



**Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría Académica de Posgrados e Investigación
Decanato Académico de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería**

Título de la Investigación

Nivel de Ansiedad en Mujeres Sometidas a Cesárea de Urgencia en el
Preoperatorio Inmediato

Presenta:

LE. Elizabeth López Calderón

Para obtener el grado de la Especialidad de Enfermería Quirúrgica

Asesores:

Asesor metodológico:

ME. Patricia Alarcón Morgado

Asesor de Contenido:

MCE. José Alfredo Romero Soriano

Autorización:

Mtra. Florentina Salazar Mendoza

Puebla, México

Julio 2015



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Siempre me he sentido maravillada por las hermanas que tengo, se han preocupado de mí desde el momento en que llegué a este mundo, me han formado para saber cómo luchar y salir victoriosa ante las adversidades de la vida, sus enseñanzas no cesan, y aquí estoy, con un nuevo logro exitosamente conseguido, mi proyecto de tesis.

Quiero agradecerles por todo, no me alcanzan las palabras para expresar el orgullo y lo bien que me siento por tener unas hermanas que unidas por el amor y la sangre me apoyaron incondicionalmente, gracias son el lujo de mi vida.

A mi maestra, quien se ha tomado el arduo trabajo de transmitirme sus diversos conocimientos, especialmente del campo y de los temas que corresponden a mi profesión. Pero además de eso, ha sabido encaminarme por el camino correcto, ofreciéndome sabios conocimientos para lograr mis metas y lo que me proponga.

Dedicatoria

Está dedicada con todo mi amor a mis dos hijos, Jesús y David, a ustedes porque han sido el fundamento de mi vida.

Resumen

Candidato para la	Elizabeth López Calderón
Especialidad en	Enfermería Quirúrgica
Fecha de Graduación	07 de Julio del 2015
	Universidad Popular autónoma del Estado de Puebla
Título del Estudio	Nivel de ansiedad en mujeres embarazadas sometidas a cesárea de urgencia en el preoperatorio inmediato

Propósito: Medir el nivel de ansiedad en las mujeres embarazadas sometidas a cesárea de urgencia en el preoperatorio inmediato del Hospital Rural No 88 San Salvador el Seco

Método: Es un estudio descriptivo correlacional en pacientes embarazadas que son operadas por cesárea de urgencia en el Hospital Rural de IMSS-Prospera No 88 san Salvador el Seco Puebla turno matutino, con una muestra de 20 pacientes, el muestreo es aleatorio simple por conveniencia, la recolección de datos se realizó mediante el cuestionario STAI ansiedad –escala con 20 ítems de acuerdo al sentir del paciente en ese momento, En este estudio se realiza una prueba no paramétrica con correlación de Spearman en la cual se reporta una significancia de .040 por lo demuestra que existe relación con la variable edad y el índice ansiedad.

Conclusiones: Las mujeres embarazadas que tienen menor edad, y son intervenidas por operación cesárea de urgencia presentan un nivel de ansiedad alto por temor a lo desconocido y no saben a lo que están predispuesta en torno a su salud, por lo consiguiente para el personal de enfermería queda una mayor responsabilidad de mejorar cada día sus intervenciones.

Tabla de Contenido

	Página
Introducción	8
Capítulo I	10
1.1 Planteamiento del Problema	10
1.2 Propósito del Estudio	15
1.3 Importancia del Estudio	15
1.4 Marco Conceptual	16
1.4.1 Modelo de La teoría del confort de Katherine Kolkaba	25
1.5 Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría	26
1.6 Estructura Conceptual Teórico Empírica	27
1.7 Definición de Términos	28
1.8 Estudios Relacionados	29
1.9 Hipótesis	38
1.9.1 Objetivo	39
 Capitulo II	 40
2. Metodología	40
2.1 Diseño del Estudio	40
2.2 Población Muestreo y Muestra	40
2.3 Criterios de Inclusión	40
2.3.1 Criterios de Eliminación	41
2.4 Instrumentos de Medición	41
2.4.1 Cédula de Factores Personales <u>de la población</u>	41
2.4.2 El otro instrumento	41
2.5 Procedimiento de Recolección de Datos	41
2.6 Consideraciones Éticas	42
2.7 Estrategias de Análisis	44
 Capitulo III	 45
3. Resultados	45
3.1 Descripción de la Muestra	45
3.2 Confiabilidad de los Instrumentos	46
3.3 Descripción de las variables en estudio	47
3.4 Matriz de correlación de Pearson	48
Conclusiones	49
Apéndice A Consentimiento Informado	50
Apéndice B Cédula de Factores Personales de la Población	51
Apéndice C Instrumentos más utilicen	52

Lista de tablas

	Pagina
1.-Cedula de factores biológicos de la muestra	46
2.-Cedula de factores sociales de la muestra	46
3.-Consistencia interna del instrumento	47
4.-Estadística descriptiva de Colmogorov-Smirnov	48
5.-Matriz de correlación de Pearson	49

Lista de Figuras

	Pagina
1.-Modelo de la teoría del confort de Katherine Kolkaba	25
2.-Ubicación del problema de investigación en la teoría	26
3.-Estructura conceptual teorico-empirica	27

Introducción

La ansiedad es una reacción natural, que se origina como respuesta a la entrada en un ambiente diferente, por ejemplo, un quirófano. Como todos los demás pacientes citados para la cirugía, las pacientes obstétricas también pueden sentir estrés y ansiedad operatorios, y eso puede evolucionar para una respuesta de estrés autonómico en asociación con esa eventualidad. Esa respuesta de estrés conlleva a la vasoconstricción en las arterias uterinas y puede causar angustia fetal. Las descripciones de las mujeres sobre el parto suelen hacer referencia a sentimientos de fortalecimiento, euforia y realización, especialmente luego del parto vaginal sin intervenciones médicas, mientras que otras mujeres asocian el parto con una situación traumática, de pérdida de control, temor, dolor y ansiedad. Es posible que la experiencia de dar a luz colabore con la capacidad de las mujeres de adaptarse a la maternidad, aunque sólo existen pruebas indirectas de ello, se ha demostrado que las mujeres que dan a luz en un contexto propicio presentan mayor autoestima, confianza en sí mismas como madres, prácticas de crianza más positivas y menos ansiedad y depresión luego del parto. El término cesárea se refiere a la intervención en la cual se da a luz a través de incisiones sobre la pared abdominal y el útero de la madre. Cuando se le practica por indicación médica como es el caso de la placenta o en la situación transversa, la cesárea puede ser una intervención que salva la vida. La cesárea está clínicamente indicada cuando existe un riesgo significativo de consecuencias adversas para la madre o el niño si no se realiza la intervención en un momento determinado. Sin embargo, la práctica de la cesárea debido a indicaciones médicas menos precisas, evolución insuficiente, presunto compromiso fetal y a razones no médicas por ejemplo solicitud materna es cada vez mayor en muchos servicios sanitarios de altos recursos. Las cesáreas indicadas por cuestiones no médicas pueden realizarse

por los beneficios físicos o psicológicos además del riesgo de consecuencias adversas ya sea por elección personal, discapacidad.

Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza, únicamente cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo, con síntomas físicos, psicológicos y conductuales.

CAPITULO I

1.1 Planteamiento del Problema

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una incisión abdominal (Norma Oficial Mexicana [NOM]-007-[SSA] 2-1993). En el 2010, la tasa de cesáreas de Estados Unidos fue del 32,8%; en 2009 en Puerto Rico la tasa se situaba en el 48%, y en México en 2008, del 43,9%; en el mismo 2008, China tenía una tasa de cesárea del 48%. Los porcentajes de cesáreas varían mucho, tanto entre diferentes países como dentro del mismo país, según el Centro Nacional De Excelencia Tecnológica en Salud. (Olza, 2012). Brasil ocupa el para la primer lugar en práctica de cesáreas en América Latina, con el 50%, así lo informó Fondo Internacional de Emergencias de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); sin embargo, la Organización No Gubernamental (ONG) reportó que en 2012 Estados Unidos superó dicha cifra, colocándose a la cabeza el continente americano. No obstante, la reciente Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) registró que México ya ocupa el primer lugar en cesáreas en todo el mundo.

Por su parte, países como República Dominicana con un 42%, Paraguay con un 33%, y otros países como Chile, Argentina y Venezuela se mantienen en este rango.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2012. subraya que no existe justificación para un porcentaje de nacimientos por cesarea superior a un 10-15%. No obstante en los últimos 30 años las cesareas han tenido un aumento progresivo a nivel mundial , incluso la Comisión Federal

de Mejora Regulatoria estimó que si durante los próximos 5 años se reducen 1, 607,555 cesáreas, se ahorrarían \$12, 847, 718,637.57 pesos.

La OMS considera normal que un 15 por ciento de los bebés nazcan por cesárea, pero América Latina, por ejemplo, practicó el mayor número de cesáreas, equivalentes a un 30 por ciento de 2006 a 2010, según estimó el último informe del Estado Mundial de la Infancia de la UNICEF.

México es el país con más cesáreas en el mundo, ya que el porcentaje total de nacimientos por cesáreas reportado para el 2012 fue de 45.2% (20.5% programado y 25.7% por urgencias), el cual es alarmante ya que supera por mucho el límite máximo recomendado por la Norma Oficial Mexicana (NOM)- 007[SSA]2 que es el 20%. presentando un aumento del 40% en las unidades de salud pública y hasta un 90% en los hospitales privados de acuerdo a el Instituto Nacional de Geografía y Estadística, (INEGI 2000).

Los doctores sondeados, en los nosocomios privados como el Hospital Ángeles, Beneficencia Española, Betania y UPAEP, menciona entre ocho y nueve de cada 10 mujeres tienen su bebé por cirugía obstétrica. Aunque en los nosocomios públicos el índice es menor, tampoco cumplen con la norma establecida por la OMS, en el Hospital de la Mujer, de la Secretaría de Salud (SSA), el 40% de los nacimientos son por cesárea y 60% de las instituciones de seguridad social la tendencia es similar. En el área de obstetricia del Hospital Regional de San Alejandro, de los 3 mil 820 partos que se practicaron en los primeros cinco meses del 2014, 2039 fueron por cesárea y 1781 de forma natural. (Farías 2008).

