieren habitualmente los pacientes ansiosos es la de sentirse “como si” se encontraran en una situación de peligro inminente. “Siento como si me fuera a ocurrir algo de un momento a otro,

pero no sé qué” es una de las expresiones más frecuentemente referidas por los enfermos ansiosos (58).

La sensación de malestar que provoca la ansiedad es en ocasiones tan intensa como para sobreponerse a los trastornos físicos confundiéndose con ellos, de manera que en la ansiedad es bastante difícil distinguir hasta qué punto la desagradable impresión de temor de peligro o de amenaza es autónoma y hasta qué punto depende de la percepción de los propios trastornos físicos (59).

En las preocupaciones inmotivadas estrechamente unidas al síntoma precedente están las continuas preocupaciones del ansioso: estas tienen que ver en primer lugar con la propia salud, y de hecho se encuentran muy unidas a las sensaciones descritas, pero prácticamente tienen que ver con todos los hechos y todas las personas que de alguna manera están en relación con el paciente (60).

En la ansiedad, es típica la reducción de las capacidades de rendimiento de que se queja el paciente. Hay que tener presente que la ansiedad, dentro de ciertos límites puede ser un factor útil para el individuo en cuanto que, como se verá, constituye una señal de peligro genérico que pone en estado de alarma las defensas del organismo; no obstante en general, tal límite es superado fácilmente y la capacidad de reacción del individuo resulta debilitada (61).

### **2.4.3.3. Trastornos conductuales**

Existen algunos rasgos conductuales observables que hacen suponer la presencia de un estado de ansiedad aunque no exista una comunicación verbal con el paciente. Ante todo, la inquietud motora: el ansioso está inquieto, no logra mantener la misma posición por largo tiempo, generalmente se estruja o se tuerce las manos, a veces se muerde las uñas o se lastima los labios con los dientes en ocasiones tiene movimientos mímicos estereotipados o tic.

Enseguida, la irritabilidad: en los estados de ansiedad, la tolerancia a los estímulos está reducida; basta un estímulo acústico o visual que en condiciones normales se toleraría para producir reacciones motoras poco controladas.

Las perturbaciones del sueño acompañan con frecuencia a los estados ansiosos: generalmente dificultad para iniciar el sueño, pero también despertar precoz, hasta llegar al verdadero insomnio; además, la mayoría de los sueños son de contenido angustioso o terrorífico (62).

### **2.4.4. Ansiedad en las pacientes postcesareadas**

Tal como describe Matos, Llantoy (63); ser madre es uno de los eventos más maravillosos para cualquier mujer. Sin embargo aunque tener un bebé es algo muy gratificante para cualquier mamá también ocasiona mucho estrés durante los primeros días o meses. También contribuye el hecho de los cambios hormonales que sufre la mujer durante el embarazo.

Estos dejan huellas que causan sentimientos de tristeza, ansiedad, temor y depresión después del parto.

En muchas mujeres estos síntomas desaparecen pronto. El problema es cuando estos sentimientos continúan por tiempo prolongado y empeoran. Un período natural en el que la madre se encuentra muy emocional o susceptible, teniendo cambios de humor, ansiedad, tristeza, irritabilidad, dificultad para concentrarse y problemas para dormir. Una nueva mamá puede tener de momentos cambios de ánimo, tristeza, llorar sin razón, falta de apetito, problemas para dormir, sentirse irritada, sentirse ansiosa, y sentirse sola.

Las reacciones ante un suceso pueden ser diferentes, esto está influenciado por una serie de factores, en primer lugar los factores obstétricos, es decir los motivos por el que decidieron la cesárea y el cómo se desarrolló la intervención. Si la cesárea es urgente y motivada por una situación de sufrimiento fetal la mujer puede experimentar mayores dificultades en el postparto. Por el contrario, las cesáreas programadas pueden permitir que la mujer se prepare mejor psicológicamente para la intervención (64).

En segundo lugar, la calidad de la atención de salud recibida es un aspecto crucial en la recuperación de la cesárea. Si la mujer se ha sentido participe de la decisión, si ha sido bien informada de las opciones, y sobre todo si ha percibido la cesárea como imprescindible es más probable que la asimilación sea relativamente sencilla. Por el contrario, si se ha sentido maltratada verbalmente, si no ha sido acompañada emocionalmente y si la

indicación de la cesárea ha sido dudosa o claramente innecesaria el malestar psicológico probablemente será significativo o incluso creciente conforme pase el tiempo (65).

Por otro lado, la ansiedad post parto tiene innumerables síntomas y es bastante fácil de detectar, siempre que la mamá no trate de esconder lo que le sucede. En general causa dificultad para conservar la calma, imposibilidad de dormir, comer e incluso puede generar pensamientos negativos como el suicidio.

## CAPÍTULO II

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. **Ámbito del estudio**

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco; el cual se ubica en la provincia de Huánuco entre los jirones Hermilio Valdizán y Constitución. Brinda asistencia las 24 horas del día, a la población en general. El período de estudio estuvo comprendido entre los meses de marzo del 2014 a junio del 2016.

#### 3.2. **Población**

La población estuvo constituida por las mujeres post cesareadas, durante el período del estudio; (se tomó como referencia el último mes diciembre del 2014); las que en total sumaron 86 cesáreas, según el cuaderno de atenciones del servicio de ginecoobstetricia del hospital, ámbito del estudio.

**Selección de sujetos.** Se seleccionó a las mujeres a estudio, mediante asignación aleatoria, de la siguiente forma: se observaron 3 pacientes diarios durante dos días a la semana, miércoles y viernes, los cuales pertenecieron a la especialidad de ginecoobstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán, hasta completar la muestra de pacientes cesareadas.

### **Características de la población**

**Criterios de inclusión.** Se incluyeron en el estudio a las postcesareadas que:

- Estuvieron hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán.
- Tuvieran la edad mayor o igual a 18 años.
- Se encontraran (lúcidas, orientadas, en tiempo, espacio y persona).
- Se encontraron ansiosas, según la aplicación del test de Zung.
- Aceptaron participar en la investigación (firmaron su consentimiento informado).

**Criterios de exclusión.** Se excluyeron del estudio a las postcesareadas que:

- Cuya recuperación tuvo procesos de complicaciones.
- Presentaran alguna alteración mental (previa verificación de la HIL).
- No aceptaron participar en el estudio (aquellas pacientes que rechazaron el consentimiento informado).

### **3.3. Muestra**

#### **Unidad de análisis**

Pacientes post cesareadas.

#### **Unidad de muestreo**



Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

### Tamaño de muestra

Se utilizó el siguiente algoritmo, tal como se muestra a continuación.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Marco muestral	N =	<b>86</b>
Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	<b>0,050</b>
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0,975
	Z (1- $\alpha/2$ )	
Z de (1- $\alpha/2$ )	=	1,960
Prevalencia de la enfermedad	p =	<b>0,500</b>
Complemento de p	q =	0,500
Precisión	d =	<b>0,050</b>
Tamaño de la muestra	n =	<b>70,42</b>

En total se trabajó con 70 postcesareadas, durante el control de calidad de datos se eliminó 4 encuestas por presentar respuestas incompletas. Al final solo se consideró a 66 postcesareadas.

### Tipo de muestreo

La selección de la muestra fue mediante el muestreo probabilístico aleatorio, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

### 3.4. Nivel y tipo de estudio

#### Nivel de estudio

El presente estudio es de nivel relacional, puesto que se buscó probar la relación entre las variables planteadas.

#### Tipo de estudio

Según la intervención de los investigadores el estudio fue de tipo **observacional**, puesto que no hubo manipulación de variables.

De acuerdo a la planificación de la medición de la variable el estudio fue de tipo **prospectivo**, ya que se tomaron los datos de una fuente primaria.

Respecto al número de mediciones el estudio fue **trasversal**, puesto que los datos fueron recolectados en un solo momento del estudio.

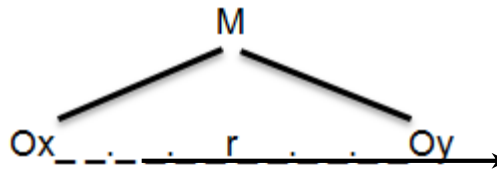
Según el número de variables el estudio fue de tipo **analítico**, ya que se tuvo dos variables.

De acuerdo al enfoque de investigación, corresponde al **cuantitativo**, porque se buscó probar hipótesis con base en la medición numérica.

### 3.5. Diseño de estudio

El diseño aplicado en la presente investigación fue el correlacional, tal como se muestra a continuación:

**Diagrama:**



**Dónde:**

**N=** Muestra

**Ox=** Observación del nivel de ansiedad.

**Oy=** Observación de la recuperación postoperatoria inmediato.

**r =** Representa la relación de ambas variables

### 3.6. Técnicas de investigación

#### 3.6.1. Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada fue la entrevista individualizada.

#### 3.6.2. Instrumentos de recolección de datos

- **Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 1).** Este instrumento fue autoconstruido; consta de 12 reactivos y de 3 dimensiones: características demográficas (2 ítems), características sociales (3 ítems) y las características de la atención de salud (7 ítems).
- **Test de Zung (Anexo 02).** Se utilizó para medir la ansiedad leve, ansiedad moderada, ansiedad severa; consta de 20 preguntas, con 5 alternativas de respuesta: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, y siempre.

Llegando a un puntaje total de 100, se subdivide en 3 partes para obtener la valoración final.

- ✓ Ansiedad leve = 36 a 47 puntos
- ✓ Ansiedad moderada = 48 a 55 puntos
- ✓ Ansiedad severa = 56 a más

- **Test de Aldrete (Anexo 03).** Este instrumento se utilizó para valorar la recuperación postoperatoria inmediata, específico para pacientes obstétricas; que establece 12 ítems precisos para la evaluación (actividad, respiración, circulación, conciencia, saturación SaO<sub>2</sub>%, dolor (vas), ingestión oral, gasto urinario, fondo uterino, sangrado vaginal, tono uterino y apósito). Para la validación se tuvo en cuenta la siguiente medición:

Recuperación rápida = mayor a 20 puntos

Recuperación tardía = menor de 20 puntos

### 3.6.3. Validez de los instrumentos de recolección de datos

En la presente investigación, se omitió la validación del test de Zum y el de Aldrete puesto que ambas test son instrumentos psicométricos que fueron validados por sus autores. En lo que respecta a la guía de entrevista este tampoco fue sometido al proceso de validación, puesto que solo fue un instrumento que sirvió para describir las características generales de la muestra en estudio, no fue nuestra variable de interés.

