



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
 NÚCLEO BOLIVAR  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

**ACTA**

**TG-10-2024-24**

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. PABLO VELIZ Prof. ERNESTO MATHINSON y Prof. LIVIA TORRES, Reunidos en: SALUD DE PREGNADO DEL CSM EL Psiquiatría  
ARCANGEL BASTIAN  
 a la hora: 12 m  
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**NIVELES DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA. MUJERES EMBARAZADAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUÍZ Y PÁEZ". JUNIO- AGOSTO 2023.**

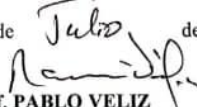
Del Bachiller Cabrera Casasanta María de los Ángeles C.I.: 26801281, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:


**VEREDICTO**


REPROBADO	APROBADO	<input checked="" type="checkbox"/>	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	----------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los cuatro días del mes de Julio de 2024

  
 Prof. PABLO VELIZ  
 Miembro Tutor

  
 Prof. ERNESTO MATHINSON  
 Miembro Principal

  
 Prof. LIVIA TORRES  
 Miembro Principal

  
 Prof. IVÁN AMADOR RODRIGUEZ  
 Coordinador comisión Trabajos de Grado

ORIGINAL DACE





UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
 NÚCLEO BOLIVAR  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

**ACTA**

TG-10-2024-24

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. PABLO VELIZ Prof. ERNESTO MATHINSON y Prof. LIVIA TORRES, Reunidos en: SALUD DE PREGNADO DEL CSH EL PEDIATRIKO  
ARCABOZ GABRIEL  
 a la hora: 12m

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**NIVELES DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA. MUJERES EMBARAZADAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUÍZ Y PÁEZ". JUNIO- AGOSTO 2023.**

Del Bachiller **Rojas Cabeza Maria Nazaret** C.I.: 24964043, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

**VEREDICTO**

REPROBADO	APROBADO	<input checked="" type="checkbox"/> APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	----------	---	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolivar, a los cuatro días del mes de Julio de 2024  
 Prof. Pablo Veliz  
 Miembro Tutor

Prof. ERNESTO MATHINSON  
 Miembro Principal

Prof. LIVIA TORRES  
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMOROSO RODRIGUEZ  
 Coordinador comisión Trabajos de Grado



ORIGINAL DACE



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**NIVELES DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EVALUACIÓN PRE-  
ANESTÉSICA. MUJERES EMBARAZADAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA  
Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUÍZ  
Y PÁEZ”. JUNIO- AGOSTO 2023.**

**Tutor académico:**

Dr. Pablo Véliz

**Trabajo de Grado Presentado por:**

Br: Cabrera Casasanta, María de los Ángeles

C.I: 26.801.281

Br: Rojas Cabeza, María Nazaret

C.I: 24.964.043

**Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano**

Ciudad Bolívar; Junio 2024

# ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA .....	ix
RESUMEN .....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN .....	14
OBJETIVOS .....	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos .....	15
METODOLOGÍA.....	16
Tipo de estudio y diseño de la investigación .....	16
Universo.....	16
Muestra .....	16
Criterios de inclusión.....	16
Criterios de exclusión .....	17
Procedimiento .....	17
Operacionalización de variables .....	18
Instrumentos De Recolección De Datos .....	18
Análisis E Interpretación De Los Datos .....	19
RESULTADOS .....	21
Tabla 1 .....	21
Tabla 2 .....	23
Tabla 3 .....	24
Tabla 4 .....	25
Tabla 5 .....	27
Tabla 6 .....	29

DISCUSIÓN .....	30
CONCLUSIONES .....	34
RECOMENDACIONES .....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	36
APÉNDICES .....	44
Apéndice A .....	45
Apéndice B .....	46
Apéndice C .....	47
Apéndice D .....	48
ANEXOS .....	49
Anexo 1.....	50
Anexo 2.....	52

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco en primer lugar a Dios, ya que sin su bendición y su amor no hubiera llegado hasta aquí. Por darme la valentía, la resiliencia y por demostrarme una y otra vez que soy más fuerte de lo que creía.

A mis padres, que siempre estaban para mí, en mis logros y mis caídas, que nunca dejaron de creer en mí y que me animaban hasta cuando yo pensaba desistir. Gracias por siempre desear y anhelar lo mejor para mí, por cada consejo y cada palabra que me guiaron durante mi vida.

A mis hermanas, que a pesar de estar lejos siempre contaba con ellas.

A mi compañera de tesis María Rojas que desde que la conocí en el 5to semestre se convirtió en mi hermana, gracias por siempre estar para mí.

A nuestro Tutor Dr Pablo Veliz, excelente profesional y por supuesto excelente tutor, gracias por tenernos la paciencia en cada pregunta y duda que teníamos.

A mis amigos durante la carrera que hacían que cada paso costara menos.

Y por supuesto a mis compañeros del internado Stefannie Morillo, Jean Moreno, Maridelcy Lanz, Karina Luigi que hicieron esa experiencia inolvidable, me quedo con tantos recuerdos gracias a ellos.

El camino no ha sido sencillo, pero gracias al aporte de cada uno, a su amor, a su apoyo, lo complicado de lograr está meta se ha notado menos. GRACIAS.

*María Cabrera Casasanta*

## **AGRADECIMIENTOS**

Principalmente quiero agradecer a Dios por haberme dado salud, sabiduría y constancia para lograr mis objetivos, por darme la fortaleza para continuar en los momentos difíciles, cuando dudaba de mi misma, por darme el valor y su bendición cada nuevo día, por permitirme llegar a esta instancia del camino y lo que me falta, para volverme toda una profesional y espero nunca soltarme de su mano.

A mi pequeña familia, mi madre, mi hermano, mis primos Derwin y Mariela, gracias por apoyarme en todo momento, por sus consejos, por la motivación constante que me ha permitido culminar mi carrera y no desistir, gracias por su paciencia, cuidados, incluso regaños que merecía y que a veces no entendía, a ustedes les debo todo, mil gracias siempre por querer lo mejor para mí, los amo con todo mi corazón.

A mi compañera de tesis María Cabrera, mi hermanita que me regaló la Universidad, gracias por siempre estar.

A mis amigos, mi grupo de rotación Nieves, Naulismar, Vivian, Nilan, Jesús, Lisdeth, José Adrián, Daniel Rosales gracias por todo, por cada momento juntos, cada hora de estudio, cada risa, hicieron todo más sencillo y llevadero.

A mis amigos de siempre, personas que ya son mi familia, Patricia, Claret y Carlos Reyes gracias por todo, por siempre estar para mí, por su cariño y apoyo incondicional.

A mi persona especial Luis Gamero gracias siempre por apoyarme en todo y querer lo mejor para mí, gracias por tu amor, tu comprensión y por confiar en mí, sin

duda alguna aún en la distancia me motivas a ser mejor persona y ser la profesional que sueño ser.

A nuestro tutor Dr. Pablo Veliz gracias por su paciencia, dedicación, sus conocimientos y su apoyo fueron fundamentales para materializar este trabajo.

Finalmente, gracias a todos y cada una de las personas que conocí a lo largo de este arduo y largo camino, quienes sin esperar nada a cambio compartieron conmigo no sólo conocimientos sino también momentos de felicidad, alegría, angustias y tristezas pero sin duda alguna me han hecho crecer, gracias a los que estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

GRACIAS.

*María Nazaret Rojas Cabeza*



## **DEDICATORIA**

Este trabajo de grado se lo dedico principalmente a mis padres por haberme forjado como la persona que soy ahora, muchos de mis logros se los debo a ustedes, por siempre motivarme cada día para lograr mis sueños.

A mis hermanas Veruska y Valieska por haber estado allí siempre para mí.

A mis sobrinos Gino y a mi angelito Emmita que sé que desde el cielo siempre me cuida.

Y a cada una de las personas que formaron parte de mi carrera y que colocaron un granito de arena para que yo cumpliera este sueño.

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de grado se lo dedico de manera especial a mi madre, mi pilar fundamental en la vida, sin ella jamás hubiese podido continuar y conseguir lo que he logrado hasta ahora y lo que me falta por lograr, sus valores y perseverancia son mi motivación y han hecho de ella el gran ejemplo de seguir y destacar no solo para mí, sino también para mi hermano, tu bendición a diario a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien.

A mi padre que desde el cielo me cuida y me ilumina para seguir adelante con mis proyectos.

A mi hermano por estar siempre presente a pesar de la distancia, sus consejos, su apoyo y ayuda genuina cada vez que lo necesitaba me ayudaron a no decaer, para que siguiera adelante y seguir perseverando en todo mi proceso de formación.

A todos y cada una de las personas que de alguna u otra manera contribuyeron a que lograra esta meta que me propuse en la vida, y que me ha permitido crecer como persona, y ahora como profesional.

**NIVELES DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EVALUACIÓN PRE-  
ANESTÉSICA. MUJERES EMBARAZADAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA  
Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUÍZ  
Y PÁEZ”. JUNIO- AGOSTO 2023  
Br. Cabrera Casasanta, María de los Ángeles Br. Rojas Cabeza, María Nazaret**

**RESUMEN**

Las pacientes hospitalizadas y sometidas a cesárea, demuestran diferentes formas de reacción frente a esta situación, algunas de ellas creen que representa una amenaza a su integridad, generando ciertos grados de malestar psicológico. **Objetivo general:** Determinar los niveles de estrés y ansiedad en evaluación preanestésica en mujeres embarazadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz Y Páez”. Durante el periodo de junio- agosto 2023. **Metodología:** no experimental, observacional y descriptivo, cuantitativo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 140 pacientes embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó la escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la ansiedad y Escala De Estrés Percibido (EEP-10) además de una hoja adicional para recolectar información sociodemográfica básica. **Resultados:** 45,0% (n=63) tuvo edades de 18 a 23 años, 74,3% (n=104) pertenecía a zona urbana, 45,7% (n=64) vivía en concubinato y 50,7% (n=71) contaba con nivel secundario de instrucción, el estrés fue escaso en 35,7% (n=50) y 67,9% (n=95) contaba con niveles de moderados a severos de ansiedad. **Conclusión:** Se demostró alta frecuencia de niveles escasos de estrés, así como moderados a severos de ansiedad, demostrando niveles superiores de estrés en mujeres de mayor edad, divorciadas y de mayor nivel de instrucción; niveles superiores de ansiedad en mujeres divorciadas y de menor nivel de instrucción; finalmente, a mayor nivel de estrés menor fue el de ansiedad.