En el Hospital Rural Numero 88 ocurre con frecuencia las cesáreas de urgencia en un 66% por lo cual las pacientes presentan ansiedad por la falta de información.

Los principales estudios prospectivos sobre el efecto de la ansiedad materna en la conducta infantil han observado una asociación muy significativa entre la ansiedad materna en el tercer

trimestre y las alteraciones de conducta y problemas emocionales en la primera infancia en general, el hallazgo más repetido es que la ansiedad materna prenatal favorece el parto prematuro, efecto al parecer dosis dependiente.

También se ha observado la relación entre el estado emocional materno, el comportamiento fetal y la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal. A mayor estrés materno parece haber menor reactividad de la frecuencia fetal, lo que puede favorecer la conducta inhibida en la infancia en otro estudio más reciente los recién nacidos de madres con mucha ansiedad pasaban más tiempo profundamente dormidos y menos tiempo en alerta activa y cambiaban más de estado y puntuaban peor en la Escala de Brazelton , existe una correlación general entre ansiedad y complicaciones obstétricas, como el estrés psicosocial, el funcionamiento familiar o el miedo al parto y algunas complicaciones como el parto prolongado o la cesárea .

Otro aspecto a tener en cuenta es la evolución y la continuidad de los cuadros de ansiedad en el puerperio. Las mujeres con ansiedad en el embarazo tienen tres veces más probabilidad de tener síntomas depresivos intensos en el puerperio, tener un trastorno ansiedad en el embarazo no asegura pero sí incrementa las posibilidades de tener una depresión posparto, por lo cual conviene que estas madres reciban un seguimiento psicológico estrecho en las primeras semanas del puerperio. (Olza, 2006).

Calvillo (2013), menciona que en 2009 la tasa osciló entre un 21,9% en la sanidad pública y un 34,6% en la privada, siendo la tasa global para el mismo año del 25,3%. En menos de 150 años, la sociedad occidental ha pasado de celebrar el uso de una técnica médico-quirúrgica que puede salvar la vida de algunos niños con dificultades en su nacimiento a convertir la cesárea en otra manera de nacer.

Gran número de cesareas no están medicamente justificadas es decir que no se basan en la presencia de algún riesgo potencial para la madre y para el niño, el aumento de cesareas que no

tienen justificación clínica eleva los costos de atención médica y exponen a la madre y al bebé a riesgos innecesarios. En el Instituto Mexicano del Seguro Social en México señala que un alto porcentaje de cesáreas están poco justificadas desde el punto de vista médico. *Revista Médica IMSS* (2008).

Gastelum (2013), presidenta de equidad y género publica que en México menciona que uno de cada dos mexicanos nace mediante cesárea, mientras que América Latina es una de las regiones con menos partos naturales, pese a las recomendaciones que ha realizado la OMS para disminuir los casos en los que prevalece dicha cirugía.

En 1965 el porcentaje de cesáreas en México no rebasaba el 4.5 por ciento, pero a partir del año 2000 se superó el 20 por ciento que recomienda la Norma Oficial Mexicana 007. Para 2012 este porcentaje aumentó a 45.1 por ciento, un 20.5 por ciento fueron programados, mientras que el 25.7 por ciento fueron atendidos en urgencias.

Entendamos que la falta de información y el abuso en las intervenciones quirúrgicas es un proceso que se utiliza con regularidad, la apuesta de los médicos por partos naturales no es una opción hoy en día, mientras que las madres son orilladas a tomar la decisión para evitar riesgos en la salud de sus hijos o en ellas mismas, pero sin la información adecuada.

México es el país con más cesáreas en el mundo, ya que el porcentaje total de nacimientos por cesáreas reportado para 2012 fue de 45.2% (20.5% programado y 25.7% por urgencias) el cual es alarmante ya que supera por mucho el límite máximo recomendado por las propias regulaciones mexicanas que es de 20%.

Actualmente el nacimiento por cesárea en México se da prácticamente en uno de cada dos casos y llega en el sector privado a cerca del 70% (69.8%) de los nacimientos. Esto ha convertido a México, en el país con más cesáreas en el mundo.

El artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de toda persona a la protección de la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La Ley General de Salud en su artículo 3o. fracción IV establece que se considera a la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61 del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, El objetivo 2 del Programa Nacional de Salud 2007-2012 es reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, y para lograr este objetivo, se estableció la meta de disminuir a la mitad la Razón de Mortalidad Materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, y disminuir 40% la mortalidad infantil de niños menores de un año y menos, por cada 1,000 nacidos vivos La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir al cumplimiento a las metas propuestas para lograr el objetivo 5 de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000. Este objetivo consiste en mejorar la salud materna, y para ello se establecieron dos metas, que son: disminuir para 2015, en tres cuartas partes (75%) la Razón de Muerte Materna respecto a la registrada en 1990 y la mortalidad neonatal a 15%, y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto.

Norma Oficial Mexicana NOM-04-SSA2-2004 En Materia de Información en Salud, Cesárea es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como los anexos ovulares a través de una incisión en la pared abdominal La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y

proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

1.2 Propósito del Estudio

Este estudio se realiza con el propósito de medir el nivel de ansiedad en mujeres embarazadas que son intervenidas de urgencia, esto quiere decir que ya sabemos lo que pasa con el personal de salud como actúa frente a esta situación, pero que pasa en el interior de la mujer gestante, ¿qué ocurre a nivel emocional, como afronta esta cirugía, tiene miedo, temor, ansiedad? La ansiedad puede presentarse como una reacción temporal o como una condición más o menos estable en forma de predisposición, una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales psicológicamente, la ansiedad es vivida por la mujer como un estado de ánimo desagradable, producido por situaciones que, de manera consciente o no, el sujeto las percibe como amenazadoras, puesto que en este momento que será sometida a cirugía no solo está en juego su vida, si no la vida del producto que será concebido.

1.2 Importancia del Estudio

Este estudio se realiza con el fin de disminuir la ansiedad en las pacientes intervenidas por cesárea de urgencia, la ansiedad es un tema de relevancia social puesto que en la actualidad una de las principales causas de la ansiedad preoperatoria es la falta de información, algunas actividades de enfermería pueden dirigirse a proporcionar información de una manera formal y estructurada al paciente quirúrgico. La atención psicológica de la mujer con embarazo de alto

riesgo en instituciones médicas es fundamental para evitar cualquier alteración emocional que afecte el desarrollo y resolución del mismo, así como sus consecuencias sobre el producto siendo que en el hospital Prospera no 88 las cirugías más realizadas son cesáreas en un 65%, por lo tanto se esperan tener resultados positivos tanto para la institución de salud con la participación del personal de enfermería, en las pacientes sometidas a este tipo de procedimiento, ya que la enfermera quirúrgica influye positivamente en el paciente desde el momento de presentarse con él y entablar una relación de confianza y confort.

1.4 Marco Conceptual

Las intervenciones de enfermería deben estar encaminadas a aumentar la comodidad del paciente, dando un giro total al enfoque del cuidado biológico y pasando a un enfoque centrado en el paciente y su familia, haciendo que se sientan como en su hogar y la situación de enfermedad no sea tan notoria.

Esto se puede lograr involucrando a la familia en el cuidado del paciente, para que sea un miembro activo y no sólo un visitante pasivo.

El confort es aquello que produce bienestar y comodidades, el cual puede ser variado por el entorno en que se encuentra el paciente y como personal de enfermería podemos lograr que ese ambiente sea agradable.

La Teoría del Confort, desarrollado por la Dra. Katharine Kolcaba, los planteamientos del Cuidado, hace un análisis de la situación a la que se ven sometidos, el paciente y la familia, al estar hospitalizados, constituyen la base teórica para el desarrollo de esta investigación.

La autora Katharine Kolcaba, ha desarrollado un marco teórico para el cuidado de comodidad.

En la descripción teórica, plantea la valoración de las necesidades de comodidad, el diseño de medidas de comodidad para satisfacer esas necesidades y su posterior valoración después de su

implantación como la esencia del cuidado enfermero. Conceptualiza la comodidad como la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de tres tipos de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia, en los cuatro contextos de la experiencia humana (física, psico-espiritual, social y ambiental) Kolcaba partió de la estructura taxonómica del confort, como guía para desarrollar el cuestionario general de comodidad y así poder medir el grado de comodidad holística.

Fuentes Teóricas; Kolcaba aprendió que la comodidad era "reconfortar enormemente", relatos históricos como por ejemplo Nightingale (1859) declaró: la observación sirve para salvar vidas y promover la salud y la comodidad. La comodidad del paciente era primero y el último objetivo de la enfermera. Harmer (1926) afirmó que el cuidado enfermero consistía en proporcionar un "ambiente general de la comodidad" y que el cuidado personal de los pacientes incluía prestar atención a "la felicidad, la comodidad y la tranquilidad tanto físicas como mentales", además del descanso del sueño y la nutrición la higiene y la eliminación" la comodidad es física y mental, y la responsabilidad de la enfermera va más allá del cuidado físico: alivio; estado de un paciente que ha visto satisfecha una necesidad específica, tranquilidad; estado de calma o satisfacción, trascendencia: estado en el que se está por encima de los problemas o el dolor propios.

Contexto en el que se produce el confort: Físico; perteneciente a las sensaciones del cuerpo

Psicoespiritual: hace referencia al conocimiento interno del yo, incluidos el autoestima, el auto concepto, el sexo y el significado de la vida; la relación de una persona con un orden o estados superiores, ambiental; incluye el entorno, las condiciones y las influencias externas, social; perteneciente a las relaciones interpersonales, familiares y sociales.