### **3.7. Procedimiento de recolección de datos**

Para concretar el trabajo de campo, se solicitó el permiso a la institución ámbito de estudio donde se aplicó los instrumentos de recolección de datos, a la muestra correspondiente, especificando el cronograma de actividades desde la recolección de datos hasta el procesamiento de la información.

En la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se capacitó a una encuestadora (interna de enfermería) para la mecánica de la entrevista individual y el registro de datos de las fichas, garantizando una correcta recolección de la información y el control de calidad de los datos.

Se ubicaron a los participantes del estudio con sus respectivas historias clínicas, con base en la información suministrada y se les solicitó su consentimiento informado. Se explicaron aspectos relevantes de la investigación, advirtiéndoles que no se generarían molestias físicas, gastos económicos o de tiempo, ni remuneración económica por participar. El tiempo empleado en rellenar los formularios fue entre 15 y 40 minutos.

### **3.8. Tabulación y análisis de datos**

#### **Elaboración de datos**

En primer lugar, se realizó la revisión de los datos (control de calidad de datos), donde se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos

que se utilizó; asimismo, se hizo el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.

Seguido a ello, se efectuó la codificación de los datos, de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos respectivos según las variables del estudio. Después de ello, se llevó a cabo la clasificación de los datos de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Finalmente, se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

### **Análisis e interpretación de datos**

**Análisis descriptivo.** Los datos fueron analizados de acuerdo a las características de cada variable, de acuerdo al tipo de variable con que se trabajó (categórica o numérica). Se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas.

**Comprobación de hipótesis.** Se consideró el análisis bivariado a nivel categórico para determinar las relaciones entre las variables, siendo el estadístico la prueba no paramétrica de  $X^2$ , de independencia para determinar la relación entre las variables en estudio. Se tuvo en cuenta el valor de la significancia estadística  $p \leq 0,05$  con el 95% de confianza.

Todo el análisis estadístico se procesó en el paquete estadístico SPSS V. 1.5.

### 3.9. Aspectos éticos de la investigación

Previo a la aplicación de instrumentos de recolección de datos, se hizo firmar el consentimiento informado de cada una de las mujeres postcesareadas consideradas en el presente estudio; de igual manera se consideró los principios éticos los cuales se detallan a continuación:

- **Beneficencia:** esta investigación será de beneficio para las postcesareadas, para que en un futuro se implementen planes de mejora acorde con la realidad de Huánuco.
- **No maleficencia:** se respetó este principio, porque no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y el bienestar de los participantes, ya que la información fue de carácter confidencial.
- **Autonomía:** se respetó este principio, ya que se les explicó que podrán retirarse en el momento que lo desearan.
- **Justicia:** se respetó este principio, ya que se aplicó el consentimiento informado de carácter escrito y se solicitó en el momento de abordar al participante en estudio, pudiendo negarse si así lo consideran conveniente.

## CAPÍTULO III

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Resultados descriptivos

**Tabla 1. Características demográficas de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Característica demográficas	n=66	
	fi	%
<b>Grupos de edad</b>		
Adolescente (17-19)	6	9,1
Adulto joven (20-39)	55	83,3
Adulto medio (40-49)	5	7,6
<b>Zona de procedencia</b>		
Urbano	19	28,8
Rural	4	6,1
Urbano marginal	43	65,2

Fuente. Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 1).

En la tabla 1, acerca de las características demográficas de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; se evidenció que una gran proporción de ellas pertenecieron al grupo de adultos jóvenes (entre 20 a 39 años) [83,3% (55)], seguido de 9,1% (6) que pertenecieron al grupo de adolescentes.

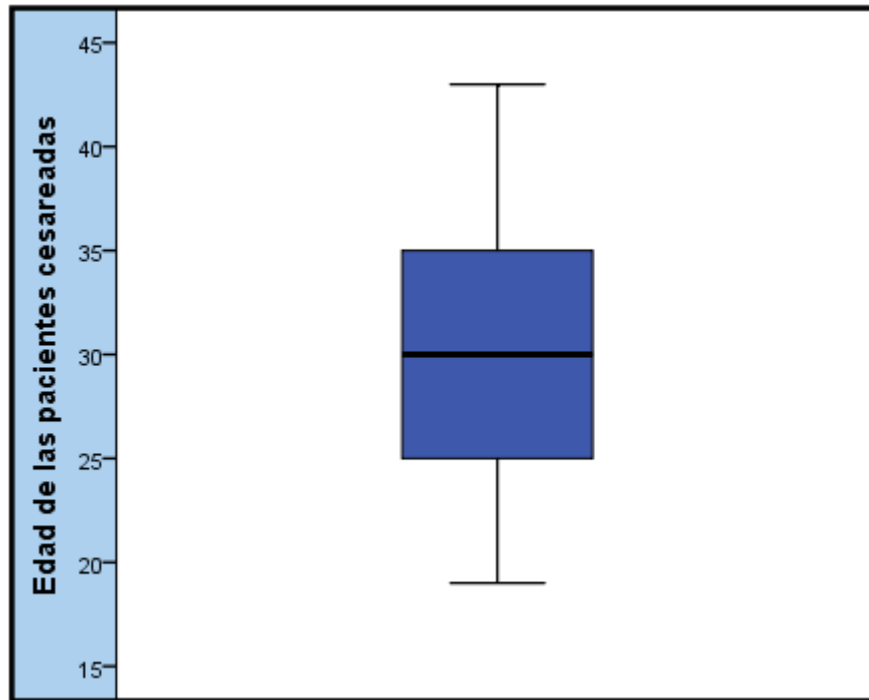
En lo que respecta a la zona de procedencia, una importante proporción procedían de la zona urbano marginal [65,2% (43)], mientras que alrededor de la cuarta parte procedían de la zona urbana [28,8% (19)].



**Tabla 2. Descripción de la edad de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Edad en años	X	Mediana (Q2)	DE	Min.	Max	Moda
	30,18	30	6,53	19	43	35

Fuente. Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 1).



**Figura 1. Representación gráfica del promedio de las edades de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

En la tabla 2 y figura 1, se observa el promedio de las edades de las pacientes cesareadas en estudio, donde, la edad máxima y mínima de la muestra fueron 43 y 19 años respectivamente, así mismo, el promedio de las edades fue 30.18 años con una desviación estándar de 6,53 años.

**Tabla 3. Características sociales de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Característica sociales	n=66	
	fi	%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	12	18,2
Casada	35	53,0
Viuda	1	1,5
Conviviente	18	27,3
<b>Escolaridad</b>		
Sin estudios	2	3,0
Primaria	4	6,1
Secundaria	31	47,0
Superior técnica	13	19,7
Superior universitario	16	24,2
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	40	60,6
Empleada	19	28,8
Comerciante	7	10,6
<b>Número de hijos</b>		
Sin hijo	18	27,3
1 hijo	33	50,0
2 hijos	9	13,6
3 hijos	6	9,1

Fuente. Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 1).

La tabla 3, muestra las características sociales de las pacientes cesareadas en estudio, donde más de la mitad de ellas fueron casadas [53,0% (35)], seguido de las que se hallaban en condición de convivientes con un 27,3% (18).

Respecto al grado de escolaridad, cerca de la mitad contaban con secundaria completa [47,0% (31)], en tanto 24,2% (16) indicaron tener estudios superiores universitarios.

Sobre la ocupación de las cesareadas, un 60,6% (40) fueron amas de casa, seguida de 28,8% (19) que se encontraban como empleadas.

Por último, en relación al número de hijos que tenían las pacientes, la mitad de ellas [50,0% (33)] tenían un hijo; mientras que 27,3% (18) fueron madres primerizas.

**Tabla 4. Tiempo de embarazo y características de la atención de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Característica de la atención de salud	n=66	
	fi	%
<b>Modalidad de ingreso</b>		
Emergencia	63	95,5
Consultorio externo	3	4,5
<b>Tiempo de hospitalización</b>		
1 día	41	62,0
2 días	17	25,8
3 días	8	12,1
<b>Tipo de cesárea</b>		
Cesárea anterior	18	27,3
Distocia	33	50,0
Podálicas	9	13,6
Sufrimiento fetal	6	9,1
<b>Indicaciones de la cesárea</b>		
Urgente	19	28,8
Electiva	47	71,3
<b>Tipo de anestesia suministrada</b>		
General	2	3,0
Raquídea	64	97,0

Fuente. Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 1).

La tabla 4, presenta el tiempo de embarazo y las características de la atención de las pacientes cesareadas donde, una importante proporción [95,5% (63)] ingresaron al hospital por emergencia, frente al 4,5% (3) que fue por consultorio externo.

Respecto del tiempo de hospitalización, 62,0% (41) estuvieron hospitalizadas por un día y, cerca de la cuarta parte de la muestra [25,8% (17)] tuvieron lactancia de dos días.

Respecto a los tipos de cesárea que se observaron en las pacientes en estudio, la mitad de las pacientes presentaron distocias [50% (33)], un 27% (18) presentaron cesárea anterior, 13,6% (9) fueron del tipo podálico y 9,1% (6) sufrimiento fetal.

Las indicaciones de la cesárea fueron en la gran mayoría electivas [71,3% (47)], y cerca de la tercera parte fueron urgentes [28,8% (19)].

Por último, el tipo de anestesia que les aplicaron a las pacientes, en su mayoría [97,0% (64)] fue la raquidea, frente al 3,0% (2) a quienes les aplicaron la anestesia general.

**Tabla 5. Aspectos del embarazo de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Aspectos del embarazo de las pacientes	n=66	
	fi	%
<b>Tiempo de embarazo</b>		
7 meses	5	7,6
8 meses	19	28,8
9 meses	42	63,6
<b>Número de controles realizados</b>		
Más de 8 controles	63	95,5
7 o < controles	3	4,5

Fuente. Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 1).

En la presente tabla 4, acerca de los aspectos del embarazo de las pacientes cesareadas en estudio, una mayoría tuvo 9 meses [63.6% (42)], mientras que 28,8% (19) contaban con 8 meses de gestación.

En cuanto al número de controles realizados por las madres cesareadas, 95,5% (63) se realizó más de 8 controles.