**Palabras claves:** Estrés, ansiedad, preoperatorio, gestantes, valoración preanestésica.

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes es el parto por cesárea, cuya tasa se ha incrementado en todos los países desarrollados y no desarrollados; este se define como el nacimiento de un feto por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía). Su alta tasa se atribuye a un mayor acceso a los servicios de salud y al desarrollo y aplicación de procedimientos y estudios que permiten la detección temprana de anomalías que comprometen el bienestar materno y fetal. La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes en la historia de la medicina, como medida en la disminución de la mortalidad materna y perinatal (Cunningham et al., 2002); (Zigelboim y Sánchez, 2007); (Olsen et al., 2008).

Según Sardiñas, se está viviendo la era de moda de la cesárea; la tasa de cesáreas ha ido en aumento tanto en los hospitales privados como en los públicos, siendo más marcado en los primeros. La tasa de cesárea recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de 15 %, por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) 15,5 % y Salud para todos en 2010 también admitió un 15 % en nulíparas con presentaciones cefálicas a término y 63 % con cesáreas anteriores. En los hospitales públicos la frecuencia es menor que en los privados, sobre todo donde hay cursos de posgrado en obstetricia y ginecología. En Venezuela la tendencia es semejante a la de los otros países del mundo, siendo esto es una preocupación mundial. En algunos hospitales públicos de Caracas y del interior del país hay cifras menores que las de instituciones privadas, sin embargo, han aumentado en relación con años anteriores (Sardiñas, 2005); (Uzcátegui 2008).

Un estudio, realizado por Faneite et al., (2012) determinó la incidencia y tendencia de las cesáreas durante 42 años de actividad asistencial (1969-2010), en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo; demostrando una incidencia para el período estudiado de 20,46 por 100 nacimientos o 1 cesárea cada 5 nacimientos; durante este lapso las cifras extremas o rangos fueron de 4,6 (1970 y 1972) y 43,15 (2010), con una variación porcentual de 737,86 mostrando el análisis una línea de tendencia logarítmica global al ascenso sostenido.

La evaluación preanestésica para esta intervención respeta las mismas reglas que fuera del embarazo, prestando, no obstante, una atención particular a características maternas, como la evaluación del acceso a la vía aérea superior y al acceso venoso, el examen de la espalda y la anamnesis hemorrágica. Además, se deben investigar determinadas características obstétricas, como la existencia de una o varias cicatrices uterinas previas, embarazo múltiple, la presentación fetal, la posición de la placenta o patologías; existen además estudios que demuestran que cuando se prepara a una paciente para cualquier intervención quirúrgica proporcionándole suficiente información, preparándola en técnicas de relajación, prestando atención y eliminando sus miedos, disminuye el nivel de malestar psicológico; luego del cual el post-operatorio resulta más corto por lo que el paciente manifiesta un sentido de bienestar y control (Le Gouez y Bonnet, 2016);(Ruíz, 2021).

Es sabido que las pacientes hospitalizadas y sometidas a una intervención quirúrgica, demuestran diferentes formas de reacción frente a esta situación, algunas de ellas creen que representa una amenaza a su integridad, generando ciertos grados de malestar de acuerdo a su personalidad, siendo llamado estrés preoperatorio. Se considera como la reacción fisiológica del organismo en la cual entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada, siendo entonces esta una respuesta natural y necesaria para la supervivencia. Cuando esta respuesta natural se da en exceso se

produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo y provoca la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano (Regueiro, 2006) ;( Ruíz, 2021).

La palabra estrés viene del griego *stringere*, y significa “provocar tensión”, este concepto se remonta a la década de 1930, cuando el estudiante austriaco de segundo año de la carrera de medicina, Hans Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad que padecían, presentaban síntomas comunes y generales, denominándolo el “Síndrome de estar enfermo”. Años después desarrolló sus famosos experimentos del ejercicio físico extenuante en ratas comprobaron la elevación de las hormonas suprarrenales (ACTH, adrenalina y noradrenalina), la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas; al conjunto de estas alteraciones orgánicas, las denominó “estrés biológico” (Sánchez, 2011); (Martínez, 2017).

Este consideró que varias enfermedades desconocidas (cardíacas, la hipertensión arterial y trastornos emocionales o mentales) eran resultantes de cambios fisiológicos debidos a un prolongado estrés en los órganos de choque y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente. Posteriormente descubrió, que no solamente los agentes físicos nocivos, actuando directamente sobre el organismo, son productores de estrés, pues en el caso del ser humano, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno del estrés; involucrando a partir de allí, al estrés en diversas disciplinas médicas, biológicas y psicológicas (Sánchez, 2011).

Algunos autores diferencian dos tipos de estrés, el estrés positivo/bueno o “eustrés” y estrés negativo/malo o “distrés”. El primero provoca una adecuada activación orgánica, necesaria para culminar con éxito una prueba o situación

complicada, este es considerado normal y deseable pues tener una cierta activación en algunas situaciones; además de ser adaptativo, es estimulante y necesario para el desarrollo de la vida en bienestar. El estrés por su parte, es desagradable, ocasiona un exceso de esfuerzo en relación a la carga; provoca una inadecuada, excesiva o desregulada activación psicofisiológica así como sufrimiento y desgaste personal (Regueiro, 2006).

En el estrés se describen tres fases sucesivas de adaptación que fueron descritas por Selye en 1936, a las que llamó “Síndrome General de Adaptación”; la fase de alarma, ocurre ante la aparición de un peligro o estresor; en esta, se produce una reacción de alarma durante la cual baja la resistencia por debajo de lo normal, el organismo reacciona automáticamente preparándose para la respuesta, para la acción, tanto para luchar como para escapar del estímulo estresante (Regueiro, 2006); (Duval et al., 2010).

Esta primera fase supone la activación del eje hipotálamo – hipófisis – y glándula suprarrenal; existiendo una reacción instantánea y automática que se compone de una serie de síntomas siempre iguales, aunque de mayor a menor intensidad; se produce una movilización de las defensas del organismo, aumenta la frecuencia cardíaca, se contrae el bazo, liberándose gran cantidad de glóbulos rojos, se produce una redistribución de la sangre, que abandona los puntos menos importantes, como es la piel (aparición de palidez) y las vísceras intestinales, para acudir a músculos, cerebro y corazón, que son las zonas de acción. Aumenta la capacidad respiratoria, se produce una dilatación de las pupilas, aumenta la coagulación de la sangre y aumenta el número de linfocitos (células de defensa) (Duval et al., 2010).

La segunda fase es la de resistencia, aparece cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa reaccionando para hacer frente a la situación; en

esta los niveles de corticoesteroides se normalizan, tiene lugar una desaparición de la sintomatología y posteriormente aparece la fase de agotamiento, la misma ocurre cuando la agresión se repite con frecuencia o es de larga duración, y cuando los recursos de la persona para conseguir un nivel de adaptación no son suficientes; esta fase conlleva una alteración tisular y aparece la patología llamada psicósomática (Duval et al., 2010).

La exposición a situaciones de estrés no es en sí misma algo "malo" o que conlleve a efectos necesariamente negativos, solo cuando las respuestas de estrés son excesivamente intensas, frecuentes y duraderas pueden producirse diversos trastornos en el organismo. Existen además, respuestas ante el estrés, psíquicas y de conducta; siendo las más generalizadas: incapacidad para concentrarse; dificultad para tomar decisiones, incluso las más sencillas; pérdida de la confianza en sí mismo o en sí misma; irritabilidad; preocupaciones y ansiedad; temores irracionales o pánico sobrecogedor (Pereira, 2009).

Los procesos quirúrgicos desencadenan una serie de reacciones de manera preventiva (mentales, emocionales y físicas), antes, durante y después del procedimiento, que aumentan los niveles de ansiedad y podrían, incluso, influir en el proceso de recuperación. La ansiedad puede provocar una reacción fisiológica (cambios en el metabolismo –glucosa–, activación del sistema nervioso simpático, aumento de la presión arterial y taquicardia, y activación del sistema endocrino e inmunológico), y una reacción muy similar a la generada en episodios clásicos de estrés mental. (Quintero, 2017)

Forma parte del estrés preoperatorio, la ansiedad y todas aquellas sensaciones displacenteras relacionadas con el temor de ser sometido a una cirugía y el desconcierto de qué ocurrirá en ella. Si bien muchas veces ansiedad y estrés se usan como sinónimos ya que en ambos casos se produce una reacción caracterizada por



alta activación fisiológica, no son lo mismo. El estrés es un proceso más amplio de adaptación al medio, la ansiedad en cambio, es una reacción emocional de alerta ante una amenaza. Podría decirse que dentro de los proceso de cambio que implica el estrés, la ansiedad es la reacción emocional más frecuente. La ansiedad elevada genera estrés y a su vez, el estrés es una de las fuente más comunes de ansiedad (Sierra et al., 2003).

La ansiedad es la más común y universal de las emociones, es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. El término proviene del latín *anxietas* el cual hace referencia a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo; esta suele ser adaptativa a las circunstancias de la vida. Ayuda a las personas a prepararse, practicar y ensayar de forma que mejore su actividad ayudándoles a adoptar las oportunas medidas de prudencia frente a situaciones potencialmente peligrosas. Por otro lado, también puede tornarse patológica, en esta existe un temor vago difuso, inmotivado externamente, centrado en “la expectación ansiosa” en que se está a la espera de la ocurrencia futura de algo negativo y no definido, con apremio físico y psicológico, generando un malestar global del individuo, produciendo alteraciones funcionales (López et al., 2012).