Pruebas empíricas, la investigación moderna sobre el resultado de la comodidad depende de los cambios que tienen lugar con el paso del tiempo. Cualquier intervención enfermera holística

aplicada con coherencia con una historia establecida mejora la eficacia de la comodidad con el tiempo. El confort total es superior a la suma de sus partes. Hamilton (1989).

En esta teoría Kolkaaba quienes reciben las medidas de confort se conocen como receptores, pacientes estudiantes, prisioneros, trabajadores, ancianos, comunidades e instituciones, las necesidades de cuidados de la salud; son necesidades para conseguir la comodidad que surgen a partir de situaciones estresantes de cuidado de la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer, estas necesidades pueden ser físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales, intervenciones de confort; son intervenciones enfermeras diseñadas para estudiar las necesidades específicas de comodidad de los receptores, como intervenciones fisiológicas, sociales, culturales y financieras, psicológicas espirituales, ambientales y físicas; Variables de intervención, son fuerzas de interacción que influyen en las percepciones de comodidad total por parte de los receptores. Consiste en experiencias pasadas, edad, actitud, estado emocional, sistema de apoyo, pronóstico, finanzas, educación, bagaje cultural y la totalidad de elementos de la experiencia de los receptores (Kolcaba, 1994). Confort; es el estado que experimentan los receptores de las intervenciones de confort, es la experiencia inmediata y holística de fortalecerse cuando se abordan las necesidades para tres tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) en cuatro contextos (físico, psicoespiritual, social y ambiental). (Kolcaba, 2003). Conductas de búsqueda de la salud; Schlotfeldt (1975) sintetizó una extensa categoría de resultados relacionados con la consecución de la salud definida por el (los) receptor (es) en consulta con las conductas de búsqueda de la salud de la enfermera, y propuso que eran internas, externas o enfocadas a conseguir una muerte tranquila.

Principales supuestos: Enfermería, incluye la valoración de las necesidades de la comodidad, el diseño de las intervenciones de comodidad para satisfacer esas necesidades y la revaloración de los niveles de comodidad después de la implantación de dichas medidas, en comparación con una

situación anterior. La valoración y revaloración deben ser intuitivas y/o subjetivas, como cuando una enfermera le pregunta al paciente está usted cómodo, u objetivas como cuando la enfermera observa la curación de una herida o cambios en los valores analíticos o en la conducta. Paciente, los receptores del cuidado deber ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesiten cuidados de salud. Entorno, Es cualquier aspecto del paciente, la familia o las instituciones que la enfermera, los familiares o la institución pueden manipular para mejorar el confort. Salud, Es el funcionamiento óptimo del paciente, familia, profesional de la salud o comunidad, según la definición del paciente o grupo.

1. Los seres humanos ofrecen respuestas holísticas a estímulos complejos (Kolcaba, 19994).
2. La comodidad es un objetivo holístico deseable que concierne a la disciplina enfermera (Kolcaba 1994).
3. El confort es una necesidad humana básica que las personas luchan por satisfacer o ya han satisfecho, se trata de un esfuerzo activo (Kolcaba, 1994).
4. El aumento de la comodidad apremia a los pacientes a escoger conductas de búsqueda de la salud (Kolcaba y Kolcaba, 19991).
5. Los pacientes que están autorizados a participar activamente en estas conductas se muestran satisfechos con su cuidado de salud. (Kolcaba, 1997,2001).
6. La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientado a los receptores de los cuidados (Kolcaba, 1997,2001). La misma importancia tiene una orientación hacia un entorno holístico, promotor de la salud para familias y cuidadores.

La teoría del confort nos brinda tres afirmaciones que se comprueban por separado o como un todo. La parte I: Afirma que las intervenciones de confort, si son eficaces, aumentan el confort tanto de los receptores, (pacientes y familias) en comparación con una preintervención basal. Los cuidadores también pueden ser receptores si la institución se compromete a ofrecer confort en su

entorno laboral. Las intervenciones de confort abordan necesidades humanas básicas, como reposo, homeostasis, comunicación terapéutica y tratamiento como seres holísticos.

La afirmación II: afirma que el mayor confort de los receptores de los cuidados se traduce en la mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud que se negocian con los receptores.

La afirmación III: nos dice que una mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud se traduce en una asistencia de mayor calidad, que beneficia a la institución, y su capacidad de reunir pruebas para las mejores prácticas y políticas.

Kolcaba cree que las enfermeras quieren aplicar los cuidados de confort y que pueden incorporarse fácilmente en cada acción enfermera.

Propone que este tipo de práctica de confort potencia la mayor creatividad y satisfacción de las enfermeras, además de la alta satisfacción de los pacientes para mejorar el confort, la enfermera debe aplicar la intervención adecuada de forma afectuosa. Sin embargo, cuando la intervención adecuada se explica de forma deliberada y reconfortante, quizás el confort aún se potencia lo suficiente. Cuando el confort aún no se aumenta al máximo, entonces las enfermeras consideran variables de intervención para explicar por qué no funciona el control de confort.

Kolcaba utilizó tres tipos de razonamiento lógico, a) inducción, consiste en elaborar generalizaciones a partir de un número de casos observados. Conceptos implícitos y explícitos, los términos, las afirmaciones y los supuestos que subyacen en su práctica, b) deducción, consiste en inferir conclusiones específicas a partir de premisas o principios más generales, va de lo general a lo específico. Relaciona la comodidad con otros conceptos; Kolcaba buscó otro espacio para unificar el alivio, la tranquilidad y la trascendencia. Empezó con una construcción teórica general abstracta y utilizó el proceso sociológico de su abstracción para identificar los niveles de conceptos más específicos y, c) retroducción, útil para seleccionar fenómenos que puedan desarrollarse con mayor profundidad y probarse. Se aplica a campos que disponen de pocas

teorías, Kolcaba añadió el concepto de integridad a la teoría intermedia del confort. Los indicios basados en la teoría organizan la base de conocimiento para las mejores prácticas y políticas.

Ha sido utilizada con frecuencia por estudiantes y enfermeras investigadoras como guía para sus estudios en distintas áreas, Kolcaba recomienda pedir a los pacientes que puntúen su confort de 1 a 10, siendo 10 el confort máximo, para evaluar las necesidades de confort de los pacientes, relacionados con cirugía, dolor crónico y comorbilidades actuales, establecer un contrato de confort con los pacientes antes de la cirugía, que especifica que intervenciones son eficaces, medir el confort que es comprensible y eficiente y el tipo de analgesia pos operatoria preferida, facilitar una posición cómoda, temperatura corporal y otros factores relacionados con el confort durante la cirugía y seguir con el control y la medición del confort en el periodo postoperatorio(Kolcaba y Wilson, 2002; Wilson y Kolcaba, 2004).

Kolcaba aplica la teoría a la práctica utilizando un lenguaje académico, pero comprensible, todos los conceptos de investigación se definen teórica y funcionalmente; Simplicidad: la principal intención de la teoría es que las enfermeras vuelvan a una práctica centrada en las necesidades de los pacientes, dentro y fuera de una institución. es su simplicidad la que permite que estudiantes y enfermeras aprendan y practiquen la teoría fácilmente, generalidad: se ha aplicado a numerosos ámbitos de investigación, cultura, y a grupos de edad, precisión empírica: la primera parte de la teoría, afirmando que esas intervenciones han sido eficaces, demostraran una mejora de la comodidad, ha sido probada y aceptada por las mujeres con cáncer de mama, personas con IU, personas en cuidados paliativos y estudiantes universitarios estresados, consecuencias deducibles: práctica centrada en el paciente. La teoría predice el beneficio de las medidas eficaces de confort para mejorar la comodidad y la implicación en conductas de búsqueda de la salud. Para enfermería, el poder determinar el grado de comodidad que presentan los pacientes pos operados plantea un reto profesional de una gran dimensión, en tanto que

permitirá, profundizar en las estrategias necesarias, para incorporar cuidados terapéuticos de comodidad, que alivien las incertidumbres producidas por la incomodidad que genera la cirugía.

Kolcaba Conceptualiza la comodidad como la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de tres tipos de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia, en los cuatro contextos de la experiencia humana (Física, psico-espiritual, social y ambiental Kolcaba partió de la estructura taxonómica del confort, como guía para desarrollar el cuestionario general de comodidad y así poder medir el grado de comodidad holística Aplicación a la práctica: cuando se valora las necesidades de confort en cualquier otro paciente, pueden utilizar la estructura taxonómica o recuadro para el registro de confort con el fin de identificar y organizar todas las necesidades conocidas. Los contextos de confort (físico, psicoespiritual, ambiental y sociocultural) para diseñar intervenciones de confort. (Alivio, tranquilidad, trascendencia).

En la descripción teórica, plantea la valoración de las necesidades de comodidad, el diseño de medidas de comodidad para satisfacer esas necesidades y su posterior valoración después de su implantación como la esencia del cuidado enfermero. Conceptualiza la comodidad como la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de tres tipos de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia, en los cuatro contextos de la experiencia humana (física, psico-espiritual, social y ambiental).

Kolcaba partió de la estructura taxonómica del confort, como guía para desarrollar el cuestionario general de comodidad y así poder medir el grado de comodidad holística. El fenómeno de la comodidad y la relación que se establece con las personas que necesitan asistencia en unidades clínicas, es algo positivo, que se logra como consecuencia de los cuidados de comodidad terapéuticos que las enfermeras ofrecen y que tienen como consecuencia la mejora del estado de salud de los mismos, el proceso complejo que se produce ante cualquier

enfermedad, transcurre paralelamente a la complejidad de la propia vida de los sujetos, cuando estos se enfrentan a situaciones en la que se ven comprometidas sus necesidades de comodidad, se pone de manifiesto la verdadera potencialidad del ser humano, en la búsqueda de la restitución del orden que estas producen en los procesos vitales, emergiendo así las intervenciones de comodidad que permitan restituir el orden. Los tres tipos de confort que describe Kolcaba fueron desarrollados a partir del pensamiento de las tres primeras teorizadoras enfermeras, el trabajo desarrollado por Orlando permitió elaborar el concepto de alivio, quien afirmaba “que las enfermeras satisfacían las necesidades de los pacientes”. Esta autora utiliza el término de necesidad como requerimiento, a diferencia de cómo queda definido por Virginia Henderson en su modelo identifica la necesidad del confort.