**Nivel de ansiedad****Tabla 6. Descripción de las manifestaciones de la ansiedad de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Manifestaciones de la ansiedad	n=66					
	Leve		Moderado		Grave	
	Fi	%	fi	%	fi	%
Me siento más intranquilo(a) y nervioso(a) que de costumbre.	9	13,6	53	80,3	4	6,1
Me siento atemorizado(a) sin motivo.	11	16,7	40	60,6	15	22,7
Me altero o agito con rapidez	10	15,2	41	62,1	15	22,7
Me siento hecho(a) pedazos	26	39,4	23	34,8	17	25,8
Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.	14	21,2	38	57,6	14	21,2
Me tiemblan las manos, los brazos y las piernas.	12	18,2	48	72,7	6	9,1
Sufro dolores de cabeza, de cuello y de la espalda.	9	13,6	47	71,2	10	15,2
Me siento débil y me canso fácilmente.	18	27,3	32	48,5	16	24,2
Me siento tranquilo(a) y me es fácil estar quieto(a).	14	21,2	43	65,2	9	13,6
Siento que el corazón me late aprisa.	10	15,2	40	60,6	16	24,2
Sufro mareos (vértigos).	5	7,6	50	75,8	11	16,7
Me desmayo o siento que voy a desmayarme	11	16,7	40	60,6	15	22,7
Puedo respirar fácilmente.	7	10,6	50	75,8	9	13,6
Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.	10	15,2	40	60,6	16	24,2
Sufro dolores de estómago e indigestión	12	18,2	41	62,1	13	19,7
Tengo que orinar con mucha frecuencia.	21	31,8	30	45,5	15	22,7
Por lo general tengo las manos secas y calientes	15	22,7	34	51,5	17	25,8
La cara se me pone caliente y roja.	21	31,8	32	48,5	13	19,7
No duermo fácilmente y descanso bien por las noches.	19	28,8	29	43,9	18	27,3
Tengo pesadillas	12	18,2	44	66,7	10	15,2

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2).

Analizando la descripción de la ansiedad de las pacientes cesareadas en estudio a nivel categórico, el sentirse hecho pedazos fue evidenciado por un 39,4% (26) de la muestra en un nivel leve; del mismo el orinar con mucha frecuencia y la sensación de la cara roja y caliente fueron percibidas por un 31,8% (21) en el mismo nivel.

Por otro lado, el 80,3% (53) percibió intranquilidad en un nivel moderado, de igual modo, el 75,8% (50) sufrió de mareos y pudo respirar fácilmente.

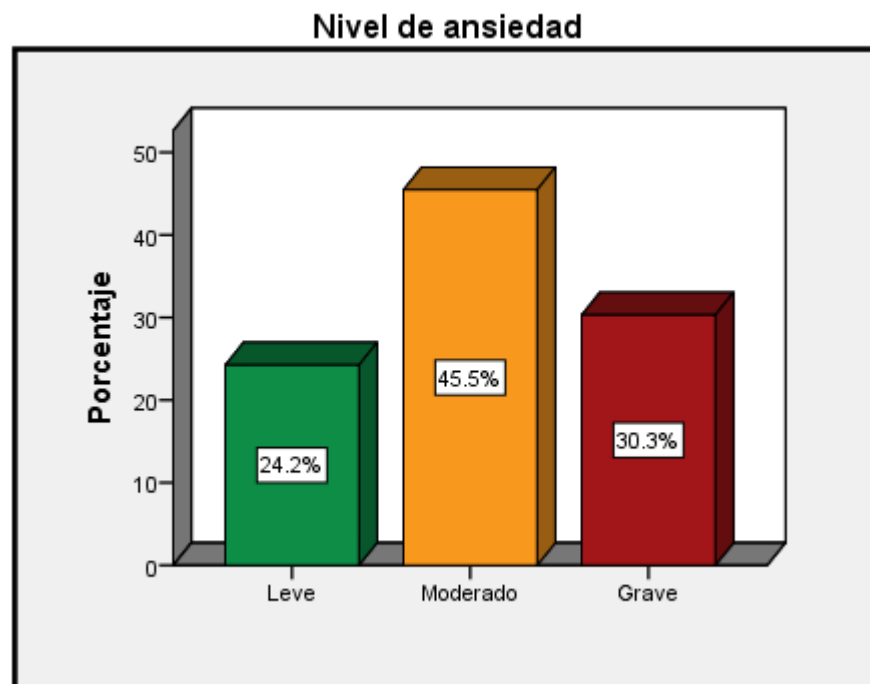
Y, una parte de ellos [27,3% (18)], no duerme fácilmente y descansa bien por las noches en un nivel grave.



**Tabla 7. Nivel de ansiedad de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Nivel de ansiedad	n = 66	
	fi	%
Leve	16	24,2
Moderado	30	45,5
Grave	20	30,3

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2).



**Figura 2. Representación gráfica del nivel de ansiedad de las pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

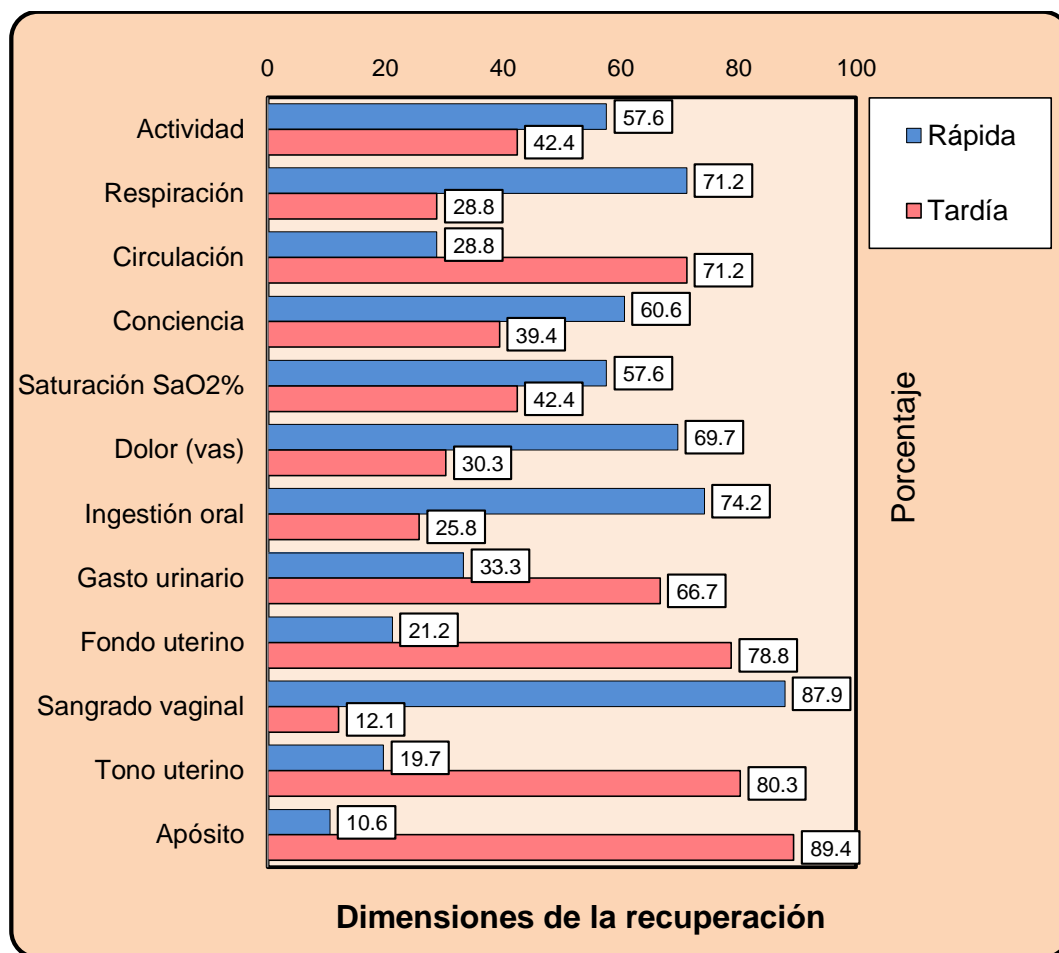
La tabla 7 y figura 2, representan el nivel de ansiedad de las pacientes cesareadas en estudio, en la cual se aprecia que cerca de la mitad [45,5% (30)] muestran un nivel de ansiedad moderado, seguido del 30,3% (20) que tienen ansiedad grave, y por último una importante proporción [24,2% (16)] muestran una ansiedad leve.

### Descripción de la recuperación pos operatoria

**Tabla 8. Descripción de la recuperación post-operatoria inmediata según sus dimensiones de las pacientes cesareadas de un hospital Regional de Huánuco; 2014**

Dimensiones de la recuperación	n=66			
	Rápida		Tardía	
	fi	%	fi	%
Actividad	38	57,6	28	42,4
Respiración	47	71,2	19	28,8
Circulación	19	28,8	47	71,2
Conciencia	40	60,6	26	39,4
Saturación SaO <sub>2</sub> %	38	57,6	28	42,4
Dolor (vas)	46	69,7	20	30,3
Ingestión oral	49	74,2	17	25,8
Gasto urinario	22	33,3	44	66,7
Fondo uterino	14	21,2	52	78,8
Sangrado vaginal	58	87,9	8	12,1
Tono uterino	13	19,7	53	80,3
Apósito	7	10,6	59	89,4

Fuente. Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).



**Figura 3. Representación gráfica de la descripción de la recuperación postoperatoria inmediata según sus dimensiones en pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

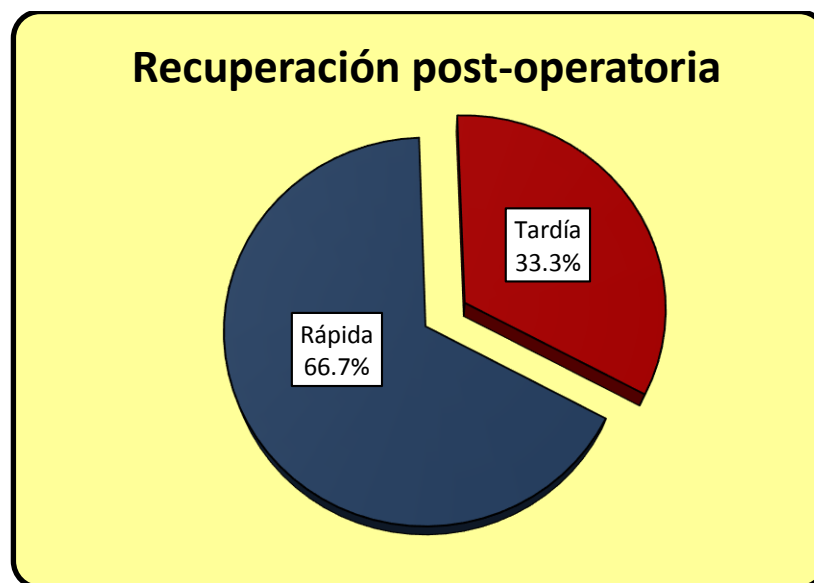
En la presente tabla 8 y figura 3, se describe la recuperación postoperatoria inmediata en las pacientes cesareadas en estudio según las dimensiones de la recuperación, donde se halló que 87,9% (58) y 74,2% (49) respectivamente tuvieron una recuperación rápida en cuanto al sangrado vaginal y al dolor (vas).

