

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020

Tesis presentada por la bachiller:

Macedo Santos, Bárbara Taylin

Para optar por el título profesional de:

Médica Cirujana

Asesor:

Dr. Turpo Prieto John Willy

Arequipa – Perú

2020

 **Universidad Católica
de Santa María**
AREQUIPA PERÚ | 051 845 362535 | <http://www.ucsm.edu.pe> | [facebook.com/ucsm.edu.pe](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe)

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 090-FMH-CI-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ,
JUNIO 2020"**

Presentado por el (la) Sr(ía):

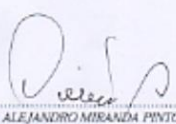
MACEDO SANTOS BARBARA TAYLIN

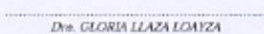
Nuestro dictamen es:

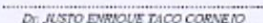
Aprobado

OBSERVACIONES:

Arequipa, 16/07/2020


Dr. ALEJANDRO MIRANDA PINTO


Dra. GLORIA LLAZA LOAYZA


Dr. JUSTO ENRIQUE TANCO CORNEJO

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 090-FMH-CI-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**“NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ,
JUNIO 2020”**

Presentado por el (la) Sr(ta):

MACEDO/SANTOS/BARBARA TAYLIN

Nuestro dictamen es:

favorable (17) diecisiete

OBSERVACIONES:

Arequipa, 17. Julio 2020

.....
Dr. ALEJANDRO MIRANDA PINTO

.....
Dra. GLORIA LLAZA LOAYZA


.....
Dr. JUSTO ENRIQUE TACO CORNEJO

Ced. 1585



Universidad Católica
de Santa María

AREQUIPA-PERÚ

(51 54) 382038

<http://www.ucsm.edu.pe>

[facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 090-FMH-CI-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**“NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ,
JUNIO 2020”**

Presentado por el (la) Sr(ta):

MACEDO/SANTOS/BARBARA TAYLIN

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

Se realigaron las conexiones indicadas

Arequipa, *20 - Julio 2020*

.....
Dr. ALEJANDRO MIRANDA PINTO

Gloria Lloza Loayza
.....
Dra. GLORIA LLOZA LOAYZA
Dra. Gloria Lloza Loayza
PSIQUIATRA
Mgtra. En Salud Pública
Doctora en Medicina
CMP: 17240 - RNE: 8408

.....
Dr. JUSTO ENRIQUE TACO CORNEJO

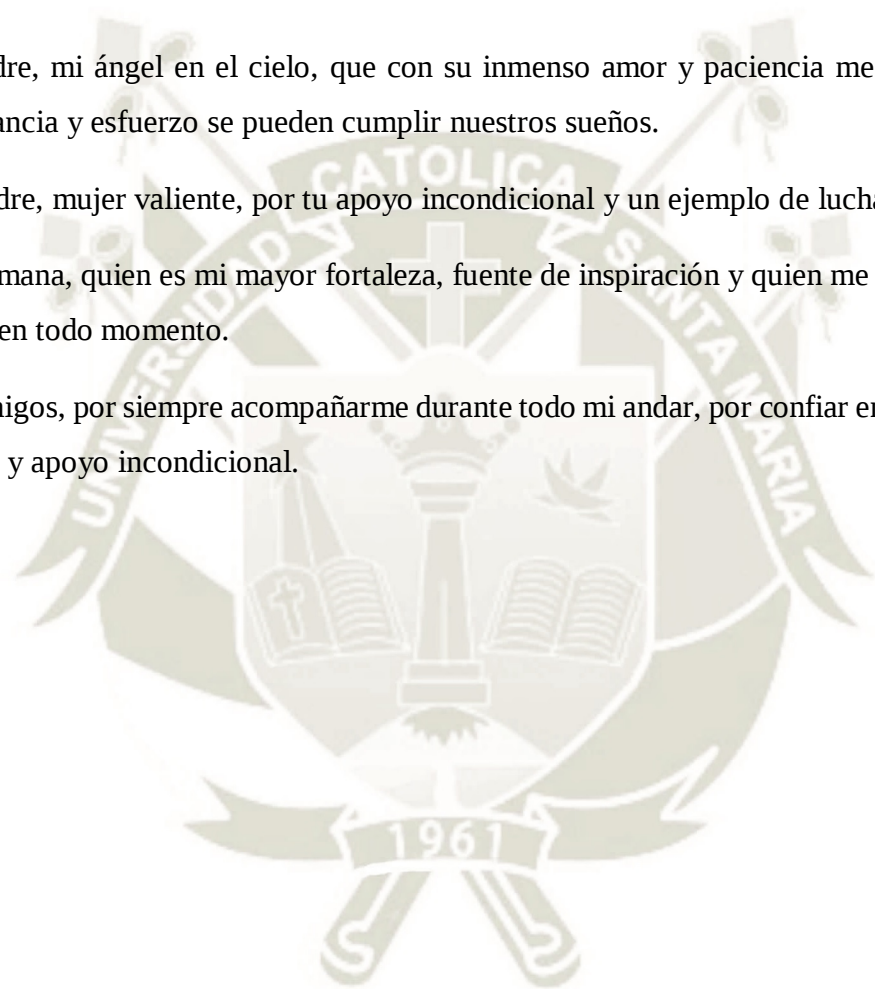
Agradecer a Dios por guiar e iluminar mi mente, mis manos y mi corazón día a día; por haberme dado una razón para soñar, para seguir y por estar junto a mí para levantarme cada vez que tropecé.

A mi padre, mi ángel en el cielo, que con su inmenso amor y paciencia me enseñó que con perseverancia y esfuerzo se pueden cumplir nuestros sueños.

A mi madre, mujer valiente, por tu apoyo incondicional y un ejemplo de lucha diaria.

A mi hermana, quien es mi mayor fortaleza, fuente de inspiración y quien me alienta para salir adelante en todo momento.

A mis amigos, por siempre acompañarme durante todo mi andar, por confiar en mí y brindarme su cariño y apoyo incondicional.



“... Me hice preguntas sin mirarme a los ojos,
apago las alarmas que me avisan que se está haciendo tarde
confundo respirar con vivir
y convivo con una pregunta:
¿Me animaré alguna vez?
Hay una vida que empieza cuando te das cuenta
que hay una sola vida.
Entonces, ¿para qué esperar?”
La Gran Muñeca



RESUMEN

Hoy en día el acto quirúrgico supone un acontecimiento vital importante para el paciente; pero de manera particular lo es en las gestantes; pues ellas durante el embarazo se enfrentan a diferentes cambios tanto físicos como emocionales, en ellas el mínimo estrés puede desencadenar diferentes patologías. En este caso el acto quirúrgico (cesárea) se convierte en el hecho estresante debido al desconocimiento de protocolos y procedimientos que se realizaran, por ello suelen cursar con ansiedad preoperatoria, la cual es una condición emocional temporal que comprende nerviosismo, temor y angustia por la predisposición a una injuria anticipada. Cada gestante tiene diferentes características como lo son las culturales, sociales, económicas y de educación; por ende, tienen diferentes formas de enfrentar este hecho. Este problema es considerado como frecuente y de difícil manejo con efectos deletéreos en el desarrollo del procedimiento quirúrgico y los resultados posoperatorios. Por estas razones buscamos determinar la relación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y las características sociodemográficas de las gestantes programadas a cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná. Realizando un estudio de tipo descriptivo correlacional corte transversal, con elementos analítico mediante el uso de análisis bivariado para estimar asociación y relación. La muestra estuvo conformada por 42 gestantes programadas a cesárea del servicio de Gineco-Obstetricia del hospital antes mencionado, que cumplieron los criterios de selección y firmaron el consentimiento informado. Para la determinación de la ansiedad preoperatoria se utilizó la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de necesidad de Información de Ámsterdam, posteriormente para poder clasificar el nivel de ansiedad se usó el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo; así mismo se registraron las características sociodemográficas de las gestantes. Encontrando los siguientes resultados; el 71.4% de las gestantes tuvieron ansiedad preoperatoria de los cuales, 70% presento alto nivel de ansiedad y 30% un nivel medio.

La edad, el estado civil, la ocupación, procedencia y apoyo familiar son variables independientes del nivel de ansiedad preoperatoria no tienen influencia significativa. Sin embargo, existe una relación inversa significativa entre alto nivel de ansiedad preoperatoria y el menor nivel de educación de las gestantes programadas a cesárea ($p < 0.05$).

PALABRAS CLAVE: ansiedad preoperatoria, gestantes, cesárea.

ABSTRACT

Nowadays the surgical act is an important vital event for the patient, but in a particular way it is so in the pregnant women; because they during the pregnancy face different changes so much physical as emotional, in them the minimum stress can trigger different pathologies. In this case the surgical act (cesarean) becomes the stressful event due to the lack of knowledge of protocols and procedures that will be performed, so they usually attend with preoperative anxiety, which is a temporary emotional condition that includes nervousness, fear and anguish for the predisposition to an anticipated injury. Each pregnant woman has different characteristics such as cultural, social, economic, and educational; therefore, they have different ways of facing this fact. This problem is considered as frequent and difficult to manage with deleterious effects on the development of the surgical procedure and the postoperative results. For these reasons, we sought to determine the relationship between the preoperative anxiety level and the sociodemographic characteristics of pregnant women scheduled for cesarean section at the Hospital de Apoyo Camaná. We performed a cross-sectional descriptive correlational study, with analytical elements using the bivariate analysis to estimate association and relationship. The sample consisted of 42 pregnant women scheduled for the cesarean section from the Gynecology-Obstetrics service of the aforementioned hospital, who met the selection criteria and signed the informed consent. To determine preoperative anxiety, the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Needs Scale was used, and later the State-Trait Anxiety Questionnaire was used to classify the level of anxiety; the sociodemographic characteristics of the pregnant women were also recorded. The following results were obtained: 71.4% of the pregnant women had preoperative anxiety, 70% of which presented a high level of anxiety and 30% a medium level. Age, marital status, occupation, background and family support are independent variables of the level of preoperative anxiety and have no significant influence. However, there is a significant inverse relationship between high preoperative anxiety and lower education level of pregnant women scheduled for cesarean section ($p < 0.05$).

KEY WORDS: preoperative anxiety, pregnant, cesarean section.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la salud mental es un problema importante dentro del ámbito de la salud pública, siendo la ansiedad y la depresión dos de los trastornos más frecuentes a nivel global. La ansiedad es una de las más comunes emociones a nivel universal, es una respuesta adaptativa y hasta vital para nuestro bienestar y desempeño normal.

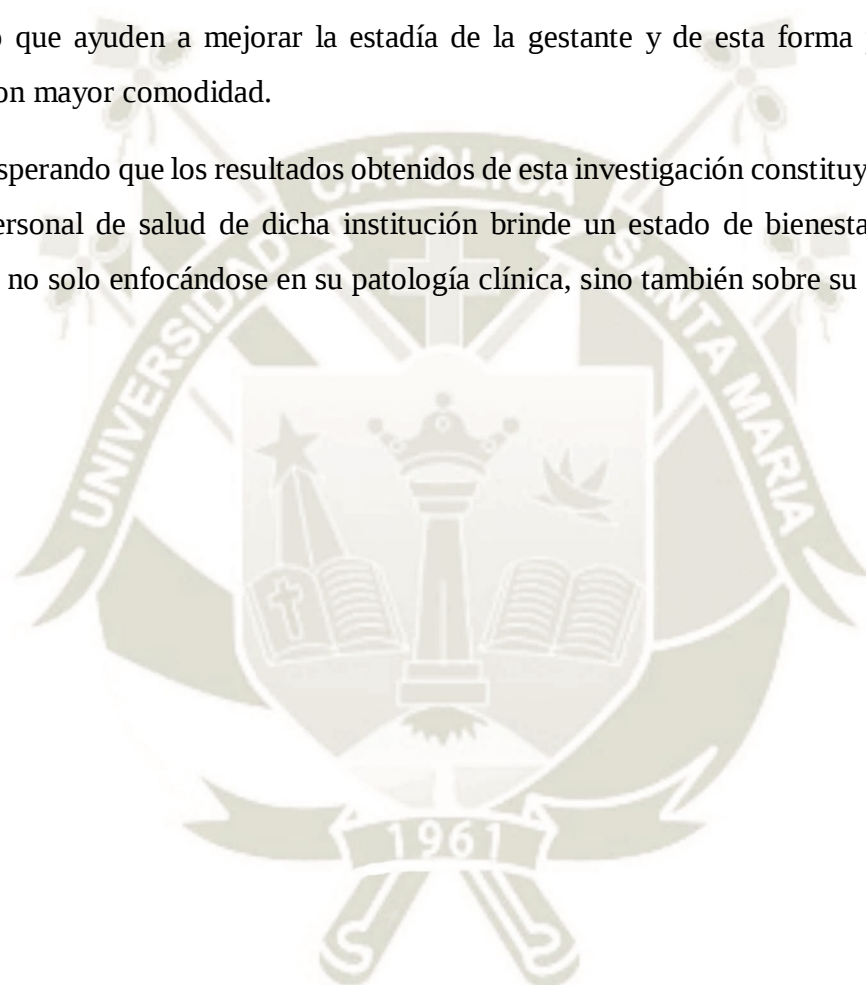
La ansiedad suele afectar más a las mujeres (una de cada diez mujeres); durante la vida de la mujer existe un episodio en el cuál se encuentra más susceptible y ese momento es el embarazo, pues constituye un episodio deseado dentro de la vida procreativa que debe suceder dentro de un marco de bienestar y gratificación, sin embargo, en algunas situaciones se modifican estos conceptos y enmarcan el embarazo dentro de sensaciones de malestar y tensión. Como es de saber que, durante el embarazo las gestantes afrontan diferentes cambios tanto físicos como emocionales; en ellas el mínimo estrés puede desencadenar este tipo de patologías; en este caso, el acto quirúrgico (cesárea) se convierte en el hecho estresante debido al desconocimiento los protocolos y procedimientos que se realizaran durante esta operación.

La ansiedad puede ser una característica de la personalidad de un individuo, o puede ser un comportamiento causado por un evento pasajero e importante que se percibe consciente o inconscientemente como de riesgo. Al primer caso se le denomina ansiedad-rasgo y al segundo, ansiedad-estado. La ansiedad preoperatoria es del tipo ansiedad-estado, como su denominación lo dice, se presenta en los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico.

La ansiedad preoperatoria es una condición emocional temporal que comprende nerviosismo, temor y angustia por la predisposición a una injuria anticipada. Se considera como un problema frecuente y difícil con efectos deletéreos en el desarrollo del procedimiento quirúrgico y los resultados posoperatorios. Pues se evidenció que en gestantes en las cuales se indicó cesárea programada el nivel de ansiedad preoperatoria tiende a ser elevado, como se demuestra en estudios que en Latinoamérica donde se tiene una prevalencia entre el 60-80 %, ya sea tanto por: al desconocimiento o que ésta puede que no sea la adecuada pues es obtenida de forma fácil a través de los dispositivos electrónicos y llevando aún más a otras dudas; o que esté relacionada a ciertas características sociodemográficas como lo son ser joven, ser madre soltera, ser ama de casa, baja escolaridad, entre otros.

En general, todo paciente con ansiedad preoperatoria es un conjunto de obstáculos, desde la dificultad al canalizar una vía periférica debido a la vasoconstricción que se produce hasta los mayores requerimientos anestésicos para mantener la hipnosis, difícil manejo del dolor postoperatorio incluso mayor estancia hospitalaria. Por todo lo mencionado anteriormente es que nace el interés de buscar demostrar la relación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y las características sociodemográficas en gestantes programadas a cesárea del Hospital de Apoyo Camaná; para así en un futuro poder realizar intervenciones en el momento adecuado que ayuden a mejorar la estadía de la gestante y de esta forma poder afrontar la cirugía con mayor comodidad.

Esperando que los resultados obtenidos de esta investigación constituyan un aporte para que el personal de salud de dicha institución brinde un estado de bienestar completo a las gestantes no solo enfocándose en su patología clínica, sino también sobre su salud mental.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS.....	1
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	6
CAPÍTULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	30
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIAS	37
ANEXOS.....	39
Anexo 1: Proyecto de Investigación.....	40
Anexo 2: Matriz de sistematización de información.....	92

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (Anexo 2) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Anexo 3).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en el mes de junio del año 2020.

2.3. **Unidades de estudio:** Gestantes hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná.

Población: Todas las gestantes programadas a cesárea del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná en el periodo de estudio.

Muestra: No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra ya que se abarcó a todas las gestantes de la población que cumplieron los criterios de selección.

2.4. Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Gestantes programadas a cesárea sin actividad uterina.
- Gestantes mayores de edad.
- Gestantes que no fuesen consumidoras de sustancias psicoactivas
- Gestantes que no tuviesen diagnóstico previo de psicopatologías.
- Participación voluntaria en la investigación.

Criterios de exclusión

- Gestantes que sean sometidas a cesárea de emergencia.
- Gestantes que tengan como diagnóstico enfermedad psiquiátrica previa.
- Gestantes que no desearon participar en la investigación.
- Gestantes con alguna dificultad mental para obtener la información.
- Otros diagnósticos obstétricos como óbito fetal.

3. Tipo de investigación: Se trata de un estudio de campo.

4. Diseño de investigación: Es un estudio observacional, prospectivo y transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se solicitó los permisos requeridos al Hospital de Apoyo Camaná para la realización del estudio. Posteriormente, la recolección de los datos se realizó en los ambientes del Servicio de Gineco-Obstetricia, del hospital antes mencionado, donde se procedió a abordar a las gestantes explicándoles acerca del trabajo a realizar, inmediatamente después procedieron a firmar el debido consentimiento informado y a llenar la ficha de datos, asimismo fueron sometidos a la aplicación del instrumento validado.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

La ficha de recolección de datos: no requiere validación.

Escala de Ansiedad preoperatoria y necesidad de información de Ámsterdam (APAIS): es un instrumento validado. Es fácil de usar, un instrumento clínicamente relevante con una buena aceptación entre los pacientes y un formato simple que facilita el análisis. Fue diseñada por Moermann y otros en el año 1996, cuestionario autodeclarado específicamente validado que consta de 6 preguntas desarrolladas para determinar la ansiedad e información preoperatoria. Esta escala a su vez se subdivide en dos escalas que exploran tres dimensiones, relacionando la ansiedad preoperatoria con la anestesia, la cirugía (ítems 1,2,4,5) y la necesidad de información (ítems 3,6). Cada una de las interrogantes se evalúa con una escala de Likert de 1 a 5, siendo 1 el valor más bajo (nada) y 5 el valor más alto (extremadamente), la cual identifica paciente con una puntuación de 4 a 12 no ansiosos y más de 13 paciente ansioso. El cuestionario original fue diseñado y validado en una muestra de 320 pacientes sometidos a diferentes procedimientos quirúrgicos tanto de cirugía menor, intermedia y mayor. La validez interna fue evaluada mediante técnicas de análisis factorial exploratoria con rotación oblicua evidenciándose un modelo con dos factores que explicaba el 72% de la varianza. Los autores determinaron la validez de criterio correlacionando la escala con el cuestionario de ansiedad estado rasgo (STAI) como patrón de oro, obteniendo unos buenos resultados (coeficiente de correlación intraclass (CCI) de 0,74). Se consideran pacientes ansiosos quienes presentan puntajes iguales o mayores a 11. Los ítems 3 y 6 se refieren a la información de anestesia y cirugía respectivamente dando una puntuación total entre 2 y 10; una puntuación entre 2-4 indica poca o ninguna necesidad de más información, 5-7 la necesidad moderada de más información y 8-10 alta necesidad de más información. También ha sido se ha informado que es útil como predictor del dolor postoperatorio temprano^{1, 2, 3}.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): es un instrumento validado. Cuestionario ampliamente utilizado, comprende 40 ítems de autoinforme relativos a la ansiedad. En él se distinguen dos cuestionarios de 20 ítems cada uno, uno que mide la ansiedad percibida en la situación actual (Ansiedad Estado) y otro que evalúa una tendencia general a la ansiedad (Ansiedad Rasgo). El cuestionario sobre el rasgo STAI (STAI trait) no se incluye con tanta

frecuencia en los estudios clínicos, aunque se ha demostrado que puede utilizarse potencialmente para identificar a los pacientes propensos a altos niveles de ansiedad en entornos quirúrgicos, así como a quienes podrían beneficiarse más de intervenciones adicionales que redujeran la ansiedad en los entornos médicos. Por otra parte, el cuestionario del estado de STAI se ha utilizado con frecuencia para evaluar los niveles de ansiedad en los entornos clínicos.

