



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NUCLEO DE BOLIVAR
 CONSEJO DE ESTUDIO DE POSTGRADO NUCLEO BOLIVAR
 COMISION DEL PROGRAMA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
 ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



CPGO- TG-07-2024

ACTA DE DEFENSA DEL TRABAJO DE GRADO

Nosotros, **DRA. JESSICA ACEVEDO, DR. HECTOR CIPRIANI y DR. LUIS CABRERA** la Comisión Coordinadora del Programa de Postgrado de Ginecología y Obstetricia, para examinar el Trabajo Especial de Grado Titulado: "Trabajo de Grado intitulado: ANSIEDAD, DEPRESION Y ESTRÉS EN PACIENTES POST-CESAREAS CON INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PAEZ". CIUDAD BOLIVAR – ESTADO BOLIVAR. PERIODO MARZO – SEPTIEMBRE 2024. Presentado por la ciudadana: Dra. GENESIS DEL CARMEN GUZMAN ZAMORA, portador(a) de la Cédula de Identidad N° 21.068.616, a los fines de cumplir con el requisito legal para optar al título de ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA; hacemos constar que se realizó la evaluación del mencionado trabajo, además se procedió al examen público, exposición e interrogatorio del aspirante hoy 06 de Diciembre de 2024 a las 09:00 a.m. en el Salón de Clases de Ginecología y Obstetricia ubicada en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar-Estado Bolívar.

Finalizada la Defensa del Trabajo de Grado por parte del Postulante, el Jurado Examinador deliberó en privado y emitió por UNANIMIDAD el veredicto de: Aprobado. por considerar que se ajustó a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrados dictado en uso de sus atribuciones legales por el Consejo Universitario de la Universidad de Oriente-Venezuela.

En fe de lo anterior se levanta la presente Acta, que avalamos y firmamos conformes conjuntamente con el Coordinador del Programa de Postgrado de Ginecología y Obstetricia, en Ciudad Bolívar a los 06 de Diciembre de 2024.

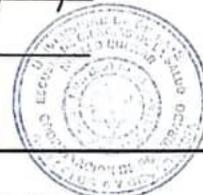
Jurado Examinador:

DRA. JESSICA ACEVEDO. (Tutor)

DR. HECTOR CIPRIANI.

DR. LUIS CABRERA.

DR. CARLOS RODRÍGUEZ SOTILLO
 (Coordinador del Postgrado de Ginecología y Obstetricia)



"CUIDAMOS A LA MUJER, PROTEGEMOS LA VIDA"

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Av. Germania – Hospital "Dr. Julio Criollo" (Tórax) 7mo Piso. Parroquia La Catedral/Ciudad Bolívar /Edo. Bolívar – Venezuela; Cód. Postal 8001; correo: postginecologiaobstetricia@gmail.com ; www.bolivar.udo.edu.ve;



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
VICERRECTORADO ACADÉMICO
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRES EN PACIENTES POST-
CESAREADA CON INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA.
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
COMPLEJO HOSPITALARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD
BOLÍVAR-ESTADO BOLÍVAR. PERIODO MARZO-
SEPTIEMBRE 2024.**

Asesor:

Dra. Jessica Acevedo

Presentado por:

Dra: Guzmán Zamora Génesis del Carmen
C.I: 21.068.616

**Trabajo de grado como requisito parcial para optar al título de especialista en
Ginecología y Obstetricia**

Ciudad Bolívar, diciembre del 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	v
DEDICATORIA.....	vi
RESUMEN.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACION.....	13
OBJETIVOS.....	14
Objetivo General.....	14
Objetivos Específicos.....	14
MATERIALES Y MÉTODOS.....	15
Diseño de investigación.....	15
Tipo de estudio.....	15
Universo.....	15
Población.....	15
Muestra.....	16
Criterios De Inclusión.....	16
Criterios De Exclusión.....	16
Técnica e instrumento de recolección de datos.....	16
Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	18
RESULTADOS.....	19
Tabla 1.....	19
Tabla 2.....	20
Tabla 3.....	21
Tabla 4.....	22
Tabla 5.....	23
Tabla 6.....	24

Tabla 7	25
DISCUSION	28
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
APÉNDICES	40
Apéndice A.....	41
ANEXOS.....	42
Anexo 1.....	43
Anexo 2.....	44
Anexo 3.....	45

AGRADECIMIENTOS

A Jehová Dios por ser mi guía y darme fuerzas para afrontar todos los obstáculos que se presentaron.

A mi Universidad de Oriente, Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, quienes junto a sus instalaciones y excelente profesionales me permitieron formarme en esta noble labor.

A mis profesores por el tiempo y esfuerzo que dedicaron a compartir sus conocimientos, sin su instrucción profesional no habría llegado a este nivel.

A Luis Guzmán, eres mi regalo más grande, eres mi fuerza mi motivación, has estado en cada paso, en cada caída, me has levantado hemos llorado, peleado, reído pero siempre has sujetado fuerte mi mano y sé que este camino no fue fácil para ambos.

A Milallela Zamora, tu quien me brindaste vida, amor y protección. Siempre has sido mi fuente de inspiración y motivación, me enseñaste que debo perseverar, soñar y tener aspiraciones, gracias por tus esfuerzos, paciencia y formación.

DEDICATORIA

Este gran logro en mi vida lo dedico con todo mi amor y cariño a Jehová Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y haberme permitido llegar hasta este punto.

A mis padres Milanllela Zamora y Luis Guzmán, quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre ser perseverante y cumpla con mis ideales, porque ellos han dado razón a mi vida por sus consejos, apoyo incondicional y por haber creído en mí, todo lo que hoy soy es gracias a ellos.

A mi hermano Raymil Guzmán por su apoyo durante este trayecto, a mi Eva y Antony que serán mi nueva motivación.