Para el concepto de tranquilidad utilizó el pensamiento de Henderson, que describe las trece funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse en la homeostasis. Su concepto de necesidad está planteada como requisito para la vida. Para Henderson el termino necesidad es anterior al problema, de ello se desprende que la comodidad sería un requisito para alcanzar un nivel óptimo de salud y por tanto un grado de independencia. El problema relacionado con el requisito para la vida sería la incomodidad y por ello la posible pérdida de autonomía. El último concepto de trascendencia, Kolcaba lo elaboró a partir de la obra de Paterson y Zderad, estas autoras afirman que las personas pueden superar sus necesidades de salud con la ayuda de las enfermeras.

La comodidad es un objetivo holístico deseable que concierne a la disciplina de enfermería, “Los seres humanos se esfuerzan por satisfacer sus necesidades básicas de comodidad o para que alguien las satisfagan. Se trata de un esfuerzo activo” (Kolcaba, 1994).

La atención con calidad y calidez de la enfermera en el postoperatorio; es básico y fundamental, ya que de ello depende el éxito o fracaso de la recuperación del paciente.

Enfermería como profesión dedicada a proporcionar las intervenciones, para mejorar la comodidad y la implicación en conductas saludables. La teoría del confort ayuda a reforzar la enfermería de las experiencias de salud de los seres humanos, posee un rol importante dentro del equipo de salud, puesto que es quien permanece mayor tiempo con el paciente proporcionándole cuidados integrales. El concepto de confort explica la calidad en que los pacientes describen “sentirse mejor”. Kolcaba ha realizado esfuerzos constantes para desarrollar y ampliar el concepto en todos los ámbitos de enfermería a través de su propio pensamiento e interacción.

El papel de enfermería es desarrollar el conocimiento necesario para ayudar a los individuos y las familias a iniciar y mantener conductas que lleven a reducir los riesgos de enfermarse o de sufrir complicaciones que tengan enormes implicaciones individuales y sociales en las personas y sus familias, lo cual se traduce en costos imposibles de satisfacer para toda la sociedad, la base de una relación de enfermería es la necesidad de realizar acciones para vencer la incapacidad o capacidad limitada de cuidarse o para facilitar el desarrollo u organización de las actividades así como también, adoptar decisiones por sí misma, deberes, mejores prácticas, excelencia y hábitos para mantener la vida, la salud y el bienestar, y el paciente pos operado pueda recuperarse de forma eficaz.

Humanizar el entorno, respetar la intimidad del individuo, el trato digno, contribuye a mejorar la calidad de vida en la búsqueda de la felicidad, Estos aspectos son los que hacen de la Ciencia de la Enfermería un arte de cuidar.

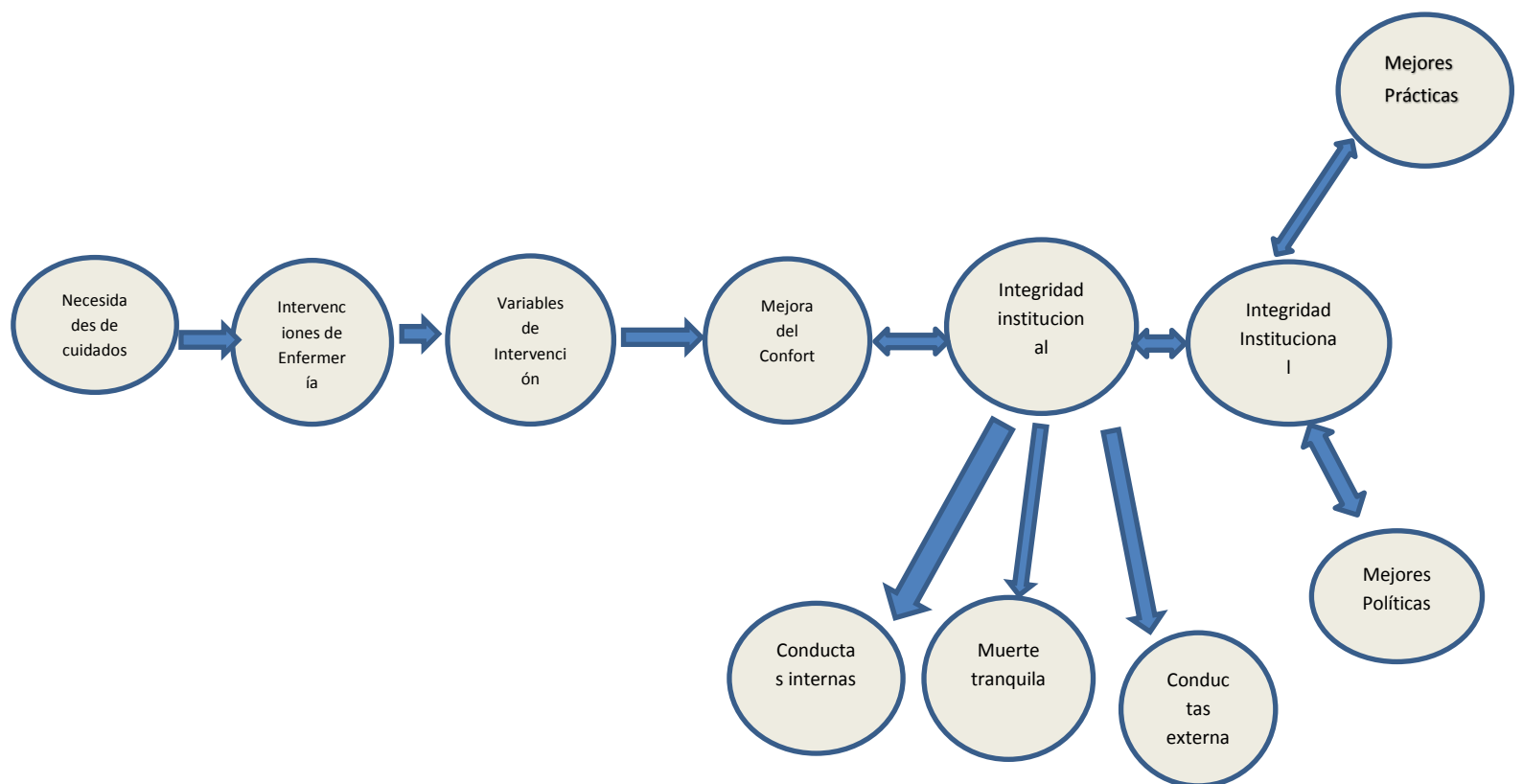


Figura 1 Marco conceptual de la Teoría del Confort Kolkaba (2007).