Aunque no existe un instrumento de evaluación ideal para valorar la ansiedad preoperatoria, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI) se reconoce generalmente como un "patrón oro" para la medición de la ansiedad preoperatoria. Teniendo una alta fiabilidad y validez con el alfa de Cronbach= 0.896. Para calcular la puntuación total del STAI (rango 20-80). Sume las seis puntuaciones y luego multiplique la puntuación total por 20/6. El valor STAI mayor o igual a 44 se consideró como el límite para la ansiedad preoperatoria significativa. En este estudio, se tomaron datos a partir de la Escala de Ansiedad- Estado (STAI Y1) del Cuestionario anteriormente mencionado (STAI), donde una vez obtenido el valor final se lleva a un cuadro de puntuación con el cual se determina el nivel de ansiedad como bajo si fuese menor o igual a 29, medio entre 30 y 44 o alto de 45 a más⁴.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación

Los datos obtenidos en cada ficha fueron transcritos a una matriz de sistematización de datos para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación

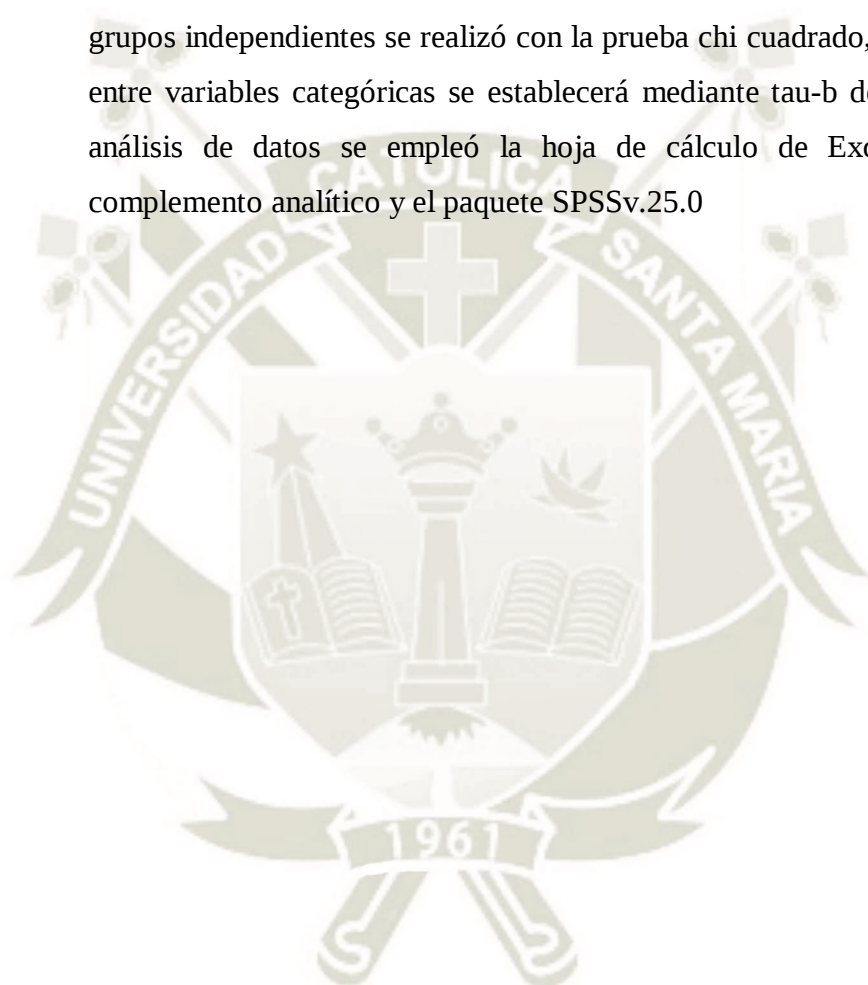
Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento

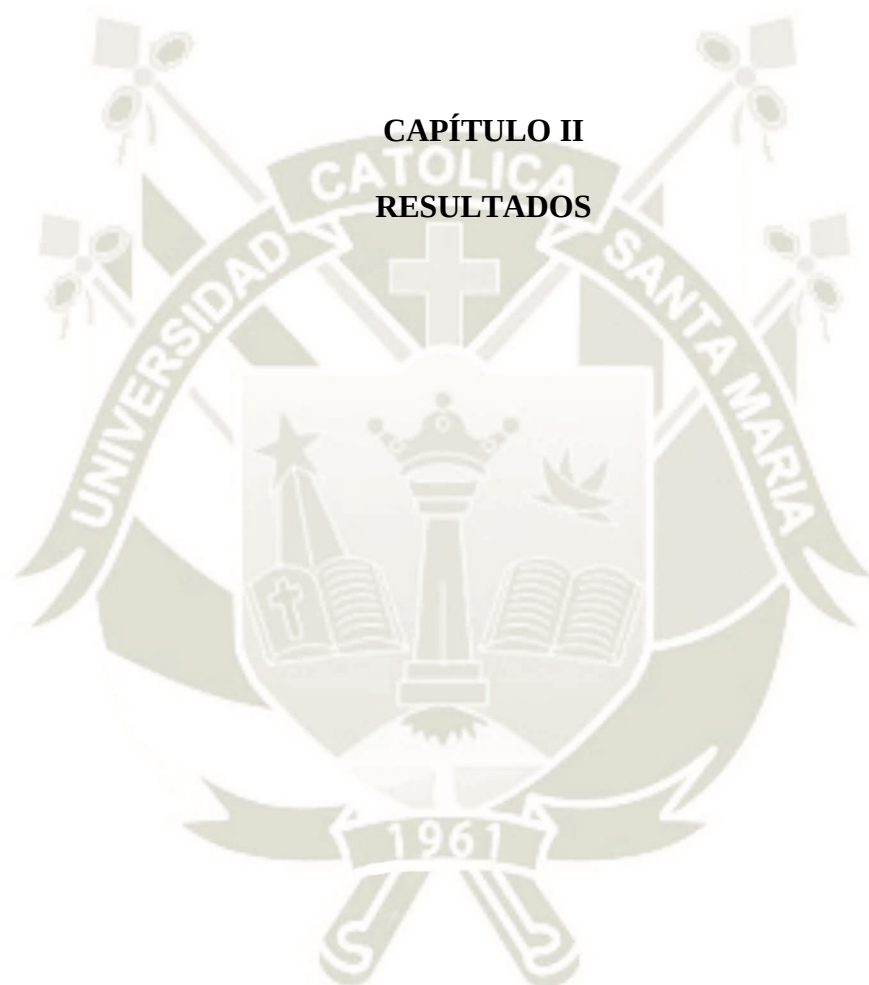
El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de Análisis

Se empleará estadística descriptiva donde las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables numéricas entre grupos independientes se realizó con la prueba chi cuadrado, y para relacionar entre variables categóricas se establecerá mediante tau-b de Kendal. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.25.0



CAPÍTULO II RESULTADOS



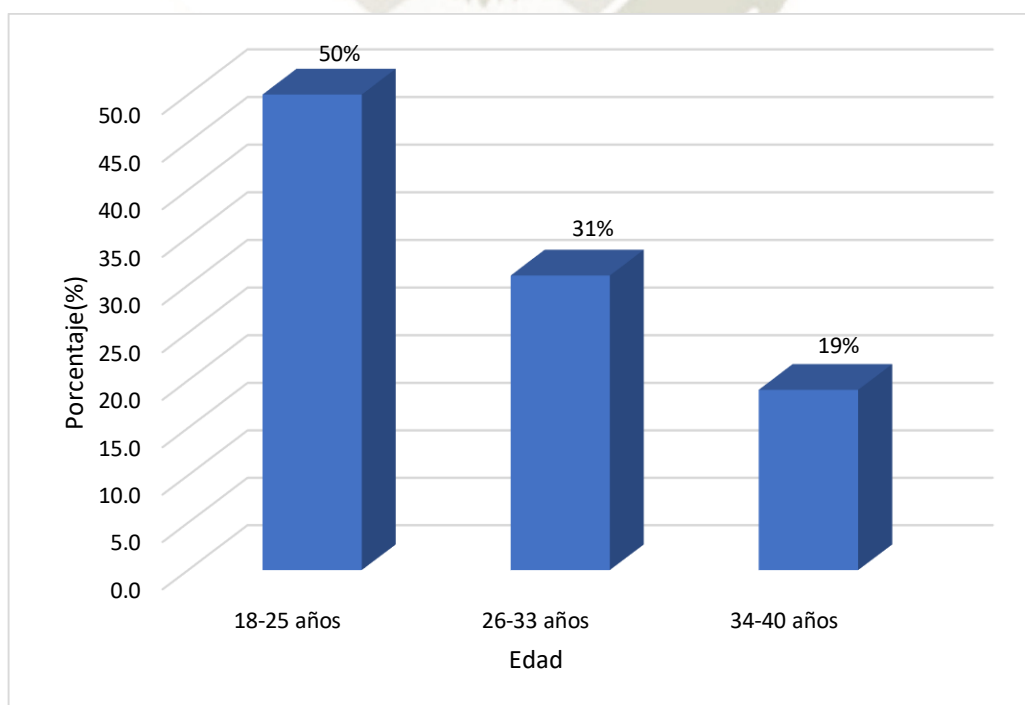
**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 1

Distribución de las gestantes programadas a cesárea según su edad

Edad	Nº	%
18-25 años	21	50,0%
26-33 años	13	31,0%
34-40 años	8	19,0%
TOTAL	42	100%

Gráfico 1



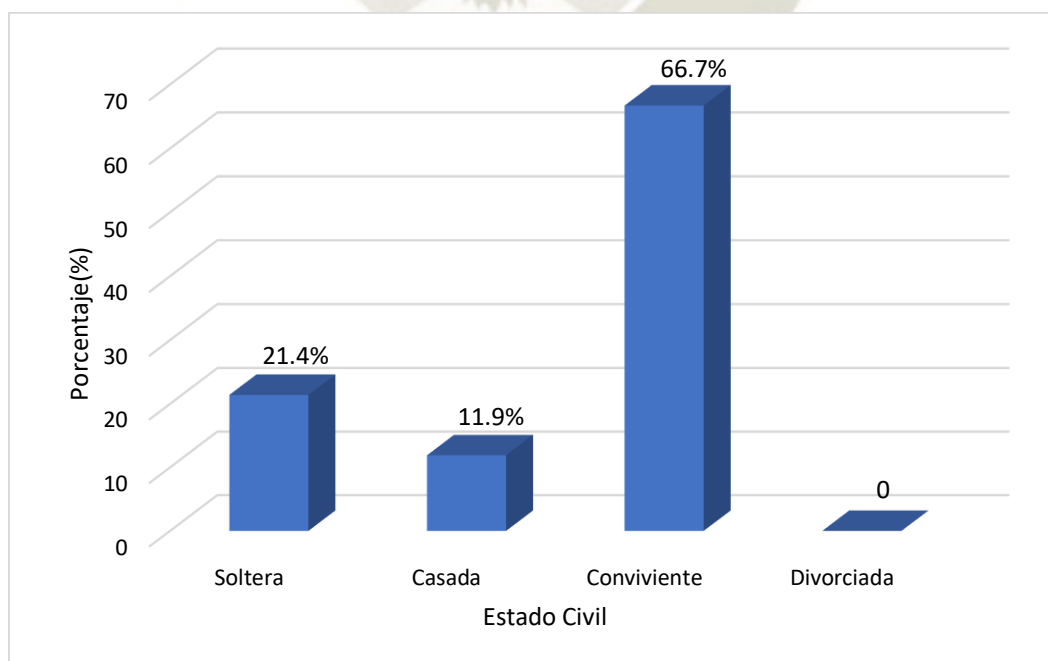
**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 2

Estado civil de las gestantes programadas a cesárea

Estado civil	N°	%
Soltera	9	21,4%
Casada	5	11,9%
Conviviente	28	66,7%
Divorciada	0	0
TOTAL	42	100%

Gráfico 2



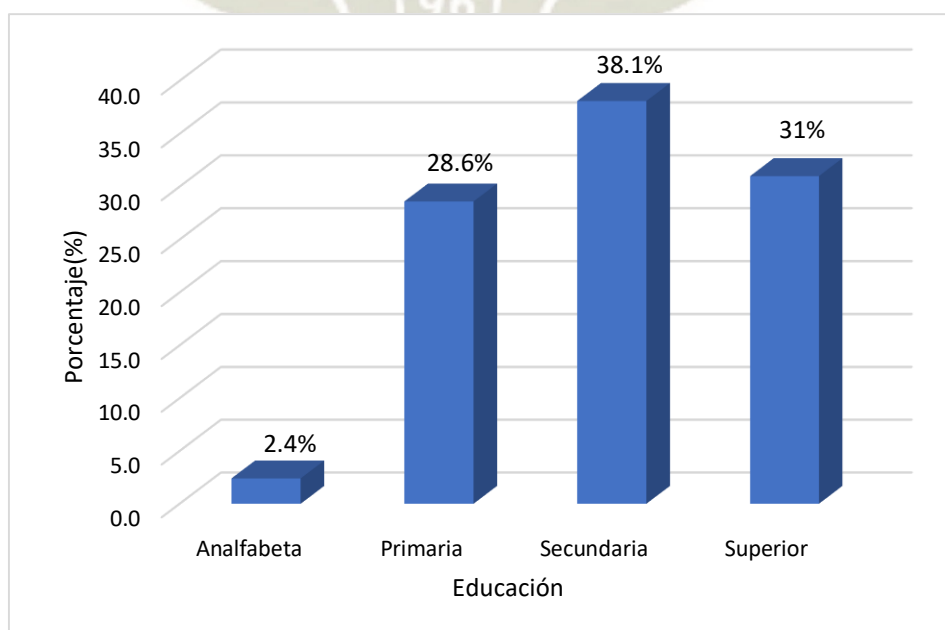
**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 3

Nivel de educación de las gestantes programadas a cesárea

Nivel de educación	N°	%
Analfabeta	1	2,4%
Primaria	12	28,6%
Secundaria	16	38,1%
Superior	13	31%
TOTAL	42	100

Gráfico 3



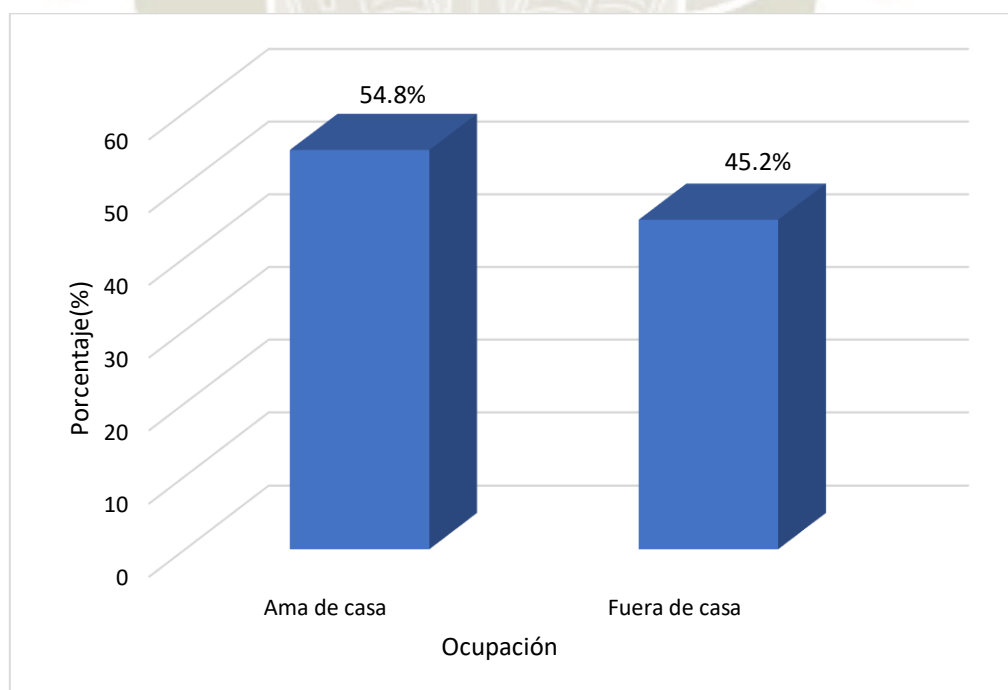
**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 4

Ocupación de las gestantes programadas a cesárea

Ocupación	Nº	%
Ama de casa	23	54,8%
Fuera de casa	19	45,2%
TOTAL	42	100%

Gráfico 4



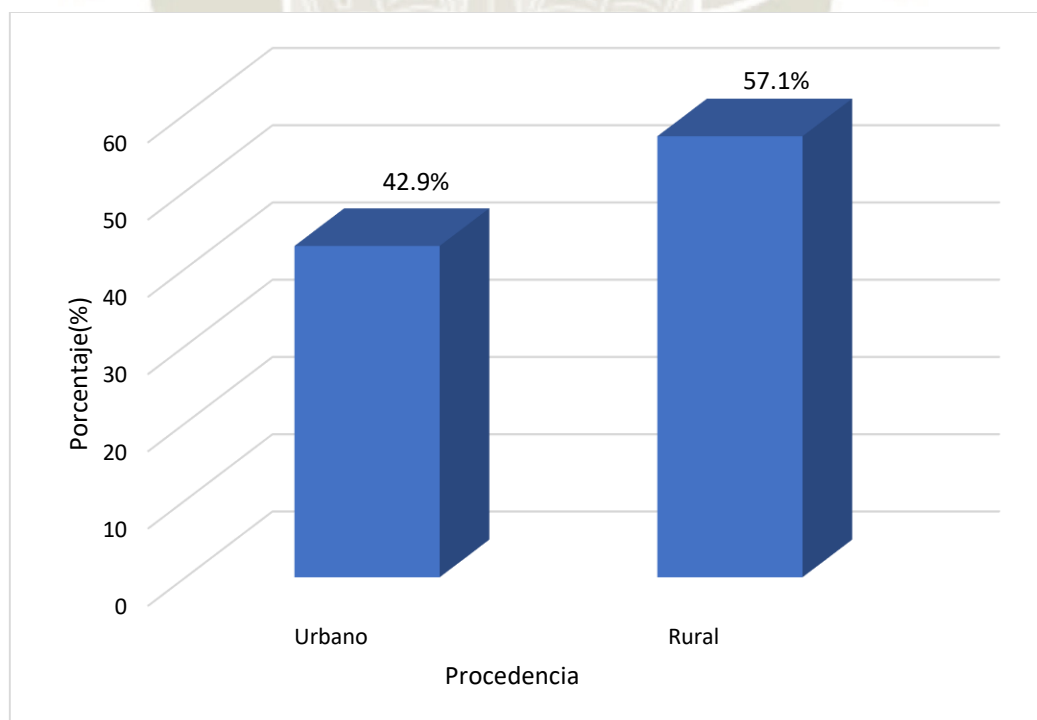
**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 5

Lugar de procedencia de las gestantes programadas a cesárea

Procedencia	N°	%
Urbano	18	42,9%
Rural	24	57,1%
TOTAL	42	100%

Gráfico 5



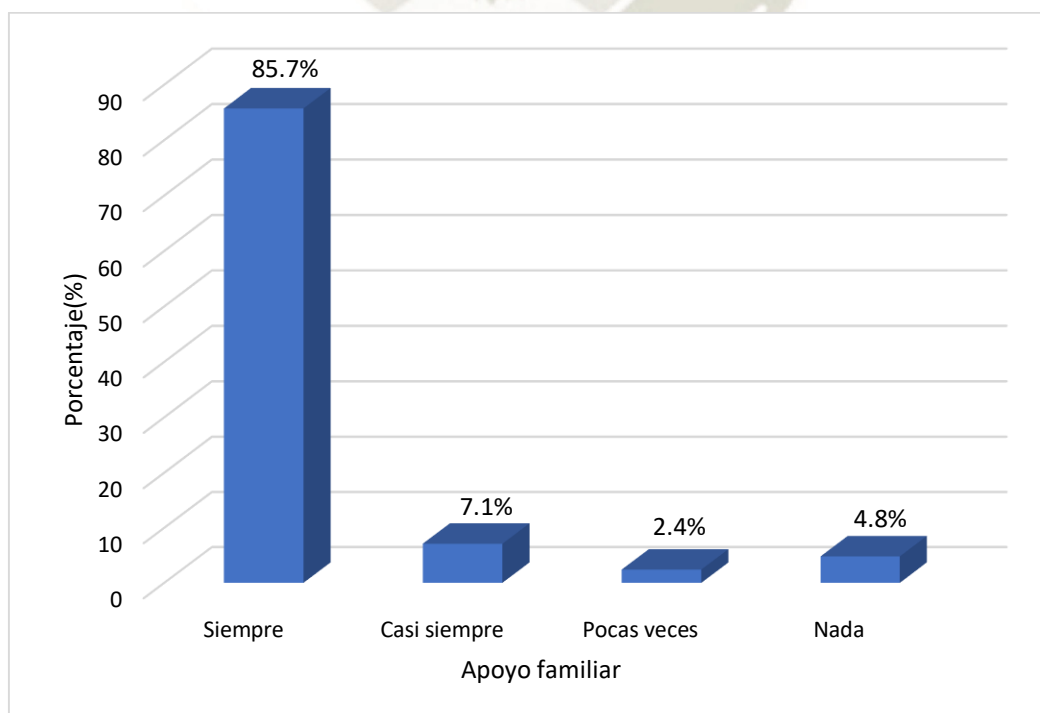
**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 6