A mi familia por confiar en mí, a mis tíos; Ariana, Tonny, Marianyela y Jean gracias por siempre creer en mí y por ser parte de mi vida.

A mis compañeros y amigos presentes y pasados, sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristeza que durante estos años estuvieron a mi lado apoyándome en las buenas y malas. Siempre creyendo que soy capaz y única, muchas gracias los quiero.

A ti, quién me brindo un apoyo incondicional desde mi primer año. A pesar de estar a kilómetros de distancia, estuviste para mí en las buenas, en las malas y en las peores. Siempre enseñándome a florecer como persona y profesional, brindando palabras de aliento y queriendo verme volar alto. Sin mencionar tú dedicación y paciencia al enseñarme, explicando un paso a paso por texto no es fácil, pero lo

hiciste por mí. Gracias por siempre creer en mí y hacerme creer que puedo con esto y más, te quiero inmenso. Cut across the sky and move a little closer now and just forget the world, let's waste time chasing cars.

En memoria de Carmen Gómez y Merquiades Zamora, gracias por orientar, proteger, animar y ser fuente de inspiración. Los amo y te extraño abue.

**NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN PACIENTES
POST-CESAREADA CON INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA.
SERVICIO DE OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO RUIZ Y
PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR-ESTADO BOLÍVAR. PERIODO MARZO-
SEPTIEMBRE 2024.**

Autor: Dra. Génesis del Carmen Guzmán Zamora

RESUMEN

Introducción: Las mujeres que retornaban a la institución con complicaciones en el puerperio, en especial infecciones, fueron readmitidas en el hospital y separadas de sus hijos y familiares, lo que les causa no sólo dolor físico, sino también dolor emocional y, lo que lleva a la desintegración familiar. En este trabajo de investigación se busca determinar la existencia y grado de ansiedad, depresión y estrés en aquellas pacientes que cursan con infecciones de herida quirúrgica post-cesárea, para llegar a minimizar efectos emocionales que puedan llegar a complicar su recuperación y estancia hospitalaria. **Objetivo:** Evaluar los niveles de ansiedad, depresión y estrés en pacientes post-cesareada con infección de herida quirúrgica. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar-Estado Bolívar. Periodo Marzo-Septiembre 2024. **Metodología:** Se trata de un estudio de tipo correlacional causal, que se realizó en forma transversal, no experimental y de campo. **Muestra:** Estuvo constituida por 49 pacientes que cumplieron el criterio de inclusión. **Método de análisis de datos:** Para el análisis de los datos se empleó la metodología cuantitativa, los resultados se presentaran en cuadros, para el respectivo análisis de los datos. **Conclusiones:** Al finalizar el presente estudio de investigación se establecen que al distribuir las pacientes por grupo etario, mayoría de 19 a 26 años 38,78%. Nivel socio-económico de más frecuencia estrato IV (Poco aceptable) 53,06%. Estancia hospitalaria de mayor frecuencia 7 a 11 días 46,94%. El nivel de ansiedad en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, prevalencia de Leve 26,53% seguido de Moderado 22,45%. Nivel de depresión en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, moderado 34,69%. Niveles de estrés en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica moderado 28,57% seguido de grave 26,53%. El presente estudio permitió identificar que existe una clara presencia de ansiedad, depresión y estrés en estas pacientes, guardando relación con su estancia hospitalaria, un bajo estrato socio-económico y edad.

Palabras claves: ansiedad, depresión, estrés, post cesareada herida quirúrgico.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento que permite el nacimiento del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía), cuando este se dificulta por vía vaginal.(Salina,2007)

El origen del procedimiento, así como su nombre, no son del todo conocidos, apareciendo los primeros reportes en el siglo XV D. C. La introducción de fármacos anestésicos en el siglo XIX, la aseptización de la piel, el cierre de la pared uterina y la aplicación de antibióticos, entre otros, son los grandes avances que han logrado disminuir de manera considerable los riesgos de morbilidad y mortalidad. propios de esta operación. (Schnapp,2014)

El término “cesárea” se atribuye a distintas versiones. Julio César habría nacido por cesárea sin embargo, la historia relata que su madre estaba viva cuando fue emperador, lo que hace esta versión improbable. Otra, proviene de una ley romana denominada “Ley Regia o Ley César”, la que obligaba a cortar el abdomen y extraer al feto de toda mujer embarazada fallecida. Por último, se argumenta que el verbo latino “caedere” -que significa cortar- simplemente se haya adaptado al nacimiento de un niño mediante un “corte”. (Schnapp,2014)

Muñoz et al., en el 2011, en su análisis acerca de la indicación de cesárea muestra una enorme lista con 45 diagnósticos, que resumidos por orden de frecuencia y tratando de integrar grupos de acuerdo con las indicaciones más frecuentemente reportadas, se encontró que la causa número uno es la baja reserva fetal seguida de la cesárea iterativa, cuello desfavorable, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, desproporción céfalo-pélvica, dilatación estacionaria y distocias.