1.5 Ubicación del Problema de Investigación en el marco Conceptual de la Teoría del Confort de Kolcaba (2007).

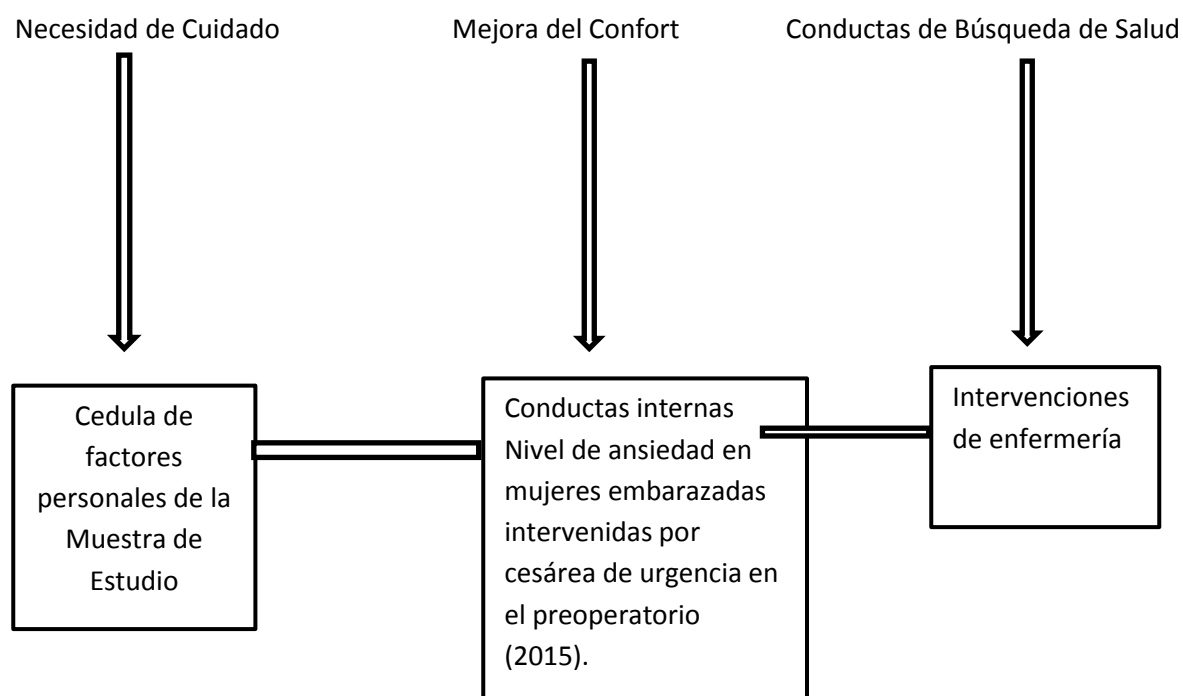
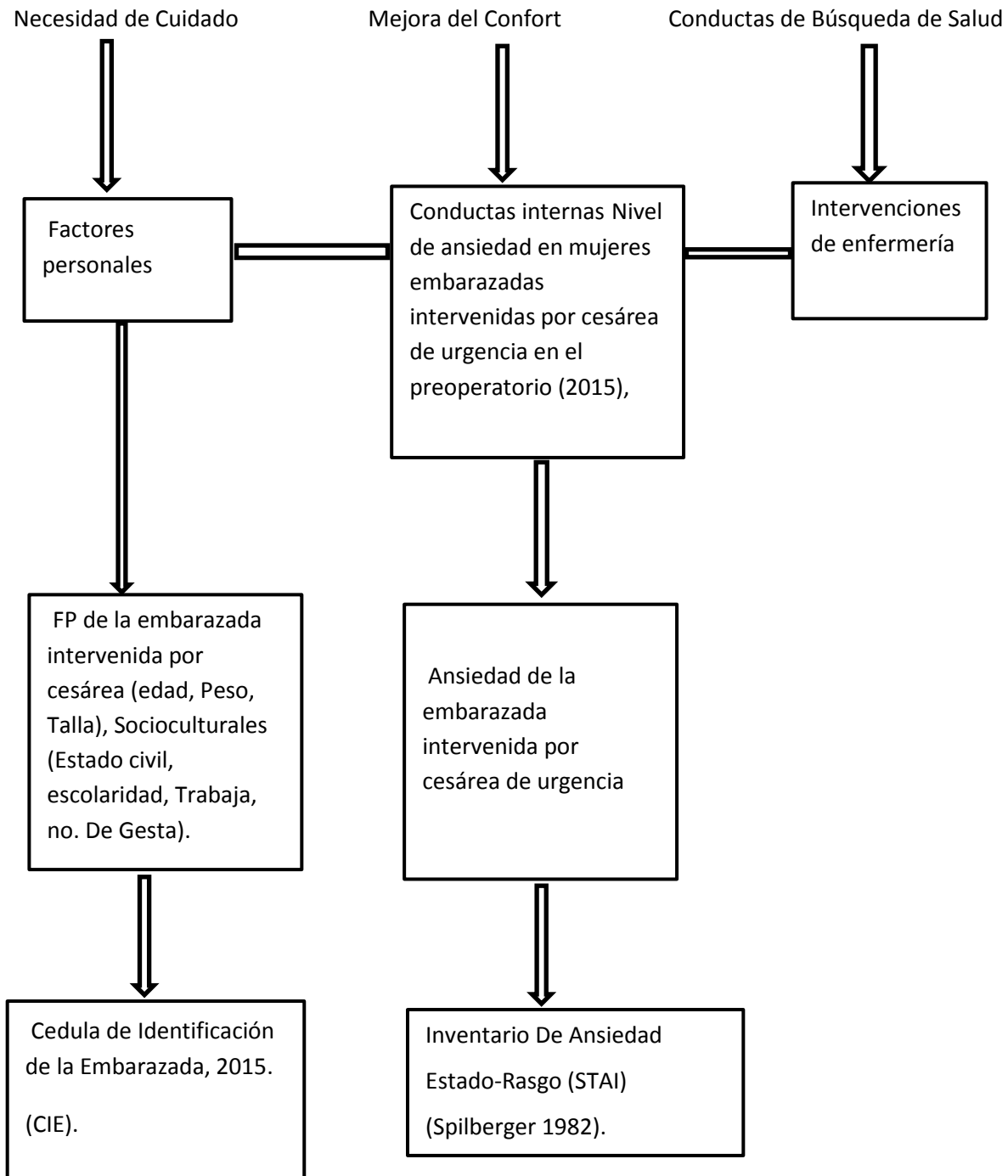


Figura 2 Ubicación del problema de investigación: Nivel de ansiedad en mujeres embarazadas intervenidas por cesárea de urgencia en el preoperatorio (2015), en el Marco Conceptual de la Teoría del Confort de Kolcaba (2007).



1.6 Estructura conceptual teórico empírica de la investigación: Nivel de ansiedad en mujeres embarazadas intervenidas por cesárea de urgencia en el preoperatorio (2015).

1.7 Definición de Términos

Los términos definidos para el estudio, han tenido referente en esta teoría.

Edad: Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista. (INEGI, 2012). Grado de escolaridad:

Período de tiempo que dura la estancia de una persona en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada y saber su nivel de educación.

La Ansiedad-Estado como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. (González, F 2007, p 338).

Cesárea es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae al producto de la concepción, vivo o muerto, así como sus anexos, a través de una laparotomía e histerotomía, especifica la atención a la madre durante el embarazo y el parto el cual debe de vigilarse estrechamente incluyendo la prescripción, uso, administración de medicamentos valorando el riesgo beneficio.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Urgencia: es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados, podemos decir que Urgencia es una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte pero se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo según la condición para evitar complicaciones no debe retrasarse más de seis horas (OMS); Embarazo: Inicia cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero 5 o 6 días después de la fecundación , el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma, seguido de la implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el

proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. (OMS); Díaz-Guerrero y Spielberger definen "La Ansiedad-Estado como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; Ansiedad-Estado: Se medirá con la escala de STAI (Gonzales, F 2007, p 338). Grado de escolaridad .El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada (INEGI, 2012).

1.8 Estudios Relacionados

Vallejos, Espines Ruiz, y Durán (2011), diseña y valida un instrumento para determinar las preferencias de los médicos ginecobstetras ante la cesárea, presenta una encuesta con 74 preguntas que incluye las dimensiones sociodemográficas, preferencias, competencia y actitudes sobre las indicaciones de la cesárea sin indicación clínica o por petición materna. El instrumento se validó en apariencia, contenido, constructo y consistencia interna. La validación en apariencia se realizó por 18 médicos. La consistencia internase realizó por una Prueba piloto a 30 médicos ginecoobstetras utilizando el alfa de Cron Bach y la significancia estadística por medio de la T-cuadrada de Hotelling se evaluaron los factores relacionados a determinar la actitud del médico frente a la decisión de la vía de resolución del embarazo. El promedio de nacimientos atendidos fue de 20 de los cuales 52.2% fue por vía vaginal y 47.8% por cesárea.

Instituto Nacional De Salud Pública (INSP, 2012), realiza un estudio comparativo para estudiar la elevada recurrencia de las cesáreas, revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto, dicho estudio revela que durante el lapso de esos 12 años, el número de cesáreas que se practican en México aumentó en un 50.3 %.Este estudio es el resultado de la comparación de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) del año 2000 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

(ENSANUT) del 2012. Como resultado del estudio se revela que la proporción de cesáreas realizadas en México pasó del 30 al 45 % en el número de partos totales; de allí se desprende el incremento de 50.3 % Por sector, la proporción de crecimiento de las cesáreas fue de 33.7 % en los hospitales públicos y de 60.4 % en hospitales, clínicas y consultorios privados, (OMS) recomienda que el número de partos por cesárea que se realizan por año no salga del rango del 10 al 15 %, mientras que la Norma Oficial Mexicana (NOM-007) establece que los porcentajes máximos se encuentren entre el 15 y el 20 % desde el año que se toma como inicial para el estudio, el año 2000, todas los Estados de la República en excedido el límite de estos procedimientos, con la excepción de Chiapas y Oaxaca. Entre las instituciones que más procedimientos de este tipo han realizado, el ISSSTE es la que más ha practicado, ya que el 68 por ciento de los partos se han efectuado de esta manera

Baños, Benítez, Azumen di, Guzmán, Jiménez, Y Enciso (2013), en el XXXII congreso nacional de la sociedad española de ginecología y obstetricia presentaron un estudio de nivel de ansiedad en gestantes a las que se les realiza cesárea electivas con respecto a las urgentes, estudio prospectivo, observacional, de nivel de ansiedad en gestantes en las que se ha realizado cesárea como forma de finalización, para el estudio se ha repartido una encuesta cada gestante, el cuestionario STAI. El cuestionario se ha repartido a todas las cesáreas realizadas en nuestro hospital. Clasificando las cesáreas en electivas (realizadas de forma programada), no programadas y en urgentes. Dentro del grupo las no programadas incluimos las realizadas por no progresión de parto (NPP), fallo de inducción (FI) y desproporción feto pélvica (DPF). Y dentro de las urgentes incluimos las realizadas por riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF), gestosis, interés materno o fetal, corioamnionitis, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) y placenta previa (PP)sangrante. El tamaño de la muestra fue de 100 gestantes a las que se les ha realizado una cesárea como forma de finalización de la gestación. La edad media de dichas pacientes es de 31,7 años, siendo el porcentaje mayor el de las de 36 años, correspondiente a una frecuencia del 12%. La edad gestacional media es de 37,4 semanas. El

intervalo entre las semanas 37 y 40 de amenorrea es el de mayor frecuencia, con un 62% de todas las gestaciones. Al evaluar el tipo de indicación de las cesáreas encontramos que el 24% de las realizadas corresponden a cesáreas programadas (electivas), un 42% de cesáreas no programadas (no urgentes) y un 34% de cesáreas urgentes. En lo respectivo a los test de STAI realizados por las pacientes, todas ellas respondieron a ambas partes del formulario. Dentro de la primera parte referente a la ansiedad estado, es decir, la que se asocia a momentos estresantes, un 48% de las pacientes mostraron características de ansiedad. Sin embargo al evaluar el estado de ansiedad basal de las pacientes, se observa que el porcentaje de ansiedad es menor, correspondiendo a un 38%. Por lo tanto podemos determinar que existe un incremento del 10% de los niveles de ansiedad en el grupo de gestantes estudiadas con un nivel basal de ansiedad normal.

Esther Diez Álvarez, Arróspide, Mar, Álvarez, Beláustegui, Lizaur.Larrañaga, Arana, (2012), realizaron un ensayo clínico aleatorizado simple ciego, realizado con una muestra de 335 pacientes programados para intervenciones quirúrgicas en dos hospitales comarcales: Hospital Alto Deba y en el Hospital de Mendaro, la eficacia del procedimiento fue recogida mediante el cuestionario de autoevaluación STAI ansiedad-estado. En el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el estadístico chi-cuadrado en el caso de los factores y la t de Student para la igualdad de medias en el de variables continuas. El impacto de la intervención sobre las medidas de la ansiedad estado y ansiedad rasgo se mostró la mayor ansiedad de estado de las mujeres intervenidas en la especialidad de ginecología frente a los demás intervenidos. En el caso de la ansiedad rasgo se observa que un nivel de ASA mayor de 2 supone una mayor ansiedad; además, el consumo de psicofármacos también está relacionado con un mayor nivel de ansiedad de rasgo.