Apoyo familiar que reciben las gestantes programadas a cesárea

Apoyo familiar	N°	%
Siempre	36	85,7%
Casi siempre	3	7,1%
Pocas veces	1	2,4%
Nada	2	4,8%
TOTAL	30	100%

Gráfico 6



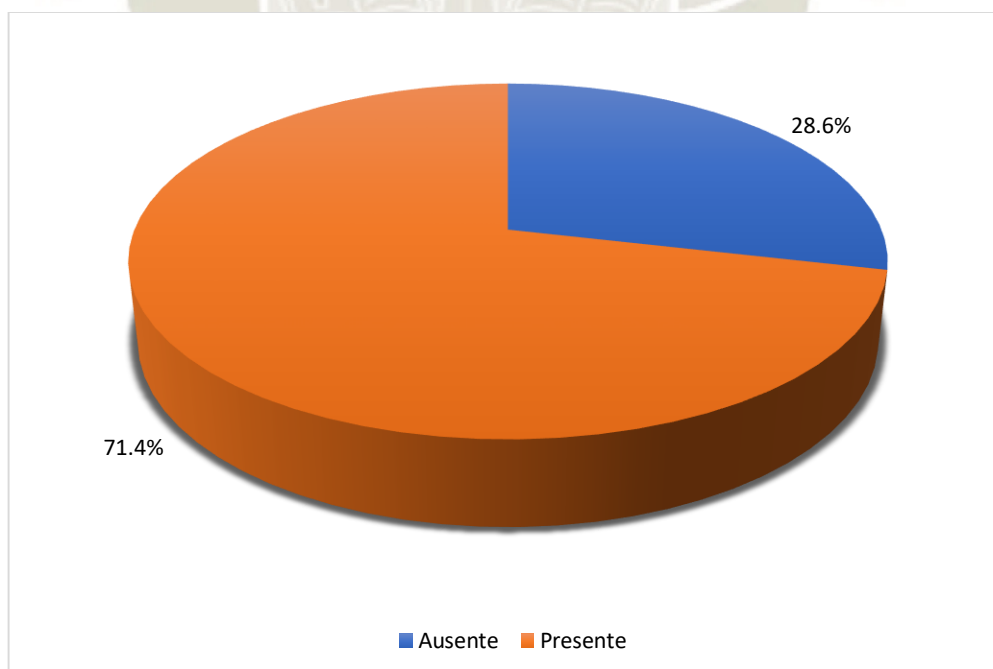
**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 7

Presencia de ansiedad preoperatoria en las gestantes programadas a cesárea

Presencia de ansiedad	Nº	%
Ausente	12	28,6%
Presente	30	71,4%
TOTAL	42	100%

Gráfico 7



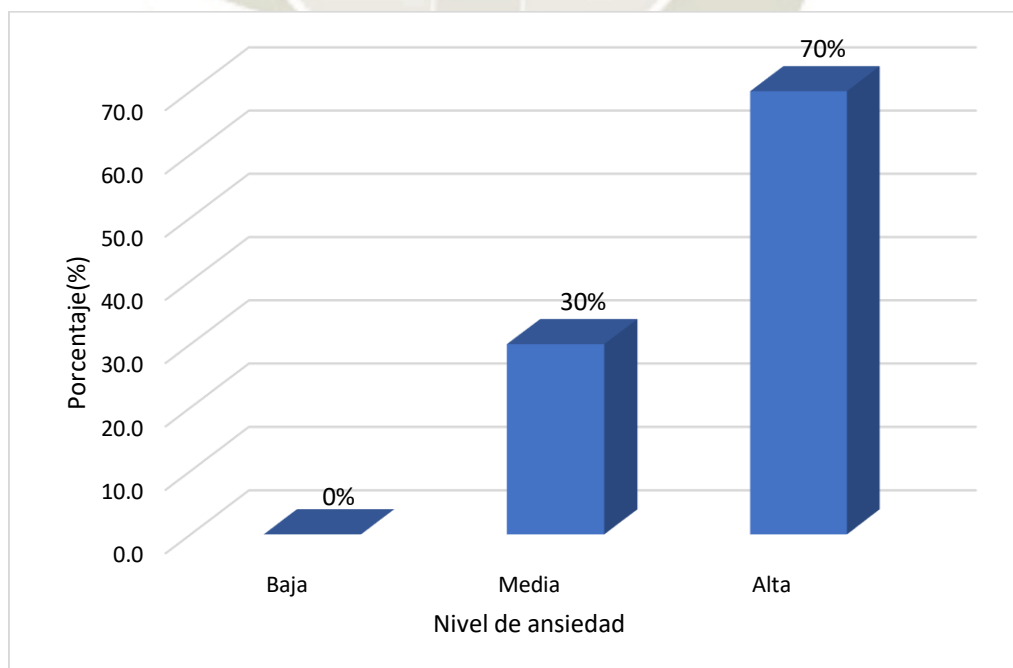
**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 8

Nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes programadas a cesárea

Nivel de ansiedad	Nº	%
Baja	0	0,0%
Media	9	30,0%
Alta	21	70,0%
TOTAL	30	100%

Gráfico 8



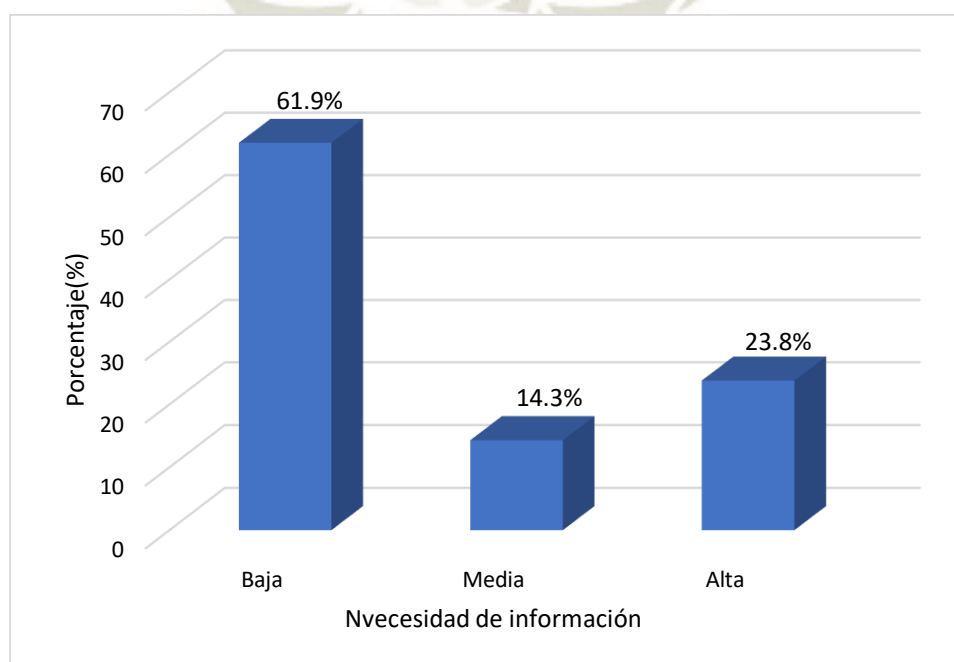
**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 9

Necesidad de información de las gestantes programadas a cesárea

Necesidad de información	N°	%
Baja	26	61,9%
Media	6	14,3%
Alta	10	23,8%
TOTAL	42	100%

Gráfico 9



**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 10

**Relación entre la edad y el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes
programadas a cesárea**

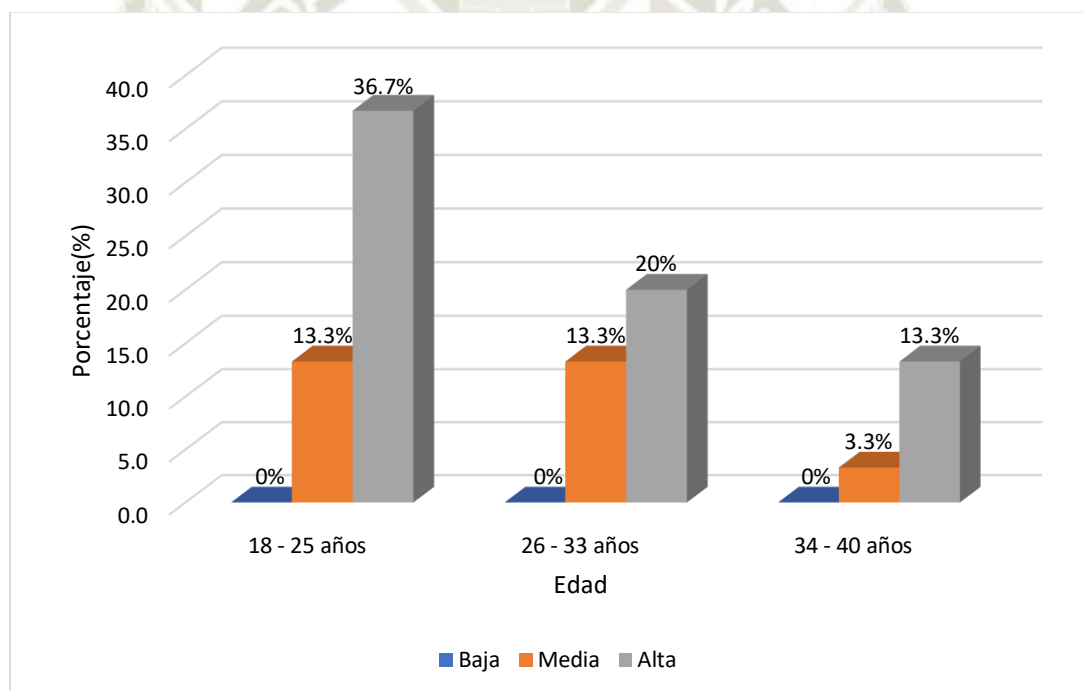
Edad	Nivel de ansiedad						TOTAL	
	Baja		Media		Alta		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
18-25 años	0	0%	4	13,3%	11	36,7%	15	50,0%
26-33 años	0	0%	4	13,3%	6	20,0%	10	33,3%
34-40 años	0	0%	1	3,3%	4	13,3%	5	16,7%
TOTAL	0	0%	9	30,0%	21	70,0%	30	100%

 $\chi^2=0.79$
 $p>0.05$
 $p=0.67$

**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Gráfico 10

**Relación entre la edad y el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes
programadas a cesárea**



**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 11

**Relación entre el estado civil y el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes
programadas a cesárea**

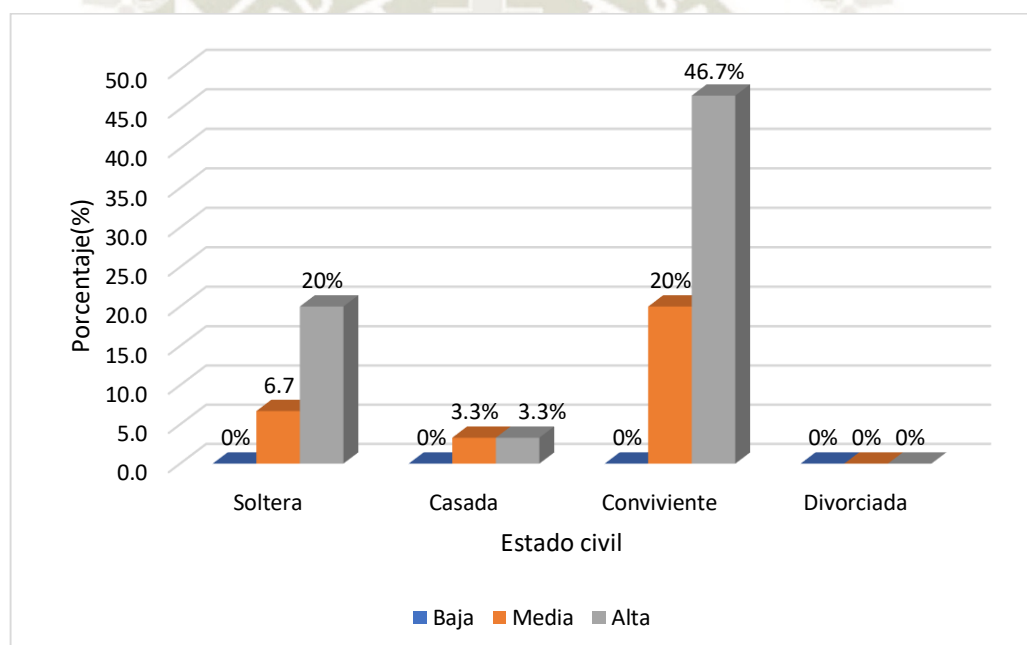
Estado civil	Nivel de ansiedad						TOTAL	
	Baja		Media		Alta			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltera	0	0%	2	6,7%	6	20,0%	8	26,7%
Casada	0	0%	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%
Conviviente	0	0%	6	20,0%	14	46,7%	20	66,7%
Divorciada	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	0	0%	9	30,0%	21	70,0%	30	100

chi²=0.47 p>0.05 p=0.78

**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Gráfico 11

Relación entre el estado civil y el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes programadas a cesárea



**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 12

**Relación entre el nivel de educación y el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes
programadas a cesárea**

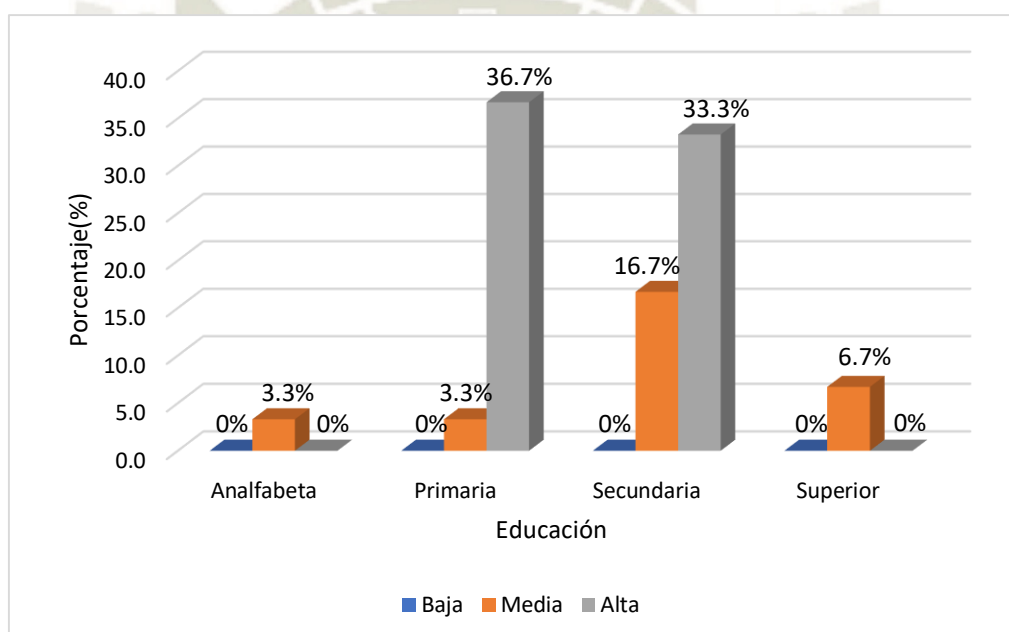
Instrucción	Nivel de ansiedad						TOTAL	
	Baja		Media		Alta		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Analfabeta	0	0%	1	3,3%	0	0%	1	3,3%
Primaria	0	0%	1	3,3%	11	36,7%	12	40%
Secundaria	0	0%	5	16,7%	10	33,3%	15	50%
Superior	0	0%	2	6,7%	0	0%	2	6,7%
TOTAL	0	0%	9	30%	21	70,0	30	100%

 $\chi^2=9.76$
 $p<0.05$
 $p=0.05$

**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Gráfico 12

**Relación entre el nivel de educación y el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes
programadas a cesárea**



**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 13

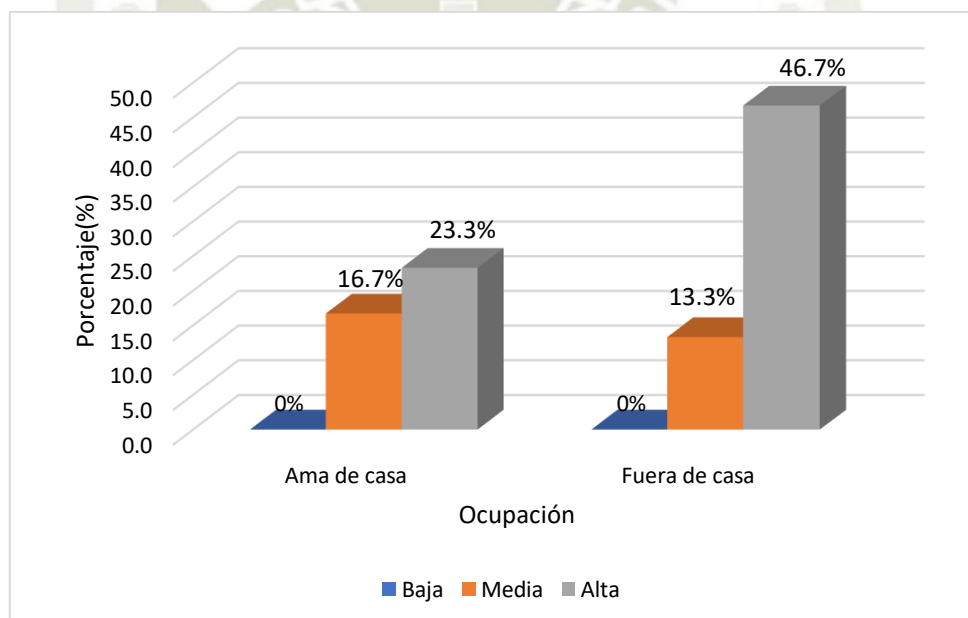
**Relación entre la ocupación y el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes
programadas a cesárea**

Ocupación	Nivel de ansiedad						TOTAL	
	Baja		Media		Alta			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ama de casa	0	0%	5	16,7%	7	23,3%	12	40,0%
Fuera de casa	0	0%	4	13,3%	14	46,7%	18	60,0%
TOTAL	0	0%	9	30,0%	21	70,0%	30	100%
chi²=1.29 p>0.05 p=0.25								

**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Gráfico 13

**Relación entre la ocupación y el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes
programadas a cesárea**



**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 14

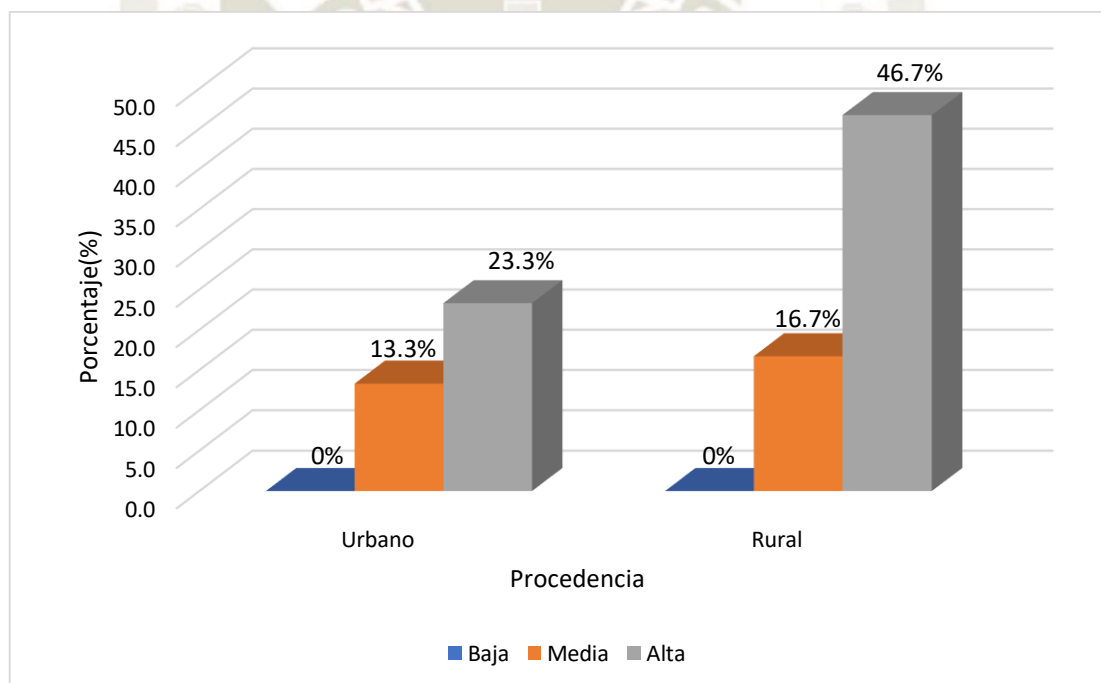
**Relación entre el lugar de procedencia y el nivel de ansiedad preoperatoria en las
gestantes programadas a cesárea**