Indicaciones para realizar una cesárea: Absolutas: Cesárea iterativa, cesareada anterior con periodo intergenésico corto, Sufrimiento fetal, Distocia de presentación y situación, Desprendimiento prematuro de placenta, Placenta previa centro total, Incompatibilidad céfalo pélvica, Estrechez pélvica, Prolapso de cordón umbilical, Macrosomía fetal, Infección por herpes activa, Tumores obstructivos benignos y malignos, Cirugía uterina previa, antecedente de plastía vaginal, Infección por VIH.(Ministerio de Salud, 2007)

Relativas: Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento, Presentaciones anómalas, Anomalías fetales, Embarazo múltiple, Asimetría pélvica; Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia; Preeclampsia con signos de severidad, eclampsia, síndrome de Hellp; Insuficiencia cardio-respiratoria, Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina), Virus del papiloma humano.(Ministerio de Salud, 2007)

La Cesárea Programada se produce cuando se identifica una causa durante el control del embarazo que hace imposible el parto por vía vaginal. La Cesárea no programadas (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.(Ministerio de Salud, 2007)

Las complicaciones quirúrgicas incluyen: infección, hemorragia y lesiones viscerales. La frecuencia de hemorragia asociada a la cesárea electiva es menor respecto de la cesárea de urgencia y el parto vaginal. Las adherencias formadas después de una cesárea, son una potencial causa de infertilidad y necesitan ser evaluadas posteriormente. En algunos trabajos, los cuadros depresivos posparto han sido asociados con mayor frecuencia a la cesárea; sin embargo, a los 3 meses posparto no se encuentran diferencias significativas. Estudios de metaanálisis han

demostrado que el riesgo de placenta previa aumenta de acuerdo a la paridad y a la existencia de cesáreas previas. En cuanto a la rotura uterina, se ha demostrado que su riesgo es mayor en las pacientes con cesárea anterior que presentan trabajo de parto comparado con las pacientes con cesáreas electivas sin trabajo de parto. (Salinas, 2007).

El desarrollo de infecciones constituye uno de los principales motivos de rehospitalización, principalmente por afecciones de la herida quirúrgica. Entre los factores que han sido señalados como propicios para el desarrollo de esta complicación están: sobrepeso, rotura de membranas de más de seis horas de evolución, cesárea de emergencia, bajas condiciones socioeconómicas, alto número de revisiones vaginales, nuliparidad, corioamnionitis, volumen de pérdida sanguínea transquirúrgica, la presencia de infección en otro sitio y preeclampsia. No obstante, esta complicación no supera el 10 % cuando se utilizan antibióticos profilácticos, y su prevalencia es aún menor cuando la cirugía se realiza con membranas intactas y sin trabajo de parto. Inclusive, se ha demostrado que la herida quirúrgica se infecta hasta casi 12 veces más que la episiorrafia. (Martínez, 2015).

La infección quirúrgica, como es el caso del absceso de la pared producido después de la cesárea, se define como cualquier proceso infeccioso inflamatorio de la herida o de la cavidad operada para drenar el pus, con o sin cultivo positivo. La infección del sitio quirúrgico (ISQ) se produce dentro de los 30 días después del procedimiento. La infección puede estar limitada a la incisión quirúrgica o involucrar las estructuras adyacentes a la herida, es decir, los otros tejidos que han sido expuestos o manipulados durante la cirugía. (Quiroz, 2003)

Desde el punto de vista epidemiológico, las infecciones de la herida quirúrgica se clasifican en incisionales y de órganos o cavidad. Las incisionales a su vez se dividen en superficial y profunda. Siendo la superficial: La infección que ocurre

dentro de los primeros 30 días después del procedimiento quirúrgico; comprende solamente la piel y el tejido celular subcutáneo a nivel de la incisión, con presencia de drenaje purulento procedente de la porción superficial, dolor, tumefacción y rubor. Mientras que la profunda: Ocurre dentro de los 30 primeros días después del procedimiento si no se ha dejado un implante, está relacionada con el procedimiento y compromete los tejidos blandos profundos (planos fascial y muscular) con drenaje purulento de la incisión profunda, pero no del componente órgano /espacio, además de fiebre mayor a 38 grados centígrados, hipersensibilidad local y absceso. (López, 2007)

La infección del órgano o cavidad es una infección que ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento quirúrgico si no se ha dejado implante, está relacionada con el procedimiento y compromete cualquier parte de la anatomía (órganos o espacios) diferentes a la incisión y el cual fue abierto o manipulado durante el procedimiento. (López, 2007)

Toda intervención quirúrgica es potencialmente capaz de generar infección, según varios factores vinculados con el paciente y sus enfermedades subyacentes, el tipo de procedimiento y la duración del mismo, la implantación de material extraño al hospedero, la magnitud del traumatismo quirúrgico, el tipo de microorganismo, así como su capacidad de apego y la profilaxis antimicrobiana preoperatoria. (Pérez, 2012)

A través de los años, la aparición de las mujeres que retornaban a la institución con complicaciones en el puerperio, en especial infecciones, fueron readmitidas en el hospital y separadas de sus hijos y familiares, lo que les causa no sólo dolor físico, sino también dolor emocional y, además, algunas de estas mujeres murieron posteriormente, lo que lleva a la desintegración familiar. Otras sufrieron

intervenciones graves, como la histerectomía y la salpingectomía, además de secuelas emocionales. (Machado, 2005)

La cesárea ha sido incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran incrementar el riesgo de muerte para la madre y/o el niño. En los últimos años se ha observado que se ha ido incrementando a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. Muchas mujeres se han recuperado completamente tanto física como emocionalmente de una cesárea, otras no. Poca atención se ha prestado al impacto psicosocial que un nacimiento quirúrgico puede tener sobre el bienestar emocional de las mujeres. Sus experiencias personales han sido a menudo trivializadas, no comprendidas, o ignoradas por la comunidad médica. (Peña,2011)

En el año 700 a.C., Hipócrates declaró una relación entre las alteraciones del estado anímico y el posparto. En el siglo XI, la doctora Trótula en Salerno, por primera vez, determinó la depresión post-parto como enfermedad, razonando la conexión del útero y el cerebro. En 1818, Esquirol relató que en los cinco embarazos de una mujer, había padecido depresión en todos ellos. En 1858, Louis Víctor Marcé un psiquiatra francés, publicó el primer libro que trataba de los trastornos mentales en el embarazo y puerperio, en él sugiere que las alteraciones del puerperio afectan al estado de ánimo materno. En 1968, por primera vez, Pitt definió la depresión post-parto como una depresión atípica, caracterizada por un elemento ansioso, labilidad emocional, pensamientos de incapacidad, confusión y alteraciones diurnas con empeoramiento vespertino. En los años 70, se describe la depresión post-parto como un episodio depresivo mayor. (Prieto, K 2020)