Los trastornos de ansiedad son los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes, con una prevalencia global del 7,3% (4,8% - 10,9%). Estos son caracterizados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición (DSM-5) como una exacerbación de dos respuestas normales y adaptativas, suelen ser más frecuentes en las mujeres que en los hombres. En la etiopatogenia de la ansiedad intervienen factores biológicos, psicodinámicos, sociales, de aprendizaje y traumáticos. La predisposición genética tiene un papel fundamental como factor biológico pues se ha demostrado que parientes de personas ansiosas presentan mayor riesgo de desarrollar ansiedad a lo largo de su vida; entre los factores psicosociales están los estresores

como situaciones interpersonales, laborales y socioeconómicas, cumpliendo estos un papel importante como precipitantes, agravantes o causales de ansiedad patológica y trastornos de ansiedad (Orozco y Baldare, 2012) ;(Marrero y Rivero, 2019).

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad son, en muchas ocasiones, una forma de expresar conflictos, dudas o emociones, reflejo del aprendizaje adquirido en el afrontamiento de los problemas o, incluso, la cristalización de una situación de exclusión o disfunción social o familiar. Como es natural, se ajustan a la historia personal del individuo y forman parte de su manera peculiar de enfrentarse a la existencia, de su manera de “ser y estar” en el mundo. Los síntomas de la ansiedad se pueden clasificar en emocionales/cognitivos, conductuales y somáticos/fisiológicos (Organización Médica Colegial de España, 2015).

Entre los síntomas emocionales/cognitivos están la aprensión/preocupación, catastrofismo/pánico (p. ej.: miedo a enfermedades, fallecimiento, desmayos, volverse loco, perder el control, humillación), despersonalización (experiencia subjetiva que se caracteriza por una alteración en la forma habitual que la persona tiene de percibirse a sí misma y a su cuerpo) y desrealización (alteración pasajera de la percepción o de la experiencia del mundo exterior del individuo de forma que aquel se presenta como extraño o irreal), disminución de la concentración, hipervigilancia, irritabilidad, ideas obsesivas, preocupación por la salud/seguridad/control. Mientras los síntomas conductuales pueden ser evitación o escape, compulsiones (p. ej.: comprobar, limpiar, desatar, desabrochar, contar/calcular, buscar seguridad), fatiga, inquietud motora, trastornos del sueño, alteraciones del rendimiento intelectual. En cuanto a los síntomas somáticos/fisiológicos se pueden mencionar dolor/presión torácica, dificultad para deglutir o sensaciones de atragantamiento, mareos/desmayos, sequedad bucal, sensación de desequilibrio, tumefacción/escalofríos, micción frecuente, hiperventilación y disnea, parestesias, tensión muscular, náuseas/diarrea,

palpitaciones/taquicardia, sudoración y temblores (Organización Médica Colegial de España, 2015).

Entre los principales trastornos de ansiedad se encuentra el trastorno de pánico, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno por estrés agudo, fobia social (o trastorno de ansiedad social), fobias específicas, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de agorafobia y trastorno de ansiedad inducido por sustancias; cada uno de ellos presentan diferentes síntomas que varían en intensidad y presentación, pero todos estos se agrupan alrededor de un temor o pavor irracional y excesivo. Cada trastorno cuenta con sus respectivos criterios diagnósticos plasmados en el DSM-V, manual en vigencia hoy en día para el diagnóstico de las afectaciones mentales (Instituto nacional de Salud Mental – USA, 2009; Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Madrid, 2008).

En cuanto al tratamiento, este consta de dos eslabones, la psicoterapia y el farmacológico. El tratamiento psicológico que consigue mejores resultados para la mayoría de trastornos de ansiedad es la terapia cognitivo-conductual (TCC) que incluye lo que se llama "exposición". La TCC tiene como objetivo que la persona aprenda a afrontar las situaciones que le producen ansiedad o las cosas que ha dejado de hacer, sin utilizar conductas de evitación ni de seguridad. En cuanto al tratamiento farmacológico, a menudo son tratados con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. Mientras se espera la respuesta del tratamiento con antidepresivos el cual tarda aproximadamente 3 a 4 semanas, se recomienda la utilización de otra familia de fármacos, como las benzodiacepinas, durante un tiempo muy breve (Forcadell et al., 2019).

El estrés y la ansiedad pre-quirúrgica a veces se ven incrementados por experiencias desagradables vividas en quirófano previamente por la paciente o su

entorno; estas sensaciones producen la secreción aguda y aumentada de factores endócrinos - metabólicos relacionados con el estrés quirúrgico. Clínicamente y de manera muy subjetiva, en la visita preanestésica se pueden percibir actitudes o gestos que muestran la ansiedad del paciente y considerarla el gatillo para la liberación de una serie de mecanismos fisiológicos que terminan muchas veces, alterando la hemodinámica clínica y/o psicológica de estas personas (Dolinsky et al., 2005).

Uno de los objetivos de la visita del anestesista en el preoperatorio es tranquilizar al paciente y reducir la ansiedad, sin embargo, la falta de conocimiento de los pacientes sobre la anestesia y el papel del anestesista en sus cuidados puede contribuir a esos miedos y ansiedades; los pacientes generalmente reciben solamente una visita de un miembro del equipo de anestesia antes de la cirugía, esta tiene lugar en la clínica antes de la cirugía o en la noche anterior a la cirugía, en el caso de que los pacientes estén ingresados. Algunos pacientes, especialmente los que se consideran sanos o los que serán sometidos a procedimientos sin complicaciones, tal vez conocerán únicamente a un miembro del equipo de anestesia inmediatamente antes de la cirugía, repercutiendo estas interacciones limitadas entre pacientes y anestesistas, en su estado emocional (Ortiz et al., 2015).

Los estados de ansiedad elevados en los periodos previos a la operación quirúrgica se ven reflejados durante la operación, ya que el cuerpo reacciona de diferente forma ante la anestesia en estado de gran ansiedad, y en los periodos postoperatorios, retardando la recuperación y retrasando el abandono del centro hospitalario, lo que podría producir saturación en el centro hospitalario y un mayor costo económico (Ruíz, 2021).

Una investigación realizada en Reino Unido por Hobson et al., (2006) donde investigaron si la ansiedad preoperatoria en mujeres sometidas a cesárea electiva predijo la satisfacción materna postoperatoria con el proceso, las percepciones de

recuperación, el uso de analgésicos o la duración de la estancia hospitalaria, se evaluaron 85 mujeres en espera de cesárea electiva, midiendo la ansiedad, el apoyo social y aspectos de preparación en las 24 horas previas a la cirugía cuya edad (media  $\pm$  DE) fue de  $30,56 \pm 5,15$  años, estado civil casadas en 64%, convivientes 25%, edad de gestación media  $38,26 \pm 1,11$  semanas. Las puntuaciones de ansiedad preoperatoria fueron comparables con las de los pacientes quirúrgicos/médicos generales, la ansiedad rasgo preoperatoria y la ansiedad estado se asociaron inversamente con la satisfacción materna posoperatoria, la ansiedad estado también se asoció inversamente con una mejor recuperación y la ansiedad preoperatoria no se asoció con el uso de analgésicos o la duración de la estancia hospitalaria.

Más adelante, en India Maheshwari et al., (2013) midieron la frecuencia de la ansiedad preoperatoria en 154 pacientes sometidas a cesárea electiva y su impacto en la decisión de las pacientes con respecto a la elección de la anestesia; la ansiedad preoperatoria se observó en el 72,7 % que fue significativamente mayor ( $p < 0,005$ ) en pacientes que seleccionaron anestesia general (97,18 %,  $n = 71/154$ ) en comparación con los que seleccionaron anestesia regional (51,81 %,  $n = 83/154$ ) para cesárea electiva. Se observó una asociación estadísticamente significativa de ansiedad ( $p < 0,005$ ) con edad  $<25$  años, nulitas y primíparas, nivel educativo superior, experiencia previa en anestesia y fuente de información no anestésista.

En Alemania, Hepp et al., (2016) exploraron los niveles de ansiedad durante el transcurso del día de las cirugías empleando y comparando medidas subjetivas y objetivas, se trató de un estudio monocéntrico, planificado prospectivamente, en el que participaron 47 mujeres con indicación de cesárea primaria. Los niveles de ansiedad se evaluaron utilizando el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-rasgo y STAI-estado), la escala analógica visual para la ansiedad (VASA), así como el cortisol en saliva en tres momentos el día de la cesárea, los niveles máximos de

ansiedad para el estado STAI y VASA fueron más altos al ingreso y mostraron disminuciones significativas hasta el cierre de la piel ( $p < 0,001$ ).

Tuna et al., (2016) en Estados Unidos evaluaron si el nivel de ansiedad materna preoperatoria de 60 pacientes obstétricas programadas para una cesárea electiva tuvo un efecto sobre el resultado clínico del recién nacido, siendo la puntuación media de ansiedad estatal preoperatoria materna de  $41,1 \pm 4,6$  y la puntuación de ansiedad rasgo fue de  $50,9 \pm 5,7$ . No encontramos una relación significativa entre las puntuaciones de ansiedad y las puntuaciones de APGAR al primer y quinto minuto, 42 pacientes requirieron efedrina, 5 pacientes tuvieron náuseas y 5 pacientes tuvieron vómitos.

En India, Bansal y Joon (2017) evaluaron y compararon la ansiedad preoperatoria en 200 pacientes obstétricas sometidas a cesárea electiva (100) o de emergencia (100), se observó un alto nivel de ansiedad en las pacientes sometidas a cesárea de urgencia en comparación con las electivas [S-STAI ( $67,29 \pm 8,51$  vs  $48,35 \pm 10,29$ ) y EVA -A ( $73,61 \pm 5,31$  vs  $52,43 \pm 4,16$ )], la diferencia resultó ser estadísticamente muy significativa ( $p < 0,001$ ). En general, 55% tenían ansiedad, de estas 40% pertenecían al grupo electivo y 70% al grupo de emergencia, las pacientes ansiosas tenían mayor nivel educativo y la diferencia en los parámetros hemodinámicos fue estadísticamente significativa entre los dos grupos.