Procedencia	Nivel de ansiedad						TOTAL	
	Baja		Media		Alta			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Urbano	0	0%	4	13,3%	7	23,3%	11	36,7%
Rural	0	0%	5	16,7%	14	46,7%	19	63,3%
TOTAL	0	0%	9	30,0%	21	70,0%	30	100%
chi²=0.33 p>0.05 p=0.56								

**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Gráfico 14

Relación entre el lugar de procedencia y el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes programadas a cesárea



**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 15

Relación entre el apoyo familiar y el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes programadas a cesárea

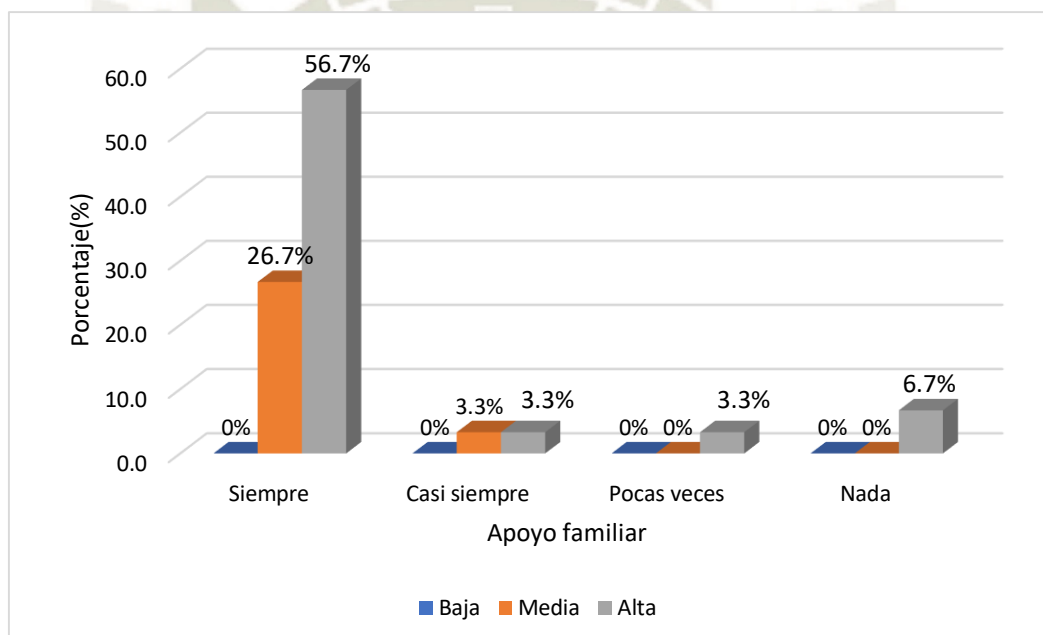
Apoyo familiar	Nivel de ansiedad						TOTAL	
	Baja		Media		Alta		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Siempre	0	0%	8	26,7%	17	56,7%	25	83,3%
Casi siempre	0	0%	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%
Pocas veces	0	0%	0	0%	1	3,3%	1	3,3%
Nada	0	0%	0	0%	2	6,7%	2	6,7%
TOTAL	0	0,0	9	30,0	21	70,0%	30	100%

chi²=1.71 p>0.05 p=0.63

**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Gráfico 15

Relación entre el apoyo familiar y el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes programadas a cesárea



**NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020**

Tabla 16

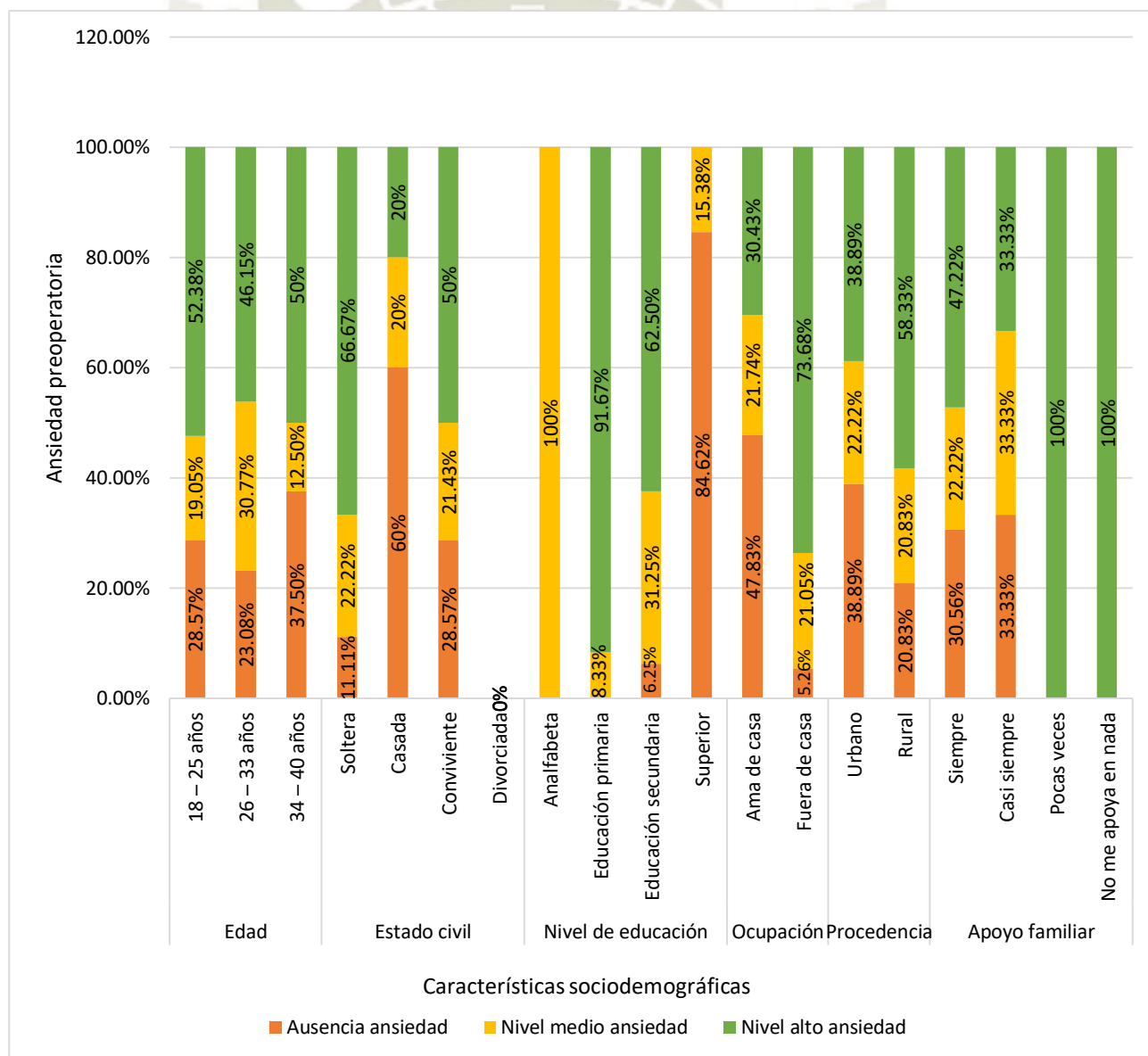
**Relación entre características sociodemográficas y ansiedad preoperatoria en las
gestantes programadas a cesárea**

		Ausencia de ansiedad		Presencia de ansiedad				Total
Características sociodemográficas		N	%	Media		Alta		
				N	%	N	%	
Edad	18 – 25 años	6	28.57%	4	19.05%	11	52.38%	21
	26 – 33 años	3	23.08%	4	30.77%	6	46.15%	13
	34 – 40 años	3	37.50%	1	12.50%	4	50%	8
Estado civil	Soltera	1	11.11%	2	22.22%	6	66.67%	9
	Casada	3	60%	1	20%	1	20%	5
	Conviviente	8	28.57%	6	21.43%	14	50%	28
	Divorciada	0	0%	0	0%	0	0%	0
Nivel de educación	Analfabeta	0	0%	1	100%	0	0%	1
	Educación primaria	0	0%	1	8.33%	11	91.67%	12
	Educación secundaria	1	6.25%	5	31.25%	10	62.50%	16
	Superior	11	84.62%	2	15.38%	0	0%	13
Ocupación	Ama de casa	11	47.83%	5	21.74%	7	30.43%	23
	Fuera de casa	1	5.26%	4	21.05%	14	73.68%	19
Procedencia	Urbano	7	38.89%	4	22.22%	7	38.89%	18
	Rural	5	20.83%	5	20.83%	14	58.33%	24
Apoyo familiar	Siempre	11	30.56%	8	22.22%	17	47.22%	36
	Casi siempre	1	33.33%	1	33.33%	1	33.33%	3
	Pocas veces	0	0%	0	0%	1	100%	1
	No me apoya en nada	0	0%	0	0%	2	100%	2

NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIDEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020

Gráfico 16

Relación entre características sociodemográficas y ansiedad preoperatoria en las gestantes programadas a cesárea



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con el objeto de establecer la relación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y las características sociodemográficas de las gestantes programadas a cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná durante el mes de Junio del 2020. Se realizó la presente investigación con la finalidad de establecer una relación, y definirla, entre el nivel de ansiedad preoperatoria presentado en las gestantes programadas a cesárea y sus características sociodemográficas, debido a la notada diferencia que existe entre la forma con la que perciben y afrontan este momento según las diferentes características sociodemográficas, siendo a su vez un estudio factible de realizar, que toma en cuenta un tema tan importante como lo es la salud mental, por lo cual este estudio puede ser benéfico para realizar intervenciones en el momento adecuado que ayuden a mejorar la estadía de la gestante y de esta forma poder afrontar la cirugía con mayor comodidad.

Para tal fin se encuestó a 42 gestantes programadas a cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná que cumplieron los criterios de selección, aplicando una ficha de datos, la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de necesidad de Información de Ámsterdam (APAIS) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Se comparan grupos con prueba de independencia chi cuadrado y se relacionan variables mediante tau-b de Kendal.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de las gestantes programadas a cesárea según su edad; donde se evidenció que el 50.0% de las gestantes programadas a cesárea tienen entre 18 y 25 años, seguido del 31.0% entre 26 y 33 años, mientras que solo el 19.0% tiene entre 34 y 40 años.

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra el estado civil de las gestantes encuestadas; el 66.7% de ellas son convivientes, el 24.4% son solteras, mientras que solo el 11.9% son casadas.

El nivel de educación de las gestantes programadas a cesárea se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**; el 38.1% de las encuestadas tienen educación secundaria, 31% educación superior, seguido del 28.6% con educación primaria y 2.4% son analfabetas.

La **Tabla y Gráfico 4** muestra la ocupación laboral de las gestantes encuestadas; el 54.8% de ellas son amas de casa, mientras que el 45.2% tienen ocupaciones fuera de casa.

En la **Tabla y Gráfico 5** se muestra la distribución de las gestantes según su lugar de procedencia; 57.1% de las gestantes programadas a cesárea provienen referidas de zonas rurales, mientras que el 42.9% de las gestantes son de zonas urbanas.

El apoyo familiar juega un papel importante para poder afrontar el estrés emocional vivido en eventos estresantes, como lo es el embarazo; por ello lo consideramos dentro de las características sociodemográficas de este estudio. Observando así la **Tabla y Gráfico 6**; el 85.7% de las gestantes programadas a cesárea siempre recibió apoyo familiar, seguido del 7.1% de gestantes que reciben apoyo casi siempre, el 4.8% no reciben apoyo ni emocional ni económico y el 2.4% lo reciben pocas veces.

Con la aplicación de la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de necesidad de Información de Ámsterdam (**Tabla y Gráfico 7**), se encontró que el 71.4% de las gestantes programadas a cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná presentaron ansiedad preoperatoria y 28.6% no la presentan. Estos resultados fueron los esperados, pues según lo reportado por estudios realizados en poblaciones occidentales donde utilizaron diversas escalas de ansiedad, reportan prevalencias entre el 60 - 80%^{5,9}. Por lo contrario, Quintana et al. en una población colombiana encontró con APAIS una frecuencia de ansiedad preoperatoria del 9.2%⁶ y corroboró los resultados obtenidos por Muñoz en el 2018, pues en su estudio encontró un 36.1% de ansiedad preoperatoria⁸.

De las gestantes que presentaron ansiedad, pudimos clasificar el nivel haciendo uso del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (**Tabla y Gráfico 8**), donde se muestra que el 70% presentan nivel de ansiedad preoperatoria alto, mientras que el 30% tienen nivel de ansiedad preoperatoria medio. Resulta entonces importante que se encuentra un mayor porcentaje de nivel alto de ansiedad. Sin embargo, en los resultados de Catacora, realizados en el Hospital Goyeneche, se encontró un 9.52% de pacientes con nivel de ansiedad alto; entonces se puede decir que existe mayor porcentaje de ansiedad en nuestro hospital, lo cual podría depender de factores como el trato del personal de salud, entre otros⁷.

Con respecto a la necesidad de información por parte de las gestantes encuestadas (**Tabla y Gráfico 9**); el 61.9% presenta baja necesidad de información, seguido del 23.8% con alta necesidad de información, mientras que el 14.3% presenta necesidad media de

información. Estos resultados coinciden con un estudio realizado por Catacora R. quien encontró que el 65.71% de pacientes requirió de información preoperatoria⁷.

En la **Tabla y Gráfico 10** se muestra la relación entre la edad y el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes programadas a cesárea; se pudo inferir que un alto nivel de ansiedad preoperatoria disminuye con la edad, pasando de 36.7% entre 18 a 25 años, a 20% entre 26 a 33 años y disminuye a 13.3% entre 34 a 40 años, las diferencias no alcanzaron significado estadístico ($p>0.05$). Existe cierta diferencia entre los niveles de ansiedad demostrados según los grupos etarios, mas no llega a establecer un patrón o una regla notaria. Catacora, comparte resultados similares, encontrando que la ansiedad preoperatoria presenta más prevalencia en personas jóvenes (menores de 30 años)⁷. Woldegerima et al. en Etiopía, concuerda con estos resultados a medida que aumenta la edad, la tasa de prevalencia de la ansiedad preoperatoria⁵.

En la **Tabla y Gráfico 11** se muestra la relación entre el estado civil de las gestantes con los niveles de ansiedad preoperatoria; un nivel alto de ansiedad preoperatoria se vio en el 46.7% de gestantes convivientes, en el 20% de gestantes solteras y 3.3% de gestantes casadas; las diferencias no resultaron significativas ($p>0.05$). Sin embargo, Quintana et al. señaló que el estado civil unión libre (conviviente), con respecto a casadas, estuvieron asociados a mayor frecuencia de ansiedad⁶.

Así mismo se observa la relación entre el nivel de educación y el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes encuestadas (**Tabla y Gráfico 12**); el 36.7% de quienes tienen ansiedad preoperatoria alta cuentan con educación primaria, mientras que el 6.7% de las gestantes con ansiedad preoperatoria media tienen instrucción superior; lo cual nos permite mostrar que existe una relación estadística significativa ($p<0.05$). En este tópico encontramos similitud con los resultados de Catacora, donde se mostró que la ansiedad fue mayor en los que contaban con educación primaria o secundaria que en la educación superior, aunque las diferencias no resultaron significativas⁷.

En concordancia con lo reportado en la literatura por algunos autores, encontramos que el nivel de ansiedad preoperatorio disminuye con el nivel educativo alto.

En la **Tabla y Gráfico 13** se muestra el nivel de ansiedad preoperatoria según la ocupación de la gestante encuestada; donde el 46.7% de quienes presentan ansiedad preoperatoria alta tienen ocupaciones fuera de casa, mientras que el 23.3% son amas de casa, siendo las diferencias no significativas ($p>0.05$). Por el contrario, Catacora demostró en su

estudio que hubo más ansiedad en los desempleados y estudiantes⁷. Podemos inferir de nuestros resultados, las gestantes que tienen ocupaciones fuera de casa presentan más ansiedad debido probablemente a su pensamiento que tienen sobre los riesgos y complicaciones postoperatorias.

La **Tabla y Gráfico 14** muestra la relación entre el lugar de procedencia y el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes; alto nivel de ansiedad preoperatoria se vio en el 46.7% de gestantes procedentes de zonas rurales, mientras que el 13.3% de las gestantes con ansiedad preoperatoria media provienen de zona urbana; donde no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en ninguno de los casos ($p > 0.05$). En relación con esto, Woldegerima et al. en su estudio observó un menor nivel de ansiedad en los pacientes con residencia rural en comparación con los que procedían de residencias urbanas⁵.

En nuestro estudio, las diferencias que a pesar de no ser significativas puedan deberse a que la gran mayoría de gestantes que viven en zonas rurales son referidas desde sus puestos de salud, quienes se encuentren mínimo a 2 horas de la ciudad, y el hecho de no contar con el servicio regular de transporte interprovincial debido a la situación que venimos atravesando.

En la **Tabla y Gráfico 15** se muestra la relación entre el apoyo familiar y el nivel de ansiedad preoperatoria; el 56.7% de las gestantes con un alto ansiedad preoperatoria siempre reciben apoyo familiar, mientras que el 3.3% de las gestantes con ansiedad preoperatoria media casi siempre tienen apoyo familiar, las diferencias no alcanzaron significado estadístico ($p > 0.05$).



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera. - La presencia de ansiedad preoperatoria encontrada en las gestantes programadas a cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná fue del 71.4%, de las cuales, 70% presento alto nivel de ansiedad y 30% un nivel medio.

Segunda. – Existe una relación inversa significativa entre el nivel de ansiedad preoperatoria y el nivel de educación de las gestantes programadas a cesárea.

Tercera. – La edad, el estado civil, la ocupación, el lugar de procedencia y el apoyo familiar son características sociodemográficas que no tienen influencia significativa en el nivel de ansiedad preoperatorio.

RECOMENDACIONES

- Primera.** - Al director del Hospital de Apoyo Camaná, iniciar un trabajo en conjunto de apoyo entre los departamentos de Gineco-Obstetricia y psicología, para el momento de entregar informes, especialmente en caso de gestantes con menores niveles de educación, incluir asesoramiento que facilite el entendimiento y así, disminuya el riesgo de presentar niveles altos de ansiedad preoperatoria.
- Segunda.** - Al personal del servicio de Gineco-Obstetricia, procurar realizar un manejo integral e individualizado del paciente durante toda su hospitalización, abarcando no solo el aspecto físico, sino también el aspecto emocional.
- Tercera.** - A los médicos del servicio de Gineco-Obstetricia y Anestesiología, crear estrategias que mejoren la comunicación médico-paciente para asegurar la satisfacción de las gestantes, con respecto a la información de su patología e intervención.
- Cuarta.** - Al personal de obstetricia a mejorar su coberturas de gestantes en cuanto al programa de psicoprofilaxis y de control prenatal y así se beneficien las gestantes con una mejor preparación para la etapa del trabajo de parto y sea una experiencia gratificante.
- Quinta.** - A los estudiantes de la Universidad Católica de Santa María, en el área de ciencias de la salud, realizar estudio comparativo de ansiedad preoperatoria y características relacionadas entre el Hospital de Apoyo Camaná y otros establecimientos de salud.

REFERENCIAS

1. Hernández A, López A. Guzmán Sánchez JA. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Med.* 2016;14(1):6-11.
2. Vergara-Romero M, Morales-Asencio JM, MoralesFernández A, Canca-Sánchez JC, Rivas-Ruiz F, Reinaldo-Lapuerta JA. Validation of the Spanish versión of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1):120.
3. Moerman N, Vandam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996; 82:445-51.
4. Hepp P, Hagenbeck C, Burghardt B, Jaeger B, Wolf OT, Fehm T, et al. Measuring the course of anxiety in women giving birth by caesarean section: a prospective study. *BMC pregnancy and childbirth.* 2016; 16:113.
5. Woldegerima YB, Fitwi GL, Yimer HT, Hailekiros AG. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among elective surgical patients at University of Gondar Hospital. Gondar, Northwest Ethiopia, 2017. A cross-sectional study. *IJSO.* 2018; 10:21-9.
6. Quintana-Guardo F, Monterrosa-Castro A, Beltrán-Barrios T. Frecuencia de ansiedad preoperatoria y factores asociados en gestantes programadas a cesárea. *Iatreia.* 2020 Ene-Mar;33(1):5-16.
7. Catacora, A. Nivel de ansiedad, información preoperatoria y factores asociados en pacientes programados para intervención quirúrgica en el departamento de cirugía del Hospital Goyeneche – Febrero 2019 [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2019.
8. Muñoz, X. Factores de riesgo asociados a la ansiedad preoperatoria en cirugías electivas en el Hospital Universitario del Caribe de Cartagena, Colombia [Tesis para optar el título de Especialista en Anestesiología y Reanimación]. Cartagena: Universidad de Cartagena; 2018.
9. Chávez B. Factores asociados a ansiedad preoperatoria en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
10. Bansal T, Joon A. A comparative study to assess preoperative anxiety in obstetric patients

undergoing elective or emergency cesarean section. Anaesth, Pain & Intensive Care [Internet]. 2017 [consultado 20 abril del 2020]; 21(1): 25-30. Disponible en: <http://www.apicareonline.com/index.php/APIC/article/view/154/948>.