La mayor parte de la investigación sobre la depresión post-parto ha buscado causas biológicas o psicosociales de ella, tales como cambios hormonales, edad

maternal y número de alumbramientos, historia psiquiátrica, atmósfera marital, una cesárea no programada, etc. Al momento se le ha dado poca consideración al impacto del contexto cultural del periodo post-parto como causa de la depresión, factores tales como la organización de la familia y el grupo social, el papel de las expectativas de la propia madre y de las que pudieran mostrar otros familiares o personas significativas, etc. (Peña, 2011)

Psicológicamente, el parto conlleva un elevado nivel de estrés, que puede desencadenar trastornos de ansiedad y trastornos del estado del ánimo. Según Jadresic, más del 40% de las mujeres sufre de síntomas depresivos y ansiosos inespecíficos, y entre un 10% y 15% sufren trastornos depresivos propiamente dichos. La depresión post-parto es el desarrollo de depresión en la madre luego del nacimiento de su hijo, y se caracteriza por llanto, desánimo, sentimientos de incapacidad para enfrentar el rol de madre, y suele durar entre 6 y 8 semanas, o llegar incluso hasta un año. Este estado, puede afectar profundamente a la madre, al bebé, su relación de pareja y a la familia nuclear o extendida. A pesar de lo grave en que se puede tornar la depresión postparto, solo el 20% recibe tratamiento, debido a que, en muchos casos, la madre no la reconoce como un problema. (Masías, 2018)

Los factores de riesgo de la depresión post-parto incluyen, además, historia previa de depresión, falta de soporte social, pobreza, violencia familiar, dificultades en la relación de pareja, historia de aborto previo, ambivalencia en relación a la gestación y ansiedad con respecto al bebé. En ese sentido, las expectativas de la madre frente al nacimiento del bebé son importantes, y aunque pueden contener dosis de ansiedad, miedo y nerviosismo, el contar con los soportes sociales, familiares y emocionales adecuados; permite afrontar mejor el momento del parto y asumir el rol de madre de manera adecuada. (Masías, 2018)

Todas las pacientes diagnosticadas con depresión post-parto, independientemente del grado de severidad, requerirán un manejo cuidadoso y bien documentado por parte del personal médico, por lo que deberán ser referidas a una consulta psiquiátrica que permita indicar el tratamiento adecuado y evitar futuras complicaciones. (Masías, 2018)

La palabra ansiedad viene del latín *anxietas*, derivado del *angere* que significa estrechar, y se refiere a un malestar físico muy intenso, Mardomingo (2004), manifiesta que la ansiedad se presenta ante estímulos que el sujeto percibe como potencialmente peligrosos e incluye síntomas neurovegetativos, conductuales, cognitivos y vivenciales.

Los trastornos de ansiedad son definidos por el exceso de preocupación, hiperactividad y miedo. Estos síntomas son contraproducentes y debilitantes. (Borges, 2018). En otras palabras, la ansiedad o angustia es un estado de desorganización del organismo, y su intensidad puede variar desde un mínimo que sirve de señal de alarma hasta un máximo en el pánico. Esta desorganización aparece frente a situaciones de frustración o de conflicto. La angustia no es la causa de la conducta ni de los síntomas, sino uno de los fenómenos que se producen en distintos momentos de una situación estresante (Avalia, 2014).

Rojas (2014), comenta que la ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Para indicar de mejor manera, la ansiedad es una emoción que va acompañada de reacciones adrenérgicas como: sudoración, tensión muscular, temblor, la respiración se torna agitada, dolor de cabeza, espalda, pecho, palpitaciones, dolor de estómago, entre otros signos y síntomas que obstruyen el organismo, al elevarse los niveles en la intensidad hace incapaz a la persona para adaptarse de una manera mejor en la vida cotidiana.

Con relación directa a los planteamientos anteriores, la ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, y sus efectos traen consigo un desgaste físico y emocional. El comportamiento ansioso afecta muchos aspectos de la vida cotidiana de una persona, como por ejemplo la eficiencia para resolver problemas, las interacciones con otras personas, la manera como se describen a sí mismos, su capacidad de relajación, su calidad de vida y, por ende, su salud (Sepúlveda y Romero, et al, 2012).

La depresión se define principalmente como un cambio del estado de ánimo, caracterizado por un sentimiento de abatimiento e infelicidad (Díaz, Hernández, García, Mercado y López, 2017). Por otra parte, es definida por Sánchez, Sierra Peiró y Palmero (2008) como un trastorno o síndrome, el cual ha sido distinguido por medio de un conjunto de síntomas tales como la disminución de la atención, concentración, pérdida de confianza y la emoción de tristeza, siendo esta última entendida como “(...) la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan simplemente a la capacidad funcional del individuo” (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014, p.155).

El origen del término estrés se encuentra en el vocablo *distress*, que significa en el inglés más arcaico “pena o aflicción”, aunque con el uso frecuente se ha perdido la primera sílaba (Sierra et al., 2003). El término estrés fue utilizado ya en el siglo XIV con el propósito de expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción (Lazarus, 1986).

El término estrés, Selye lo utilizó en un sentido técnico muy especial, definiéndolo como “un conjunto coordinado de reacciones biofisiológicas adaptativas no específicas ante cualquier forma de estímulo nocivo.” Él describió esta reacción,

denominándola Síndrome General de Adaptación (SGA) (Lazarus, 1986) (Sandin, 1999).