Chen et al., (2017) examinaron el efecto del parto por cesárea sobre el estrés, la ansiedad y la depresión posparto, este estudio de cohorte se realizó utilizando la base de datos del seguro de salud nacional de Taiwán, hubo un total de 12 619 mujeres que se sometieron a un parto por cesárea y 12 619 mujeres de control que se sometieron a un parto vaginal, se emparejaron por puntuación de propensión según la edad, el nivel socioeconómico, la urbanización residencial, la comorbilidad anteparto y el año índice del parto. El grupo de cesárea mostró un riesgo significativamente mayor de

síntomas de estrés (IRR 1,4 [95% intervalo de confianza {IC} 1,02-1,92]), pero no de ansiedad (IRR 1,14 [IC 95% 0,95-1,38]) o depresión (IRR 1,32 [IC 95% 0,94-1,87]), aunque las tasas de incidencia también fueron superiores a uno. El grupo de cesárea tuvo un riesgo significativamente mayor de cualquiera de los tres trastornos mencionados anteriormente que el grupo de comparación (incidencia 27,6 frente a 23,4 por 1000 años-persona; tasas de incidencia 1,18 [IC del 95 %: 1,01-1,38]).

A nivel latinoamericano, Ham (2013) en México, determinó la frecuencia de presentación de estados de ansiedad en 75 pacientes programadas a cirugía electiva en el Hospital de Ginecología y Obstetricia de IMIEM. La edad promedio del estudio fue de 38.12 años, con una edad mínima de 14 años y una máxima de 65 años con una desviación estándar de 9.79 años; de las 75 pacientes encuestadas el 65.3% tuvo uno o más procedimientos quirúrgicos-anestésicos previos. Grado de inquietud de la paciente en la valoración pre-anestésica y se ponderó en cuatro grados nada, poco, bastante y mucho, donde nada ha sido la respuesta más frecuente con 35 pacientes para un 46.7%.

Asimismo, en la Encuesta demográfica de salud familiar realizada en Perú (ENDES) indicaron que el 32.8% de todas las pacientes que son sometidas a una cesárea, presentan niveles de ansiedad antes de la cesárea y también cambios posoperatorios negativos en su comportamiento, incluso dos semanas después de la cirugía. ENDES en el año 2019 encontraron una frecuencia de 22,5%.

En Colombia, Quintana et al., (2020) estimaron la frecuencia de la ansiedad preoperatoria y los factores asociados en 326 gestantes programadas con cesárea electiva, con una 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 ansiedad

preoperatoria 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 ansiedad preoperatoria, 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 en la frecuencia de ansiedad preoperatoria, OR: 10,9 [IC 95 %: 4,54-26,36]. También lo fueron los estados civiles: unión libre y separada, con respecto a casada: OR: 3,7[IC 95 %: 1,5- 9,2] y OR: 4,4 [IC 95 %: 1,0-19,3], respectivamente.

Ruíz (2021) en Perú, determinó los niveles de ansiedad en 85 pacientes del servicio de maternidad del Hospital Antonio Lorena, Cusco-2018; el 56% tuvo de 18 a 29 años de edad; 69% convivientes; 65% de zona urbana. Las sintomatologías cardiovasculares se reportaron con frecuencia en 65%; síntomas respiratorios a veces 59%; síntomas gastrointestinales a veces 68%; síntomas neurovegetativos con frecuencia 47%; la clínica cognitiva reportó que hubo siempre preocupación en 32%; temor con frecuencia 32%; tensión nunca 43%; confianza nunca 59%; intranquilidad y nerviosismo nunca 31%; seguridad nunca 60%; relajación a veces 28%; inseguridad nunca 30%; por otro lado, la actividad motora demostró hiperactividad frecuente 38%; falta de movimiento a veces 34%; movimientos repetitivos a veces 35% , movimientos desorganizados nunca 42%; dificultad de expresión verbal siempre 39%; hubo nivel variable de y 19% ansiedad severa.

A nivel nacional no existen estudios publicados respecto al tema, además de ser escasas las investigaciones donde se vinculen las variables estrés y ansiedad en dicha población, aunado a esto resulta evidente que comprender las variables que afectan a este incremento de la ansiedad antes de la operación resulta de vital importancia para su tratamiento, por tanto la presente investigación buscó determinar los niveles de estrés y ansiedad en evaluación pre-anestésica en mujeres embarazadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz Y Páez” durante el periodo de junio- agosto 2023.



## JUSTIFICACIÓN

Las pacientes hospitalizadas y sometidas a una intervención quirúrgica, demuestran diferentes formas de reacción frente a esta situación. El estrés y la ansiedad constituyen estados emocionales que se acompañan de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles necesariamente a peligros reales, y que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, en pacientes que tienen que someterse a una intervención quirúrgica conlleva un estado emocional negativo que genera una activación orgánica en la preparación del organismo para afrontar el peligro percibido en dicho procedimiento que puede perjudicar el correcto desarrollo del procedimiento quirúrgico (Gordillo et al., 2011).

Es importante establecer acciones inmediatas en hospitales que posibiliten una adecuada prevención y disminución de los niveles de estrés y ansiedad, teniendo en cuenta las necesidades biopsicosociales de cada paciente, existen estudios que demuestran que cuando se prepara a una paciente para cualquier intervención quirúrgica, proporcionándole suficiente información, preparándola en técnicas de relajación, prestando atención y eliminando sus miedos, entonces disminuye el nivel de ansiedad; luego del cual el post-operatorio resulta más corto por lo que el paciente manifiesta un sentido de bienestar y control (Ruíz, 2021).

Por tanto, la presente investigación buscó determinar los niveles de estrés y ansiedad en evaluación pre-anestésica en mujeres embarazadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz Y Páez” durante el periodo de junio- agosto 2023 constituyendo una línea de base para el desarrollo de otras investigaciones relacionadas al tema con el fin de considerar estrategias y alternativas que permitan disminuir este problema.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar los niveles de estrés y ansiedad en evaluación pre-anestésica en mujeres embarazadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz Y Páez”. Durante el periodo de junio- agosto 2023.

### **Objetivos específicos**

1. Organizar las pacientes según edad, procedencia, grado de instrucción y estado civil
2. Identificar los niveles de estrés en la población embarazada en estudio.
3. Valorar el nivel de ansiedad en el grupo de embarazada en estudios.
4. Relacionar los niveles de estrés con los datos sociodemográficos.
5. Vincular los niveles de ansiedad con los datos sociodemográficos.
6. Contrastar los niveles de estrés y ansiedad de las pacientes encuestadas.

# **METODOLOGÍA**

## **Tipo de estudio y diseño de la investigación**

Se trató de un estudio no experimental, observacional y descriptivo, cuantitativo, de corte transversal.

## **Universo**

Conformado por 200 pacientes embarazadas en evaluación pre-anestésica del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz Y Páez” atendidas durante el periodo de junio- agosto 2023.

## **Muestra**

140 pacientes embarazadas en evaluación pre-anestésica del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz Y Páez” atendidas durante el periodo de junio- agosto 2023 que cumplieron con los criterios de inclusión.

## **Criterios de inclusión**

- Pacientes embarazadas en evaluación pre-anestésica.
- Pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 40 años de edad.
- Pacientes dispuestas a participar en el estudio

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con diagnóstico conocido de alguna patología psiquiátrica que pudiese condicionar los resultados de las escalas a emplear.
- Pacientes menores de 18 años y mayores de 40 años
- Pacientes que no serán sometidas a evaluación pre anestésica
- Pacientes que se negaron a participar en el estudio.

### **Procedimiento**

Se hizo revisión del material bibliográfico y documental, una vez identificadas las variables de interés se elaboró una ficha de recolección sociodemográfica, diseñada por los autores y aprobada por el tutor para recolectar datos de importancia, tales como: edad, procedencia, grado de instrucción y estado civil (Apéndice A).

Se redactó una carta dirigida al Departamento de Salud Mental informando sobre el estudio en cuestión y solicitando su colaboración (Apéndice B).

Se elaboró una carta dirigida al Departamento de Ginecología y Obstetricia informando sobre el estudio en cuestión y solicitando su colaboración (Apéndice C)

Así mismo, se realizó otra carta de consentimiento informado para solicitar la colaboración de cada participante (Apéndice D).; se utilizó la técnica del cuestionario pues es un instrumento independiente de recopilación de datos de manera directa a través una serie de preguntas. Por último, se tabularon los datos obtenidos, para su interpretación, análisis y presentación.

Se seleccionaron los instrumentos a utilizar (escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la ansiedad y Escala De Estrés Percibido (EEP-10) (Anexo 1 y 2).

### Operacionalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medición</b>
Independientes	Edad	18 – 23 24 – 29 30 – 35 36 - 40
	Estado Civil	Casado Divorciado Soltera Concubinato Viuda
	Procedencia	Rural Urbano
	Grado de instrucción	Analfabeta Nivel primario Nivel secundario Universitario

### Instrumentos De Recolección De Datos

Se utilizó la escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la ansiedad (Anexo 1), la cual fue creada en 1959 y demostró una consistencia interna que asegura una adecuada relación entre sus reactivos ( $\alpha = 0,88$ ) es una escala que consta de 14 ítems en los que se valora la sintomatología neurovegetativa, valorando cada ítem con una puntuación que va de 0 a 4 según el grado o intensidad de la sintomatología manifestada, presentando los siguientes puntos de corte 0 - 5: no ansiedad, 6 - 14: ansiedad leve y  $\geq 15$ : ansiedad moderada/grave.

La escala de Estrés Percibido (EEP-10) (Anexo 2) creada por Cohen et al., (1983) y adaptada a una versión al español por Remor, (2006); según el estudio realizado por Pedrero et al. (2015) en población clínica reportó valores de consistencia interna adecuada mediante el coeficiente alfa del modelo en general  $\alpha=0,89$ . La escala comprende 10 ítems que permiten medir en qué medida se evalúan como estresantes distintas situaciones de la vida. Los ítems de la escala se puntúan en una escala tipo Likert de 5 puntos (0=nunca, 4=muy frecuentemente), utilizando el baremo realizado por Bustíos (2019), en base a sus resultados se pudieron establecer los siguientes puntos de corte: presencia de estrés muy alta  $\geq 23$ , presencia de estrés 18 - 22, baja presencia de estrés 15- 17 y escasa presencia de estrés 10 – 14.