ANEXOS





Anexo 1

Proyecto de investigación

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE TESIS

Título:

“NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES PROGRAMADAS A CESÁREA
EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, JUNIO 2020”

Autor:

Bárbara Taylin Macedo Santos

Asesor:

Dr. John Turpo Prieto

Arequipa – Perú

2020

I. PREÁMBULO

En la actualidad, la salud mental es un problema importante dentro del ámbito de la salud pública, siendo la ansiedad y la depresión dos de los trastornos más frecuentes a nivel global. La ansiedad es una de las más comunes emociones a nivel universal, es una respuesta adaptativa y hasta vital para nuestro bienestar y desempeño normal. Es un síntoma que suele estar involucrado en casi todos los trastornos mentales.

La ansiedad tiende a ser una patología que suele afectar más a las mujeres (una de cada diez mujeres); durante la vida de la mujer existe un episodio en el cuál se encuentra más susceptible y ese momento es el embarazo, pues constituye un episodio deseado dentro de la vida procreativa que debe suceder dentro de un marco de bienestar y gratificación, sin embargo, en algunas situaciones se modifican estos conceptos y enmarcan el embarazo dentro de sensaciones de malestar y tensión. Como es de saber que, durante el embarazo las gestantes afrontan diferentes cambios tanto físicos como emocionales; en ellas el mínimo estrés puede desencadenar este tipo de patologías; en este caso, el acto quirúrgico (cesárea) se convierte en el hecho estresante debido al desconocimiento los protocolos y procedimientos que se realizaran durante esta operación. La ansiedad preoperatoria es un problema frecuente y difícil con efectos deletéreos en el desarrollo del procedimiento quirúrgico y los resultados posoperatorios. Pues se evidenció que en gestantes en las cuales se indicó cesárea programada el nivel de ansiedad preoperatoria tiende a ser elevado, ya sea tanto por: al desconocimiento o que ésta puede que no sea la adecuada pues es obtenida de forma fácil a través de los dispositivos electrónicos y llevando aún más a otras dudas; o que esté relacionada a ciertas características sociodemográficos como lo son ser joven, ser madre soltera, ser ama de casa, baja escolaridad, entre otros. Por ende, es de vital importancia poder brindar el apoyo adecuado hacia las gestantes y así poder evitar los efectos secundarios a esta patología sobre el feto, como lo son el bajo peso al nacer, parto prematuro, retraso en el crecimiento infantil, problemas emocionales y conductuales del niño y desarrollo cognitivo adverso, entre otros.

Habiendo sido testigo de esta problemática es que nace el interés de buscar demostrar la relación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y las características sociodemográficas en gestantes programadas a cesárea; pues es necesario que nosotros como personal de salud debemos realizar una atención de forma integral, pudiendo así reconocer los indicios de la enfermedad y poder intervenir de manera temprana.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y características sociodemográficas en gestantes programadas a cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná, Junio 2020?

1.2. Descripción del problema

- a) Área del conocimiento
 - Área general: Ciencias de la Salud
 - Área Específica: Medicina Humana
 - Especialidad: Psiquiatría
 - Línea: Ansiedad preoperatoria en gestantes programadas a cesárea
- b) Operacionalización de Variables

Variable		Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Dependiente	Presencia de Ansiedad Preoperatoria	Escala de APAIS	Ausente: 4 – 12 Presente: 13 – 20	Ordinal
	Nivel de Ansiedad	Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)	Ansiedad baja: ≤ 29 Ansiedad media: 30-44 Ansiedad alta: ≥ 45	Ordinal

	Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Independiente: Características Sociodemográficas	Edad	Fecha de nacimiento	Años	Ordinal
	Estado civil	Según refiere la encuesta	Soltera Casada Conviviente Separada	Nominal
	Nivel de educación	Según lo estipulado por el Ministerio de Educación del Perú	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Ordinal
	Ocupación	Según refiere la encuesta	Dentro de casa Fuera de casa	Nominal
	Procedencia	Según refiere la encuesta	Urbano Rural	Nominal
	Apoyo Familiar	Según refiere la encuesta	Si No	Nominal Dicotómica

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es el nivel de ansiedad preoperatoria en gestantes programadas a cesárea en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital de Apoyo Camaná?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas en gestantes programadas a cesárea en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital de Apoyo Camaná?
3. ¿Cuál es la relación entre nivel de ansiedad preoperatoria y características sociodemográficas en gestantes programadas a cesárea en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital de Apoyo Camaná?

- d) Tipo de investigación
De campo
- e) Diseño de investigación
Observacional, transversal y prospectiva
- f) Nivel de investigación
Descriptivo

1.3. Justificación del problema

a) Originalidad

A nivel local no se han encontrado investigaciones previas similares, en las que se evalúe la relación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y características sociodemográficas de las gestantes hospitalizadas que fueron programadas para cesárea en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital de Apoyo Camaná.

b) Justificación Científica

Es importante poder identificar el nivel de ansiedad preoperatoria existente en las gestantes programadas a cesárea, pues en definitiva es una situación que puede desencadenar un gran grado de estrés que podría en muchos casos presentar una respuesta excesiva por parte del organismo, de la misma forma, valdría la pena relacionar dicha variable con las características sociodemográficas presentes en cada una de las gestantes y así poder evidenciar si existe una relación significativa o mejor dicho si la segunda influye sobre la primera.

c) Justificación Humana

Es cierto que cada individuo puede responder de diferente manera ante situaciones cotidianas y más aún a situaciones difíciles de estrés e incertidumbre; las gestantes, se encuentran en constantes cambios que pueden generar, con mucho más razón, cierto grado de ansiedad, al verse frente a nuevas experiencias como lo es el acto quirúrgico, por ello vale la

pena establecer si existe una relación entre la forma de reaccionar ante esta situación y las características sociodemográficas propias de cada una de ellas.

d) Justificación Social

El presente estudio tiene relevancia social, debido a que la ansiedad es un problema que afecta a gestantes cuando son expuestas a un agente estresante, como lo es la intervención quirúrgica, y en nuestros hospitales existe mucha desinformación y quejas por parte de ellas y sus familiares, debido a una escasa y poca información entendible brindada por el personal médico.

e) Justificación Contemporánea

En la actualidad se ha podido observar que la salud mental ha tomado un lugar importante a nivel mundial, y con ello también se observó que se ha elevado el porcentaje de cesáreas en las últimas décadas. Con ello se evidencio un aumento en la casuística de la ansiedad preoperatoria la cual se puede ver influenciada por diferentes características sociodemográficas de las gestantes, por lo que es relevante poder tener en cuenta estos conceptos en nuestra vida cotidiana.

f) Factibilidad

El presente estudio es factible de poder realizarse, desde el punto de vista práctico, pues se cuenta con instrumentos validados y con el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, que, al ser un establecimiento de salud importante a nivel de la ciudad, es un establecimiento donde llegan gestantes de todas las clases sociales y, por ende, con diferentes características sociodemográficas.

g) Interés personal

A través de mis rotaciones como interna de medicina por los Servicios de Ginecoobstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, he visto de cerca la forma como diferentes gestantes afrontaban la noticia de ser

programadas a cesárea, por ello es que se generó el interés de identificar si existía algún tipo de relación o influencia entre las características sociodemográficas de las gestantes y el nivel de ansiedad preoperatorio.

2. Marco conceptual

2.1. Ansiedad

2.1.1. Definición

Podríamos definir a la ansiedad como un estado que surge frente a situaciones que no son del todo conocidas, es un fenómeno de reacción defensiva del organismo, el cual percibe una posible amenaza predisponiendo de esta forma a la persona a ejercer una acción respecto a ellas, por lo tanto, se producen principalmente tres sistemas de respuesta: subjetivo (pudiendo influir en la forma en la que percibe su entorno, evaluación subjetiva de estímulos, experiencia interna); fisiológico-somático (mayor actividad del sistema nervioso autónomo, traducida en síntomas somáticos como temblor, contracciones, agitación, cefalea, dolor dorsal, tensión muscular, disnea, parestesias, hiperactividad vegetativa); y motor-conductual (escape, evitación, además de otros síntomas psicológicos como sensación de terror, dificultad de concentración, aumento del estado de vigilia, disminución de la libido)^{1, 2, 3}.

La Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales explicó la ansiedad como "un sentimiento subjetivo de malestar, incomodidad, aprehensión o preocupación temerosa acompañado de manifestaciones autonómicas y somáticas.

Se puede sobreentender al término de ansiedad fisiológica también como una sensación de alerta, reactividad o como una respuesta a condiciones ambientales que generan estrés, como preparación para defensa o huida, siendo ésta una función adaptativa; convirtiéndose en patológica al presentarse en forma prolongada, irracional y de forma desproporcionada, de tal intensidad que ocasiona en el ser humano un importante malestar físico, psicológico y afectación de la conducta^{2, 4}.

2.1.2 Epidemiología internacional y nacional

Se menciona que aproximadamente una de cada cuatro personas ha cumplido con criterios diagnósticos de algún trastorno de ansiedad; asimismo que la población femenina es más susceptible a padecerlos (una de cada diez mujeres), y que hay una disminución de su prevalencia de acuerdo con la elevación del nivel socioeconómico¹.

Hoy en día las patologías más comunes dentro de los trastornos de salud mental son ansiedad y depresión, afectando a un porcentaje considerable de la población mundial. Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal⁵.

Dentro del ámbito nacional, los resultados del estudio mundial de salud mental realizado durante el 2005 determinaron una prevalencia de trastornos mentales en el último año, de 13.5%; los tipos de trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad con 7.9%, luego los de estado de ánimo con 3.5%, los de control de impulsos con 3.5% y por último los de uso de sustancias con 1.7%. Siendo la fobia de ansiedad con 4.6%, siguiendo la fobia social con 1.4% y el trastorno de ansiedad de separación con 1.2%.⁷

2.1.3 Clasificación

Existen 11 tipos de trastornos de ansiedad, contenidos en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-V^{8,9,10}.

- a. Trastorno de ansiedad por separación: ansiedad intensa y persistente relacionada a la separación de una figura de apego importante, presenta mínimo tres manifestaciones clínicas enfocadas a la preocupación, malestar psicológico subjetivo, negativa a estar solo en el hogar o movilizarse a diferentes lugares, y/o pesadillas, síntomas físicos frente a la anticipación de la separación o a la misma.

- b. Mutismo selectivo: pérdida persistente de la capacidad de responder/ hablar en una situación social específica en la que se espera que lo haga, siendo capaz de hacerlo en otras. Este trastorno inicia generalmente durante la edad preescolar (2 a 4 años), después de que se ha desarrollado un lenguaje normal.
- c. Fobia específica: ansiedad o miedo intenso y persistente, inmediata e invariablemente frente a una situación u objeto específico. Por lo general, mientras más cerca se encuentren del estímulo temido (y más difícil sea escapar del mismo), peor es la situación.
- d. Trastorno de ansiedad social: aparece usualmente frente a una situación o más en las que el paciente puede ser juzgado por su entorno, limitando su actuar y evitando mostrar síntomas que puedan ser tomados de forma negativa por el entorno (rechazo social).
- e. Trastorno de angustia/pánico: es un trastorno de ansiedad frecuente en el que la persona experimenta crisis inesperadas y recurrentes, siguiendo, en al menos un episodio, un periodo de preocupación o inquietud persistente con más crisis por un mes como mínimo, o bien también, ocurre un cambio de comportamiento desadaptado asociado a crisis.
- f. Agorafobia: ansiedad o miedo que aparece frente a situaciones (dos o más) prototípicamente agorafóbicas, se refiere al temor que algunas personas sienten ante cualquier situación embarazosa o lugar del que parezca difícil escapar, o donde no pudiera contar con ayuda de aparecer los síntomas, de angustia o similares, incapacitantes que causen vergüenza.
- g. Trastorno de ansiedad generalizada: puede ser difícil de diagnosticar. Presenta preocupación excesiva, persistente, difícil de controlar, debido a diferentes actividades, sumándose tres o más síntomas de aumento de la actividad fisiológica.
- h. Trastorno de ansiedad inducida por sustancias o medicación: presenta crisis de ansiedad/ angustia característicamente,

además, los síntomas aparecen durante o inmediatamente luego de la intoxicación o abstinencia de la sustancia.

- i. Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica: presenta principalmente crisis de ansiedad/ angustia que son fisiopatológicamente como respuesta directa a alguna enfermedad de fondo.
- j. Otros trastornos de ansiedad especificados: tiene síntomas característicos de trastornos de ansiedad, temor o evitación fóbica, pero no cumplen con criterios como para ingresar en una categoría diagnóstica, el motivo por el que no cumplen con criterios debe ser especificado.
- k. Trastornos de ansiedad no especificados: al igual que el anterior mencionado, no cumplen con todos los criterios, sin embargo, no se especifican los motivos por falta de información^{8,9,10}.

2.1.4 Etiología

Se describe una interacción entre diversos factores biológicos, sociales, psicodinámicos, traumáticos y de aprendizaje; además de la medicación tanto de factores de riesgo como de factores protectores que intervienen en su expresión^{1,2}.

- a. Biológicos: se produce una reacción vegetativa que ocasiona un incremento del tono simpático. Se liberan catecolaminas y hay una mayor producción del metabolismo de noradrenalina. Se produce una alteración del sistema serotoninérgico, se incrementa la actividad dopaminérgica. Disminuye el GABA, por lo que aumenta la irritabilidad del sistema nervioso central (hiperactividad).
- b. Estudios genéticos: Refieren cierta vulnerabilidad por factores genéticos para este trastorno.
- c. Psicosociales: factores estresores que fungen como causales, agravantes y precipitantes. Hay indicios de que el tipo de educación durante las primeras etapas de la vida puede generar predisposición para desarrollar trastornos de ansiedad ya en la edad adulta.

- d. Psicodinámicos: Desde la parte psicoanalítica, los impulsos inconscientes pueden emerger en la conciencia y generar ansiedad, ya que es relacionada durante el desarrollo con temores infantiles a la desintegración (por pérdida de un objeto o daño físico). La ansiedad genera acciones defensivas por parte del yo, que, de ser efectivas, la desaparece, pero si por el contrario si son contenidas, producen sintomatología más grave.
- e. Traumáticos: factores extraordinarios vividos o experimentados, como accidentes, tortura, entre otros, que causan daños severos, a nivel neurológico, unido a sintomatología ansiosa grave.
- f. Cognitivos-conductuales: se da una respuesta desproporcionada, de percepción incrementada de la amenaza y disminuida de las capacidades propias; quizás por generalización, condicionamiento o estímulos del exterior que generan el adoptar de reacciones y/o conductas (ansiosas) de otros^{1,2}.

2.1.5 Fisiopatología

Neurobiológicamente la base de la ansiedad se ubica en zonas del tallo cerebral (relacionadas con el desarrollo y propagación de la angustia); amígdala e hipocampo; la respuesta ante un estímulo que active esta base también provoca diferentes cambios neuro-endocrinos en el organismo siendo el neurotransmisor inhibitorio más importante, el sistema GABA; en ocasiones se comporta cual ansiolítico o a veces generando angustia; dando similares reacciones, la interacción de adrenalina y dopamina del sistema serotoninérgico. Así también hormonas como el cortisol y ACTH, entre otras, están relacionada con ansiedad y estrés^{2, 11}.

2.1.6. Diagnóstico

Para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad deben cumplirse ciertos criterios, en su mayoría ya mencionados al momento de establecer la clasificación, tocando aquí, otros criterios de

orientación, recopilados en el DSM-5^{8, 10}.

- Trastornos de ansiedad por separación: evitación, miedo o ansiedad presentes por al menos 6 meses en adultos y 04 semanas en niños y adolescentes.
- Mutismo selectivo: inicia durante la edad preescolar (2 a 4 años), después de desarrollar un lenguaje normal, duración de al menos 01 mes, sin considerar el primer mes de asistencia a la escuela.
- Fobia específica: suele presentarse durante la niñez o la adolescencia dependiente del tipo de estímulo causante de la fobia; evitación, miedo o ansiedad persistentes al menos por 06 meses. El grado de malestar es leve, de modo que la mayor parte de individuos no solicita ayuda profesional.
- Trastorno de ansiedad social: por lo general, el inicio tiene lugar durante la fase intermedia de la adolescencia; específicamente relacionada sólo con la ejecución; evitación, miedo o ansiedad por lo menos 06 meses.
- Trastorno de angustia/ pánico: se inicia poco después de los 20 años, al menos un episodio de crisis seguido por un periodo mínimo de 01 mes de persistente preocupación de que se produzca otro o las consecuencias de éste.
- Agorafobia: se puede desarrollar con rapidez, en sólo unas semanas; miedo, ansiedad o evitación frente a ocasiones agorafóbicas, presentes por al menos 06 meses.
- Trastorno de ansiedad generalizada: puede ser difícil de diagnosticar, preocupación excesiva y de difícil control presente casi a diario durante al menos 06 meses.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias y/o medicación: crisis no dadas exclusivamente durante delirium.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: de la misma forma al anterior, no se dan en delirium.
- Otros trastornos de ansiedad especificados: sintomatología significativa que no reúne criterios para ser estrictamente clasificado, deben especificarse causas, principalmente son trastornos en los que no se cumple con el criterio temporal, como son las crisis de angustia limitadas o el trastorno de

ansiedad generalizada que no cumplen con presentarse casi a diario.

- Trastornos de ansiedad no especificados: sintomatología significativa que no reúne criterios para ser estrictamente clasificado, sin especificación de causas^{8, 10}.

2.1.7 Tratamiento

El tratamiento para los trastornos de ansiedad básicamente comprende dos esferas: un enfoque psicofarmacológico (medicación) y psicoterapia de un tipo específico; la decisión de tomarlos o no va a depender del individuo, tomando en cuenta además que debe existir una evaluación previa para poder descartar la coexistencia de algún otro problema diferente que debido a sus características, deba ser prioritariamente resuelto o controlado antes de empezar el tratamiento para el trastorno de ansiedad, asimismo de si se ha estado recibiendo alguna medicación, debiendo considerar características como el tipo, dosis, inicio, efectos tanto positivos como negativos; de la misma forma, de haber recibido psicoterapia, se deberá dar detalles, frecuencia y eficacia, siendo de utilidad toda esta información para definir si el tratamiento recibido ha sido adecuadamente administrado.

Tanto el tratamiento psicofarmacológico como el psicoterapéutico en forma simultánea son recomendados para el adecuado manejo de estos trastornos.

Es importante para el paciente entender que la ansiedad es una condición médica manejable y controlable, siempre y cuando el paciente colabore estrechamente con su médico tratante¹³. Además de lo ya mencionado se debe considerar la edad, riesgo de abuso o suicidio, posibilidad de embarazo, tolerancia, costos y tolerancia^{1, 12}. Como es de entender, los trastornos no son curados con la medicación, éstos ayudan a disminuir los síntomas físicos a la par que los individuos deben recibir el tratamiento psicoterapéutico, no está demás mencionar que todos los fármacos deben de ser indicados por el médico, mientras que la psicoterapia puede impartirse bien por él o por un conjunto de profesionales de la salud¹².

Tratamiento Psicofarmacológico: el cual va de acuerdo con las características sintomatológicas, la gravedad y las características del paciente.

a. Antidepresivos: como su mismo nombre lo dice son indicados para el tratamiento de la depresión, también son útiles en los trastornos ansiosos. Tienen efectos desde la primera dosis, pero requieren de su continuidad por lo menos de 4 a 6 semanas para la desaparición de la sintomatología.