Según la Real Academia Española (RAE), el vocablo estrés vendría definido como la tensión provocada por situaciones agobiantes que originan situaciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.

El estrés se genera cuando respondemos a un nivel inapropiado de presión. Una presión excesiva puede causar tanto estrés como una presión demasiado baja, por lo que cierto grado de presión es bueno para los individuos. La situación ideal se produce cuando podemos responder de manera apropiada a la presión y a sus exigencias. Cuando la exigencia se mueve por encima o por debajo del nivel de presión adecuado para cada persona, el equilibrio comienza a alterarse, y es entonces cuando experimenta el estrés. El estrés surge ante una situación en la que hay un desequilibrio o una discrepancia significativa entre las demandas externas o internas sobre una persona y los recursos adaptativos de la misma (Barradas, 2018).

La infección de herida operatoria después de la operación cesárea, varía de acuerdo a las poblaciones estudiadas de 2,5 hasta 16,1%. En el periodo de estudio en el Instituto Materno Perinatal, la incidencia encontrada de 5,8% se encuentra dentro de estos valores; sin embargo, se puede considerar alta, siendo mayor al 1% reportado por Sotomayor- Melgarejo en el Hospital Edgardo Rebagliti Martins el año 2001, pero menor a la incidencia del Instituto Materno Perinatal en los años 1996-2000 y similar a la del año 2001. (Quiroz,2003)

Catacora, Á (2019) Los resultados evidenciaron que la mayoría de las pacientes cesareadas y con tipo de parto vaginal tuvieron de 31 a más años (37.5% vs 26.8%), estudiaron la primaria completa (66.1% vs 8.9%) y presentaron antecedente de cesárea (25 vs 13.4%). Por otro lado, solo el 5.4% y 7.1% de cesareadas presentaron

diagnóstico de ansiedad y depresión, respectivamente. Asimismo, no hubo relación significativa entre el diagnóstico de ansiedad ($p=0.659$) y depresión ($p=0.838$), sin embargo, la sensación de angustia ($p=0.024$, $RR=2.782$), el insomnio ($p=0.048$, $RR=2.492$), la ideación suicida ($p=0.044$, $RR=3.074$) y el sentimiento de culpa ($p=0.034$, $RR=2.826$) fueron síntomas de depresión y ansiedad relacionados significativamente al parto por cesárea.

Prieto, K (2020) en los resultados, explicó que los factores de riesgo con mayor incidencia en la depresión post-parto son los antecedentes de depresión familiares y personales, las alteraciones hormonales, el estilo cognitivo negativo, los acontecimientos estresantes de la vida y la ausencia de apoyo social. La depresión post-parto se puede eludir mediante medidas preventivas. El instrumento de tamizaje más utilizado es la Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS).

Ceballos, A (2023) en estudio referido a ansiedad y depresión post-parto en puérperas adultas, atendidas en un hospital de Sicuani. Encontró en los resultados, que existe una correlación significativa, positiva y moderada ($r=0,454$; $x=0,001$, $x<0,05$) entre la Ansiedad Rasgo y la Depresión Post-parto, aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la Depresión Posparto y la Ansiedad Estado. En conclusión, a niveles altos de ansiedad rasgo, mayores serán los niveles de depresión posparto en las puérperas.

Latorre, E (2023) destacó en sus resultados que existe una correlación significativa, positiva y moderada ($r=0,454$; $x=0,001$, $x<0,05$) entre la Ansiedad Rasgo y la Depresión Post-parto, aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la Depresión Post-parto y la Ansiedad Estado. En conclusión, a niveles altos de ansiedad rasgo, mayores serán los niveles de depresión post-parto en las puérperas.

Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porrás-Ibarra GD, Van Tienhoven X (2023) en sus resultados señaló que de una muestra de 717 pacientes a quienes se aplicó la Escala de Edimburgo, 106 resultaron positivos a depresión post-parto, lo que da una prevalencia del 14.9%. La edad promedio de las pacientes fue de 26 años (límites de 12 y 46). El estado civil soltera resultó un factor protector de depresión post-parto y, en su contraparte, quienes estaban casadas tuvieron cierta predisposición a la depresión post-parto. A mayor grado de escolaridad menor predisposición a la depresión post-parto.

Aragón. M (2023) Factores estresantes relacionados a las características del parto, precisó en sus resultados las siguientes características sociodemográficas, el 32,50 % tienen entre 23 a 27 años, el 40% es ama de casa y el 32,50 % tiene como grado de instrucción el superior técnico completo. Además, se encontró que el 63.75 % no tenía temor a no ser “buena madre”; el 55 % de las parturientas percibía temor a que el feto tenga alguna malformación al nacer, el 90 % percibía temor a que aumente el dolor, 91,25 % presentaban temor a desgarros o cortes durante el parto y el 85 % presentaba temor a que se presenten complicaciones durante el parto. Por último, el 47.50 % tuvo una fase activa prolongada del parto y el 90 % de las pacientes atendidas tuvo un parto vía vaginal. Se encontró una relación significativa entre el temor a ser “buena madre” y la duración de parto; además se encontró relación entre el temor a que el feto tenga alguna malformación al nacer, a que aumente el dolor, a desgarros o cortes y a que se presenten complicaciones durante el parto con el tipo de parto.

Flores, D (2023) Impacto del parto por cesárea en el desarrollo de ansiedad y depresión durante el puerperio en un instituto de referencia Materno - Infantil durante el 2021. Los resultados evidenciaron que la mayoría de las pacientes cesareadas y con tipo de parto vaginal tuvieron de 31 a más años (37.5% vs 26.8%), estudiaron la

primaria completa (66.1% vs 8.9%) y presentaron antecedente de cesárea (25 vs 13.4%). Por otro lado, solo el 5.4% y 7.1% de cesareadas presentaron diagnóstico de ansiedad y depresión, respectivamente. Asimismo, no hubo relación significativa entre el diagnóstico de ansiedad ($p=0.659$) y depresión ($p=0.838$), sin embargo, la sensación de angustia ($p=0.024$, $RR=2.782$), el insomnio ($p=0.048$, $RR=2.492$), la ideación suicida ($p=0.044$, $RR=3.074$) y el sentimiento de culpa ($p=0.034$, $RR=2.826$) fueron síntomas de depresión y ansiedad relacionados significativamente al parto por cesárea.