Jaime Ortiz, Suwei Wang, MacArthur A. Elayda, Daniel A. Tolpin (2015), realizaron un estudio con el objetivo de este estudio fue desarrollar materiales explicativos para el paciente sobre la anestesia que podrían ayudar a mejorar la satisfacción del paciente respecto a su conocimiento del proceso peri operatorio y a disminuir la ansiedad en un hospital comunitario con una gran población de hablantes de lengua española. En los pacientes que recibieron el

folleto hubo una mejoría estadísticamente significativa con relación a las preguntas sobre la satisfacción con la comprensión del tipo de anestesia, las opciones para el control del dolor, lo que los pacientes deberían hacer el día de la cirugía, como también la cantidad de informaciones prestadas sobre el plan de anestesia. No hubo diferencia en la ansiedad relacionada con la cirugía entre los pacientes que recibieron y los que no recibieron el folleto educativo, los folletos explicativos mejoraron la satisfacción del paciente respecto al conocimiento del proceso perioperatoria, pero no redujeron la ansiedad relacionada con la cirugía.

Olivero (2011), en su estudio de Ansiedad preoperatoria en el Hospital general de México Conoce y determina las causas, la incidencia y el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía electiva en donde fueron evaluados 500 pacientes con edades de entre 18 y 65 años durante el periodo preoperatorio, 24 horas antes de la cirugía y demostraron que el 35% de los pacientes manifestaron miedo al ambiente hospitalario, 33% a la cirugía, 45% a la anestesia, 47% no conocían al cirujano y el 45% no sabían en qué consistía la cirugía que se les realizaría. Lo que nos indica que el 80 % de los pacientes presentaron algún síntoma de ansiedad.

Vivas, Girón, Rico, Urbina, Jiménez, Ortega, Delgado, (2009), realizaron un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal llamado Nivel de Ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía de la Fundación Mario Gaitán Yanguas en el periodo comprendido de octubre-noviembre del 2008 utilizaron la Escala de Valoración de la Ansiedad de Spielberger Idare-Estado y observaron que el 59% de los pacientes tenían conocimiento acerca del procedimiento, 50.9 % presentaron un nivel de ansiedad moderada y que los procedimientos con mayor nivel de ansiedad fue colecistectomía 67%. En cuanto a la relación entre el procedimiento y el nivel de ansiedad más alto se presentó en cesárea; y la relación entre el grado de información del procedimiento y el nivel de ansiedad, se encontró que, a pesar de que la mayoría de los pacientes manifiestan conocer el procedimiento, predomina el nivel de ansiedad moderada y baja.

Vázquez, Y Paima (2011, investigo la Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en postcesareas de pacientes adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima Perú, realizó un estudio observacional, transversal, la muestra estuvo constituido por 503 mujeres adolescentes que fueron atendidas en el INMP, de las cuales 216 adolescentes tienen un riesgo de depresión postparto y 196 presentan una probable depresión. En el análisis se incluyó el promedio, desviación estándar, las frecuencias y la asociación entre el tipo de cesárea y la depresión postparto, se realizó mediante la Escala Edinburg para la Depresión Postparto. Resultados: Se incluyó 503 adolescentes post cesáreas, cuyas edades fluctuaban entre los 15 y 19 años, siendo el promedio 17,6 años + 1,05 años. 4% (20/503) eran casadas, 47% (238/503) convivientes y 49% (245/503) solteras. 5% (27/503) tenían un grado de instrucción Primaria, 89% (444/503) Secundaria y 6% (32/503) Superior. 97% (489/503) presentaba una condición familiar dependiente, 3% (14/503) era Independiente. 95% (478/503) tuvieron controles prenatales y un 3% (25/503). El 54% (271/503) fueron cesáreas no programadas y el 46% (232/503) programadas. Se encontró asociación significativa entre la cesárea no programada con el riesgo y/o probable depresión postparto.

Blasco, Monedero, Alcalde, Criado, Enciso Y Abehsera (2013) Realizan un estudio prospectivo de 118 gestantes vistas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología Psicosomática del Hospital Materno- Infantil de Málaga por ansiedad, depresión o tratamientos psicofarmacológicos. El análisis estadístico es observacional descriptivo y prospectivo, el cual busca factores de riesgo de depresión durante el embarazo, describe posibles relaciones entre depresión y embarazo, estudia si esta enfermedad puede repercutir sobre el recién nacido, embarazo o parto, respecto a los antecedentes psicológicos, el 30% había tenido depresión y el 9% crisis de ansiedad entre las pacientes tratadas hubo 63 casos de depresión, 106 de ansiedad (56 con depresión) y 9 de estrés (5 con ansiedad y 4 con ansiedad y depresión). El 60% tenía un parto anterior y el 40% tuvo uno o más abortos (el 32% eran interrupción voluntaria del embarazo, el resultado fue partos eutócicos, un 66%; cesáreas, un 28%; abortos espontáneos, un 4%; IVE, un 2%; partos pre término, un 16% (mayor que en población normal, lo que corrobora

la bibliografía al respecto). El 5% fue eutócico y el 11% por cesárea. En relación con la valoración riesgo-beneficio, es más perjudicial para el feto que la madre se encuentre ansiosa o depresiva que el posible efecto que sobre él puede ejercer el psicofármaco.

Gálvez (2014), determina la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013, realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo con población constituida por 762 pacientes cesáreas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes. Al analizar las 160 historias clínicas, se encontró que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 81%, se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2 500 g. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preclamsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, como resultado de este estudio la tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero-Diciembre 2013 fue de 42 % respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40 % registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18 % son cesáreas emergencia y el 24 % son de tipo electivas, fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%.

Redondo, Sáez Y Arias (2013) Describen la variabilidad entre niveles hospitalarios del porcentaje de cesáreas y los motivos para realizarlas en mujeres sin y con cesárea previa, llevan a cabo un estudio transversal descriptivo de la actividad obstétrica de 111 hospitales (año 2010) clasificados en seis niveles. Se crearon 10 grupos de motivos de cesárea partiendo del diagnóstico principal. Se calcularon medidas descriptivas de tendencia central y de dispersión, y se utilizó el

test de Kruskal-Wallis, para la comparación entre niveles. Como resultados el porcentaje global de cesáreas fue del 25,4%. Los hospitales privados y públicos de menor nivel tecnológico presentaron mayores porcentajes de cesáreas en mujeres sin cesárea previa (34,7% y 30,4% en los privados y 22,4% en los públicos de menor nivel). Entre los niveles públicos no hubo diferencias en el porcentaje de cesáreas indicadas.

Piloto Y Nápoles (2014), realizaron un estudio en el hospital General Dr. Juan Bruno Sayas Alfonso sobre consideraciones en el índice de cesáreas, con elevado incremento de la morbilidad y mortalidad maternas. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal, durante el periodo de 1970-2011 se evidenció un incremento sostenido de la cesárea en el país, en correspondencia con todas las provincias, de alrededor de 1 % anual en los últimos años. El aumento de la tasa de cesáreas se hizo más marcado entre los años 2002-2010 y 4 provincias muestran los indicadores más altos. En el último bienio (2010-2011), el indicador presentó los valores más elevados, de 30,6 y 30,4 %, respectivamente, la evolución de la cesárea en Cuba mostró un aumento sostenido y constituye un motivo de preocupación que exige el análisis y la toma de decisión que se aseguren, además, indicadores adecuados tanto de morbilidad y mortalidad materna como perinatal.

Naranjo, Y Salazar (2012), realizan un estudio de comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los hospitales Eugenio Espejo y clínicas Pichincha marzo – octubre 2012, ensayo clínico controlado aleatorizado pacientes de cirugía programada para Cirugía General, Ginecología, Traumatología, Cirugía Vascular, Otorrinolaringología, Proctología, Urología, y Oftalmología, estado físico I y II según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología. El tamaño de la muestra fue 294 pacientes del cual se calcula una muestra con un nivel de confianza del 95% y un poder del 80%. Se utilizaron como parámetros un porcentaje de ansiedad de 50%, tomando un valor de ansiedad en el grupo experimental de 25% lo cual resulta en una muestra mínima de 55 pacientes por cada grupo con asignación 1 a 1 (50% - 50%), este cálculo se lo

realizó en el Iceberg Sim beta 4.0.3. El 60.2 % de los pacientes presentan ansiedad, no se encontró relación significativa con las variables demográficas, la visita pre anestésica se comporta como factor protector de la ansiedad con una $p=0.00046$, al igual que el conocer al anestesiólogo con una $p=0.00026$, el 71% de los pacientes que recibieron la visita pre anestésica se encontraron satisfechos con la realización de la misma.

Oscoco y Escajadillo (2011), realizaron un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal para determinar la actitud que adopta la enfermera durante la atención y el nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio, en un hospital público de Pisco encontraron que en relación a la actitud que adopta la enfermera durante la atención al paciente es favorable en un 87% y medianamente favorable en un 13%. En lo que se refiere al nivel de ansiedad; el 10% de los pacientes presenta ausencia de ansiedad, el 63% presenta ansiedad leve y el 27%, presenta ansiedad moderada., por lo que concluyeron que la actitud que adopta la enfermera durante la atención al paciente es favorable, y la ansiedad leve está presente en los pacientes en el preoperatorio.