### **Análisis E Interpretación De Los Datos**

Para este estudio se aplicó estadística descriptiva, mediante una hoja de análisis de datos de Microsoft Office Excel 2013 y SPSS versión 25.0, siendo los resultados presentados en tablas de una y doble entrada, con valores absolutos y porcentuales. Para el análisis de asociación entre variables se empleó el test exacto de Fisher con una significancia de  $p: <0,05$ , el cual permite en contraste de hipótesis:

- H0: existe una relación o dependencia entre las variables estudiadas.
- H1: no existe ninguna relación o dependencia entre las variables estudiadas.

Siendo aceptada H0 al resultar  $p: < 0,05$ ; aplicando al ser una o las dos variables nominales (no numéricas que no admiten un criterio de orden) la V de Cramer, siendo esta una corrección que permite obtener un índice con valor máximo (que indica la mayor asociación entre variables) igual a 1 (el valor mínimo es 0, que indica NO asociación), pudieron interpretarse: no hay efecto entre una variable y otra

0 – 0,10; existe un efecto pequeño: 0,11 – 0,30; efecto moderado: 0,31 – 0,50 y efecto grande 0,51 a 1.

Así mismo, en caso de ser ambas variables ordinales (variables no numéricas, en las que existe un orden) se empleó la D de Somers, representando una medida de fuerza y dirección de la asociación entre una variable dependiente ordinal y una variable independiente ordinal, con valores de -1 a 1.

- -1: indica que todos los pares de variables no están de acuerdo, o son inversamente proporcional.
- 1: indica que todos los pares de variables coinciden, o son directamente proporcional.

## RESULTADOS

Tabla 1

Características sociodemográficas de mujeres embarazadas en evaluación preanestésica. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz Y Páez”. Junio- agosto 2023.

Edad (años)	n	%
18 - 23	63	45,0
24 - 29	48	34,3
30 - 35	15	10,7
36 - 40	14	10,0
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>
<b>Procedencia</b>		
Rural	36	25,7
Urbana	104	74,3
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil</b>		
Casada	32	22,9
Divorciada	2	1,4
Soltera	41	29,3
Concubinato	64	45,7
Viuda	1	0,7
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>
<b>Nivel de instrucción</b>		
Analfabeta	7	5,0
Nivel Primario	42	30,0
Nivel secundario	71	50,7
Universitario	20	14,3
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos



La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de las 140 gestantes sometidas a evaluación preanestésica durante el período de estudio, de las cuales, 45,0% (n=63) tuvo edades de 18 a 23 años, seguido de 34,3% (n=48) con 24 a 29 años; respecto a la procedencia 74,3% (n=104) pertenecía a zona urbana; el estado civil reflejó que 45,7% (n=64) vivía en concubinato, 29,3% (n=41) estaba soltera y 22,9% (n=32) era casada; mientras el nivel de instrucción demostró como predominante el nivel secundario con 50,7% (n=71) seguido del nivel primario con 30,0% (n=42).

**Tabla 2**

**Niveles de estrés en evaluación preanestésica de mujeres embarazadas.  
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario  
“Ruíz Y Páez”. Junio- agosto 2023.**

<b>Estrés</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Escaso</b>	50	35,7
<b>Bajo</b>	29	20,7
<b>Moderado</b>	29	20,7
<b>Muy alto</b>	32	22,9
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Escala de Estrés Percibido.

En la tabla 2 se aprecian los niveles de estrés percibido por las encuestadas, siendo escaso en 35,7% (n=50), seguido de muy alto en 22,9% (n=32) y bajo y moderado en 20,7% (n=29) para cada caso.

**Tabla 3**

**Niveles de ansiedad en evaluación preanestésica de mujeres embarazadas.  
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario  
“Ruíz Y Páez”. Junio- agosto 2023.**

<b>Ansiedad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>No ansioso</b>	7	5,0
<b>Leve</b>	38	27,1
<b>Moderada/Severa</b>	95	67,9
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la ansiedad

En la tabla 3 se puede observar los niveles de ansiedad de las gestantes, mostrando que 67,9% (n=95) contaba con niveles de moderados a severos, seguido de 27,1% (n=38) con ansiedad leve, encontrando solo al 5,0% (n=7) sin ansiedad.

Tabla 4

Niveles de estrés según los datos sociodemográficos en evaluación preanestésica de mujeres embarazadas. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz Y Páez”. Junio- agosto 2023.

Grupo etario (Años) <sup>+</sup>	Estrés								Total	
	Escaso		Bajo		Moderado		Muy alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>18 - 23</b>	29	20,7	18	12,9	8	5,7	8	5,7	63	45,0
<b>24 - 29</b>	17	12,1	8	5,7	16	11,4	7	5,0	48	34,3
<b>30 - 35</b>	2	1,4	3	2,1	3	2,1	7	5,0	15	10,7
<b>36 - 40</b>	2	1,4	0	-	2	1,4	10	7,1	14	10,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>35,7</b>	<b>29</b>	<b>20,7</b>	<b>29</b>	<b>20,7</b>	<b>32</b>	<b>22,9</b>	<b>140</b>	<b>100</b>
<b>Procedencia<sup>++</sup></b>										
<b>Rural</b>	20	14,3	8	5,7	3	2,1	5	3,6	36	25,7
<b>Urbana</b>	30	21,4	21	15,0	26	18,6	27	19,3	104	74,3
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>35,7</b>	<b>29</b>	<b>20,7</b>	<b>29</b>	<b>20,7</b>	<b>32</b>	<b>22,9</b>	<b>140</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil<sup>+++</sup></b>										
<b>Casada</b>	7	5,0	7	5,0	6	4,3	12	8,6	32	22,9
<b>Divorciada</b>	0	-	0	-	1	0,7	1	0,7	2	1,4
<b>Soltera</b>	21	15,0	8	5,7	6	4,3	6	4,3	41	29,3
<b>Concubinato</b>	22	15,7	14	10,0	15	10,7	13	9,3	64	45,7
<b>Viuda</b>	0	-	0	-	1	0,7	0	-	1	0,7
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>35,7</b>	<b>29</b>	<b>20,7</b>	<b>29</b>	<b>20,7</b>	<b>32</b>	<b>22,9</b>	<b>140</b>	<b>100</b>
<b>Nivel de instrucción<sup>*</sup></b>										
<b>Analfabeta</b>	5	3,6	1	0,7	1	0,7	0	-	7	5,0
<b>Nivel Primario</b>	26	18,6	10	7,1	2	1,4	4	2,9	42	30,0
<b>Nivel secundario</b>	19	13,6	18	12,9	23	16,4	11	7,9	71	50,7
<b>Universitario</b>	0	-	0	-	3	2,1	17	12,1	20	14,3
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>35,7</b>	<b>29</b>	<b>20,7</b>	<b>29</b>	<b>20,7</b>	<b>32</b>	<b>22,9</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

<sup>+</sup> Test de Fisher: p: 0,000; D de Somers: 0,332

<sup>++</sup> Test de Fisher: p: 0,120 (NS)

<sup>+++</sup> Test de Fisher: p: 0,014; V de Cramer: 0,276

<sup>\*</sup> Test de Fisher: p: 0,000; D de Somers: 0,518

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos y Escala de Estrés Percibido.

La tabla 4 refleja la asociación de los niveles de estrés con las características sociodemográficas, apreciando que del 45,0% (n=63) con edades de 18 a 24 años el 20,7% (n=29) tuvo estrés escaso; del 74,3% (n=104) con procedencia urbana 21,4% (n=30) mostro estrés escaso, seguido de 19,3% (n=27) con estrés muy alto; del 45,7% (n=64) que vivía en concubinato, 15,7% (n=22) mostró estrés escaso y del 50,7% (n=71) con nivel secundario de escolaridad 16,4% (n=23) contaba con estrés moderado.

Se demostró relación estadísticamente significativa ( $p < 0,050$ ) entre el estrés y la edad, el estado civil y el nivel de instrucción, demostrando niveles superiores en mujeres de mayor edad, divorciadas y de mayor nivel de instrucción.

Tabla 5

Niveles de ansiedad según los datos sociodemográficos en evaluación preanestésica de mujeres embarazadas. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz Y Páez”. Junio- agosto 2023.

Grupo etario (Años) <sup>+</sup>	Ansiedad						Total	
	No ansioso		Leve		Moderada/ Severa			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>18 - 23</b>	2	1,4	15	10,7	46	32,9	63	45,0
<b>24 - 29</b>	2	1,4	13	9,3	33	23,6	48	34,3
<b>30 - 35</b>	1	0,7	6	4,3	8	5,7	15	10,7
<b>36 - 40</b>	2	1,4	4	2,9	8	5,7	14	10,0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>5,0</b>	<b>38</b>	<b>27,1</b>	<b>95</b>	<b>67,9</b>	<b>140</b>	<b>100</b>
<b>Procedencia<sup>++</sup></b>								
<b>Rural</b>	2	1,4	6	4,3	28	20,0	36	25,7
<b>Urbana</b>	5	3,6	32	22,9	67	47,9	104	74,3
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>5,0</b>	<b>38</b>	<b>27,1</b>	<b>95</b>	<b>67,9</b>	<b>140</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil<sup>+++</sup></b>								
<b>Casada</b>	4	2,9	16	11,4	12	8,6	32	22,9
<b>Divorciada</b>	0	-	0	-	2	1,4	2	1,4
<b>Soltera</b>	1	0,7	4	2,9	36	25,7	41	29,3
<b>Concubinato</b>	2	1,4	18	12,9	44	31,4	64	45,7
<b>Viuda</b>	0	-	0	-	1	0,7	1	0,7
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>5,0</b>	<b>38</b>	<b>27,1</b>	<b>95</b>	<b>67,9</b>	<b>140</b>	<b>100</b>
<b>Nivel de instrucción<sup>*</sup></b>								
<b>Analfabeta</b>	1	0,7	1	0,7	5	3,6	7	5,0
<b>Nivel Primario</b>	0	-	8	5,7	34	24,3	42	30,0
<b>Nivel secundario</b>	2	1,4	21	15,0	48	34,3	71	50,7
<b>Universitario</b>	4	2,9	8	5,7	8	5,7	20	14,3
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>5,0</b>	<b>38</b>	<b>27,1</b>	<b>95</b>	<b>67,9</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

<sup>+</sup> Test de Fisher: p: 0,439 (NS)

<sup>++</sup> Test de Fisher: p: 0,248 (NS)

**Fuente:** Ficha de datos sociodemográficos y escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la ansiedad

La tabla 5 presenta la asociación de los niveles de ansiedad y las características sociodemográficas, apreciando que del 45,0% (n=63) con edades de 18 a 24 años el 32,9% (n=46) tuvo ansiedad de moderada a severa; del 74,3% (n=104) con procedencia urbana 47,9% (n=67) mostró niveles de moderados a severos; del 45,7% (n=64) que vivía en concubinato, 31,4% (n=44) contó con ansiedad de moderada a severa y del 50,7% (n=71) con nivel secundario de escolaridad 34,3% (n=48) presentó ansiedad de moderada a severa.