En tanto una importante proporción [89,4% (59)] tuvo recuperación tardía en cuanto al apósito, seguido de 80,3% (53) que tardaron en recuperarse del tono uterino.

**Tabla 9. Descripción de la recuperación postoperatoria inmediata en pacientes cesareadas de un hospital regional de Huánuco; 2014**

Recuperación post-operatoria	n = 66	
	f	%
Rápida	44	66,7
Tardía	22	33,3

Fuente. Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).



**Figura 4. Representación gráfica de la descripción de la recuperación postoperatoria inmediata en pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Al analizar la recuperación post-operatoria inmediata en las pacientes cesareadas en estudio, se evidenció que 66,7% (44), se recuperaron de forma rápida, mientras que la tercera parte de la muestra [33,3% (22)] tuvieron una recuperación tardía.

#### 4.2. Comprobación de hipótesis

**Tabla 10. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Nivel de ansiedad	Recuperación postoperatoria				X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Rápido		Tardía				
	fi	%	fi	%			
Leve	14	21,2	2	3,0	4,50	2	0,105
Moderado	19	28,8	11	16,7			
Grave	11	16,7	9	13,6			
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>66,7</b>	<b>22</b>	<b>33,3</b>			

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2). Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).

Al analizar la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en las pacientes cesareadas en estudio, se evidenció que un 28,8% (19) tuvieron un nivel de ansiedad moderado, a su vez su recuperación fue rápida.

Contrastando la relación entre estas dos variables, se halló un valor calculado de X<sup>2</sup> 4,50 para 2 grados de libertad, su significancia estadística p = 0,105; con lo que se tuvo que rechazar la hipótesis de investigación. Este resultado indica que la ansiedad de nivel moderado, se relaciona con la recuperación rápida; sin embargo no hay indicios de significancia estadística para aseverar dicha relación.

**Tabla 11. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión actividad de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Nivel de ansiedad	Recuperación de la actividad				X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Rápida		Tardía				
	fi	%	fi	%			
Leve	10	15,2	6	9,1	2,884	2	0,236
Moderado	14	21,2	16	24,2			
Grave	14	21,2	6	9,1			
Total	38	57,6	28	42,4			

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2). Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).

Analizando la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión actividad en las pacientes cesareadas en estudio, se halló que 24,2% (16) tuvieron un nivel de ansiedad moderado, y a su vez se recuperaron tardíamente.

Corroborando la relación, mediante la prueba Chi-cuadrada, se halló un valor calculado de 2,884 para 2 grados de libertad, sin significancia ( $p = 0,236$ ); con lo que se tuvo que aceptar la hipótesis nula, determinando la ausencia de relación entre las variables planteadas. En consecuencia no hay indicios para aseverar la relación que se establece entre dichas variables.

**Tabla 12. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión respiración de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Nivel de ansiedad	Recuperación de la respiración				X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Rápida		Tardía				
	fi	%	fi	%			
Leve	10	15,2	6	9,1	12,75	2	0,000
Moderado	7	10,6	23	34,8			
Grave	2	3,0	18	27,3			
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>28,8</b>	<b>47</b>	<b>71,2</b>			

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2). Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).

Evaluando la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión respiración en las pacientes cesareadas en estudio, se aprecia que un 34,8% (23) tuvo ansiedad en el nivel moderado, a su vez evidenció una recuperación tardía.

Comprobando la relación entre estas dos variables, mediante la prueba de Chi-cuadrada, se halló un valor calculado de 12,75 para 2 grados de libertad, con significancia estadística ( $p = 0,000$ ); con lo que se rechazó la hipótesis nula, determinando relación entre dichas variables.

**Tabla 13. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión circulación de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Nivel de ansiedad	Recuperación de la circulación				X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Rápida		Tardía				
	fi	%	fi	%			
Leve	2	3,0	14	21,2	4,05	2	0,132
Moderado	12	18,2	18	27,3			
Grave	5	7,6	15	22,7			
Total	19	28,8	47	71,2			

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2). Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).

Al analizar la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión circulación en las pacientes cesareadas en estudio, se halló que el 27,3% (18) tuvo un nivel de ansiedad moderado, y a su vez se recuperaron tardamente.

Corroborando la relación entre dichas variables, se halló mediante la prueba de Chi-cuadrada, un valor calculado de 4,05 para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,132$ ); con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando ausencia de relación entre la ansiedad de nivel moderado con la recuperación tardia, de este modo, la ansiedad de nivel moderado que manifiestan las pacientes no se relaciona con la recuperación de la circulación.



**Tabla 14. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión conciencia de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Nivel de ansiedad	Recuperación de la conciencia				X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Rápida		Tardía				
	fi	%	fi	%			
Leve	10	15,2	6	9,1	4,778	2	0,092
Moderado	10	15,2	20	30,3			
Grave	6	9,1	14	21,2			
Total	26	39,4	40	60,6			

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2). Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).

Al evaluar la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión conciencia en las pacientes cesareadas en estudio, se evidenció que el 30,3% (20) tuvo un nivel de ansiedad moderado, a su vez su recuperación fue tardía.

Comprobando la relación entre estas dos variables, mediante la prueba de Chi-cuadrada, se halló un valor calculado de 4,77 para 2 grados de libertad, con significancia ( $p = 0,092$ ); con lo que se aceptó la hipótesis nula. En consecuencia, las pacientes cesareadas que experimentan ansiedad de nivel moderado, no están relacionadas a la recuperación de la conciencia.

**Tabla 15. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión saturación de oxígeno de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Nivel de ansiedad	Recuperación de la saturación de oxígeno				X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Rápida		Tardía				
	fi	%	fi	%			
Leve	10	15,2	6	9,1	0,701	2	0,704
Moderado	18	27,3	12	18,2			
Grave	10	15,2	10	15,2			
Total	38	57,6	28	42,2			

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2). Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).

Analizando la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión saturación de oxígeno en las pacientes cesareadas en estudio, se halló que el 27,3% (18) tuvo un nivel de ansiedad moderado, y a su vez tuvieron recuperación rápida.

Corroborando la relación entre dichas variables, se halló un valor calculado de  $X^2=0,701$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,704$ ); con lo que se aceptó la hipótesis nula.

De este modo no se cuenta con suficientes indicios para admitir que la ansiedad de nivel moderado determine una recuperación rápida, en lo que a saturación de oxígeno se refiere.

**Tabla 16. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión alivio del dolor de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Nivel de ansiedad	Recuperación del alivio del dolor				X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Rápida		Tardía				
	fi	%	fi	%			
Leve	14	21,2	2	3,0	4,45	2	0,108
Moderado	21	31,8	9	13,6			
Grave	11	16,7	9	13,6			
Total	46	69,7	20	30,3			

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2). Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).

Al analizar la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión alivio de dolor en las pacientes cesareadas en estudio, se evidenció que el 31,8% (21) tuvo un nivel de ansiedad moderado, y a su vez tuvieron recuperación rápida al dolor.

Comprobando la relación entre estas dos variables, mediante la prueba de Chi-cuadrada, se halló un valor calculado de 4,45 para 2 grados de libertad, su significancia estadística ( $p = 0,108$ ); con lo que se aceptó la hipótesis nula. De este modo no se cuenta con suficientes indicios para admitir que la ansiedad moderada recupera el alivio del dolor de manera rápida.

**Tabla 17. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión ingestión oral de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Nivel de ansiedad	Recuperación de la ingestión oral				X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Rápida		Tardía				
	fi	%	fi	%			
Leve	13	19,7	3	4,5	8,98	2	0,011
Moderado	26	39,4	4	6,1			
Grave	10	15,2	10	15,2			
Total	49	74,2	17	25,8			

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2). Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).

Al relacionar el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión ingestión oral de las pacientes cesareadas en estudio, se halló que el 39,4% (26) tuvo un nivel de ansiedad moderado, a su vez su recuperación fue rápida.

Al comprobar la relación entre estas dos variables, se obtuvo un valor calculado de  $X^2 = 8,98$  para 2 grados de libertad, con significancia ( $p = 0,011$ ); con lo que se aceptó la hipótesis de investigación, determinando la relación de dichas variables. Ello indica que ante un nivel de ansiedad moderado es posible la recuperación rápida de la ingestión oral.

**Tabla 18. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión gasto urinario de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Nivel de ansiedad	Recuperación del gasto urinario				X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Rápida		Tardía				
	fi	%	fi	%			
Leve	2	3,0	14	21,2	4,50	2	0,105
Moderado	11	16,7	19	28,8			
Grave	9	13,6	11	16,7			
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>33,3</b>	<b>44</b>	<b>66,7</b>			

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2). Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).

Evaluando la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión gasto urinario en las pacientes cesareadas en estudio, se halló que el 28,8% (19) tuvo un nivel de ansiedad moderado y, a su vez se recuperó tardíamente.

Corroborando la relación entre las dos variables, se halló un valor calculado de  $X^2 = 4,50$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,105$ ); con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando ausencia de relación. Este resultado expresa que ante un nivel de ansiedad moderado que manifiesta una gran proporción de pacientes, no se relaciona con la recuperación del gasto urinario.

**Tabla 19. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión estabilización del fondo uterino de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Nivel de ansiedad	Recuperación de la estabilización del fondo uterino				X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Rápida		Tardía				
	fi	%	fi	%			
Leve	2	3,0	14	21,2	0,979	2	0,613
Moderado	7	10,6	23	34,8			
Grave	5	7,6	15	22,7			
Total	14	21,2	52	78,8			

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2). Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).

Analizando la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión estabilización de fondo uterino en las pacientes cesareadas en estudio, se halló que 34,8% (23) tuvieron un nivel de ansiedad moderado, y a su vez se recuperaron tardíamente.

Corroborando la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria en la dimensión estabilización del fondo uterino, se halló un valor calculado de 0,979 para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,613$ ); con lo que también se determinó ausencia de relación entre dichas variables. En consecuencia, el hecho de manifestar ansiedad de nivel moderado determina recuperación tardía de la estabilización del fondo uterino, sin embargo no se cuenta con suficientes indicios para admitir una relación estadísticamente significativa.

**Tabla 20. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión control de sangrado vaginal de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Nivel de ansiedad	Control de sangrado vaginal				X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Rápida		Tardía				
	fi	%	fi	%			
Leve	3	4,5	13	19,7	1,65	2	0,44
Moderado	2	3,0	28	42,4			
Grave	3	4,5	17	25,8			
Total	8	12,1	58	87,9			

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2). Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).