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): por ejemplo, fluoxentina, citalopram, escitalopram, sertralina, paroxentina, venlafaxina. Estos fármacos son más seguros que los tricíclicos al no tener efectos anticolinérgicos, no son letales en sobredosis, siendo los efectos secundarios náuseas, cefalea y disfunción sexual, en general son leves y suelen remitir rápidamente. En los primeros días puede existir un aumento de ansiedad, pudiéndose prescribir benzodiacepinas para un mejor control, mientras se obtiene el efecto benéfico, luego de 2 a 4 semana, por esta razón se empieza con dosis bajas que van aumentando gradualmente. Se pueden utilizar por tiempo prolongado y no muestran tolerancia ni peligro de abuso, es importante puntualizar que esto depende del criterio del médico. Debe tenerse cuidado al tratar con niños y adolescentes, debido a casos de agitación e intentos de suicidio, debido a los efectos secundarios.
- Tricíclicos: Imipramina, nortriptilina, clomipramina, amitriptilina. Disminuyen la intensidad de la ansiedad, se suele iniciar el tratamiento con dosis bajas que van aumentando, producen en algunas ocasiones sueño, mareos, aumento de peso que se corrigen al modificarse la dosis o cambiar ésta, pero poseen efectos secundarios colinérgicos, cardiotoxicidad y podrían ser potencialmente letales en sobredosis, por lo que no se recomienda usados de primera línea.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO):

fenelzina, tranilcipromina, elisocarboxazid. No son recomendados como fármacos de primera línea por poseer un efecto adverso grave como lo es la posibilidad de ocasionar crisis hipertensivas posterior a la ingesta de alimentos y/o bebidas con tiramina, o consumo de otros fármacos como analgésicos, anticonceptivos, antialérgicos entre otros (anulados a simpaticomiméticos y opiáceos pueden llevar a la muerte y con los ISRS producen el “síndrome de la serotonina”, enfermedad grave que se presenta con confusión, rigidez muscular, hiperhidrosis, convulsiones, etc.).

b. Ansiolíticos:

- Benzodiazepinas: alprazolam, clonazepam, diazepam, lorazepam. Los cuales disminuyen la ansiedad, la cantidad e intensidad de las crisis, su principal efecto secundario suele ser la somnolencia; sin embargo, puede causar dependencia, por lo que no es tan comúnmente indicada. Deben ser utilizados por el menor tiempo posible pues presenta un potencial riesgo de inducir tolerancia y adicción.
- Azapirona: bispirona. La cual desencadena leves efectos serotoninérgicos, útil en el trastorno de ansiedad generalizada; actúa poco a poco, pudiendo producir cefalea, náuseas y mareos, pero debe consumirse mínimo por 2 semanas para alcanzar su efecto.

c. Agonistas de los receptores beta-bloqueadores (beta-adrenérgicos): propanolol, atenolol. Suprimen los signos somáticos de la ansiedad, en crisis y, en fobia social, específicamente como prevención, no así siendo útiles en problemas de ansiedad crónica. Efectos adversos son adormecimiento, presión arterial baja y bradicardia^{1, 12, 13}.

Psicoterapia: la cual es impartida por profesionales de la salud.

La psicoterapia cognitivo-conductual reduce la ansiedad en un porcentaje de los pacientes que la padecen. Es importante por ende

concientizar al paciente sobre su pensamiento irracional que lo lleva a preocupaciones sin fundamento. En principio es una reeducación de su cognición negativa e irracional hacia pensamientos positivos y de utilidad para el adecuado manejo de su vida diaria.

Las terapias de relajación, ejercicios de respiración profunda y ejercicios en general, son de utilidad sobre todo en los casos en los que se puede alcanzar a eliminar el pensamiento irreal por una estrategia más realista para resolver determinados problemas. Estas diferentes técnicas pueden ser utilizadas fuera del ámbito clínico-hospitalario^{1, 13}.

2.2. Ansiedad preoperatoria

2.2.1. Definición

La ansiedad, como ya fue mencionada, es una condición emocional transitoria, consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, temor y elevación de la actividad del sistema nervioso autónomo. Spielberger (1989), considera que para definir la ansiedad existe la “Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo” (Cattell y Scheier, 1961). La ansiedad-estado, es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos; causada por un evento importante como es el acto quirúrgico. Por su parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo una disposición, tendencia o rasgo; pudiendo ser considerada una característica que forma parte de la personalidad del paciente. La ansiedad preoperatoria se considera parte de la ansiedad-estado; una condición emocional transitoria que el paciente experimenta en el periodo preoperatorio y que resulta desconocido^{14, 15}.

Por lo tanto, se define como una alteración en el estado emocional del paciente durante el preoperatorio, conjunto de temores de índole médica y no médica antes de una intervención quirúrgica. Suele suscitarse también frente a todo procedimiento anestésico, pero es mayor cuando se administra anestesia general. El momento del acto anestésico-quirúrgico, justo antes de la cirugía, es cuando el

paciente experimenta el nivel más elevado de ansiedad¹⁸.

En la mayoría de centros hospitalarios, no se presta la debida atención a este problema, lo que puede conllevar a serias repercusiones como traumas psicológicos en los pacientes que no están adecuadamente preparados.

Los pacientes que se someten a una cirugía a menudo sienten ansiedad debido a los riesgos que conlleva y a la falta de familiaridad de la situación. El nivel de ansiedad preoperatoria que siente cada paciente varía y depende de múltiples factores. Estos incluyen el pronóstico de la intervención, temores sobre la anestesia y el dolor postoperatorio, y preocupaciones sobre el resultado del procedimiento. Sin embargo, también hay que tener en cuenta una serie de factores relacionados con las características sociodemográficas y psicosociales del paciente, por ejemplo, el nivel de ansiedad personal, tipo de personalidad, sensibilidad al dolor y el uso de estrategias de afrontamiento. Además, otras variables importantes son las enfermedades preexistentes, la complejidad de la intervención, experiencias quirúrgicas previas y la información previa recibida.

Está ampliamente demostrado que los niveles de ansiedad aumentan antes de una intervención quirúrgica, desencadenando una respuesta de estrés que incluye la liberación de catecolaminas, hiperactividad simpática, hipermetabolismo, cambios neuroendocrinos, alteraciones electrolíticas y modificaciones inmunológicas.

2.2.2. Epidemiología

A nivel mundial, en los pacientes adultos la incidencia de la ansiedad preoperatoria en las poblaciones occidentales fluctúa entre el 60-80%, aunque se evidencio que el rango puede ser aún más amplio de 11-80% y hay variaciones entre los distintos grupos quirúrgicos¹⁷. En Asia, por ejemplo, países como Pakistán se encontró que el 62 % de la población joven presentó ansiedad preoperatoria; en Holanda se reportó 32% de "casos de ansiedad". El 82% de la población inglesa tiene ansiedad preoperatoria. En España, 32% de pacientes sufren ansiedad preoperatoria, siendo mayor en el servicio de ginecología. Por otro lado, en Estados Unidos, la

incidencia de ansiedad preoperatoria es 51%. En Latinoamérica, en algunos estudios se evidenció que el 76 % de los mexicanos presentó ansiedad preoperatoria. En Brasil, 75% de pacientes tienen ansiedad preoperatoria. En Chile, 32% de pacientes presentan ansiedad severa. El 60.2% de la población ecuatoriana sometida a cirugía electiva presentó alto nivel de ansiedad. En Perú la prevalencia de ansiedad preoperatoria durante el 2008 fue de 78%, en el 2009 de 57,7% y en el 2013 de 70%. Según MINSA, 60% de peruanos presentan ansiedad preoperatoria lo cual aumenta el dolor postoperatorio y mayores necesidades analgésicas^{14, 15}.

En todo el mundo, los factores más frecuentes que se asocian a la ansiedad preoperatoria son: el sexo femenino en un 66,6%, la presencia de cirugía previa en un 44%, la edad y el nivel de educación superior. En la encuesta mundial de salud mental realizada en el Perú en el 2005, se pudo observar que hubo una mayor prevalencia de los trastornos mentales en la población femenina, pacientes jóvenes y la presencia de cirugía previa se asocian a presencia de ansiedad preoperatoria en un 56% y 57,4%; respectivamente. Demográficamente, hay más riesgo de población soltera, separada o viuda de presentar trastornos de salud mental en general, no observándose diferencia significativa entre otros factores^{7, 14}.

A nivel local, se cuenta con estudios en donde se encontró ansiedad en el 64.76% de pacientes programados para una intervención quirúrgica en el Hospital Goyeneche durante el 2018. También se pudo corroborar con otros estudios quienes también muestran el gran porcentaje de mujeres que presentaron ansiedad, en comparación con los hombres¹⁸.

2.2.3. Diagnóstico

La ansiedad preoperatoria es considerada como predictor de dolor postoperatorio y se ha demostrado correlación positiva con la intensidad de este síntoma y el consumo de analgésicos en el postoperatorio. Algunos estudios consideran que al poder controlar el nivel de ansiedad preoperatoria se podría reducir la incidencia de inestabilidad cardiovascular y arritmias cardíacas durante la anestesia y cirugía, además de permitir una recuperación más

rápida del postoperatorio, reducir la estancia hospitalaria y tener un descenso en la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Para ello es necesario determinar qué factores pueden estar asociados a la ansiedad preoperatoria en cada paciente y así poder entender y evaluar estrategias de control. Existen diversos instrumentos validados para estimar el grado de ansiedad, dentro de las más conocidas: DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale); STAI (State– Trait Anxiety Inventory Questionnaire), Escala Visual Análoga de Ansiedad (VAS), escalas de ansiedad de Taylor (Cuestionario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad), la escala de Ansiedad de Hamilton (HAS), la Escala Clínica de Ansiedad (CAS), el Beck Anxiety Inventory (BAI), la Escala de Goldberg, The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y más recientemente, la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS) son aplicadas con gran aceptación en la población de estudio^{14,15}.

2.2.4. Complicaciones

Se evidencio en algunos estudios que los pacientes que presentaron elevados niveles de ansiedad preoperatoria requerían dosis más altas de anestésicos y necesitaron más analgesia peri y postoperatoria. Conllevando a una estancia hospitalaria extensa, aumenta el riesgo de readmisión después de la cirugía y aumenta la morbilidad y tasas de mortalidad.

Es de vital importancia considerar la ansiedad antes de la intervención quirúrgica puesto que determinar los antecedentes de la persona sobre eventos traumáticos previos al acto quirúrgico, expectativas antes de la cirugía sobre pérdida o ganancia y la identificación que el paciente tenga con otros individuos que han presentado otras experiencias similares, etc. Todas estas preocupaciones, inquietudes y temores que podría presentar el paciente podría limitar al equipo quirúrgico durante la atención operatoria, por lo que es importante tratar directamente con el paciente para sensibilizarlo sobre su estado y la necesidad de llevar a cabo una intervención quirúrgica, por lo que el abordaje de todas las áreas del paciente es de vital importancia para disipar todas las interrogantes que se puedan generar por la intervención quirúrgica

y llegar a un estado de tranquilidad para el paciente a través de la información preoperatoria disminuyendo de esta manera la ansiedad preoperatoria, antes del uso de fármacos relajantes.

2.2.5. Prevención

Se debe hacer lo posible por reducir la probabilidad de desarrollar esta clase de trastornos, en los tres niveles de prevención siendo útil la identificación de sujetos con mayores factores de riesgo, tanto relacionados con experiencias, entorno o vivencias, como con la vulnerabilidad misma de él, personalidad, cognición; así mismo, el diagnóstico oportuno de nuevos casos, poder establecer tratamiento correcto y oportuno².

2.2.6. Ansiedad preoperatoria en gestantes

El embarazo es considerado como un momento crítico donde se producen adaptaciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas, que podrían alterar el equilibrio emocional. Por lo que la ansiedad en el embarazo es una respuesta, por un lado, a la inestabilidad emocional provocada por el desajuste hormonal típico de este período y es percibido de forma diferente por cada mujer según la personalidad y/o contexto asistencial en que se encuentre; y por otro lado, los cambios que implica la maternidad, la preocupación por el desarrollo del bebé, la gran carga afectiva que comporta el embarazo y las ganas por preparar el hogar para la llegada del bebé son algunas de las causas de ansiedad que puede sentir la mujer durante la gestación. Es el conocido como “síndrome del nido” y afecta a más mujeres de las que podríamos creer.

La ansiedad fue señalada como el problema emocional más frecuente en las gestantes; el cual está relacionado con ciertos factores estresantes ambientales, factores biológicos propios del embarazo y a los problemas socioeconómicos de la actualidad. Se cuenta con evidencia de que ciertos factores psicosociales como el estrés y la ansiedad afectan durante el embarazo con una mayor susceptibilidad, en donde la mujer suele presentar altibajos emocionales, pudiendo pasar con facilidad de la euforia al decaimiento; de la alegría a la tristeza; del buen humor al mal humor. Estos cambios suelen acentuarse frente a circunstancias adversas.

Los días previos al momento del parto constituye uno de los principales motivos de cambios y temores, donde los cambios físicos han alcanzado su punto más alto, alterando totalmente el aspecto y las cualidades del cuerpo. La posibilidad de imaginar una gran variedad de situaciones respecto a las características físicas de ese hijo ya formado, hace que aumente la ansiedad por conocerlo, y el temor por la posibilidad que surja algo inesperado o no deseado. Todas estas emociones acumuladas que vive la mujer durante el embarazo puede provocar problemas potencialmente graves como abortos espontáneos, alteración de la frecuencia cardíaca fetal, disminución del crecimiento intrauterino, aumentar el riesgo de nacimientos prematuros y de bajo peso al nacer¹⁹.

En una revisión se concluyó que algunos trastornos de ansiedad tienen repercusiones materno fetales importantes, por ejemplo, partos prematuros, restricciones del crecimiento fetal, desarrollo neuroconductual deficiente. Se cree que los niños que tuvieron exposición in útero a la ansiedad materna tienen un riesgo más alto de padecer diversos trastornos neuropsiquiátricos, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad²⁰.

El término del embarazo puede tener dos posibilidades: la primera, de forma fisiológica a través de un parto eutócico o por parto distócico como lo es la cesárea. Siendo definido el parto por cesárea como el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía). Se pudo evidenciar que, en comparación con la población quirúrgica general, se ha informado de un mayor nivel de ansiedad preoperatoria en los pacientes obstétricos. Siendo uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes que se realizan en los pacientes obstétricos, la cesárea.

Pudiéndose distinguir dos tipos de cesárea: Cesárea electiva que es aquellas programada durante la atención prenatal y la cesárea de emergencia, aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones. Toda intervención quirúrgica incluye tres fases o periodos: El periodo Preoperatorio: Es aquel durante el cual se prepara al

paciente para la operación. Su duración es variable y depende del estado del paciente y la urgencia de la operación, traumas psicológicos y emocionales. El periodo Trans operatorio es aquel durante el cual se efectúa la operación, la duración empieza desde el ingreso al quirófano hasta su salida del mismo. Las complicaciones que se puede presentar hipertensión arterial, cefalea, crisis hipertensiva, taquicardia hipotensión arterial, hemorragia de heridas operadas acumulación de suero, infecciones en cirugía, aumento de presión pulmonar, disminución del gasto cardiaco, edema pulmonar, hipoxemia, entre otros. Mientras que el periodo Post operatorio es la recuperación y convalecencia de un paciente después de la cirugía. En el cual se debe prevenir las infecciones y detectar precoz mente las hemorragias a fin de disminuir el riesgo de complicaciones. En algunos estudios que, los niveles de ansiedad preoperatoria son elevados durante el preoperatoria hasta llegar al transoperatorio.

Además, es importante mencionar que la tasa de cesárea ha incrementado en todos los países desarrollados y no desarrollados. Teniendo en cuenta que la cesárea es una de las operaciones quirúrgicas más frecuentes del mundo, siendo un procedimiento eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal siempre y cuando esté debidamente justificado desde el punto de vista médico^{16, 21}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recalca la importancia de enfocarse en las necesidades de cada paciente y desalienta centrar la atención en intentar alcanzar una tasa determinada. Se estima que, a nivel mundial, la tasa de cesárea supera el ideal (>10-15%). En un estudio realizado en Egipto se observó una frecuencia de ansiedad preoperatoria de 9.2% en gestantes sanas, sin patologías materno fetales, sin condiciones obstétricas de urgencia o gravedad, programadas a cesárea electiva. En contraste con una población de mujeres con preeclampsia, encontraron una puntuación superior. En Teena y Akanksha, La India, encontraron un 55% de 200 mujeres que sería sometidas a cesárea las cuales se evaluadas encontrándose una frecuencia significativamente mayor en las mujeres sometidas a cesárea de emergencia con respecto a la cesárea electiva, 70% y 40%, respectivamente. En

contraste con este estudio, se encontraron publicaciones en donde se evidencio frecuencia de en Pakistán 62%, Sri Lanka 76.7%, Etiopia 70.3%; quizás pueda deberse a comorbilidades, factores externos. En las Américas esta tasa es del 38,9% en promedio (cuatro de cada diez partos son por cesárea), según los últimos datos disponibles de 25 países. Esta cifra, sin embargo, podría ser mayor ya que en muchos casos no se tiene en cuenta las cesáreas que se realizan en el sector privado²².

La ansiedad no es exclusiva del entorno obstétrico, está presente y constituye, uno de los problemas más relevantes en el contexto quirúrgico, pero es importante resaltar que, a diferencia del entorno obstétrico, en el que conviven posturas a favor y en contra del tratamiento del dolor, en el contexto quirúrgico no se acepta la presencia del dolor, considerándolo como un sufrimiento innecesario e inútil, ya que se considera que puede controlarse eficazmente con los fármacos y técnicas disponibles actualmente, considerándose la eficacia de su tratamiento un indicador relevante de buena práctica clínica y calidad asistencial. Se apreció, de un modo significativo, que las mujeres con un mayor nivel de ansiedad, presentaron mayor miedo al dolor, lo que comportó a su vez una peor tolerancia del mismo y una peor valoración del tratamiento administrado para aliviarlo, resaltando en este sentido la importancia de una buena preparación maternal previa al parto, ya que minimizaba, en general, estos efectos²³.

2.3. Características Sociodemográficas

Es el conjunto de características sociales, económicos y demográficos de una población como: edad, estado civil, nivel de educación, ocupación y procedencia.

- a. Edad: años de vida que tiene la gestante al momento de realizar la encuesta.
- b. Estado Civil: En el Perú, la entidad encargada de registrar los hechos vitales (nacimientos, matrimonios, defunciones, divorcios y otros que modifican el estado civil) es el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), organismo autónomo con personería jurídica de derecho

público interno. Fue creado en 1995 mediante la Ley 26497 en virtud de la regulación estipulada en los artículos 177° y 183° de la Constitución Política del Perú. Tal entidad es responsable de organizar y mantener el Registro Único de Identificación de las Personas Naturales y de inscribir los hechos y actos relativos a su capacidad y estado civil, así como de asegurar la confiabilidad de la información que resulta de la inscripción.

El estado civil forma parte del estado personal de un individuo. Y según la información recibida por el propio RENIEC, los estados civiles que existen en el Perú son solamente cuatro.

- Soltera
- Casada
- Conviviente
- Separada

De conformidad con nuestra Constitución Política y nuestro código civil, la convivencia propia consiste en la unión de facto de un varón y una mujer, libres de impedimento matrimonial a efectos de llevar a cabo fines similares a la unión conyugal. A ello se aúna el requisito de temporalidad de dos años. Por ello, no se trata de un estado civil que este jurídicamente establecido²⁴.

- c. Nivel de educación: La educación en el Perú se encuentra bajo jurisdicción del Ministerio de Educación, quien tiene a su cargo el formular, implementar y supervisar la política nacional de educación. En nuestro país, el sistema educativo tiene una organización tal, con el fin de cumplir con las necesidades y exigencias de este mediante los fines y principios alcanzados según la Ley general de educación Nro. 28044 (julio, 2003). Clasificación:

Niveles: períodos graduales a ser cumplidos.

- Educación Inicial: primer nivel, comprende el desarrollo de menores de 6 años.
- Educación Primaria: educación integral, impartición de conocimiento y desarrollo de este, en 6 grados con

una duración de un año cada uno.

- Educación Secundaria: brinda información científica, en humanidades y técnica, fortaleciendo su identidad, impartida por 5 años.
- Educación Superior:
 - Superior universitario: cuyos ciclos y/o grados están regidos por una ley específica, para competencia de alto nivel.
 - Superior no universitario: dirigida al campo técnico, puede ser pedagógica, tecnológica o artística^{25, 26}.

d. Ocupación: tipo de trabajo donde se desempeña la gestante.

- Dentro de casa
- Fuera de casa

e. Procedencia: según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) podemos definir según la información censal (Manual del empadronador. INEI. 1993):

- Área Urbano o centro poblado urbano: aquel que tiene como mínimo 100 viviendas agrupadas contiguamente (en promedio de 500 habitantes).
- Área Rural o centro poblado rural: aquel que tiene más de 100 viviendas agrupadas contiguamente o que teniendo más de 100 viviendas, éstas se encuentran dispersas o diseminadas sin formar bloques o núcleos²⁷.

f. Apoyo familiar: debe ser multidimensional; pues debe abarcar tanto apoyo informativo en forma de consejos y asesoramiento, apoyo instrumental que consiste en la ayuda práctica y el apoyo emocional que comprende las expresiones de cariño, estima y cuidado. Las mujeres que experimentan eventos estresantes en sus vidas, como lo es el embarazo, pero cuentan con un buen sistema de apoyo familiar son menos propensas a sufrir de estrés emocional²⁸.

3. Análisis de antecedentes investigativos:

A nivel local:

Autor: Ángel Rodrigo Catacora Choque

Título: Niveles de ansiedad, información preoperatoria y factores asociados en pacientes programados para intervención quirúrgica en el departamento de cirugía del hospital Goyeneche – febrero del 2019.

Resumen: Objetivo: Determinar los niveles de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para una intervención quirúrgica en el Departamento de Cirugía del Hospital Goyeneche.

Métodos: Se encuestó a 105 pacientes intervenidos en el mes de febrero 2019, aplicando una ficha de datos, la escala APAIS de ansiedad preoperatoria y la escala de ansiedad de Zung. Se asocian variables con prueba de independencia chi cuadrado.