Muñoz, Rosales, Aujan y Domínguez (2011), realizaron un estudio descriptivo y transversal realizado en los cuatro principales hospitales de segundo nivel del sector salud del estado de Aguascalientes, que en conjunto suman 81% de la atención obstétrica del estado, entre el 1 de septiembre de 2008. Se analizaron: indicación de operación cesárea y su clasificación; embarazos previos, estado civil, edad gestacional, peso, Apgar al minuto del recién nacido y el método anticonceptivo indicado durante el evento, La cesárea es la cirugía que con mayor frecuencia se realiza en todos los hospitales de segundo nivel de atención médica y con mayor frecuencia en hospitales privados de México, así como en sector salud de la ciudad de Aguascalientes durante el periodo de estudio se registraron 2,964 embarazos mayores de 29 semanas; de éstos, 1,195 se terminaron por operación cesárea con una tasa global de 40.3%. Se encontraron 45 indicaciones diferentes, lo que indudablemente refleja la gran diversidad de criterios en el personal médico institucional para programar la operación, a pesar de que cada institución cuenta con diferentes recursos y con una población de diferentes características, deben elaborarse protocolos de

tratamiento por parte del personal de cada hospital que tengan como piedra angular la prueba de trabajo de parto y solicitar una segunda opinión ante una cesárea programada, todo esto con el fin de disminuir la frecuencia de la operación cesárea.

Valenzuela, Barrera, Ornelas (2010), determinan que la ansiedad preoperatoria es un evento frecuente y poco evaluado en los pacientes que serán sometidos a intervención quirúrgica. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de ansiedad en un grupo de pacientes sometidos a cirugía electiva, mediante la escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS). Se realizó un estudio transversal analítico en 135 pacientes para evaluar la presencia de ansiedad preoperatoria mediante la escala APAIS 24 horas antes del procedimiento quirúrgico, para el análisis estadístico descriptivo se utilizaron promedios y desviación estándar en las variables numéricas, en las diferencias intragrupo se utilizó χ^2 . Se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson para la asociación entre ansiedad y complicaciones posoperatorias. Un valor de p menor o igual a 0.05 fue considerado significativo, como resultado se obtuvieron criterios de inclusión de 106 pacientes, 88 % del sexo femenino, la edad promedio fue de 44 ± 12 años, los cuales presentaron ansiedad preoperatoria 72 (76 %, $p = 0.001$) con una puntuación promedio en la escala de APAIS igual a 17 ± 7.0 , con mayor frecuencia en el sexo femenino (70 %, $OR = 5.08$, $p = 0.002$). Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren la presencia de grados elevados de ansiedad preoperatoria en pacientes electivos. El origen de la ansiedad parece relacionarse a factores que pueden ser evaluados en la consulta pre anestésico y que es necesario seguir estudiando para prevenir la presencia de este trastorno.

Torres y Priego (2008), efectuaron un estudio de sombra en una muestra a conveniencia de 16 enfermeras generales y enfermeras quirúrgicas del turno matutino y vespertino del área de quirófano del Centro Médico ISSET durante el periodo comprendido del 20 al 25 de junio de 2008. Los datos se recabaron por un observador distante en una Guía de observaciones dirigidas, misma que se contrastó posteriormente con el Modelo ideal (flujograma) previamente elaborado de las fases del proceso enfermero de la visita preoperatoria, que se sometió a un proceso Delphi modificado ante diversas enfermeras especialistas quirúrgicas. Para tener la validez y

confiabilidad del instrumento de recolección, se efectuó una prueba piloto durante la visita preoperatoria de enfermería en el servicio de quirófano del Hospital Regional De Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasús”, Los datos obtenidos se analizaron en el programa de estadísticas de Microsoft Excel (determinación de frecuencias absolutas y relativas) efectuando una comparación con base al nivel de estudios de las enfermeras participantes y fases del proceso enfermero. En estudios previos se ha demostrado que, en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos una semana antes de su admisión, es fundamental que el equipo multidisciplinario actúe de manera coordinada, brindando orientación e información suficiente al paciente y sus familiares. La visita preoperatoria se efectuó mayoritariamente por las enfermeras generales (56%) en comparación a las enfermeras quirúrgicas (44%). Durante la visita preoperatoria no se realizó al 100% en cada una de las fases. Con las dimensiones de calidad humana y técnica, se observó que en la fase I (asesoría a pacientes) sólo el 25% de las acciones se realizaron y el 75% no se realizó, en la fase II (verificación del historial clínico) el 38% de las acciones realizó y el 62% no se efectuó, en la fase III (valoración física del paciente) solo 44% de las acciones se realizaron y el (56%) no, en la fase IV (verificación de ejecución de indicaciones preoperatorias) solo el 44% de las acciones se efectuó y el 56% no se realizó.

1.9 Hipótesis.

A mayor edad mayor nivel de ansiedad.

A mayor escolaridad mayor nivel de ansiedad.

1.9.1 Objetivo.

Demostrar que el nivel de ansiedad en pacientes sometidas a cesárea de urgencia aumenta a través un instrumento de medición para evidenciar científicamente el estado del paciente durante el preoperatorio inmediato.

CAPITULO II

Metodología

Es este capítulo se desarrollan el diseño de estudio, población, muestreo muestra, criterios de inclusión, instrumentos, el procedimiento para la recolección de datos, estrategias para el análisis de resultados y consideraciones éticas.

2.1. Diseño de Estudio:

Descriptivo, correlacional, ya que existe una exposición, una respuesta y una hipótesis para contrastar los sujetos en el grupo a estudio.

2.2 Población Muestreo y Muestra

La población blanco fueron mujeres embarazadas que son operadas por cesárea de urgencia en el Hospital Prospera No 88 de la comunidad de san Salvador el Seco Puebla , con una muestra de 20, el muestreo es aleatorio simple por conveniencia.

2.3 Criterios de Inclusión.

Mujeres embarazadas que ingresan al servicio de urgencias, que acepten participar en el estudio con previa firma de consentimiento informado.

2.3.1. Criterios de Eliminación

Pacientes que no aceptan firmar el consentimiento informado, pacientes que se envían a tercer nivel.

2.4 Instrumento de Medición:

El cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden conceptos independientes de la ansiedad como estado (E) y como rasgo (R). La escala Ansiedad estado que consta de 20 frases con una escala de respuestas tipo Likert con las que el sujeto puede describir cómo se siente en un momento particular y cuyas posibles respuestas son: nada 0, algo 1, bastante 2, mucho 3; y la escala. La ansiedad Rasgo consta a su vez de 20 frases con las que el sujeto puede mostrar cómo se siente generalmente, y posibles respuestas son: casi nunca 0, a veces 1, a menudo 2, y casi siempre 3, para este caso utilizaremos la escala Ansiedad estado en el cual estudiaremos como se siente la paciente en el momento.

2.5 Procedimiento de Recolección de Datos

Se acudirá al Hospital Rural No 88 de San Salvador el Seco en donde con previa autorización de los directivos se realizara este estudio en el turno matutino de dicho hospital, se solicitara la bitácora , lista de pacientes que ingresan a urgencias durante un mes que contengan los datos de paciente embarazadas ,se hará una revisión de sus expedientes para elegir el grupo , de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión ,eliminación, los grupos serán conformados por 20 pacientes respectivamente, a los se le realizará una visita pre quirúrgica de 15 minutos de duración por parte del personal Especialista en Enfermería quirúrgica. Para realizar la visita debo iniciar con presentación Enfermera-Paciente, hoja de registro de intervención quirúrgica ,revisión del expediente ,consentimiento informado, estudios de gabinete o radio diagnóstico , confirmación de existencia de paquetes globulares y hoja de autorización de cirugía firmada, valoración del nivel de ansiedad con la escala STAI Ansiedad -Estado . Recogida de la información de los datos iniciando a conocer el consentimiento informado y su firma, valoración del nivel de conocimiento e información detallada de forma individual del procedimiento quirúrgico a realizar, permitiendo aclarar dudas respondiendo a sus preguntas y por ultimo valoración de ansiedad con la escala

STAI Ansiedad-Estado. Cabe mencionar que las preguntas realizadas al paciente solo se basaran en la actuación de rutina de acuerdo al acto quirúrgico (tipo de anestesia a utilizar, duración estimada de la intervención), la visita, recogida de datos del paciente, y el cuestionario STAI de auto evaluación, se realizarán en el preoperatorio inmediato, en la hora previa a la intervención quirúrgica.

2.6 Consideraciones Éticas

El presente trabajo de investigación tiene su fundamentación legal en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en la Ley General de Salud el día 7 de febrero de 1984, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que entro en vigor a partir 1o. de julio del mismo año; donde se establecieron y definieron las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la distribución de competencias entre la Federación y las Entidades Federativas en Materia de Salubridad General.

El Artículo 3º menciona que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al, a) Conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, b) al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, c) a la prevención y control de los problemas de salud, d) al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud, e) al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud y f) a la producción de insumos para la salud.

El Artículo 13 dice que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En el Artículo 14 Se mencionan las bases conforme deberá realizarse la investigación en seres humanos: a) se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen, b) se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos, c) se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo, d) deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles, e) contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, f) deberá ser realizada por profesionales de la salud tales como: médicos, odontólogos, médico veterinario, biólogos, enfermeros, trabajador social, químicos, psicólogos, nutriólogos; que cuenten título profesional o certificado de especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes, g) contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, h) se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud.

El Artículo 16 menciona que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. En base al Artículo 17 se considera este estudio de investigación sin riesgo, pues no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Respecto al Artículo 18 el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún

riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

2.7 Estrategias de Análisis

El análisis de los datos se realizará mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Package For Social Sciences) versión 19 para windows. Se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencia y proporciones medidas de tendencias de tendencia central. Así mismo se obtuvo la consistencia interna de los instrumentos aplicados mediante el coeficiente Alpha de Cronbach.

Capítulo III

Resultados

Los resultados sobre el nivel de ansiedad en embarazadas operadas por cesárea de urgencia, con una muestra de 20 pacientes del Hospital Rural No 88 aplicado en el servicio de urgencias, en el cual se utilizó el cuestionario STAI ansiedad-estado, realizando una descripción de la muestra de estudio, confiabilidad de los instrumentos, matriz de correlación de Spearman, con lo cual se comprueba la hipótesis.

3.1 Descripción de la Muestra

La descripción de la muestra del estudio se presenta en las siguientes tablas.