Al analizar la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión control del sangrado vaginal en las pacientes cesareadas en estudio, se halló que 42,4% (28) tuvieron un nivel de ansiedad moderado, y a su vez su recuperación fue tardía.

Al corroborar la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria en la dimensión control del sangrado vaginal, se halló un valor calculado de  $X^2 = 1,65$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,44$ ); con lo que se rechazó la hipótesis de investigación. De este modo, cuando la paciente manifieste ansiedad de nivel moderado, este no se relaciona con el control de sangrado vaginal de forma tardía.

**Tabla 21. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión estabilización del tono uterino de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Nivel de ansiedad	Recuperación de la estabilización del tono uterino				X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Rápida		Tardía				
	Fi	%	fi	%			
Leve	0	0,0	16	24,2	5,20	2	0,074
Moderado	8	12,1	22	33,3			
Grave	5	7,6	15	22,7			
Total	13	19,7	53	80,3			

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2). Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).

Evaluando la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión recuperación de la estabilidad del tono uterino en las pacientes cesareadas en estudio, se halló que 33,3% (22) tuvieron un nivel de ansiedad moderado, y a su vez se recuperaron tardíamente.

Corroborando la relación de las dos variables, se halló un valor calculado de  $X^2 = 5,20$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,074$ ); con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando ausencia de relación entre dichas variables. En consecuencia el hecho de manifestar ansiedad moderada, no hace posible la recuperación de la estabilidad del tono uterino de las pacientes, no hay suficientes indicios para aprobar dicha relación.



**Tabla 22. Relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión conservación de apósitos secos y limpios de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014**

Nivel de ansiedad	Recuperación de los apósitos limpios y secos				X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Rápida		Tardía				
	Fi	%	fi	%			
Leve	0	0,0	16	24,2	2,54	2	0,28
Moderado	4	6,1	26	39,4			
Grave	3	4,5	17	25,8			
Total	7	10,6	59	89,4			

Fuente. Test de ansiedad (Test de Zung) (Anexo 2). Test de Aldrete para evaluar la recuperación post-anestésica de pacientes obstétricas (Anexo 3).

Finalmente, analizando la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión conservación de apósitos limpios y secos en las pacientes cesareadas en estudio, se halló que 39,4% (26) tuvieron un nivel de ansiedad moderado y, a su vez se recuperaron tardíamente.

Al corroborar la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria en la dimensión apósitos limpios y secos, se halló un valor calculado de  $X^2 = 0,254$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,28$ ); con lo que también se aceptó la hipótesis nula, determinando ausencia de relación. Ello, indica que la ansiedad moderada que experimenta la paciente no logra recuperar de forma óptima la conservación de apósitos limpios y secos, no hay indicios para afirmar dicha relación con base estadística.

### 4.3. Discusión de resultados

Antes de iniciar la discusión, se señala que los instrumentos de investigación utilizados fueron válidos para el presente estudio. Además, se reconoce que el diseño correlacional aplicado no permite generalizar los resultados hacia otros contextos similares, siendo muy singular para la realidad del hospital en estudio; por lo que futuras investigaciones deberán abordar diseños de mayor alcance inferencial y poder generalizar los resultados (validez externa). Mientras tanto, se garantiza la validez interna del estudio, en el sentido, de que las pruebas estadísticas aplicadas para comprobar las relaciones establecidas, resultaron ser significativas a un nivel de confianza del 95% y para un valor  $p < 0, 05$ .

La investigación que se desarrolló partió de la premisa de que ante la proximidad de una intervención quirúrgica, la ansiedad siempre hace acto de presencia en mayor o menor grado; ésta, ha sido, y es objeto de estudio, por las consecuencias en la recuperación física y emocional de los pacientes (66).

Al respecto los estudios de López, et al, citado por Barrilero, et al.(67), consideran que la cirugía constituye un potente estresor complejo; pues las propias características del procedimiento quirúrgico, llevan implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible

de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente (68).

Son numerosos los estudios que demuestran que el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación postquirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia (69). Y es que, la recuperación del paciente que se somete a una intervención quirúrgica depende, principalmente, de tres factores: el estado físico de su organismo antes de la operación, la complejidad de la misma y el estado psicológico del paciente antes de la intervención (70).

Además, el carácter estresante de la cirugía no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc., y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad (71).

El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación psicofísica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado costo económico. En suma, la ansiedad en pacientes que tienen que someterse a una operación quirúrgica conlleva un estado emocional negativo y genera una activación fisiológica en la preparación del organismo para afrontar el

peligro percibido en dicha operación que puede perjudicar el correcto desarrollo del procedimiento quirúrgico y su inmediata recuperación (72).

Una mejor preparación psicológica del paciente consistente en facilitar la información (73) (sobre las sensaciones que va a experimentar) y brindar apoyo psicológico (74) en todo el proceso quirúrgico lo que equilibra las características estresantes de la cirugía, disminuyendo así el nivel de ansiedad del individuo (75).

Todos los pacientes deben recibir una orientación especial e individual dado a que sus expectativas y percepciones son diversas. Lo ideal es que esta orientación se realice antes de la cirugía, explicando al paciente en términos sencillos los pasos de la cirugía y los efectos de estos. Es importante también, que la información que se otorgue sea la adecuada según su diversidad cultural del paciente (76).

La revisión de la bibliografía disponible demuestra que la educación preoperatoria y el suministro de información tienen múltiples efectos beneficiosos en los pacientes prequirúrgicos. Por ejemplo, pacientes que reciben este tipo de intervenciones, en forma de visita prequirúrgica, tienen niveles más bajos de ansiedad, y no sólo eso, también un mejor control del dolor en el postoperatorio, disminuyen su estancia hospitalaria, perciben una mayor calidad asistencial y refieren mayor satisfacción (77,78, 79, 80).

En base a las premisas descritas, a continuación se discuten los resultados que se obtuvieron en este estudio, se comparan con los de otras investigaciones, para determinar los hallazgos. En tal efecto se analizó de

manera general la relación de las variables: nivel de ansiedad y recuperación postoperatoria inmediata de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; durante el 2014, donde se observó independencia entre estas dos variables, lo que indica que la ansiedad en la paciente no favorece la recuperación postoperatoria tardía inmediata. Esto deja entrever que los cuidados de enfermería permitieron un mínimo control de la ansiedad, lo que hizo tardío el proceso de recuperación gradual de las funciones orgánicas y reflejos vitales, repercutiendo en la calidad de los cuidados de enfermería que se le ofrece al paciente en el pre y postoperatorio.

El enfermero como profesional responsable del cuidado de las respuestas necesidades humanas, en un primer momento y durante la etapa del preoperatorio, realiza la preparación fisiológica, psicológica y espiritual a la persona que será intervenida quirúrgicamente, observando sus necesidades básicas o problemas que puedan presentarse; así también, resulta importante la valoración psicosocial para precisar la participación de la familia durante todo el proceso quirúrgico. Además, cumple un papel primordial en el cuidado, asumiendo sus actividades en forma responsable de respeto y empatía. En esta fase, el profesional de enfermería brinda orientación educativa para esclarecer las inquietudes de la persona frente a la cirugía, disminuyendo sus tensiones y ansiedades (82).

La adecuada información durante el preoperatorio, disminuye la ansiedad del paciente, facilitando su recuperación y disminuyendo la

estancia hospitalaria. Algunos estudios demuestran que aquellos pacientes que no recibieron una detallada información preoperatoria experimentaron mayores niveles de ansiedad y tuvieron una recuperación de la cirugía más lenta y complicada (83).

Cabe considerar, que la intervención del enfermero frente a la ansiedad, toma en cuenta la cuestión de género, pues la mujer presenta un nivel de ansiedad mayor al del hombre, y por consiguiente, tiene más requerimientos de información; al igual se demanda información más detallada y exacta cuanto mayor es el nivel educativo y menor edad presenta el sujeto (84). El educar y orientar genera una inversión de tiempo y dinero, así como un compromiso por parte del trabajador; sin embargo, no se compara con el beneficio para el paciente, la familia y la misma institución de salud. Los pacientes que reciben más educación e información presentarán niveles de tensión más bajos y estarán más tranquilos y seguros del tratamiento que reciben (85).

Un estudio que coincide con el presente resultado es el efectuado por Vaz, Cardoso, García, Blanco, Ramos (86), el que demostró una relación significativa entre la puntuación en el factor "Ansiedad", los niveles de cortisol en saliva y la recuperación postoperatoria, en el sentido de que los pacientes con mayores puntuaciones en el factor "Ansiedad", presentaban mayores niveles de cortisol y su recuperación fue peor ( $t = 4,96$ ;  $p = 0,042$ ) que los pacientes con bajos niveles de ansiedad.

Del mismo modo, Utrillas (87) determinó que el estrés psicológico preoperatorio presentó una alta prevalencia (hasta un tercio de los

pacientes en esta serie) y se relacionó directamente con los resultados en el cambio de la subescala función del KSS y en la puntuación del WOMAC. Es decir, la presencia de distrés psicológico preoperatorio es un factor predictivo de peor resultado funcional y de calidad de vida al año de ser implantada una prótesis total de rodilla primaria.

También, los resultados evidenciaron que el nivel de ansiedad la recuperación post-operatoria inmediata de las pacientes cesareadas en las dimensiones respiración ( $X^2=16,41$ ;  $p = 0,00$ ) e ingestión oral ( $X^2=8,9$ ;  $p = 0,01$ ) tuvieron relación significativa, aceptándose la hipótesis de investigación.

Llama la atención haber observado relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión respiración de pacientes cesareadas. Este hecho supone que las pacientes en estudio, logran la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado: Intercambio alveolar de  $CO_2$  y  $O_2$  que mantienen las concentraciones de gases arteriales, como la facilidad de la respiración, ausencia de disnea en reposo y de esfuerzo; ausencia de inquietud, cianosis. La  $PaO_2$ ,  $PaCO_2$ , el pH y la Saturación de  $O_2$  arterial se encuentran dentro de los límites de normalidad determinando un equilibrio entre ventilación y perfusión. Es obvio, que los cuidados de enfermería orientan hacia tal equilibrio; pues el control de la ansiedad facilita el estado respiratorio adecuado (88), (89).

Hubo relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión ingestión oral de las pacientes

cesareadas en estudio, en este caso, la paciente conlleva adecuadamente la prevención y alivio de las náuseas, en tanto se ha reducido o eliminado los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas y el vómito (ansiedad, miedo, fatiga, o ausencia de conocimientos...) (90).