Por ende, el objetivo de este estudio es llegar a determinar la existencia y grado de ansiedad, depresión y estrés en aquellas pacientes que cursan con infecciones de herida quirúrgica post-cesárea, para llegar a minimizar efectos emocionales que puedan llegar a complicar su recuperación y estancia hospitalaria al brindarle apoyo y orientación emocional en conjunto con el servicio de psiquiatría para lograr un estado biopsicosocial óptimo.

JUSTIFICACION

Realizar un estudio en relación a los niveles de depresión, ansiedad y estrés en pacientes con infección de herida quirúrgica, surgiendo la inquietud al observar en el servicio a las pacientes que han reingresado por infección de la herida, generando en ellas preocupación al volver a estar hospitalizadas, la dehiscencia de la herida quirúrgica, el separarse de su recién nacido, lo doloroso que representa cada cura, lo cual puede durar semanas, lleva a pacientes a la desesperación, estrés y pueden caer en depresión, donde la estancia hospitalaria juega un conjunto de factores que determinan los elementos emocionales en cada pacientes, desde esta óptica este estudio está más que justificado.

Desde el punto de vista teórico, permite aumentar los niveles de conocimiento del residente de ginecología y obstetricia, ante las situaciones emocionales por las cuales atraviesa una paciente con herida quirúrgica infectada. Los resultados del presente estudio, pueden servir de base para tener una idea clara de la frecuencia de ansiedad, depresión y estrés en las pacientes con heridas quirúrgicas infectadas.

La recuperación efectiva de la paciente de la infección de herida quirúrgica, va a ser de forma integral cuando en el servicio de ginecología y obstetricia se trabaje conjuntamente con psiquiatría, para minimizar efectos emocionales y por ende descartar más complicaciones aunadas a las físicas de la herida infectada.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar los niveles de ansiedad, depresión y estrés en pacientes post-cesareada con infección de herida quirúrgica. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar-Estado Bolívar. Periodo Marzo-Septiembre 2024.

Objetivos Específicos

1. Agrupar a las pacientes post- cesareadas con infección de herida quirúrgica según las características sociodemográficas.
2. Distribuir a las pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica según los niveles de depresión.
3. Describir los niveles de ansiedad en las pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica.
4. Identificar la presencia de estrés en las pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica.
5. Relacionar la presencia de ansiedad y depresión en las pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica.
6. Relacionar la ansiedad, depresión y estrés con la estancia hospitalaria en las pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de investigación

El diseño del estudio fue de campo no experimental, debido a que se recolectó información directamente de las pacientes que se operaron en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios.

Tipo de estudio

El presente trabajo se trata de un estudio de tipo correlacional causal, que se realizó en forma transversal, no experimental, cuyo propósito es determinar los niveles de ansiedad, depresión y estrés en pacientes post-cesareada con infección de herida quirúrgica. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar-Estado Bolívar. Periodo Marzo-Septiembre 2024.

Universo

El universo está conformado por todas las pacientes post-cesareadas atendidas, Ciudad Bolívar- Estado Bolívar, durante el periodo de Marzo - Septiembre 2024.

Población

La población está constituida por todas las pacientes post-cesareadas atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario

Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar- Estado Bolívar, durante el periodo de Marzo - Septiembre 2024.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 49 pacientes que cumplieron el criterio de inclusión. Tipo de muestreo no probabilístico, intencional o de conveniencia, conformado por las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar- Estado Bolívar, durante el periodo de Marzo - Septiembre 2024.

Criterios De Inclusión

- Pacientes con herida quirúrgica infectada.
- Pacientes que aceptaron participar del estudio, firmando el consentimiento informado.

Criterios De Exclusión

- Pacientes con alguna patología psiquiátrica.
- Pacientes que egresaron sin ningún tipo de infección.

Técnica e instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se solicitó permiso al Departamento de Ginecología y Obstetricia. Para desarrollar el presente estudio, se contó con el apoyo de una especialista en psiquiatría que actuó como tutora de la investigación.

La técnica que se empleó en el presente trabajo se sustentó en la realización de una entrevista para tomar los datos sociodemográficos, ginecoobstétrico y posteriormente se aplicó el cuestionario Dass 21 y escala de Graffar.

Para la recolección de los datos, la investigadora aplicó el cuestionario Dass-21. El DASS fue desarrollado para cumplir las exigencias psicométricas de una escala de autorreporte desde una concepción dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos. Esto implica que las diferencias entre sujetos normales y con alteraciones clínicas radican en la severidad en que experimentan los estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés (Lovibond & Lovibond, 1995)

Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21). Modo de corrección: el DASS-21 posee tres subescalas, Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Puede obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems.

Por último, se utilizó la Escala de Estratificación Social de Graffar: esquema que permite conocer el estrato social en el cual se clasifica al hogar en el momento de la entrevista. Para la medición de ésta variable se utiliza el método Graffar - Méndez Castellano. Las variables a utilizar para la obtención de la estratificación social son: profesión del jefe del hogar, nivel de instrucción de la esposa(o) o cónyuge del jefe del hogar, principal fuente de ingresos del hogar y condiciones de alojamiento. Para conocer el estrato social en el que se encuentra el encuestado se debe colocar el valor de cada uno de los ítems anteriores en el espacio reservado para ello y luego se deben sumar. En este caso, el valor obtenido es el que determina a que clase socioeconómica pertenece la familia. Una vez obtenida la clasificación, el encuestador debe analizar si la ha hecho bien, comparando dicha clasificación con lo

que ha observado. Si hay duda sobre la clasificación obtenida, debe revisar los ítems marcados en cada pregunta y hacer cualquier corrección que sea necesaria.