Hubo relación estadísticamente significativa ( $p < 0,050$ ) entre la ansiedad y el estado civil y el nivel de instrucción, demostrando niveles superiores en mujeres divorciadas y de menor nivel de instrucción.

**Tabla 6**

**Niveles de estrés según niveles de ansiedad en evaluación preanestésica de mujeres embarazadas. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz Y Páez”. Junio- agosto 2023.**

Estrés	Ansiedad						Total	
	No ansioso		Leve		Moderada/ Severa			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Escaso</b>	0	-	8	5,7	42	30,0	50	35,7
<b>Bajo</b>	1	0,7	8	5,7	20	14,3	29	20,7
<b>Moderado</b>	1	0,7	11	7,9	17	12,1	29	20,7
<b>Muy alto</b>	5	3,6	11	7,9	16	11,4	32	22,9
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>5,0</b>	<b>38</b>	<b>27,1</b>	<b>95</b>	<b>67,9</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

+ Test de Fisher: p: 0,008; D de Somers: -0,272

Fuente: Escala de Estrés Percibido y escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la ansiedad

En la tabla 6 se registra la asociación entre los niveles de estrés y de ansiedad de las encuestadas, pudiendo observar que del 5,0% (n=7) sin ansiedad 3,6% (n=5) presentó estrés muy alto; del 27,1% (n=38) con ansiedad leve hubo similar predominio para estrés moderado y muy alto con 7,9% (n=11) respectivamente; y del 67,9% (n=95) con ansiedad de moderada a severa, 30,0% (n=42) mostró nivel escaso.

Quedó demostrada una relación inversa y estadísticamente significativa ( $p < 0,050$ ) entre los niveles de estrés y ansiedad, por tanto, a mayor nivel de estrés menor fue el de ansiedad y viceversa.



## DISCUSIÓN

Al procesar los datos de 140 mujeres embarazadas pertenecientes al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz Y Páez”, durante su evaluación preanestésica se pudieron demostrar como características sociodemográficas principales pacientes jóvenes con edades entre 18 y 23 años (45,0%), de procedencia urbana (74,3%), con nivel de instrucción secundario (50,7%), las cuales vivían en concubinato (45,7%).

A pesar de ser características particulares de este grupo de estudio, cabe mencionar investigaciones semejantes como la publicada por Ruíz (2021) en Perú, quien al determinar los niveles de ansiedad en 85 pacientes del servicio de maternidad del Hospital Antonio Lorena constató que 56% tuvo de 18 a 29 años de edad; 69% eran convivientes y 65% vivían en zona urbana, situación concordante con la presente investigación. Por el contrario, Hobson et al., (2006) en Reino Unido investigaron si la ansiedad preoperatoria en 85 mujeres sometidas a cesárea electiva predijo la satisfacción materna postoperatoria con el proceso, las percepciones de recuperación y el uso de analgésicos o la duración de la estancia hospitalaria, demostrando mujeres de mayor edad, con una media de  $30,56 \pm 5,15$  años, además de estar casadas en 64%; discrepando con los hallazgos de este estudio.

Según Sandall et al., (2018) con el aumento en la cantidad de cesáreas, existe mayor incidencia de sangrado, necesidad de transfusión de sangre, adherencias pélvicas, daño quirúrgico intraoperatorio e histerectomía, es por ello, que el estrés preoperatorio suele representar una respuesta común en las futuras madres al esperar esta cirugía, incluso si es muy necesaria. A pesar de esto, el estrés percibido por las encuestadas fue escaso en 35,7%, seguido en orden de frecuencia por niveles muy altos (22,9%); resultados semejantes a los documentados por Al-Hadrawi y Farhoud

(2024) quienes midieron las posibles razones de la ansiedad preoperatoria y la gravedad del estrés psicológico de 120 mujeres antes de la cesárea, en el Hospital Universitario Al-Zahra de Dubái, mostrando que el nivel de estrés psicológico de las mujeres antes del parto por cesárea osciló entre leve (56%) y moderado (43%).

Respecto a la ansiedad, 67,9% contaba con niveles de moderados a severos, situación similar a la registrada por Macedo (2020) en Perú, al determinar la relación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y las características sociodemográficas de 42 gestantes programadas a cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná, quien encontró que 71.4% de las gestantes tuvieron ansiedad preoperatoria de las cuales, 70% presento alto nivel de ansiedad y 30% un nivel medio; por otro lado, Alvarado y Huamaccto (2022) al determinar la ansiedad preoperatoria en gestantes programadas para cirugía del Instituto Nacional Materno Perinatal, demostró predominio de pacientes ansiosas con 51,3%, mientras las no ansiosas representaron 48,7%, porcentaje notablemente superior a los hallazgos del presente estudio, donde la ausencia de ansiedad se comprobó en solo 5,0%.

Por otro lado, la aplicación del Test exacto de Fisher demostró relación estadísticamente significativa ( $p < 0,050$ ) entre el estrés y la edad, identificando niveles superiores en mujeres de mayor edad; igualmente se relacionaron ambas variables (estrés y ansiedad) con el estado civil y el nivel de instrucción ( $p < 0,050$ ), reflejando niveles superiores de ambos estados psicológicos en pacientes divorciadas y de mayor nivel de instrucción. Resultados congruentes con diferentes investigaciones internacionales, al respecto Maheshwari et al., (2013) en India, al medir la frecuencia de la ansiedad preoperatoria en 154 pacientes sometidas a cesárea electiva y su impacto en la decisión de las pacientes con respecto a la elección de la anestesia observaron una asociación estadísticamente significativa de ansiedad ( $p < 0,005$ ) con un nivel educativo superior.

Otra investigación semejante fue publicada por Bansal y Joon (2017) igualmente en India, donde evaluaron y compararon la ansiedad preoperatoria en 200 pacientes obstétricas sometidas a cesárea electiva (100) o de emergencia (100), demostrando que las pacientes ansiosas tenían mayor nivel educativo; el estudio colombiano de Quintana et al., (2020) estimó la frecuencia de la ansiedad preoperatoria y los factores asociados en 326 gestantes programadas con cesárea electiva, manifestando que estados civiles como unión libre y separada se asociaron con el aumento en la frecuencia de ansiedad preoperatoria. Así mismo, Sánchez (2023) al determinar los factores relacionados con la ansiedad preoperatoria en 340 gestantes con cesárea electiva atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho ubicado en Perú encontró que los factores personales relacionados a la ansiedad fueron menor edad, grado de instrucción avanzado y apoyo de la pareja.

No obstante, también se han reportado estudios contradictorios, pues Macedo (2020) en Perú expuso que la edad y el estado civil fueron variables independientes del nivel de ansiedad y estrés preoperatorio, por tanto, no tuvieron influencia significativa, sin embargo, en dicha investigación, existió una relación inversa significativa entre alto nivel de ansiedad preoperatoria y el menor nivel de educación ( $p < 0.050$ ).

Dentro de este orden de ideas, cabe considerar como esperada la relación directamente proporcional obtenida respecto a la edad y el nivel de estrés, pues pacientes de edad avanzada experimentan una gran inquietud preoperatoria en comparación las más jóvenes debido a la mayor presencia de comorbilidades, así como a la alta probabilidad de complicaciones; figurando un embarazo en mayores de 35 años como de alto riesgo obstétrico (Ferede et al., 2022).

En lo que respecta al estado civil, Bastida et al., (2017) considera que estar en una relación de pareja suele ser una fuente de bienestar psicológico al ser un punto de apoyo social y económico que proporciona estabilidad, esto ha demostrado estar asociado con la salud física psicológica. Por ser la familia el núcleo básico social, cumple un importante rol de protección y amparo, especialmente, cuando se encuentran recibiendo atención en salud, por tanto, el mutuo apoyo entre la pareja para el cuidado o acompañamiento suele ser factor de protección para el malestar emocional en mujeres gestantes hospitalizadas (Quintana et al., 2020).

Desde la perspectiva del nivel de instrucción, un mayor grado de educación figura como uno de los factores de riesgo comunes de ansiedad preoperatoria debido a las diversas complicaciones de la anestesia y la cirugía propiamente, las pacientes educadas suelen estar más conscientes y preocupadas que las pacientes que ignoran este hecho o simplemente no le brindan la importancia pertinente (Ferede et al., 2022).

Finalmente, quedó demostrada una relación inversa y estadísticamente significativa ( $p < 0,050$ ) entre los niveles de estrés y ansiedad, por tanto, a mayor nivel de estrés menor fue el de ansiedad y viceversa; este hecho resulta curiosamente particular, no identificando otros estudios que describieran la correlación observada, por lo que se puede afirmar que hacen falta evaluaciones desde el punto de vista psicológico para explicar dicho hallazgo y dimensionarlo en su esencia, siendo necesario incrementar la mirada psicosocial de los aspectos biomédicos en general; aunado a lo anterior, estudios mucho más grandes y multicéntricos podrían permitir definir en mejor forma la adecuada correlación.