Por el contrario, se observó independencia entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión, dolor, actividad, circulación, saturación de oxígeno, gasto urinario, estabilización del fondo uterino, control de sangrado vaginal, del tono uterino y conservación de apósitos secos y limpios de las pacientes cesareadas en estudio, hecho que podría deberse a otros factores propios de la intervención.

Finalmente, la presente investigación pretende ser la base para futuras investigaciones vinculadas a la ciencia del cuidado de enfermería. En el área de ginecología también se pretende incrementar y reforzar los conocimientos a los futuros profesionales de enfermería en relación al cuidado proporcionado en la ansiedad de personas que requieren tratamiento quirúrgico de cesárea, contribuyendo de manera positiva puesto que se fortalecen actitudes y habilidades en el profesional, repercutiendo efectivamente en el cuidado que éste brinda.



## Conclusiones

- Al analizar de manera general la relación de las variables: nivel de ansiedad y recuperación postoperatoria inmediata de pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; durante el 2014, se observó la no correspondencia entre estas dos variables, la que fue comprobada al obtener mediante la prueba de un valor calculado de  $X^2 = 4,50$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,105$ ); por lo que se tuvo que aceptar la hipótesis nula, determinando la correspondencia entre dichas variables.
- Analizando el nivel de ansiedad y recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión respiración de pacientes cesareadas en estudio, se observó correspondencia entre estas dos variables, en la que se halló un valor calculado de  $X^2 = 16,41$  para 2 grados de libertad, con alta significancia ( $p = 0,00$ ); por lo que se aceptó la hipótesis de investigación.
- Al relacionar el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión conciencia de las pacientes cesareadas en estudio, se evidenció independencia entre dichas variables, en el que se halló un valor calculado de  $X^2 = 4,7$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,09$ ); con lo que no se pudo rechazar la hipótesis de investigación.
- Analizando la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión alivio del dolor de las pacientes cesareadas en estudio, se evidenció la ausencia de relación entre estas

dos variables, al haberse hallado un valor calculado de  $X^2 = 4,4$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,10$ ); con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando la ausencia de relación entre dichas variables.

- Al relacionar el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión ingestión oral de las pacientes cesareadas en estudio, se halló relación entre estas dos variables, al haberse obtenido un valor calculado de  $X^2 = 8,9$  para 2 grados de libertad, con significancia estadística ( $p = 0,01$ ); con lo que se rechazó la hipótesis nula, determinando la existencia de relación entre dichas variables.
- En otro análisis, se observó independencia entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión actividad de pacientes cesareadas en estudio, al haberse obtenido un valor calculado de  $X^2 = 2,8$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,236$ ); por lo que se tuvo que aceptar la hipótesis nula, determinando ausencia de relación entre dichas variables.
- Al relacionar el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión circulación de las pacientes cesareadas en estudio, se halló, un valor calculado de  $X^2 = 4,05$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,13$ ); con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando ausencia de relación entre dichas variables.
- Analizando la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión saturación de oxígeno de las

pacientes cesareadas en estudio, se halló un valor calculado de  $X^2 = 0,70$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,7$ ); con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando ausencia de relación entre dichas variables.

- Al estudiar la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión gasto urinario de las pacientes cesareadas en estudio, se halló un valor calculado de  $X^2 = 4,5$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,10$ ); con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando ausencia de relación entre dichas variables.
- Relacionando el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión estabilización del fondo uterino de las pacientes cesareadas en estudio, se halló un valor calculado de  $X^2 = 0,9$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,6$ ); con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando ausencia de relación entre dichas variables.
- Analizando la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión control de sangrado vaginal de las pacientes cesareadas en estudio, se halló un valor calculado de  $X^2 = 1,6$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,4$ ); con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando ausencia de relación entre dichas variables.
- Al comprobar la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación post-operatoria inmediata en la dimensión tono uterino de las pacientes

cesareadas en estudio, se halló un valor calculado de  $X^2 = 5,2$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,07$ ); con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando ausencia de relación entre dichas variables.

- Analizando la relación entre el nivel de ansiedad y la recuperación postoperatoria inmediata en la dimensión conservación de apósitos secos y limpios de las pacientes cesareadas en estudio, se halló un valor calculado de  $X^2 = 2,5$  para 2 grados de libertad, sin significancia estadística ( $p = 0,2$ ); con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando ausencia de relación entre dichas variables.
- En resumen solo la función respiratoria y la ingestión oral tuvieron respuesta favorable en el postoperatorio de aquellas pacientes que expresaron ansiedad de nivel moderado. En consecuencia, se concibe que los diferentes niveles de ansiedad que manifiestan las pacientes cesareadas en estudio representan barreras determinantes para una óptima o rápida recuperación biopsicológica; por el contrario retardan la recuperación esperada.

## **Recomendaciones**

Luego de arribado las conclusiones enunciadas anteriormente, cabe enunciar una serie de recomendaciones:

### **A las autoridades de salud**

- Diseñar protocolos de manejo institucional de la ansiedad para los diferentes tipos de cirugías (cesáreas por ejemplo), con el fin de brindar mejor calidad del cuidado de los pacientes.
- El departamento de enfermería dentro de su plan de mejoramiento continuo de la calidad del cuidado deberá incorporar aspectos como las capacitaciones en relación al soporte psicológico a la persona que será cesareada con el objetivo de afianzar aquellos conocimientos, habilidades y actitudes del profesional durante el proceso del cuidado de la ansiedad.
- El grado de satisfacción del cliente es también un parámetro que las instituciones deben tener en cuenta, por lo tanto se debe velar por una mayor calidad de atención de la dimensión psicológica de las pacientes quirúrgicos.

### **A los profesionales de enfermería**

- Enfatizar el aspecto educacional de los pacientes, pues, según diversas evidencias científicas los pacientes que han recibido una adecuada educación y orientación se muestran menos ansiosos. Siendo la información tanto preoperatoria como postoperatoria el eje

fundamental para la tranquilidad del paciente, se debe brindar información pormenorizada a la paciente, sobre los distintos temas que acontecen a una intervención quirúrgica y sobre otros específicos que le preocupen en particular, siempre aplicando un gran esfuerzo de humanización y considerando el aspecto cultural de la paciente.

- Brindar un trato personalizado, un modelo de comunicación adecuado entre el personal sanitario y los pacientes, enseñar a la paciente el manejo de un locus de control interno y entender la infraestructura y la rutina hospitalaria a partir de las necesidades de los usuarios, sin menoscabo de los requerimientos que se determinen para el correcto funcionamiento del centro de salud (91).
- Enfatizar la preparación psicológica del paciente, pues una preparación tendrá efectos beneficiosos para el sujeto en el período quirúrgico, especialmente durante la intervención (anestesia) y concretamente en el postoperatorio tanto inmediato como diferido, disminuyendo los tiempos de estancia en los mismos, así como la reducción en la administración de fármacos (analgésicos, hipnóticos...) y de hospitalización (92).
- Enseñar técnicas de afrontamiento positivo a los pacientes que van a ser sometidos a cirugías, según su nivel cultural.
- Es importante registrar de forma pormenorizada y completa el cuidado de enfermería en el preoperatorio que abarcarán el cuidado continuo e integral del postoperatorio.

**A la comunidad científica**

- Realizar nuevos estudios midiendo los momentos prequirúrgicos más próximos como en el postoperatorio inmediato, mediano orientándolo hasta el domicilio.
- Probar estudios sobre medidas terapéuticas de control de la ansiedad que incidieran favorablemente en la recuperación postoperatoria.
- Desarrollar estudios cualitativos que profundicen la temática en estudio.
- Realizar estudios comparativos, con mayor tamaño muestral, en el cual se incluya la comparación del nivel de ansiedad con las características demográficas, sociales y culturales del paciente.

### Referencias bibliográficas

1. Latorre Postigo, JM. Y Labrador, FJ, Crespo, M. En: Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F; Córdoba Monedero CA; García Alcaraz F; Gregorio González E; et al. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada [Internet]. [Consultado 2015 jul 15]. Disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>
2. Roca. En: Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E; et al., Op, cit, p. 1
3. Leng G, Russell A. Learning to cope with repeated stress. J Physiol 1998; 510: 331.
4. Méndez Carrillo, FX, Maciá Antón D. Evaluación de los problemas de la ansiedad. En Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., 1993: 426-486
5. Labrador FJ, Crespo M. Evaluación del estrés. En Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., 1993: 484-536
6. López Roig, S. En: Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E; et al., Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. [Internet]. [Consultado 2014 abr 15]. Disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>
7. Méndez Carrillo, FX, Maciá Antón D. Evaluación de los problemas de la ansiedad. En Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., 1993: 426-486
8. Labrador FJ, Crespo M. Evaluación del estrés. En Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., 1993: 484-536
9. Gordillo León F, Arana Martínez J M., Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. Rev Clin Med Fam [revista en la Internet]. 2011 Oct [citado 2014 Mayo 17]; 4(3): 228-233. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2011000300008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300008>.



10. Escamilla Rocha M. El estrés preoperatorio y la ansiedad pueden demorar la recuperación. [Internet]. [Consultado 2014 oct 15]. Disponible en: [http://www.susmedicos.com/art\\_estres\\_preoperatorio.htm](http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm)
11. Guevara Anyoleida T M. Cuidados del profesional de enfermería a pacientes post-cesareadas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital del seguro social Hector Noel Yourbeth de Ciudad Bolivar primer semestre. Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela de Enfermería, 2005.
12. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. Cesárea segura. Lineamiento Técnico. [Internet]. [Consultado 2014 dic 28]. Disponible en: <http://www.nuevelunas.org.mx/Leyes,%20Normas%20e%20Iniciativas/CESAREA%20SEGURA.pdf> Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. Op, cit, p. 8
13. Ibid, p. 1
14. Cárdenas A, Quiroga C, Restrepo M, Cortés D. Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. Rev Colomb Obstet Ginecol [serial on the Internet]. 2005 Sep [cited 2014 May 09] ; 56(3): 209-215. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342005000300003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000300003&lng=en).
15. Ibid, p. 5
16. Vásquez Velasco MC. “Manejo del dolor postquirúrgico en los pacientes del Servicio de Cirugía y Gineco-Obstetricia del hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, durante el año 2011”. [Tesis previa a la obtención del título de médica]. . Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Universidad de Cuenca.
17. Lázaro C, Baños J. En: Vásquez Velasco MC. “Manejo del dolor postquirúrgico en los pacientes del Servicio de Cirugía y Gineco-Obstetricia del hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, durante el año 2011”. [Tesis previa a la obtención del título de médica]. . Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Universidad de Cuenca; 2011.
18. Ibid, p. 2010