Resultados: El 60.95% de casos tuvieron de 30 a 49 años, 42.86% fueron varones y 57.14% mujeres, con educación predominante secundaria (51.43%) o superior técnico (27.62%). El estado civil fue casado en 40% y conviviente en 41.90%, con 11.43% de solteros, 39.95% fueron trabajadores independientes y 49.52% fueron desempleados. El 87.62% eran de procedencia urbana y 12.38% de área rural. Un 29.52% tuvo antecedente de cirugía previa, en 22.86% se requirió de reprogramación quirúrgica. Un 65.71% de pacientes requirió de información preoperatoria. Mediante la escala de ansiedad de Zung, 64.76% de pacientes presentaba ansiedad, siendo leve a moderada en 37.14% y moderada a severa en 18.10%, e intensa en 9.52%. Según la escala APAIS, se encontró la misma proporción de ansiedad en los pacientes. No se encontró influencia de la edad, grado de instrucción o estado civil en la presencia de ansiedad ($p > 0.05$), aunque hubo más ansiedad en mujeres (76.67%) que en varones (48.89%; $p < 0.05$); hubo más ansiedad en los desempleados (76.92%) y en estudiantes (75%), y fue menor en los trabajadores independientes (51.22%) o dependientes (50%; $p = 0.05$). El antecedente de cirugía previa produjo ansiedad en 45.16% de

pacientes, y se presentó en 72.97% de pacientes sin antecedente quirúrgico (72.97%; $p < 0.05$). En casos con reprogramación de cirugía el 87.50% de pacientes tuvieron ansiedad, comparado con 58.02% de casos sin reprogramación ($p < 0.05$). El 82.61% de casos que requieren de más información presentaron ansiedad, comparado con 30.56% de casos en los que no se necesitó de información, siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$).

Conclusiones: La ansiedad preoperatoria es alta, sobre todo en mujeres y en pacientes reprogramados, que no fueron operados previamente y que requirieron de información preoperatoria.

Cita: Catacora, A. Nivel de ansiedad, información preoperatoria y factores asociados en pacientes programados para intervención quirúrgica en el departamento de cirugía del Hospital Goyeneche – febrero 2019 [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2019¹⁸.

A nivel nacional:

Autor: Luis Fernando Calderon Cruz

Título: Ansiedad e información preoperatoria (APAIS) en pacientes con indicación de cirugía electiva atendidos en el Hospital Cayetano Heredia, Piura, 2018.

Resumen: Introducción: El acto quirúrgico supone un acontecimiento vital importante para el paciente, el cual conlleva un compromiso para la unidad biopsicosocial del individuo que se manifestará de formas diversas, al margen en muchos casos del grado de desarrollo y maduración de la persona.

Objetivo: Determinar la frecuencia de ansiedad e información preoperatoria (APAIS) en pacientes con indicación de cirugía electiva atendidos en el Hospital Cayetano Heredia, Piura, 2018.

Metodología: Estudio retrospectivo, analítico, de corte transversal. Se diseñó una ficha de recolección de datos que sirvió para recolectar las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, procedencia, etc.), tipo de cirugía, estancia hospitalaria, nivel de satisfacción y el cuestionario que medió ansiedad preoperatoria

““Ámsterdam preoperative anxiety and information scale” (APAIS).

Resultados: De los 176 pacientes con indicación de cirugía electiva, el 60% de mujeres presentaron ansiedad preoperatoria, la mediana de edades de aquellos pacientes que presentaron ansiedad preoperatoria fue de 29 años, el 54% de los pacientes que presentaron ansiedad preoperatoria eran convivientes, el tipo de cirugía electiva más frecuente en los pacientes con ansiedad preoperatoria fue la colecistectomía laparoscópica con un 49,1%, la estancia hospitalaria más frecuente en los pacientes con ansiedad preoperatoria fue de 24 a 48 horas con un 68,4%, el 59,6% de los pacientes con ansiedad preoperatoria manifestaron sentirse muy satisfechos con la información brindada, como se indica en la tabla.

Conclusión: La frecuencia de ansiedad preoperatoria fue de 64,8% y el nivel de satisfacción respecto a la información preoperatoria fue 90,3% en los pacientes con indicación de cirugía electiva atendidos en el Hospital Cayetano Heredia, Piura, 2018.

Cita: Calderón Cruz, L. Ansiedad e información preoperatoria (APAIS) en pacientes con indicación de cirugía electiva atendidos en el Hospital Cayetano Heredia, Piura, 2018 [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Piura: Universidad César Vallejo; 2018²⁹.

Autor: Brayain Admerly Chávez Castillo

Título: Factores asociados a ansiedad preoperatoria en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

Resumen: Objetivo: Determinar si la edad, el sexo, el tipo de cirugía, las horas de sueño previas, el grado ASA, la historia de consumo de medicación psicotrópica, el grado de instrucción y la ausencia de cirugía previa son factores asociados a ansiedad preoperatoria en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, prospectivo, seccional transversal. La población de

estudio estuvo constituida por 139 pacientes pre quirúrgicos según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin ansiedad preoperatoria.

Resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores asociados fue: edad ($p < 0.05$), horas de sueño ($p < 0.05$), sexo femenino (OR: 5.38; $p < 0.05$), cirugía mayor (OR: 3.38; $p < 0.05$), ASA III (OR: 1.9; $p < 0.05$), consumo de psicotrópicos (OR: 3.4; $p < 0.05$), menor grado de instrucción (OR: 2.55; $p < 0.05$), ausencia de cirugía previa (OR: 3.23; $p < 0.05$).

Conclusiones: La edad, el sexo, el tipo de cirugía, las horas de sueño previas, el grado ASA, la historia de consumo de medicación psicotrópica, el grado de instrucción y la ausencia de cirugía previa son factores asociados a ansiedad preoperatoria en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

Cita: Chávez B. Factores asociados a ansiedad preoperatoria en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016¹⁴.

A nivel internacional:

Autor: Freddy Quintana-Guardo, Álvaro Monterrosa-Castro, Teresa Beltrán-Barrios.

Título: Frecuencia de ansiedad preoperatoria y factores asociados en gestantes programadas a cesárea.

Resumen: Objetivo: estimar la frecuencia de la ansiedad preoperatoria (AP) y los factores asociados en las gestantes programadas con cesárea electiva.

Métodos: estudio transversal en mujeres con embarazo de término sin actividad uterina ni complicaciones médicas, quirúrgicas u obstétricas, realizado previo a la intervención de cesárea electiva, en Cartagena, Colombia. Participación anónima y voluntaria con consentimiento informado. Se aplicó un formulario de características sociodemográficas y la versión en español de la escala Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Se realizó

regresión logística no ajustada para observar la asociación de las variables cualitativas con AP, se estimó el coeficiente de correlación entre las puntuaciones de las dos subescalas del APAIS con las variables cuantitativas.

Resultados: se estudiaron 326 embarazadas, con edad entre $28,5 \pm 6,4$ años; 7,9 % adolescentes; 24,2 % primigestantes; 81,9 % con cesárea anterior y 70,8 % sin otras cirugías previamente. El 45 % informó no estar de ningún modo preocupada por la cirugía o anestesia y, el 7,8% quería saber mucho más sobre el procedimiento. La frecuencia de AP y de la necesidad de tener mucha más información de la cirugía o anestesia fue del 9,2 %. El número de familiares en la sala de espera se correlacionó negativamente con AP, rho: -0,127 [IC 95 %: -0,232-0,019]. La necesidad de mucha más información sobre la cirugía o anestesia se asoció con el aumento.

Conclusión: la frecuencia de AP previa a la cesárea fue de 9,2 %. La necesidad de tener más información sobre la cirugía o anestesia se asoció diez veces mayor la presencia de AP y, el número de familiares en la sala de espera se correlacionó negativamente con AP, pero el tamaño del coeficiente de correlación se interpretó como despreciable.

Cita: Quintana-Guardo F, Monterrosa-Castro A, Beltrán-Barrios T. Frecuencia de ansiedad preoperatoria y factores asociados en gestantes programadas a cesárea. *latreia*. 2020 Ene-Mar;33(1):5-16¹⁶.

Autor: Philip Hepp, Carsten Hagenbeck, Bettina Burghardt, Bernadette Jaeger, Oliver T. Wolf, Tanja Fehm, Nora K. Schaal and The MAGIC Group.

Título: Medición del curso de la ansiedad en mujeres que dan a luz por cesárea: un estudio prospectivo (Measuring the course of anxiety in women giving birth by caesarean section: a prospective study).

Resumen: Antecedentes: Las mujeres que se someten a una cesárea electiva experimentan ansiedad. Sin embargo, hasta este

momento no se ha investigado el curso, alcance y duración de la ansiedad. El objetivo de este estudio es explorar los niveles de ansiedad durante el día de la operación empleando y comparando tanto medidas subjetivas como objetivas. Al examinar su correlación se pretende dar apoyo metodológico a los estudios de intervención.

Métodos: Se trata de un estudio monocéntrico, planificado prospectivamente, en el cual participaron 47 gestantes con indicación de cesárea primaria. Los niveles de ansiedad se evaluaron utilizando el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo y Ansiedad- Estado (STAI-trait y STAI-state), la escala analógica visual de ansiedad (VASA) así como el cortisol de saliva, se toma la muestra en tres oportunidades durante el día de la cesárea (al ingreso, al cierre de la piel y 2 h después de la cirugía).

Resultados: Los niveles máximos de ansiedad para el STAI-state y VASA fueron más altos al momento de la admisión y mostraron disminuciones significativas al cierre de la piel ($p < .001$). Las medidas subjetivas se correlacionaron significativamente en todos los puntos de tiempo (valores de $p < .001$). En cuanto a los niveles de cortisol, el nivel máximo de ansiedad se mostró en el cierre de la piel con un aumento significativo desde la muestra obtenida al ingreso hasta la toma al cierre de la piel y una disminución significativa desde el cierre de la piel a 2 h después de la operación (valores de $p < .001$). Adicionalmente se encontró que las mujeres con puntuaciones de STAI-trait por encima de la mediana mostraron niveles significativamente más altos en los picos de ansiedad.

Conclusión: El estudio revela el curso de la ansiedad en el día de la cesárea. Se demostró una fuerte correlación entre el STAI-state y el VASA. El nivel de cortisol en cambio mostró un curso diferente, que encaja en su conocida cinética. Teniendo en cuenta todas las medidas, la ansiedad parece ser más propensa antes de la cirugía hasta el cierre de la piel. En un enfoque diferenciado utilizando las puntuaciones del STAI-trait como discriminador se pudo demostrar que el grupo con niveles altos de este es particularmente propenso a desarrollar ansiedad en el marco de la cesárea y podrían, por lo

tanto, en su mayoría necesitar de apoyo profesional antes de una intervención.

Cita: Hepp P, Hagenbeck C, Burghardt B, Jaeger B, Wolf OT, Fehm T, et al. Measuring the course of anxiety in women giving birth by caesarean section: a prospective study. BMC pregnancy and childbirth. 2016; 16:113³⁰.

Autor: Teena Bansal, Akanksha Joon.

Título: Estudio comparativo para evaluar la ansiedad preoperatoria en pacientes obstétricas que se someten a una cesárea electiva o de emergencia (A comparative study to assess preoperative anxiety in obstetric patients undergoing elective or emergency cesarean section).

Resumen: Antecedentes: Una respuesta común al estrés es la ansiedad que se presenta en los pacientes que se someten a una cirugía. En comparación con la población quirúrgica general, se ha informado de un mayor nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes obstétricos. El presente estudio se realizó para evaluar y comparar la ansiedad preoperatoria en pacientes obstétricas que se someten a una cesárea electiva o de emergencia.

Metodología: Se incluyó en el estudio a un total de 200 pacientes obstétricas, con ASA II, que se sometieron a una cesárea electiva (n=100) o de emergencia [Grado 2] (n=100). Se utilizaron como herramientas de estudio la versión estatal de la Escala de Cuestionario de Ansiedad de Rasgos Estatales (S-STAI) y la Escala Analógica Visual de Ansiedad (VAS-A).

Resultados: En el presente estudio se observó un alto nivel de ansiedad en los pacientes sometidos a una cesárea de emergencia en comparación con los pacientes electivos [S- STAI ($67,29 \pm 8,51$ vs $48,35 \pm 10,29$) y VAS -A ($73,61 \pm 5,31$ vs $52,43 \pm 4,16$)], la diferencia resultó ser estadísticamente muy significativa ($p < 0,001$). En general, 110 (55%) pacientes tenían ansiedad. De estos 40 pacientes (40%) pertenecían al grupo de elección y 70 pacientes (70%) al grupo de emergencia. Los pacientes ansiosos tenían un nivel de educación más alto. La diferencia en los

parámetros hemodinámicos fue altamente significativa entre los dos grupos.

Conclusión: Todo paciente que requiera cirugía, ya sea electiva o de emergencia, debe ser evaluado por la presencia de ansiedad en su evaluación preoperatoria rutinaria de la anestesia y los pacientes que se encuentren con un alto nivel de ansiedad deben ser programados para una sesión de asesoramiento adicional.

Cita: Bansal T, Joon A. A comparative study to assess preoperative anxiety in obstetric patients undergoing elective or emergency cesarean section. *Anaesth, Pain & Intensive Care* [Internet]. 2017 [consultado 20 abril del 2020]; 21(1): 25-30²³. Disponible en: <http://www.apicareonline.com/index.php/APIC/article/view/154/948>

Autor: Inmaculada De Molina-Fernández; Lourdes Rubio-Rico; Alba Roca-Biosca; María Jimenez-Herrera; Miriam De la Flor-Lopez; Agustina Sirgo.

Título: Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección.

Resumen: El embarazo, a nivel fisiológico y emocional, es percibido de forma diferente por cada mujer según la personalidad y/o contexto asistencial en que se encuentre. Algunas gestantes ante la inminencia del parto, podrían presentar estados de ansiedad y miedos, que algunos autores relacionan con resultados obstétricos y neonatales desfavorables.

El objetivo del estudio fue conocer el nivel de ansiedad y miedos ante el parto de 78 gestantes, en relación al Apgar, peso del neonato, la percepción del dolor de parto y la forma de finalizar el mismo y valorar diferentes instrumentos de detección. Se midió la variable ansiedad con el Cuestionario Ansiedad-Estado de Spielberg y con una Escala Visual Analógica, con la que se midió también la percepción del dolor y su alivio. Para medir los miedos se confeccionó un cuestionario ad hoc.

Los resultados mostraron que un 30% de las mujeres presentaron un nivel de ansiedad alto, aun así, esto no condicionó la forma de finalizar el parto (p-valor: .983) y el Apgar al nacer (p-valor: .869); pero si se relacionó significativamente la ansiedad con mayor miedo al dolor de parto (p-valor: .041) y una peor valoración del tratamiento para su alivio.

Una detección adecuada y sistemática de la ansiedad con una Escala Visual Analógica, sencilla y fácil de aplicar, permitiría a matronas y enfermeras identificar a las mujeres susceptibles de cuidados específicos dirigidos a disminuir la ansiedad y el miedo y sí mejorar su experiencia ante el parto.

Cita: De Molina-Fernández, I. Rubio-Rico, L., Roca-Biosca, A., Jimenez-Herrera, M., De la Flor-Lopez, M., & Sirgo, A. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2015; (13): 17-32²³.

Autor: Woldegerima Y.B., Fitwi G.L., Yimer H.T., Hailekiros A.G.

Título: Prevalencia y factores asociados con la ansiedad preoperatoria en los pacientes de cirugía electiva del Hospital de la Universidad de Gondar, Noroeste de Etiopía, 2017 (Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among elective surgical patients at University of Gondar Hospital. Gondar, Northwest Ethiopia, 2017).

Resumen: Antecedentes: La ansiedad se define como una experiencia abrumadora de miedo, preocupación y nerviosismo. Es uno de los eventos más comunes que pueden presentarse a los pacientes que están por ser sometidos a alguna operación quirúrgica. Tiene múltiples efectos adversos psicofisiológicos. Aunque tiene diversas consecuencias no deseadas, en la práctica clínica, la ansiedad preoperatoria suele ser desatendida por los médicos. El propósito del presente estudio fue determinar la prevalencia y los factores asociados con la ansiedad preoperatoria entre los pacientes de cirugía electiva del Hospital de la

Universidad de Gondar, en el noroeste de Etiopía, en 2017.

Método: Es un estudio transversal basado que se llevó a cabo de marzo a junio de 2017 en el Hospital de la Universidad de Gondar. Después de obtener la aprobación ética de la junta de revisión institucional, se procedió a medir el nivel de ansiedad con la Escala STAI-state y STAI- trait a 178 pacientes programados para operaciones quirúrgicas electivas. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20. Se realizaron estadísticas descriptivas, tablas cruzadas y análisis de regresión logística binaria para identificar los predictores de la ansiedad preoperatoria. La fuerza de la asociación se presentó usando AOR con El intervalo de confianza del 95% y el valor $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Un total de 178 pacientes (98 mujeres y 80 hombres) se inscribieron con una tasa de respuesta del 98,34%. Observamos ansiedad preoperatoria en el 59,6% de los pacientes. La media ($\pm$ SD) de la puntuación del STAI fue de $48,63 \pm 17,56$. La alta ansiedad preoperatoria se asoció con la edad de 18-30 años (AOR = 6.92, 95% CI = 1.39-33.82), la edad de 31-45 años (AOR = 5.72, 95% CI = 1.61-20.28), sin ingresos (AOR = 3.21, 95% CI = 1.01-10.27), bajos ingresos (AOR = 3.06, 95% CI = 1.18-7.93). La residencia rural (AOR = 0,38, IC del 95% = 0,16-0,89) se asoció con un menor riesgo de ansiedad preoperatoria. El miedo a no poder recuperarse de la anestesia (53,9%), el dolor postoperatorio (51,7%), las preocupaciones familiares (43,3%) fueron las principales fuentes de ansiedad preoperatoria. Se encontró una asociación significativa con la ansiedad preoperatoria en el temor a la muerte (AOR = 2.40, 95% CI = 1.08-5.32), la preocupación familiar (AOR = 2.15, 95% CI = 1.03-4.50), el temor a la dependencia (AOR = 2.75, 95% CI = 1.57-7.20) y el temor a la discapacidad (AOR = 2.75, 95% CI = 1.22-6.21).

Conclusiones: La ansiedad preoperatoria era alta en el Hospital de la Universidad de Gondar. La edad joven, los ingresos bajos o nulos, la residencia urbana, el miedo a la muerte, la dependencia, la discapacidad y las preocupaciones familiares fueron predictores de la ansiedad preoperatoria. Los pacientes deben ser evaluados

regularmente para detectar la ansiedad durante la visita preoperatoria y se deben introducir métodos apropiados de reducción de la ansiedad en nuestro Hospital.

Cita: Woldegerima YB, Fitwi GL, Yimer HT, Hailekiros AG. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among elective surgical patients at University of Gondar Hospital. Gondar, Northwest Ethiopia, 2017. A cross-sectional study. IJSO. 2018; 10:21-9³¹.

4. Objetivos

4.1.1. Objetivo general:

Establecer la relación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y las características sociodemográficas de las gestantes programadas a cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná durante el mes de junio del 2020.

4.1.2. Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de ansiedad preoperatoria en las gestantes programadas a cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná.
- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes programadas a cesárea: Edad, estado civil, nivel de educación, ocupación, procedencia, apoyo familiar.
- Determinar la característica sociodemográfica más influyente en la aparición de ansiedad preoperatoria en las gestantes programadas a cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná.

5. Hipótesis:

Debido a las diversas características sociodemográficas propias de cada gestante programada a cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná es probable que, presenten diferentes niveles de ansiedad pre operatoria.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica e instrumento

1.1. Técnica:

En la presente investigación se aplicará la técnica de una encuesta.

1.2. Instrumentos:

- Ficha de recolección de datos (Anexo 1).
- Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Amsterdam (Anexo 2).
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Trascendente (STAI) (Anexo 3).
- Consentimiento Informado (Anexo 4).

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

El presente estudio se realizará en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, el cual se encuentra ubicado en la Av. Lima 550, en la provincia de Camaná y departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

El estudio se desarrollará en el mes de junio del año 2020.

2.3. Unidades de estudio

La población está conformada por todas las gestantes hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, en el mes de junio 2020.

La muestra que se utilizará en el presente estudio, fue de tipo no probabilístico intencional.

Criterios de selección:

- Criterios de inclusión: Gestantes programadas a cesárea sin actividad uterina; gestantes mayores de edad; gestantes que no fuesen

consumidoras de sustancias psicoactivas; gestantes que no tuviesen diagnóstico previo de psicopatologías; participación anónima y voluntaria.

- Criterios de exclusión: Gestantes que sean sometidas a cesárea de emergencia; gestantes que tengan como diagnóstico enfermedad psiquiátrica previa, gestantes que no desearon participar; gestantes con alguna dificultad mental para obtener la información; y otros diagnósticos obstétricos como óbito fetal.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

Se solicitará los permisos requeridos al Hospital de Apoyo Camaná para la realización del estudio. Posteriormente, la recolección de los datos se realizará en los ambientes del Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital antes mencionado donde se procederá a abordar a las gestantes que cumplan los criterios de inclusión para explicarles acerca del presente trabajo que se desea realizar, inmediatamente después proceder a firmar el debido consentimiento informado y a llenar la ficha de datos, asimismo se les entregará el instrumento validado. Se les dará un tiempo prudencial y privado para poder completarlos de forma tranquila.