## CONCLUSIONES

- Tras encuestar a 140 gestantes durante su evaluación preanestésica se pudo observar que la mayoría eran mujeres jóvenes con edades entre 18 y 23 años, las cuales vivían en concubinato, en zonas urbanas y contaba con nivel de instrucción secundario.
- El estrés fue predominantemente escaso.
- La ansiedad predominó de niveles moderados a severos.
- Se demostraron niveles superiores de estrés en mujeres de mayor edad, divorciadas y de mayor nivel de instrucción.
- Igualmente, hubo relación estadística entre la ansiedad y el estado civil y el nivel de instrucción, demostrando niveles superiores en mujeres divorciadas y de menor nivel de instrucción.
- Los niveles de estrés y ansiedad registraron una relación inversa y estadísticamente significativa ( $p < 0,050$ ) por tanto, a mayor nivel de estrés menor fue el de ansiedad y viceversa.

## RECOMENDACIONES

- Brindar toda la información solicitada por las pacientes acerca del procedimiento quirúrgico, del procedimiento anestésico o de ambos, logrando generar confianza y minimizar los niveles de ansiedad, principalmente en pacientes de menor escolaridad.
- Identificar la ansiedad y estrés prequirúrgica desde la consulta puede ayudar a tomar medidas al respecto al momento de la hospitalización.
- Continuar con esta línea de investigación, incluyendo a todos los pacientes que requieran de procedimiento quirúrgico-anestésico.
- En futuras investigaciones resultaría interesante, buscar factores que puedan ser asociados con el desarrollo de la ansiedad y estrés prequirúrgicos.
- Tomar en cuenta la realización de estudios comparativos de primigestas contra multigestas con cesáreas previas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-Hadrawi, H., Farhoud, H. 2024. Reasons for Preoperative Anxiety and Severity in Psychological Stress of Women Before Caesarean Section. *Mosul Journal of Nursing*, 12(1): 89-95. [Mayo, 2024]
- Alvarado, V., Huamaccto, Y. 2022. Ansiedad preoperatoria en gestantes programadas para cirugía del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2022. En línea. Disponible en: <https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/754> [Mayo, 2024]
- Bansal, T., Joon, A. 2017. A comparative study to assess preoperative anxiety in obstetric patients undergoing elective or emergency cesarean section. *Anaesth. Pain Intensive Care*. 21 (1): 25-30 [Junio, 2023].
- Bastida, R., Valdez, J., Valor, I., Fuentes, N., Rivera, S. 2017. Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. *Revista argentina de clínica psicológica*. 26(1): 95-102 [Mayo, 2024]
- Bustíos, M. 2019. Adaptación de la escala de estrés percibido (EEP-10) en usuarios de una clínica ocupacional en Lima. En línea. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/51552/Bust%C3%ADos\\_PMA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/51552/Bust%C3%ADos_PMA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Junio, 2023]

- Chen, H., Lai, J., Hwang, S., Huang, N., Chou, Y., Chien, L. 2017. Comprender la relación entre el parto por cesárea y el estrés, la ansiedad y la depresión después del parto: un estudio de cohorte a nivel nacional. *Nacimiento*. 44 (4): 369-376 [Junio, 2023].
- Cohen, S., Williamson, G. 1983. Perceived stress in a probability sample of the United States. *Psychology and Health*, pp. 31-67 [Junio, 2023].
- Cunningham, F., Gant, N., Leveno, K., Gilstrap, L., Hauth, J., Wenstron, K. 2002. *Williams Obstetricia*. 21 edición. Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires [Junio, 2023].
- Dolinsky, M., Vecchiatti, H., Tarragó, F., Sena, M. 2005. Efecto de la premedicación ansiolítica sobre la concentración plasmática de cortisol en el preoperatorio. Hospital Julio C. Perrando, Resistencia, Chaco. En línea. Disponible en: [https://www.anestesia.org.ar/search/articulos\\_completos/2/13/411/c.php#:~:text=Forman%20parte%20del%20estr%C3%A9s%20preoperatorio,el%20paciente%20o%20su%20entorno](https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/2/13/411/c.php#:~:text=Forman%20parte%20del%20estr%C3%A9s%20preoperatorio,el%20paciente%20o%20su%20entorno) [Junio, 2023].
- Duval, F., González, F., Rabia, H. 2010. Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 307-318 [Junio, 2023].
- ENDES - Perú. 2019. Encuesta demográfica de salud familiar [Online]. Disponible en: [proyectos.inei.gob.pe](http://proyectos.inei.gob.pe) [Junio, 2023]
- Faneite, P., Rivera, C., Faneite, J., Amato, R. 2012. Cesárea y mortalidad perinatal: Incidencia y tendencia 42 años (1969-2010). *Revista de*



Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 72(3), 145-151.  
 Disponible en:  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322012000300002&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000300002&lng=es&tlng=es) [Junio, 2023].

Ferede, Y., Bizuneh, Y., Workie, M., Admass, B. 2022. “Prevalence and associated factors of preoperative anxiety among obstetric patients who underwent cesarean section”: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*. 74: 103272. [Mayo, 2024]

Forcadell, E., Lázaro, L., Fullana, M., Lera, S. 2019. *Trastornos de Ansiedad*. Clínica Barcelona (En línea) Disponible en:  
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/tratamiento> [Junio, 2023]

Gordillo, F., Arana, J., Mestas, L. 2011. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 4(3): 228-233. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300008> [Junio, 2023]

Ham, K. 2013. Nivel de ansiedad preoperatoria en las pacientes programadas a cirugía electiva en el hospital de ginecología y obstetricia del IMIEM, mediante la escala de APAIS y escala de Spielberg. En línea. Disponible en:  
<http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/13997> [Junio, 2023]

Hepp, P., Hagenbeck, C., Burghardt, B. 2016. Medición del curso de la ansiedad en mujeres que dan a luz por cesárea: un estudio prospectivo. *BMC*

Embarazo Parto. 16: 113. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0906-z> [Junio, 2023]

Hobson, J., Slade, S., Wrench, I., Power, L. 2006. Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 15 (1): 18-23, ISSN 0959-289X. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2005.05.008>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959289X05000944> [Junio, 2023]

Instituto nacional de Salud Mental - USA. 2009. Departamento de Salud y Servicios Humanos De Los Estados Unidos. Publicación de NIH Núm. SP 09-3879. (En línea). Disponible en: [http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/ansiedad\\_esp.pdf](http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/ansiedad_esp.pdf) [Junio, 2023]

Le Gouez, A., Bonnet, M. 2016. Anestesia para cesárea, EMC - Anestesia-Reanimación. 42 (1): 1-11, ISSN 1280-4703. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1280-4703\(15\)76022-6](https://doi.org/10.1016/S1280-4703(15)76022-6). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1280470315760226> [Junio, 2023]

López, O., Hernández, B., Almirall, R., Molina, D., Navarro, J. 2012. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*, 10(5), 466-479 [Junio, 2023].

Macedo, B. 2020. Nivel de Ansiedad preoperatoria y características sociodemográficas en gestantes programadas a cesárea en el

Hospital de Apoyo Camaná, junio 2020. En línea. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/a79e0805-7895-47df-a790-a721420d0c01> [Mayo, 2024]

Maheshwari, D., Ismail, S. 2013. Ansiedad preoperatoria en pacientes que eligen anestesia general o regional para cesárea electiva. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*. 31(2): 196-200. | DOI: 10.4103/0970-9185.155148 [Junio, 2023].

Marrero, R., Rivero, E. 2019. Trastornos de ansiedad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 12(84): 4911-4917 [Junio, 2023].

Martínez, J. 2017. Trata el estrés con PNL. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces SA. [Junio, 2023]

Olsen, M, Butler, A, Willers, D, Devkota, P, Gross, G, Fraser, V, et al. 2008. Risk Factors for surgical site infection after low transverse cesarean section. *Infect Control Hosp Epidemiol*; 29:477-84 [Junio, 2023]

Organización Médica Colegial de España. 2015. 01 Los trastornos de ansiedad. *Internacional Marketing & Communication*, Pp 17 [Junio, 2023].

Orozco, W., Baldares, M. 2012. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*. 69(604): 497-507 [Junio, 2023].

Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M., Tolpin, D. 2015. Información preoperatoria al paciente:¿ podemos mejorar la satisfacción y reducir la

- ansiedad?. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 65: 7-13. [Mayo, 2024]
- Pedrero, E., De León, J., Lozoya, P., Rojo, G., Llanero, M., Puerta, C. 2015. La "Escala de estrés percibido": estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Psicología conductual*. 23(2): 305 [Junio, 2023].
- Pereira, M. 2009. Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Rev. Educ.*, 33(2), 171-190 [Junio, 2023]
- Quintana, F., Monterrosa, Á., Beltrán, T. 2020. Frecuencia de ansiedad preoperatoria y factores asociados en gestantes programadas a cesárea. *Iatreia*, 33(1), 5-16 [Junio, 2023]
- Regueiro, A. 2006. ¿Qué es el estrés y cómo nos afecta? [Última actualización: 14 enero 2020] En línea. Disponible en: <https://www.uma.es/media/files/tallerestr%C3%A9s.pdf>. [Junio, 2023].
- Remor, E. 2006. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*. 9: pp. 86-93 [Junio, 2023]
- Ruiz, G. 2021. Niveles de ansiedad preoperatorio en pacientes del servicio de maternidad del Hospital Antonio Lorena Cusco–2018. En línea. Disponible en: <https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557>

/4384/Gabriela\_Tesis\_bachiller\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Junio, 2023]

Sánchez, C. 2011. Estrés laboral. Satisfacción en el trabajo y bienestar psicológico en trabajadores de una industria cerealera. (En línea) Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111836.pdf>. [Junio, 2023]

Sánchez, H. 2023. Factores asociados con la ansiedad preoperatorio en gestantes con cesárea electiva en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho 2022. En línea. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/5090> [Mayo, 2024]

Sandall, J., Tribe, R., Avery, L., Mola, G., Visser, G., Homer, C., et al. 2018. Short- and longterm effects of cesarean section on the health of women and children. *The Lancet*. 392(10155): 1349–1357. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5) [Mayo, 2024]

Sardiñas, R. 2005. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. *Ginecol Obstet Mex*. 73:155-159 [Junio, 2023].

Sierra, J., Ortega, V., Zubeidat, I. 2003. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59 [Junio, 2023].

Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. 2008. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención

Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia Laín Entralgo. Madrid; Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10 [Junio, 2023].

Tuna, S., Ersel, G., Meziyet, S., Sibel, T. 2016. Association between preoperative maternal anxiety and neonatal outcomes: a prospective observational study. *Journal of Clinical Anesthesia*. 33: 123-126. ISSN 0952-8180. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2016.03.022>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0952818016300381> [Junio, 2023].

Uzcátegui, O. 2008. Estado actual de la Cesárea. *Gaceta Médica de Caracas*, 116(4), 280-286. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0367-47622008000400003&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622008000400003&lng=es&tlng=es) [Junio, 2023].

Zighelboim, I., Sánchez, W. 2007. ¿Cesárea una panacea? *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. [Revista en Línea], 67 (4) [Junio, 2023].

## **APÉNDICES**

**Apéndice A****Ficha de datos sociodemográficos**

**Edad:** \_\_\_\_ años

**Estado civil:** Soltero \_\_\_\_ Casado \_\_\_\_ Concubinato \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_  
Viudo \_\_\_\_

**Procedencia:** Rural \_\_\_\_ Urbana: \_\_\_\_

**Grado de instrucción:**

**Analfabeta** \_\_\_\_

**Nivel primario** \_\_\_\_

**Nivel secundario** \_\_\_\_

**Universitario** \_\_\_\_



**Apéndice B**

Ciudad Bolívar, Junio 2023

**Dr. Julio Barreto, jefe del Departamento de Salud Mental. UDO - Bolívar**

**Presente.**

Reciba de antemano un cordial saludo

Nosotras, Cabrera, María y Rojas, María cursantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Oriente, acudimos a usted muy respetuosamente, para solicitar su valiosa colaboración, en nuestro trabajo de investigación titulado: “NIVELES DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA. MUJERES EMBARAZADAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ”. JUNIO-AGOSTO 2023”; el cual será presentado posteriormente como requisito parcial para optar al título de Médico Cirujano.

Sin otro particular al que hacer referencia y esperando sus buenos oficios al respecto

Atentamente.

---

**Br. Cabrera María**

---

**Br. Rojas María**

**Tesistas**

## Apéndice C



Ciudad Bolívar, Junio 2023

**Dr. José Mendoza, jefe de Sala de parto, Complejo Universitario Ruiz y Paéz.**

**Presente.**

Reciba de antemano un cordial saludo

Nosotras, Cabrera, María y Rojas, María cursantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Oriente, acudimos a usted muy respetuosamente, para solicitar su valiosa colaboración, en nuestro trabajo de investigación titulado: “NIVELES DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA. MUJERES EMBARAZADAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ”. JUNIO-AGOSTO 2023”; el cual será presentado posteriormente como requisito parcial para optar al título de Médico Cirujano.

Sin otro particular al que hacer referencia y esperando sus buenos oficios al respecto

Atentamente.

---

**Br. Cabrera María**

---

**Br. Rojas María**

**Tesistas**

**Apéndice D****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_, portador (a) de la C.I.V.-  
\_\_\_\_\_, por medio de la presente doy constancia de que fui informado (a)  
y decidí participar voluntariamente en el estudio realizado por las bachilleres Cabrera María y  
Rojas María (tesistas, estudiantes de medicina) y el Dr. Pablo Veliz (psiquiatra), titulado  
“NIVELES DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA.  
MUJERES EMBARAZADAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ”. JUNIO- AGOSTO  
2023”.

: \_\_\_\_\_

Firma

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la ansiedad

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen a continuación, siguiendo el siguiente criterio:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

	0	1	2	3	4
1. Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
2. Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensaciones de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
3. Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño, interrumpido, insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
5. Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
6. Humor depresivo: Pérdida de interés, de placer, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos, calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
8. Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).					
9. Sistemas cardiovascular: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.					
10. Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).					
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez, náuseas, vómitos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					

12. Síntomas genitourinarios: micción frecuente, micción urgente. Falta del periodo menstrual, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.					
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia de sudoración, vértigos, dolor de cabeza, por tensión, piel de gallina.					
14. Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia, intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, eructos, tics.					

## Anexo 2

### ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (EEP-10)

Marca con una "X" la alternativa que consideres que corresponde con tu realidad respecto a tus. Ser sincero es lo que más conviene

Ítems	Nada frecuente	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre
1. Encuentro la manera de obtener lo que quiero aunque alguien me lo impida.					
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.					
3. Persisto en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.					
4. Tengo confianza en que puedo manejar acontecimientos inesperados.					
5. Mis cualidades me permiten superar situaciones imprevistas.					
6. Permanezco calmado(a) en situaciones difíciles, porque cuento con las habilidades necesarias para superarlas.					
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.					
8. Si me esfuerzo lo suficiente, puedo darle solución a los problemas.					

9. Sí me encuentro en una situación difícil generalmente se me ocurre que debo hacer.					
10. Al tener que hacer frente a un problema, se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.					



**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

<b>TÍTULO</b>	NIVELES DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA. MUJERES EMBARAZADAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ”. JUNIO- AGOSTO 2023.
---------------	---

**AUTOR (ES):**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>CÓDIGO CVLAC / E MAIL</b>
Cabrera Casasanta, María de los Ángeles	CVLAC: 26.801.281 E MAIL: cabreramarialv@gmail.com
Rojas Cabeza, María Nazaret	CVLAC: 24.964.043 E MAIL: mnazaret34@gmail.com

**PALÁBRAS O FRASES CLAVES:**

Estrés, Ansiedad, Preoperatorio, Gestantes, Valoración Preanestésica.

## METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Dpto. de Salud Mental	Ginecología y Obstetricia

### RESUMEN (ABSTRACT):

Las pacientes hospitalizadas y sometidas a cesárea, demuestran diferentes formas de reacción frente a esta situación, algunas de ellas creen que representa una amenaza a su integridad, generando ciertos grados de malestar psicológico. **Objetivo general:** Determinar los niveles de estrés y ansiedad en evaluación preanestésica en mujeres embarazadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz Y Páez”. Durante el periodo de junio- agosto 2023. **Metodología:** no experimental, observacional y descriptivo, cuantitativo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 140 pacientes embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó la escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la ansiedad y Escala De Estrés Percibido (EEP-10) además de una hoja adicional para recolectar información sociodemográfica básica. **Resultados:** 45,0% (n=63) tuvo edades de 18 a 23 años, 74,3% (n=104) pertenecía a zona urbana, 45,7% (n=64) vivía en concubinato y 50,7% (n=71) contaba con nivel secundario de instrucción, el estrés fue escaso en 35,7% (n=50) y 67,9% (n=95) contaba con niveles de moderados a severos de ansiedad. **Conclusión:** Se demostró alta frecuencia de niveles escasos de estrés, así como moderados a severos de ansiedad, demostrando niveles superiores de estrés en mujeres de mayor edad, divorciadas y de mayor nivel de instrucción; niveles superiores de ansiedad en mujeres divorciadas y de menor nivel de instrucción; finalmente, a mayor nivel de estrés menor fue el de ansiedad.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**CONTRIBUIDORES:**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL</b>				
Dr. Pablo Veliz	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU(x)</b>	<b>JU</b>
	<b>CVLAC:</b>	9.287.701			
	<b>E_MAIL</b>	pabloramonve@hotmail.com			
	<b>E_MAIL</b>				
Dra. Livia Torres	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU(x)</b>
	<b>CVLAC:</b>	12.506.917			
	<b>E_MAIL</b>	lldiagnosticoguayana@gmail.com			
	<b>E_MAIL</b>				
Dr. Ernesto Mathinson	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU(x)</b>
	<b>CVLAC:</b>	manthinsone@ gmail.com			
	<b>E_MAIL</b>	5.557.454			
	<b>E_MAIL</b>				
	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU(x)</b>
	<b>CVLAC:</b>				
	<b>E_MAIL</b>				
	<b>E_MAIL</b>				
	<b>CVLAC:</b>				
	<b>E_MAIL</b>				

**FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:**

2024 <b>AÑO</b>	07 <b>MES</b>	04 <b>DÍA</b>
--------------------	------------------	------------------

**LENGUAJE. SPA**

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**ARCHIVO (S):**

<b>NOMBRE DE ARCHIVO</b>	<b>TIPO MIME</b>
Tesis niveles de estrés y ansiedad en evaluación pre-anestésica. emb. svo de gineco de CHURYP. jun agos 2023	. MS.word

**ALCANCE**

**ESPACIAL:**

Servicio De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz Y Páez. Municipio Angostura del Orinoco, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

**TEMPORAL:** 10 AÑOS

**TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Médico Cirujano

**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Pregrado

**ÁREA DE ESTUDIO:**

Dpto. de Medicina

**INSTITUCIÓN:**

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009".

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
SISTEMA DE BIBLIOTECA  
RECIBIDO POR *[Signature]*  
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

*[Signature]*  
JUAN A. BOLANOS CUNEL  
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.  
JABC/YGC/maruja

## METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLIVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

### METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

#### DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

"Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario "

#### AUTOR(ES)

*Maria Cabrera.*  
Br. Cabrera Casasanta María de los Ángeles  
C.I. 26801281  
AUTOR

*Mara Nazaret Rojas*  
Br. Rojas Cabeza María Nazaret  
C.I. 24964043  
AUTOR

#### JURADOS

*Pablo Ramon*  
TUTOR: Prof. PABLO VELIZ  
C.I.N. 9.202.701  
EMAIL: [pabloramona@hotmail.com](mailto:pabloramona@hotmail.com)

*Ernesto Mathinson*  
JURADO Prof. ERNESTO MATHINSON  
C.I.N. 5.557.454  
EMAIL: [mathinsona@gmail.com](mailto:mathinsona@gmail.com)

*Livia Torres*  
JURADO Prof. LIVIA TORRES  
C.I.N. 12.506.917  
EMAIL: [Lidiaagnosticoquaytorre@gmail.com](mailto:Lidiaagnosticoquaytorre@gmail.com)

P. COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez s/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.  
EMAIL: [trabajodegradodosaludbolivar@gmail.com](mailto:trabajodegradodosaludbolivar@gmail.com)