19. Patiño Gabriel E. Nivel de conocimientos acerca de los cuidados postoperatorios de las pacientes adolescentes que serán cesareadas por primera vez en el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Materno Perinatal. [Trabajo de Investigación Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad De Medicina Humana Escuela De Post – Grado. Lima – Perú, 2005, p. 12
20. Ibid, p. 6
21. García Alonso I: En: López Roig, S. En: Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E; et al., Op, cit, p. 12
22. Luis Rodrigo T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Masson. Barcelona. 2001.
23. González Lemonier S, Bovaira Forner M, Peñarrocha Diago M, Peñarrocha Oltra D. Relación entre la ansiedad preoperatoria y el grado de satisfacción postoperatorio en cirugía de implantes dentales, con sedación consciente intravenosa. Rev, oral, patología oral y cirugía bucal, ISSN 1698-4447, 2010; 15 (2): 125-128
24. Ramos M I, Cardoso MJ, Vaz F, Torres MD, García F, Blanco G, González EM. Influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica. Actas Esp Psiquiatr 2008;36(3):133-137
25. Navas Monzón M. Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo. Revista científica de enfermería, ISSN 1696-1005, Nº. 8, 2008, págs. 36-51
26. Campos D, Pérez RL. Satisfacción de las usuarias post-cesareadas con la calidad de los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería de la unidad clínica de Gineco-obstetricia del Hospital “Licenciado José María Benítez” de la Victoria Estado Aragua. [Tesis de licenciatura]. Caracas: Servicio de Publicación e Intercambio Científico, Universidad Central De Venezuela. Facultad De Medicina Escuela De Enfermería; Julio de 2007.
27. Guevara Anyoleida TM. Cuidados del profesional de enfermería a pacientes post-cesareadas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital del seguro social Hector Noel Yourbeth de Ciudad Bolivar primer semestre. Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela de Enfermería, 2005.
28. Fernández Poncela A M. Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos. [Internet]. [Consultado 2014 abr 15]. Disponible en:

[http://version.xoc.uam.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=38:antropologia-de-las-emociones-y-teoria-de-los-sentimientos&catid=7:articulos](http://version.xoc.uam.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=38:antropologia-de-las-emociones-y-teoria-de-los-sentimientos&catid=7:articulos)

29. Gardner, 1983. En: Fernández Poncela A M. Op, cit, p. 1
30. Santiago Jorge. Modelo psicoimmunológico de integración II. [Internet]. [Consultado 2015 Abr 15]. Disponible en: <http://psiconeuroinmunologiaonline.blogspot.com/2013/05/modelo-psicoimmunologico-de-integracion.html>
31. Martínez y Santiago. En: Santiago Jorge. Modelo psicoimmunológico de integración II. [Internet]. [Consultado 2014 Abr 15]. Disponible en: <http://psiconeuroinmunologiaonline.blogspot.com/2013/05/modelo-psicoimmunologico-de-integracion.html>
32. Martínez Torres C, Molina Rubio A, Portillo García N, Pérez Jiménez A, Toledano Mota C. Intervención de enfermería en cesárea programada sin complicaciones. [Internet]. [Consultado 2014 Abr 15]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/a14ded1cc53d9944c083dcecb250f3aa.pdf>
33. Campos D, Pérez RL. Satisfacción de las usuarias post-cesareadas con la calidad de los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería de la unidad clínica de Gineco-obstetricia del Hospital "Licenciado José María Benítez" de la Victoria Estado Aragua. [Tesis de licenciatura]. Caracas: Servicio de Publicación e Intercambio Científico, Universidad Central De Venezuela. Facultad De Medicina Escuela De Enfermería; Julio de 2007.
34. Ibid, p. 31
35. Henríquez Concejal A. Cuidado intra operatorio. [Internet]. [Consultado 2014 abr 15]. Disponible en: <http://prezi.com/ak9swjqzkkng/cuidado-intra-operatorio/>
36. Guía médica familiar. Enfermedades más corrientes postoperatorios. [Internet]. [Consultado 2014 abr 15]. Disponible en: <http://www.explored.com.ec/guia/fas878.htm>
37. Ibid, p. 1
38. Caribbean Tropical Intercontinental, Organización Prestadora de Servicios de Salud. Post - Operatorios [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.caribeantropicalin.com/posoperatorios.htm> Consulta: 25 de noviembre de 2008.
39. Ibid, p. 2

40. Universidad Católica de Chile. Guía: Recepción y atención de paciente post-operado. [Internet]. [Consultado 2014 may 15]. Disponible en: [http://biblioteca.duoc.cl/bdigital/Documentos\\_Digitales/600/610/39632.pdf](http://biblioteca.duoc.cl/bdigital/Documentos_Digitales/600/610/39632.pdf)
41. Ibid, p. 2
42. Etxeberria Garin. Postoperatorio. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://es.geocities.com/simplex59/postoperatorio2.html> Consulta: 25 de noviembre de 2008.
43. Rubén Koval P. Dolor postoperatorio persistente. [Sitio en internet]. Disponible en: [http://www.dolor-pain.com/ccl\\_posop.html](http://www.dolor-pain.com/ccl_posop.html) Consulta: 25 de noviembre de 2008.
44. Del Aguila Hoyos L, Vargas Carbajal E, Angulo Espinoza H. Complicaciones Postoperatorias. [Internet]. [Consultado 2014 abr 15]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/Cap\\_26\\_Complicaciones%20Postoperatorias.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_26_Complicaciones%20Postoperatorias.htm)
45. Campos D, Pérez RL. Op, cit, p. 18
46. Universidad Católica de Chile. Op, cit, p. 3
47. Martínez Torres C, Molina Rubio A, Portillo García N, Pérez Jiménez A, Toledano Mota C. Intervención de enfermería en cesárea programada sin complicaciones. [Internet]. [Consultado 2014 Abr 15]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/a14ded1cc53d9944c083dcecb250f3aa.pdf>
48. Patzan Cal LM, Garcia Oxom OM. “Ansiedad y depresión en pacientes adultos pre y postoperados de enfermedades cardiacas de unicar (valvular y coronaria)”. [tesis para optar la licenciatura de psicologas]; Universidad de San Carlos de Guatemala escuela de ciencias psicológicas; 2005.
49. Hernández G Guillermo, Orellana V Grisel, Kimelman J Mónica, Nuñez M Carlos, Ibáñez H Carolina. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2014 Mayo 17] ; 133( 8 ): 895-902. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000800005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000800005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000800005>.

50. Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E; et al., op, cit, p. 11
51. Ibid, p. 12
52. Giacomantone E, Mejía A. En: Gordillo León F, Arana Martínez J M, Hernández L M. Op, cit, p. 12
53. Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E; et al; et al., Op, cit, p. 1
54. Gordillo León F, Arana Martínez J M, Hernández L M. Op, cit, p. 12
55. Patzan Cal LM, Garcia Oxom OM. "Ansiedad y depresión en pacientes adultos pre y postoperados de enfermedades cardíacas de unicar (valvular y coronaria)". [tesis para optar la licenciatura de psicólogas]; Universidad de San Carlos de Guatemala escuela de ciencias psicológicas; 2005.
56. Ibid, p. 2
57. Ibid, p. 3
58. Ibid, p. 4
59. Ibid, p. 1
60. Ibid, p. 7
61. Ibid, p. 8
62. Pacheri P. En: Patzan Cal Luisa Marcela, Garcia Oxom Olga Marina. Op, cit, p. 24
63. Matos Guando F, Llantoy Cornejo S. Calidad del cuidado brindado por profesional de enfermería del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez". Satisfacción de las post-cesareadas. [Internet]. [Consultado 2014 may 15]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos94/perfil-psicologico-madres-primerizas-post-parto-y-afecto-bebe/perfil-psicologico-madres-primerizas-post-parto-y-afecto-bebe.shtml#ixzz31yemgfk5>
64. Olza I. Repercusiones psicológicas y sociales del nacimiento por cesárea. Revista Trabajo social y Salud, num 45 p221-230. 2003

65. Paima Peña R de Jesús, Vásquez Jara RI. "Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el instituto nacional materno perinatal". [Tesis Para optar el título de Licenciada en Obstetricia]; Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2011.
66. López Roig. En: Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E; et al; et al., Op, cit, p. 1
67. Ibid, p. 12
68. Alorda Teresa, C; Tomás Vidal, MA; Sánchez Flores, MI y Sáez Vay, F; et al. En: Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E; et al; et al., Op, cit, p. 1
69. Moix Queraltó J y Moix Queraltó J. En: De Castro Rodríguez T. Ansiedad en el paciente pre-quirúrgico y visita pre-quirúrgica: programa de enfermería para la disminución de los niveles de ansiedad. Trabajo de Fin de Grado. Grado en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Valladolid. 2014-2015.
70. Latorre Postigo, JM. Op, cit, p. 85.
71. López Roig. En: Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E; et al; et al., Op, cit, p. 1
72. Gordillo Leóna F, Arana Martínez J M, Mestas Hernández L. Op, cit, p, 228
73. García Alonso I. Enfermería e información al paciente quirúrgico. En rev. Enfermería Científica. Madrid: Ed. Francisco Alberdi Valdés, Mayo, 1991, 110: 25-27
74. Mardarás Platas, E. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. Barcelona: Ediciones Rol, S.A., 1980
75. López Roig. En: Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E; et al; et al., Op, cit, p. 1
76. Enfermería Médico Quirúrgica [Consultado 2014 may 15]. Disponible en:  
<http://www.enfermeria.unal.edu.co/descargas/Habilidades/Enf%5B1%5D.%20Med.%20Qui.%20pre-trans-pos-op.pdf>