Tabla 1

Factores Biológicos de la Muestra de Estudio

Variable	Categoría	f	%
Edad	14-21	5	25
	22-29	4	20
	30-37	8	40
	38-42	3	15
Gesta	Primigesta	6	30
	Secundigesta	8	40
	Multigesta	6	30

FUENTE: CDFPDB-2015

n=20

En la tabla 1 observamos al grupo de edad de 30-37 años la mayor frecuencia es de 8 equivale al (40%), en lo referente a gesta ocurre en pacientes secundigestas en frecuencia de 8 (40%).

Tabla 2

Factores Sociales de la Muestra de Estudio

Variable	Categoría	Fx	%
Estado civil	Soltera	6	30
	Casada	12	60
	Divorciada	2	10
Escolaridad	Primaria	3	15
	Secundaria	7	35
	Preparatoria	6	30
	Profesional	4	20
Trabaja	Si	10	50
	No	10	50
FUENTE: CDFPDS-2015			n=20

En la tabla 2 en lo que se refiere a estado civil predominan las pacientes casadas con un 60% (12), de acuerdo a escolaridad cuentan con secundaria 35% (7), preparatoria 6 equivalente a 30%, en relación al trabajo el 50% trabaja y el otro 50% no trabaja.

3.2 Confiabilidad del Instrumento

La consistencia interna se obtuvo mediante el coeficiente alfa de Cronbach

Tabla 3

Consistencia Interna del Instrumento

No	Escala General	Ítems	Alfa de Cron Bach
1	Inventario De Ansiedad Estado-Rasgo Ansiedad-Estado	1-20	.918

FUENTE: IAERAE, 2015

n=20

Como se observa en la tabla 3 el inventario de Ansiedad Estado-Rango, Ansiedad-Estado obtuvo un puntaje .918, este instrumento muestra una consistencia interna aceptable para la aplicación del estudio (Polit & Hungler 2002).

3.3 Descripción de las Variables de Estudio

En este apartado se presenta la descripción del índice de los datos recabados con el instrumento aplicado.

Como se puede observar en la tabla 4, el inventario de ansiedad Estado, Ansiedad Rango obtuvo una media de 22.42 con una DE de 15.36, la edad una media de 2.5, con una DE 1.0. En la distribución de los datos en la curva de Gauss mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para ambos se obtuvo una distribución normal de los datos, y se decide utilizar estadísticos multivariados paramétricos.

Tabla 4

Estadística Descriptiva y Prueba de Kolmogorov- Smirnov

Índice	X _L	X _s	X	Mdn	D E	K-Z	P
Edad	1	4	2.50	3	1.000	.241	.159
Ansiedad	-2	52	22.42	33.75	15.36	.126	.097

FUENTE:STAI, CDFPDS-2015

n=20

3.4 Matriz de Correlación de Pearson

En el siguiente rubro se dan a conocer los resultados de matriz de Correlaciones de Pearson entre factores personales biológicos, sociales e inventario de Ansiedad Estado.

Tabla 5

Matriz de Correlación de Pearson

VARIABLES	1	2	3	4	5
1.Edad	1.000				
2.Estado civil	.513*	1.000			
Valor de p	.021				
3.Trabaja	.308	.667**	1.000		
Valor de p	.187	.001			
4.Escolaridad	-.079	.103	-.051	1.000	
Valor de p	.740	.666	.830		
5.Indice	.066	-.113	.072	.252	1.000
Ansiedad	.783	.635	.762	.284	

FUENTE: CFP, 2015 STAI, 2015

n=20

En la tabla 4 se da a conocer los resultados de la matriz de correlación de Pearson entre factores personales biológicos, sociales, inventario de ansiedad- escala en la cual hay una correlación significativa (p .066).

Conclusiones

Predomina la edad

Las mujeres embarazadas con mayor edad representan un 40%, por lo cual es el grupo predictor presentar mayor nivel de ansiedad, en relación al grupo de adolescentes que representan el 25%.

La cedula de factores personales: Edad es un factor predictor que incrementa el nivel de ansiedad en las mujeres embarazadas en el preoperatorio inmediato.

En la cedula de factores personales: Escolaridad representa un valor predictivo negativo en el cual no hay un nivel de significancia ante la ansiedad en mujeres embarazadas.

La ansiedad determina ser un factor predictivo en la edad, se encuentra una diferencia significativa entre la media de edad y escolaridad.



**Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría Académica de Posgrados e Investigación
Decanato Académico de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería**

Nivel de Ansiedad en Mujeres Sometidas a Cesárea de Urgencia en el Preoperatorio Inmediato

Investigador Elizabeth López Calderón

Se realiza la presente investigación para obtener el grado de Especialidad en Enfermería Quirúrgica en la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla teniendo como objetivo Demostrar que el nivel de ansiedad en pacientes sometidas a cesárea de urgencia aumenta a través un instrumento de medición para evidenciar científicamente el estado del paciente durante el preoperatorio inmediato en el Hospital Rural Prospera No88 de la comunidad de San Salvador el Seco basado en el instrumento de Ansiedad Estado el cual medirá la ansiedad en el momento.

El cuestionario se realiza con fines académicos de carácter voluntario, si usted no está de acuerdo podrá retirar el consentimiento de la información otorgada.

El presente trabajo de investigación tiene su fundamentación legal en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (LGS). El 7 de febrero de 1984 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde indica que cualquier investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer a criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos, bienestar contara con el consentimiento informado, y por escrito el sujeto a investigación o su representante legal además de que deberá ser realizado por profesionales de la salud.

Yo _____

He leído el consentimiento informado por escrito y aclarado mis dudas con respecto a la investigación comprendo que la participación es voluntaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Firma de la participante

Firma del investigador



**Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría Académica de Posgrados e Investigación
Decanato Académico de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería**

1.-Edad

2.-Estado civil

3.-Escolaridad

4.-Trabaja

5.-Peso

6.-Talla

7.-Gesta

Apéndice C



Instrumento Inventario De Ansiedad Estado-Rasgo

Ansiedad-Estado

Instrucciones: A continuación encontrara unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno así mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor como se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas, no emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14	Me siento muy atado (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3

Referencias Bibliográficas

Baños, C, Benítez, M, P, Azumen di, G, Guzmán L, Jiménez, A, Criado, E, (2013)

XXXII congreso nacional de la sociedad española de ginecología y obstetricia,

Nivel de ansiedad en gestantes a las que se realiza cesárea como forma de

Finalización

Blasco A, Monedero, M, Alcalde T, Criado S, Criado E, y Abehsera B (2013)

Estrés, ansiedad y depresión en gestantes controladas en la Unidad de Ginecología

Psicosomática del Hospital Materno-Infantil de Málaga

Brazilian Journal of Anesthesiology (edición en español) volumen 65, Issue1, January–

February 2015, Pages 7–13

Cronica.com.mx/notas/2013/775883.html En México uno de cada dos mexicanos nacen por cesárea

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2012). Presentación Bases de Datos y

Documentación Informes Documentos Analíticos, Análisis Publicados

Enfermería Clínica (2012) Elsevier Efectividad de una intervención preoperatoria de

Enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos

Volumen 22, Issue 1, January–February 2012, Pages 18–26

Farías, A, (2008) La jornada de oriente Puebla Salud, En los hospitales privados 90% de los

Partos es por cesárea.

Instituto Nacional de Salud Pública, (2012) Elevada recurrencia a las cesáreas

La tendencia y mejorar la calidad en el parto, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*, México, 2012

Jaime Ortiz, Suwei Wang, MacArthur A. Elayda, Daniel A. Tolpin (2013)

Artículo Científico información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar

La satisfacción y reducir la ansiedad?

Medina, Graciela, (2009) Violencia obstétrica, en *Revista de Derecho y Familia de*

Las Personas, Buenos Aires, núm. 4

Muñoz, Enrique Rosales, A, Domínguez Y Serrano (2011) Operación cesárea: ¿indicación

Justificante o preocupación justificada! *Ginecobstetricia México* 79(2)

Naranjo, Salazar, R (2012) comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía

Programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información

Preoperatoria de Ámsterdam Olza (2006) *holistika.ne* La Teoría de la Programación Fetal y el Efecto de la Ansiedad Materna durante el Embarazo Neurodesarrollo Infantil

Olza, I., lebrero, E. (2012) *nacer por cesárea*, editorial obstare.

INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos Nacionales”, México, 10 de Mayo de 2012.

OMS, *Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo*

Técnico de Trabajo, Ginebra, 1996. Disponible en <<http://bit.ly/Y3UKMC>>

[Consulta: 10 de noviembre de 2012].

Piloto, P, y Nápoles, M (2014) *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*

Volumen 40(1):35-47

Progresos de Obstetricia y Ginecología, Volumen 51 6, Pagés 334-341

Gálvez Liñán (2013) Tasa de incidencia de cesárea en el hospital San José Del callao,

Periodo enero-diciembre 2013 Lima – Perú

- Redondo, A, Sáez, Oliva, Soler y Arias, A (2013) Variabilidad en el porcentaje de cesáreas Y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles Gac Sanit. 27(3):258–262
- Ruiz, E., Muñoz, J., Olivero, Y Saucillo, I. (2011). Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 63 (4), 231-236
- Torres, J, Priego, A, (2008) Universidad Juárez autónoma de Tabasco, Calidad de la visita
- Valenzuela, Barrera, S Ornelas, A, (2010), Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc102h.pdf
- Preoperatoria de la enfermera quirúrgica
- Vallejos, Espino, S, Ruiz, Y Durán, A (2011) Tendencias y factores asociados a cesáreas en México Perinatología y reproducción humana Volumen 25, Número 4 pp. 212-2
- Vázquez, J, Paima, P, y De Jesus R (2011)
- salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf
- Vivas, V., Girón, P., Rico, L., Urbina, A., Jiménez, J., Ortega, M y Delgado, L. (2009). Nivel de Ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía. *Revista Ciencia y Cuidado*, 6(1) ,19-25.