Técnica de procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectada la información requerida en el presente trabajo de investigación, fue preciso seguir una serie de pasos a fin de organizarla e intentar dar respuesta a los objetivos planteados en la misma. Los datos obtenidos se clasificarán, registrarán y tabularán para su posterior análisis. Para ello, se utilizará inicialmente la estadística descriptiva, distribución absoluta y porcentual y posteriormente se aplicará para el análisis de significancia respectivo.

RESULTADOS

Tabla 1

**Edad de los pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica.
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo hospitalario Ruiz y Páez.
Ciudad Bolívar-Estado Bolívar. Periodo Marzo-Septiembre 2024.**

Edad X=23,24 σ=7,47	N	%
Menor igual 18	17	34,69
De 19 a 26	19	38,78
De 27 a 34	8	16,33
De 35 o más	5	10,20
Total	49	100%

Fuente; Protocolo de recolección de datos de la investigadora, 2024.

En relación a la edad de las pacientes, se observó una media de 23,24 y una desviación típica de 7,47. De 19 a 26 años 38,78% (n=19/49), menor igual a 18 años 34,69% (n=17/49), de 27 a 34 años 16,33% (n=8/49) y de 35 o más 10,20% (n=5/4).

Tabla 2

Nivel socio-económico de las pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, según Graffar modificado. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo hospitalario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar-Estado Bolívar. Periodo Marzo-Septiembre 2024.

Niveles Socio-económico	N	%
Estrato I (Muy Buena)	0	0,00
Estrato II (Buena)	2	4,08
Estrato III (Aceptable)	15	30,61
Estrato IV (Poco aceptable)	26	53,06
Estrato V (Deficiente)	6	12,24
Total	49	100%

Fuente; Protocolo de recolección de datos de la investigadora, 2024.

El nivel socio-económico de las pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, según Graffar modificado, Estrato IV (Poco aceptable) 53,06% (n=26/49), Estrato III (Aceptable) 30,61% (n=15/49), Estrato V (Deficiente) 12,24% (n=6/49), Estrato II (Buena) 4,08% (n=2/49).

Tabla 3

Estancia hospitalaria de las pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo hospitalario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar-Estado Bolívar. Periodo Marzo-Septiembre 2024.

Estancia hospitalaria	N	%
≤ 6 días	12	24,49
7 a 11 días	23	46,94
12 a 16 días	12	24,49
17 a 21 días	2	4,08
≥ 22 días	0	0,00
Total	49	100%

Fuente; Protocolo de recolección de datos de la investigadora, 2024.

La estancia hospitalaria de las pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, 7 a 11 días 46,94% (n=23/49), ≤ 6 días 29,49% (12/49), 12 a 16 días 29,49% (12/49), 17 a 21 días 4,08% (n=2/49).

Tabla 4

Nivel de ansiedad en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo hospitalario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar-Estado Bolívar. Periodo Marzo-Septiembre 2024.

Niveles de Ansiedad	N	%
Normal	7	14,29
Leve	13	26,53
Moderado	11	22,45
Grave	10	20,41
Extremadamente grave	8	16,33
Total	49	100%

Fuente; Protocolo de recolección de datos de la investigadora, 2024.

Los niveles de ansiedad en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, Leve 26,53% (n=13/49). Moderado 22,45% (n=11/49), Grave 20,41% (n=10/49), Extremadamente grave 16,33% (n=8/49) y Normal 14,29% (n=7/49).

Tabla 5

Nivel de depresión en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo hospitalario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar-Estado Bolívar. Periodo Marzo-Septiembre 2024.

Niveles de depresión	N	%
Normal	14	28,57
Leve	10	20,41
Moderado	17	34,69
Grave	5	10,20
Extremadamente grave	3	6,12
Total	49	100%

Fuente; Protocolo de recolección de datos de la investigadora, 2024.

Nivel de depresión en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, Moderado 34,69% (n=17/49), normal 28,57% (n=14/49), leve 20,41% (n=10/49), grave 10,20% (n=5/49) y Extremadamente grave 6,12% (n=3/49).

Tabla 6

Niveles de estrés en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo hospitalario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar-Estado Bolívar. Periodo Marzo-Septiembre 2024.

Niveles de Estrés	N	%
Normal	5	10,20
Leve	10	20,41
Moderado	14	28,57
Grave	13	26,53
Extremadamente grave	7	14,29
Total	49	100%

Fuente; Protocolo de recolección de datos de la investigadora, 2024.

Niveles de estrés en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, moderado 28,57% (n=14/49), grave 26,53% (n=13/49), leve 20,41% (n=10/49), Extremadamente grave 14,29% (n=7/49) y normal 10,20% (n=5/49).

Tabla 7

Estancia hospitalaria de la paciente y los niveles de ansiedad, depresión y estrés. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo hospitalario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar-Estado Bolívar. Periodo Marzo-Septiembre 2024.