Finalmente, una vez concluida la recolección de datos se realizará el análisis estadístico de los mismos para poder interpretación y posteriormente su análisis.

3.2. Recursos

Para realizar el presente estudio se necesitará:

3.2.1. Humano:

- Investigador
- Asesor

3.2.2. Materiales

- Ficha de recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadora personal
- Programa estadístico

- Impresora

3.2.3. Financieros: el estudio será financiado por el investigador.

3.3. Validación de los instrumentos

Ficha de recolección de datos: no requiere validación.

Escala de Ámsterdam de ansiedad preoperatoria y necesidad de información (APAIS): instrumento validado en su versión en español por Manuel Vergara Romero en su tesis doctoral en Málaga-España el año 2017.

Es fácil de usar, un instrumento clínicamente relevante con una buena aceptación entre los pacientes y un formato simple que facilita el análisis. Fue diseñada por Moermann y otros en el año 1996, cuestionario autodeclarado específicamente validado que consta de 6 preguntas desarrolladas para determinar la ansiedad e información preoperatoria. El cuestionario original fue diseñado y validado en una muestra de 320 pacientes sometidos a diferentes procedimientos quirúrgicos tanto de cirugía menor, intermedia y mayor. La validez interna fue evaluada mediante técnicas de análisis factorial exploratoria con rotación oblicua evidenciándose un modelo con dos factores que explicaba el 72% de la varianza. Los autores determinaron la validez de criterio correlacionando la escala con el cuestionario de ansiedad estado rasgo (STAI) como patrón de oro, obteniendo unos buenos resultados (coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,74).

Esta escala a su vez se subdivide en dos escalas que exploran tres dimensiones, relacionando la ansiedad preoperatoria con la anestesia, la cirugía (ítems 1,2,4,5) y la necesidad de información (ítems 3,6). Cada una de las interrogantes puede puntuarse con una escala de 1 a 5, siendo 1 el valor más bajo (nada) y 5 el valor más alto (extremadamente). El puntaje de la escala de ansiedad es la suma de estas 4 preguntas, con un rango de puntuación de 4 a 20. Una puntuación total menor o igual a 12 será considerado como no ansioso, de 13 a 20 como ansioso. Por otro lado, la necesidad de información con respecto a la anestesia y cirugía. Los ítems referidos a este indicador son las preguntas 3 y 6. Cada una de las cuales se puntúa del 1 al 5. El puntaje de la escala de necesidad de información es la

suma de estas dos preguntas, con un rango de puntuación de 2 a 10. El puntaje clasifica la necesidad de información como: 2-4 puntos indica baja necesidad de información, 5-7 puntos la necesidad moderada de más información y 8-10 puntos alta necesidad de información. También ha sido se ha informado que es útil como predictor del dolor postoperatorio temprano¹⁵,

32.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): instrumento validado.

Cuestionario ampliamente utilizado, comprende 40 ítems de autoinforme relativos a la ansiedad. En él se distinguen dos cuestionarios de 20 ítems cada uno, uno que mide la ansiedad percibida en la situación actual (Ansiedad Estado) y otro que evalúa una tendencia general a la ansiedad (Ansiedad Rasgo). El cuestionario sobre el rasgo STAI (STAI trait) no se incluye con tanta frecuencia en los estudios clínicos, aunque se ha demostrado que puede utilizarse potencialmente para identificar a los pacientes propensos a altos niveles de ansiedad en entornos quirúrgicos, así como a quienes podrían beneficiarse más de intervenciones adicionales que redujeran la ansiedad en los entornos médicos. Por otra parte, el cuestionario del estado de STAI se ha utilizado con frecuencia para evaluar los niveles de ansiedad en los entornos clínicos.

Aunque no existe un instrumento de evaluación ideal para valorar la ansiedad preoperatoria, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI) se reconoce generalmente como un "patrón oro" para la medición de la ansiedad preoperatoria. Teniendo una alta fiabilidad y validez con el alfa de Cronbach= 0.896. Para calcular la puntuación total del STAI (rango 20-80). Sume las seis puntuaciones y luego multiplique la puntuación total por 20/6. El valor STAI mayor o igual a 44 se consideró como el límite para la ansiedad preoperatoria significativa. En este estudio, se tomaron datos a partir de la Escala de Ansiedad- Estado (STAI Y1) del Cuestionario anteriormente mencionado (STAI), donde una vez obtenido el valor final se lleva a un cuadro de puntuación con el cual se determina el nivel de ansiedad como bajo si fuese menor o igual a 29, medio entre 30 y 44 o alto de 45 a más.

3.4. Criterios para el manejo de resultados

Los resultados obtenidos serán analizados estadísticamente.

a. Plan de procesamiento

Los datos registrados en los anexos 1, 2 y 3 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b. Plan de clasificación

Los datos obtenidos en cada ficha serán transcritos a una matriz de sistematización de datos para facilitar su uso. La matriz debe ser diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

c. Plan de codificación

Se procederá a la codificación de dichos datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d. Plan de Recuento

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e. Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La relación entre variables se establecerá mediante coeficiente de correlación de Spearman para datos ordinales y nominales. Después fueron procesados a través del programa estadístico SPSS para Windows versión 20, en donde se utilizó la estadística descriptiva utilizando porcentajes y frecuencias, luego las variables numéricas se calcularon para definir su normalidad, y fueron descritas a través de desviación estándar y medias. Los grados de asociación entre las variables se evaluaron mediante los análisis de correlación de rangos de Spearman^{30, 33}.

4. CRONOGRAMA DE TRABAJO:

Actividades	FEB - 20	MAR - 20	ABR- 20	MAY -20	JUN -20	JUL -20
1. Elección del tema						
2. Revisión bibliográfica						
3. Redacción del Proyecto de Tesis						
4. Aprobación proyecto de tesis						
5. Ejecución						
6. Análisis e interpretación						
7. Informe final						

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan, S. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. 5ta ed. Philadelphia, EUA: Lippincott Williams & Wikins; 2011.
2. Navas Orozco W, Vargas Baldares M. TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN DIRIGIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA. Rev. Méd. Costa Rica y Centroamericana. 2012; LXIX (604): 497-507.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. 5th ed. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
4. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Estralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N°2002/10.
5. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo. Salud Mental [Internet]. 2017 [citado el 10 de abril del 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/es/.
6. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas [Internet]. 2018 [citado el 10 de abril del 2019]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
7. Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2014; 31 (1): 30-38.
8. Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA. 2014; 110: 62-69.
9. Maass J. Los trastornos ansiosos en el DSM-5. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría 2014; 52 (Supl 1): 50-54.
10. Morrison, J. Trastornos de ansiedad. En: Tania Uriza Gómez; traductor Gabriela Enriquez Coterá. DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico. México, D.F: Editorial El Manual Moderno; 2015. 171- 198.
11. Rodríguez J, Contreras C. Algunos datos recientes sobre la fisiopatología de los trastornos por ansiedad. México. Rev Biomed [Internet]. 1998 [citado el 12 abril del 2020]; (9): 181-191. Disponible en: <http://www.uady.mx/~biomedic/rb98936.html>
12. Instituto nacional de la salud mental, departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Trastornos de ansiedad. NIH [Internet]. 2009. [citado el 13 de Abril del

- 2020]; SP 09-3879. Disponible en:
http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/ansiedad_esp.pdf
13. El trastorno de ansiedad generalizada. Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina. 2012;21(3):1-2.
 14. Chávez B. Factores asociados a ansiedad preoperatoria en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
 15. Hernández A, López A. Guzmán Sánchez JA. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. Acta Med. 2016;14(1):6-11.
 16. Quintana-Guardo F, Monterrosa-Castro A, Beltrán-Barrios T. Frecuencia de ansiedad preoperatoria y factores asociados en gestantes programadas a cesárea. Iatreia. 2020 Ene-Mar;33(1):5-16.
 17. Bansal T, Joon A. A comparative study to assess preoperative anxiety in obstetric patients undergoing elective or emergency cesarean section. Anaesth, Pain & Intensive Care [Internet]. 2017 [consultado 20 abril del 2020]; 21(1): 25-30. Disponible en: <http://www.apicareonline.com/index.php/APIC/article/view/154/948>
 18. Catacora, A. Nivel de ansiedad, información preoperatoria y factores asociados en pacientes programados para intervención quirúrgica en el departamento de cirugía del Hospital Goyeneche – Febrero 2019 [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2019.
 19. Rivera, A. Evaluación de los niveles de ansiedad en mujeres gestantes sometidas a monitoreo fetal anteparto, hospital ginecoobstétrico “Enrique C. Sotomayor”, área de alto riesgo y admisión, durante el período de abril – junio de 2006. Rev. “Medicina”. 2006; 12 (2):125-132.
 20. Cunningham, F. Leveno, K. Bloom, S. Spong, C. Dashe, J. Hoffman, B. Casey, B. Sheffield, J. Trastornos psiquiátricos. Mc Graw-Hill Interamericana Editores. Williams Obstetricia. 24ª edición. México: Mc Graw-Hill; 2015. (1205-1211).
 21. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Human reproduction programme [Internet]. 2015 [Consultado 13 de abril del 2020]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
 22. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. La cesárea solo debe hacerse cuando es médicamente necesaria. Organización mundial de la salud [Internet]. 2015 [Consultado 13 de abril del 2020]. Disponible en:

www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=283:la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=215&lang=es

23. De Molina-Fernández, I. Rubio-Rico, L., Roca-Biosca, A., Jimenez-Herrera, M., De la Flor-Lopez, M., & Sirgo, A. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. *Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2015; (13): 17-32.
24. Tantaleán, Reynaldo. Derecho y cambio social. *Open Journal Systems*. [Internet] www.derechoycambiosocial.com/revista019/declaracion%20de%20solteria.htm
25. Ministerio de educación del Perú, Consejo nacional de educación. Propuestas de metas educativas e indicadores al 2021. Perú. Setiembre, 2010.
26. Ministerio de Educación - MINEDU [Internet]. Minedu.gob.pe. 2020 [citado 13 de Abril del 2020]. Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/>
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Variables Contextuales [Internet]. 2020 [citado 13 de Abril del 2020]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0014/varicont.htm
28. Espinoza, D. Factores asociados a ansiedad perinatal en gestantes [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
29. Calderón, L. Ansiedad e información preoperatoria (APAIS) en pacientes con indicación de cirugía electiva atendidos en el Hospital Cayetano Heredia, Piura, 2018 [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Piura: Universidad César Vallejo; 2018.
30. Hepp P, Hagenbeck C, Burghardt B, Jaeger B, Wolf OT, Fehm T, et al. Measuring the course of anxiety in women giving birth by caesarean section: a prospective study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016; 16:113.
31. Woldegerima YB, Fitwi GL, Yimer HT, Hailekiros AG. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among elective surgical patients at University of Gondar Hospital. Gondar, Northwest Ethiopia, 2017. A cross-sectional study. *IJSO*. 2018; 10:21-9.
32. Vergara-Romero M, Morales-Asencio JM, MoralesFernández A, Canca-Sánchez JC, Rivas-Ruiz F, Reinaldo-Lapuerta JA. Validation of the Spanish versión of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):120.
33. Erkilic E, Kesimci E, Soykut C, Doger C, Gumus T, Kanbak O. Factors associated with preoperative anxiety levels of Turkish surgical patients: from a single center in Ankara.

- Patient Prefer Adherence. 2017; 11:291-6.
34. Matthias AT, Samarasekera DN. Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit. *Acta anaesthesiol Taiwan* 2012 Mar;50(1):3e6.
 35. Jafar MF, Khan FA. Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients. *JPM J Pak Med Assoc* 2009 Jun; 59(6):359e63.
 36. Ricardo-Ramírez, C; Álvarez-Gómez, M; Ocampo-Saldarriaga, M; Tirado-Otálvaro, A. Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín (Colombia), entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. *Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2015; 66 (2): 94-102.
 37. Allende, M. Prevalencia y factores de riesgo de trastornos mentales en gestantes de alto riesgo. Servicio de Gineco obstetricia del HNERM [Trabajo de investigación para optar el título de especialista en Psiquiatría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
 38. Osma-Zambrano SE, Lozano-Osma MD, Mojica-Perilla M, Redondo-Rodriguez S. Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *Med UNAB*. 2019;22(2):171-185.
 39. Pereira AB, Silva FMAM, Figueredo ED. Anxiety and depression in pregnancy: a comparative study between early and late adolescents. *J Health Biol Sci*. 2019 Jan-Mar; 7(1):5-8.
 40. Gutierrez R. Factores de riesgo y prevalencia de ansiedad preoperatoria Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018-2019 [Tesis para optar el título de segunda especialidad en anestesiología, reanimación y analgesia]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, 2018.
 41. Chen HH, Lai JC, Hwang SJ, Huang N, Chou YJ, Chien LY. Understanding the relationship between cesarean birth and stress, anxiety, and depression after childbirth: A nationwide cohort study. *Birth*. 2017; 44(4):369-76.
 42. Moerman N, Vandam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996; 82:445-51.
 43. Calloapaza L. Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2015 [Tesis para optar título profesional de médico cirujano]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, 2015.

Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

N° _____

La siguiente es una encuesta anónima, antes de contestar lea atentamente y responda con la mayor seriedad y veracidad, recuerde que la información que proporcione es confidencial y valiosa para nuestra investigación. Gracias.

(POR FAVOR, RESPONDER O MARCAR CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA)

1. Edad: _____
2. Estado civil
Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada ()
3. Nivel de educación
Ninguna/ Analfabeta () Primaria () Secundaria ()
Superior ()
4. Ocupación
Ama de casa () Fuera de casa ()
5. Procedencia
Rural () Urbano ()
6. ¿Apoyo familiar?
a. Si siempre
b. Casi siempre
c. Pocas veces o solo económicamente
d. No me apoya en nada

Anexo 2: Escala de Ansiedad Preoperatoria y de necesidad de Información de Ámsterdam (APAIS)

Lea cada frase en este cuestionario y marque con una X, una puntuación de 1 a 5, indicando cómo se siente usted en este momento.

	De ningún modo	Intermedio			Mucho
Ítems	1	2	3	4	5
Estoy preocupada por la anestesia					
Pienso continuamente en la anestesia					
Me gustaría recibir más información sobre la anestesia					
Estoy preocupada por la procedimiento					
Pienso continuamente en la operación					
Me gustaría recibir más información sobre el procedimiento					

Anexo 3: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI – Y1)

A continuación, se presentan varias afirmaciones que la gente ha utilizado para describirse. Lea cada afirmación y a continuación marque la casilla a la derecha de la afirmación que indique cómo se siente **ahora** mismo, es decir, **en este mismo momento**. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No se detenga demasiado tiempo en una afirmación, sino que dé la respuesta que le parezca que describe mejor sus actuales sentimientos.

Items	En absoluto	Algo	Moderadamente	Mucho
Me siento tranquila				
Me siento serena				
Estoy tensa				
Me siento estresada				
Me siento a gusto				
Me siento disgustada				
En este momento estoy preocupada por posibles desgracias				
Me siento satisfecha				
Me siento asustada				
Me siento cómoda				

Items	En absoluto	Algo	Moderadamente	Mucho
Me siento segura de mi misma				
Me siento nerviosa				
Estoy ansiosa				
Me siento indecisa				
Estoy relajada				
Estoy contenta				
Estoy preocupada				
Me siento confundida				
Me siento estable				
Me siento bien				

Anexo 4: Consentimiento informado

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACIÓN

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Yo he recibido información sobre la investigación para la cual se pide mi participación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio si lo veo por conveniente; además comprendo que la información que proporcione será manejada con confidencialidad y no repercutirá negativamente en la atención de salud que vengo recibiendo. En base a la información que me han dado, acepto voluntariamente participar en la investigación “Nivel de ansiedad preoperatoria y características sociodemográficas en gestantes programadas a cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná, Junio 2020”.

Nombre de la participante que da su autorización	
DNI	
Firma y/o huella digital de la participante que da su autorización	
Nombre del investigador principal	Bárbara T. Macedo Santos
Documento de identidad	72370919
Fecha	

Anexo 2

Matriz de sistematización de información



Nro	Edad	Estado civil	Nivel de educación	Ocupación	Procedencia	Apoyo familiar	PRESENCIA DE ANSIEDAD	NECESIDAD DE INFORMACION PREOPERATORIA	Nivel de ansiedad
1	25	Conviviente	Superior	Ama de casa	Rural	Siempre	Ausente	No	-
2	35	Conviviente	Superior	Ama de casa	Urbano	Casi siempre	Ausente	No	-
3	30	Soltera	Primaria	Fuera de casa	Rural	Casi siempre	Presente	No	Ansiedad alta
4	24	Conviviente	Superior	Ama de casa	Rural	Siempre	Ausente	No	-
5	25	Conviviente	Primaria	Ama de casa	Rural	Siempre	Presente	Alta	Ansiedad alta
6	36	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Rural	Siempre	Presente	No	Ansiedad media
7	26	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Urbano	Siempre	Presente	Alta	Ansiedad alta
8	18	Conviviente	Superior	Ama de casa	Urbano	Siempre	Ausente	No	-
9	22	Soltera	Primaria	Fuera de casa	Urbano	Pocas veces	Presente	Alta	Ansiedad alta
10	22	Conviviente	Superior	Fuera de casa	Rural	Siempre	Presente	Alta	Ansiedad media
11	18	Soltera	Superior	Ama de casa	Rural	Siempre	Ausente	Alta	-
12	31	Conviviente	Primaria	Fuera de casa	Rural	Siempre	Presente	Alta	Ansiedad alta
13	25	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Rural	Siempre	Presente	Alta	Ansiedad alta
14	29	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Rural	Siempre	Presente	Moderada	Ansiedad alta
15	20	Conviviente	Analfabeta	Ama de casa	Rural	Siempre	Presente	Alta	Ansiedad media
16	37	Conviviente	Secundaria	Fuera de casa	Urbano	Siempre	Presente	Alta	Ansiedad alta
17	26	Conviviente	Primaria	Fuera de casa	Urbano	Siempre	Presente	No	Ansiedad alta
18	21	Conviviente	Primaria	Ama de casa	Rural	Siempre	Presente	Alta	Ansiedad alta
19	20	Soltera	Primaria	Fuera de casa	Rural	Siempre	Presente	No	Ansiedad alta
20	19	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Rural	Siempre	Presente	No	Ansiedad alta
21	30	Conviviente	Primaria	Fuera de casa	Rural	Siempre	Presente	No	Ansiedad alta
22	40	Casada	Primaria	Fuera de casa	Urbano	Siempre	Presente	Moderada	Ansiedad alta
23	22	Conviviente	Superior	Ama de casa	Rural	Siempre	Ausente	Moderada	-
24	26	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Rural	Siempre	Presente	No	Ansiedad media
25	31	Soltera	Secundaria	Ama de casa	Urbano	Siempre	Presente	No	Ansiedad alta
26	18	Soltera	Secundaria	Ama de casa	Urbano	Siempre	Presente	No	Ansiedad alta
27	25	Conviviente	Secundaria	Fuera de casa	Rural	Siempre	Presente	No	Ansiedad alta
28	22	Soltera	Secundaria	Fuera de casa	Urbano	No me apoyan en nada	Presente	No	Ansiedad alta
29	24	Casada	Superior	Fuera de casa	Urbano	Siempre	Presente	No	Ansiedad media
30	23	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Urbano	Siempre	Presente	No	Ansiedad media
31	35	Conviviente	Primaria	Fuera de casa	Rural	Siempre	Presente	No	Ansiedad alta
32	38	Conviviente	Superior	Ama de casa	Urbano	Siempre	Ausente	No	-
33	25	Conviviente	Secundaria	Fuera de casa	Rural	Siempre	Presente	Moderada	Ansiedad alta
34	29	Soltera	Secundaria	Fuera de casa	Urbano	Casi Siempre	Presente	No	Ansiedad media
35	33	Casada	Superior	Ama de casa	Urbano	Siempre	Ausente	Moderada	-
36	18	Conviviente	Secundaria	Fuera de casa	Rural	Siempre	Presente	No	Ansiedad alta
37	27	Conviviente	Superior	Ama de casa	Urbano	Siempre	Ausente	No	-
38	35	Casada	Superior	Ama de casa	Urbano	Siempre	Ausente	No	-
39	32	Conviviente	Primaria	Fuera de casa	Rural	Siempre	Presente	Moderada	Ansiedad media
40	23	Conviviente	Secundaria	Ama de casa	Rural	Siempre	Ausente	No	-
41	37	Soltera	Primaria	Fuera de casa	Rural	No me apoyan en nada	Presente	No	Ansiedad alta
42	31	Casada	Superior	Fuera de casa	Urbano	Siempre	Ausente	No	-