77. Pérez Díaz R, Martín Carbonell M de la C, Quiñones castro M, Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las varices. Rev Cubana Angiol y Cir Vasc [Internet]. 2000 [consultado el 6 de abril de 2015]; 1(2): 95-100. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1\\_2\\_00/ang02200.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_2_00/ang02200.pdf)
78. Orihuela Pérez I, Pérez-Espinosa JA, Aranda Salcedo T, Zafra-Norte J, Jiménez Ruiz RM, Martínez-García A et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. Enferm Clin [Internet]. 2010 [Consultado 20 diciembre 2014]; 20 (6): 349-354. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S11308621100016833>
79. Jjala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfoth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anesthesia. Br J Anaesth [Internet]. 2010 [Consultado el 14 de marzo de 2015]; 104 (3): 369-374. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20124283>
80. Cárdenas A, Quiroga C, Restrepo M, Cortés D, M.D. Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. Revista Colombiana de obstetricia y Ginecología [Internet]. 2005 [Consultado 25 febrero 2015]; 56 (3): 209-215. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342005000300003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000300003)
81. Del Amo F, García G, Javier E, Giménez, Mº Amparo; Giménez Daniel, Giner, Esther; Gómez, Mónica. Fisiopatología Médica. Proceso quirúrgico: postoperatorio [Consultado 2014 dic 15]. Disponible en: [http://mural.uv.es/rasainz/1.1\\_GRUPO3\\_POSTOPERATORIO.pdf](http://mural.uv.es/rasainz/1.1_GRUPO3_POSTOPERATORIO.pdf) p 17
82. Montenegro Castañeda IK. Cuidado enfermero en el peri-operatorio de histerectomía. Hospital Luis Heysen Incháustegui –Chiclayo, Perú 2013. Tesis para optar el título de: Licenciado en Enfermería. Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, 22 de Abril del 2014
83. Devine EC. En: Bueno Lledó JA. Evaluación de la colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio. Validación de un sistema predictivo de selección de pacientes. Departamento de Cirugía. Universitat de Valencia. Servei de Publicacions. 2008, p, 31
84. Moerman N, Frits Sam van Dam, Muller MJ, Oosting H. En: Bueno Lledó, José Antonio. Evaluación de la colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio. Validación de un sistema predictivo de selección

de pacientes. Departamento de Cirugía. Universitat de Valencia. Servei de Publicacions. 2008, p. 31

85. Vargas Mora R, Herrera Sibaja C. Inducción preoperatoria para pacientes y familiares en caso de cirugía mayor y su relación con la ansiedad. [En línea]. Rev. 'Enfermería' Actual en Costa Rica, 22(1) 11!! [Citado! (fecha)]. Disponible! World! Wide! Web:!! <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/inducción.pdf>>! ISSN! 1409)4568!!!
86. Vaz F J, Cardoso MJ, García FJ, Blanco G, Ramos MI. Patología depresivo-ansiosa, niveles de cortisol y recuperación postoperatoria en pacientes quirúrgicos. Psiq Biol. 2006;13 Supl 3:1-177 p 121 En: X Congreso Nacional de Psiquiatría
87. Utrillas Compaired, Alfonso. Influencia de la ansiedad, depresión y distrés psicológico preoperatorios en la artroplastia total de rodilla. Tesis Doctoral. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina Universidad de Alcalá. Diciembre 2011 <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/15161/TESIS%20DOCTORAL%20ALFONSO%20UTRILLAS.pdf?sequence=1> P 167
88. Del Amo, Fátima; García Gil, Javier Esther; Giménez, M<sup>o</sup> Amparo; Gimenez D, Giner E, Gómez M. Fisiopatología Médica. Proceso quirúrgico: postoperatorio [http://mural.uv.es/rasainz/1.1\\_GRUPO3\\_POSTOPERATORIO.pdf](http://mural.uv.es/rasainz/1.1_GRUPO3_POSTOPERATORIO.pdf) p 14
89. ibid, p. 15
90. Del Amo, Fátima; García Gil, Javier Esther; Giménez, M<sup>o</sup> Amparo; Gimenez D, Giner E, Gómez, M. OP, CIT, P. 11
91. Gordillo Leóna F, Arana Martínez J M, Mestas Hernández L. Op, cit, p, 228
92. Martín-Santos LR; Sangorrín García J, Bulbena Vilarrasa A. En: Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E; et al; et al., Op, cit, p. 1



## Anexos



Código -----

## ANEXO 1

### GUÍA DE ENTREVISTA DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA EN ESTUDIO

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.** Nivel de ansiedad y recuperación post-operatoria inmediata en pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014.

**INSTRUCCIONES.** Estimada Sra. /Srta., esta entrevista tiene el objetivo de reunir información clara y precisa acerca de sus características sociodemográficas.

La información solicitada tiene carácter confidencial.

**Gracias por su colaboración.**

#### PREGUNTA FILTRO:

Ansiedad observada: Si ( ) No ( )

#### I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1) ¿Cuántos años tiene usted?

-----años

2) ¿De qué zona procede usted?

Urbano ( ) Urbano marginal ( )  
Rural ( )

#### II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

3) ¿Cuál es su estado civil?

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

4) ¿Cuál es su grado de escolaridad?

Sin estudios ( ) Superior técnico ( )  
Primaria ( ) Superior universitario ( )  
Secundaria ( )

5) ¿A qué se dedica usted?

Ama de casa ( ) Comerciante ( )  
Empleada público ( ) Otros ( )  
Especifique \_\_\_\_\_

**III. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD**

6) **¿Cuál fue la modalidad de su ingreso a este hospital?**

Consultorios externos ( )

Emergencia ( )

7) **¿Cuántos días de hospitalización lleva usted?**

\_\_\_\_\_días

8) **¿Cuántos meses fue su periodo de embarazo?**

\_\_\_\_\_meses

9) **¿Cuántos hijos tuvo usted?**

\_\_\_\_\_

10) **¿Qué tipo de anestesia le administraron?**

General ( ) Raquídea ( )

11) **¿Conoce al Cirujano?**

Si ( ) No ( )

12) **¿Conoce al Anestesiólogo?**

Si ( ) No ( )

13) **¿Conoce a la enfermera?**

Si ( ) No ( )

Código -----

**ANEXO 2****TEST DE ANSIEDAD (TEST DE ZUNG)**

**TÍTULO DEL ESTUDIO.** Nivel de ansiedad y recuperación post-operatoria inmediata en pacientes cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014.

**INSTRUCCIONES:** estimada señora, en esta oportunidad se le presenta una escala de ansiedad, el que requiere ser respondida, en tal efecto, por favor lea cada frase y señale la puntuación de 1 a 5 indicando cómo se siente usted en este momento. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

**Valores de la puntuación**

1. Nunca o casi nunca
2. A veces
3. Con frecuencia
4. Siempre o casi siempre

**Gracias por su colaboración.**

PREGUNTAS	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	_Siempre o casi siempre
1. Me siento más intranquilo(a) y nervioso(a) que de costumbre.				
2. Me siento atemorizado(a) sin motivo.				
3. Me altero o agito con rapidez.				
4. Me siento hecho(a) pedazos.				
5. Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.				
6. Me tiemblan las manos, los brazos y las piernas.				
7. Sufro dolores de cabeza, de cuello y de la espalda.				
8. Me siento débil y me canso fácilmente.				
9. Me siento tranquilo(a) y me es fácil estarme quieto(a).				
10. Siento que el corazón me late aprisa.				
11. Sufro mareos (vértigos).				
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme				
13. Puedo respirar fácilmente.				

14. Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos				
15. Sufro dolores de estómago e indigestión.				
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia.				
17. Por lo general tengo las manos secas y calientes.				
18. La cara se me pone caliente y roja.				
19. Duermo fácilmente y descanso bien por las noches.				
20. Tengo pesadillas				

Código -----

**ANEXO 3****TEST DE ALDRETE PARA EVALUAR LA RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA DE PACIENTES OBSTÉTRICAS**

**TÍTULO DEL ESTUDIO.** Nivel de ansiedad y recuperación post-operatoria inmediata en cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014.

**INSTRUCCIONES:** estimada, Srta., Sra., encuestadora, sírvase registrar de manera precisa la recuperación post anestésica de las pacientes poscesareadas.

**Gracias por su colaboración.**

Índice	Descripción	Score	Admisión	Tiempo e minutos					
				10	20	30	40	60	90
Actividad	Mueve las cuatro extremidades	2							
	Mueve solo dos extremidades	1							
	No mueve ninguna extremidad	0							
Respiración	Respira profundo, tose libremente	2							
	Disnea con limitación para toser	1							
	Apnea	0							
Circulación	TA $\pm$ 20% del nivel preanestésico	2							
	TA $\pm$ de 21 a 49% del nivel preanestésico	1							
	TA $\pm$ 50% del nivel preanestésico	0							
Conciencia	Completamente despierto	2							
	Responde al ser llamado	1							
	No responde	0							

Saturación SaO <sub>2</sub> %	>92% respirando aire	2							
	Necesita O <sub>2</sub> para > 90%	1							
	SaO <sub>2</sub> % < 90% en 100% O <sub>2</sub>	0							
Dolor (vas)	0 – 2	2							
	3 – 6	1							
	7 - 10	0							
Ingestión oral	No náuseas	2							
	Náuseas	1							
	Emésis	0							
Gasto urinario	Diuresis normal	2							
	Incontinencia o retención	1							
	No puede orinar	0							
Fondo uterino	Abajo del ombligo	2							
	Al ombligo	1							
	Arriba del ombligo	0							
Sangrado vaginal	Cero o normal	2							
	Moderado	1							
	abundante	0							
Tono uterino	Contraído	2							
	Medianamente contraído	1							
	Flácido	0							
Apósito	Seco, limpio	2							
	Sangrado moderado	1							
	Sangrado abundante	0							
<b>Total</b>									

**Tipo de recuperación**

Rápida= Mayor a 18 puntos

Tardía = ≤ de 18 puntos

**ANEXO 4****CONSENTIMIENTO INFORMADO SEGÚN EL MODELO DEL  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS) DEL PERÚ**

- **Título del proyecto.** Nivel de ansiedad y recuperación post-operatoria inmediata en cesareadas de un Hospital Regional de Huánuco; 2014.
- **Equipo de Investigadores**  
Lic. Enf. CONDEZO CABRERA, Anny Winke  
Lic. Enf. UZURIAGA PEÑA, Raul  
Lic. Enf. VEGA TRUJILLO, Maribel Gloria
- **Introducción**  
La ansiedad que resulta como una reacción compleja por la intervención quirúrgica; está cargada de situaciones que de manera consciente o no, el sujeto las percibe como potencialmente peligrosas amenazadoras, aunque sólo sea por la circunstancia de parecer inciertos. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales.
- **Participación**  
Participaran las pacientes post cesareadas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.
- **Procedimientos**  
Se le aplicará una encuesta sociodemográfica y dos test (de la ansiedad y de la recuperación postanestésica).
- **Riesgos / incomodidades**  
No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- **Beneficios**  
El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna y actualizada sobre los derechos de los pacientes en una institución hospitalaria.
- **Alternativas**  
La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.  
Le notificaremos sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte de los investigadores, ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información**

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia quien patrocina el estudio. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

- **Problemas o preguntas**

Escribir al

Email: [anycabreracondezo@hotmail.com](mailto:anycabreracondezo@hotmail.com) o comunicarse al Cel. 935139588

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firmas del participante o responsable legal**

Huella digital si el caso lo amerita

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_

Firma del investigador 1: \_\_\_\_\_

Firma del investigador 2: \_\_\_\_\_

Firma del investigador 3: \_\_\_\_\_

Huánuco, 2014