Estancia/Ansiedad	Norma		Leve		Moderad		Grave		Ex. Grave		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
De 3 a 6 días	3	6,12	6	12,2	1	2,04	1	2,04	1	2,04	1	24,4
			4								2	9
De 7 a 10	4	8,16	6	12,2	6	12,2	4	8,16	2	4,08	2	44,9
			4		4						2	0
De 11 a 14	0	0,00	1	2,04	3	6,12	4	8,16	2	4,08	1	20,4
											0	1
De 15 o más	0	0,00	0	0,00	1	2,04	1	2,04	3	6,12	5	10,2
											0	
Total	7	14,2	1	26,5	11	22,4	1	20,4	8	16,3	4	100
	9		3	3		5	0	1		3	9	
Estancia/Depresión												
De 3 a 6 días	7	14,2	1	2,04	3	6,12	0	0,00	1	2,04	1	24,4
	9										2	9
De 7 a 10	7	14,2	6	12,2	6	12,2	3	6,12	0	0,00	2	44,9
	9		4		4						2	0
De 11 a 14	0	0,00	3	6,12	5	10,2	1	2,04	1	2,04	1	20,4
					0						0	1
De 15 o más	0	0,00	0	0,00	3	6,12	1	2,04	1	2,04	5	10,2
											0	
Total	1	28,5	1	20,4	17	34,6	5	10,2	3	6,12	4	100
	4	7	0	1		9		0			9	

Estancia/Estrés												
De 3 a 6 días	2	4,08	5	10,2	1	2,04	3	6,12	1	2,04	1	24,4
			0								2	9
De 7 a 10	3	6,12	4	8,16	7	14,2	5	10,2	3	6,12	2	44,9
						9		0			2	0
De 11 a 14	0	0,00	1	2,04	4	8,16	4	8,16	1	2,04	1	20,4
											0	1
De 15 o más	0	0,00	0	0,00	2	4,08	1	2,04	2	4,08	5	10,2
												0
Total	5	10,2	1	20,4	14	28,5	1	26,5	7	14,2	4	100
	0	0	1			7	3	3		9	9	

Fuente; Protocolo de recolección de datos de la investigadora, 2024.

En cuanto a la estancia hospitalaria y niveles de ansiedad, de 3 a 6 días, normal 6,12% (n=3/49), leve 12,24% (n=6/49), moderado 2,04% (n=1/49), grave 2,04% (n=1/49), Extremadamente grave 2,04% (n=1/49). De 7 a 10 días normal 8,16% (n=4/49), leve 12,24% (n=6/49), moderado 12,24% (n=6/49), grave 8,16% (n=4/49), extremadamente grave 4,08% (n=2/49). De 11 a 14 leve 2,04% (n=1/49), moderado 6,12% (n=3/49), grave 8,16% (n=n=4/49) y extremadamente grave 4,08% (n=2/49).

Para estancia hospitalaria depresión, de 3 a 6 días, normal 14,29% (n=7/49), leve 2,04% (n=1/49), moderado 6,12% (n=3/49), extremadamente grave 2,04% (n=2/49). De 7 a 10 días, normal 14,29% (n=7/49), leve 12,24% (n=6/49), moderado 12,24% (n=6/49), grave 6,12% (n=3/49) y extremadamente grave 4,08% (n=2/49). De 11 a 14 días leve 6,12% (n=3/49), moderado 10,20% (n=5/49), grave 2,04% (n=1/49) y extremadamente grave 2,04% (n=1/49). De 15 o más días moderado 6,12% (n=3/49), grave 2,04% (n=1/49) y extremadamente grave 2,04% (n=1/49).

Estancia hospitalaria y estrés, de 3 a 6 días, normal 4,08% (n=2/49), leve 10,20% (n=5/49), moderado 2,04% (n=1/49), grave 6,12% (n=3/49) y extremadamente grave 2,04% (n=1/49). De 7 a 10 días normal 6,12% (n=3/49), leve 8,16% (n=4/49), moderado 14,29% (n=7/49), grave 10,20% (n=5/49), y extremadamente grave 6,12% (n=3/49). De 11 a 14 días leve 2,04% (n=1/49), moderado 8,16% (n=4/49), grave 8,16% (n=4/49) y extremadamente grave 2,04% (n=1/49). De 15 o más moderado 4,08% (n=2/49), grave 4,08% (n=2/49) y extremadamente grave 4,08% (n=2/49).

DISCUSION

En relación a la edad de las pacientes, se observó una media de 23,24 y una desviación típica de 7,47. Mayoría de 19 a 26 años 38,78%. Difiere de Catacora, Á (2019) tuvieron de 31 a más años 37.5%. Sin embargo similar a Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porrás-Ibarra GD, Van Tienhoven X (2023) La edad promedio de las pacientes fue de 26 años (límites de 12 y 46). Matute, F (2019) niveles de ansiedad y depresión se asocian mayormente a embarazadas menores de 18 años y en primigestas.

El nivel socio-económico de las pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, según Graffar modificado, Predominio de Estrato IV (Poco aceptable) 53,06%. Indacochea, S (2020) De la muestra de 2882 mujeres se halló una prevalencia de depresión postparto de 3.12% siendo menor el grupo de departamentos de mayor pobreza.

La estancia hospitalaria de las pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, mayor frecuencia 7 a 11 días 46,94%. En la literatura revisada no se encontró como variable la estancia hospitalaria.

Los niveles de ansiedad en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, Leve 26,53% seguido de Moderado 22,45%. Matute, F (2019) se registraron los siguientes niveles: baja 50% (n=6), alta 33,33% (n=4) y 16,67% (n=4).

Nivel de depresión en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, moderado 34,69%. Matute, F (2019) las pacientes por niveles de depresión, se registraron los siguientes niveles: baja 56,41% (n=22), media 30,77 (n=12) y 12,82% (n=5).

Niveles de estrés en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, moderado 28,57% seguido de grave 26,53%. Cruz, B y López, F (2023) Existe relación significativa entre los factores estresantes y las características del parto.

La estancia hospitalaria de las pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, mayor frecuencia 7 a 11 días 46,94%. En la literatura revisada no se encontró como variable la estancia hospitalaria. En la revisión de la literatura no se encuentran publicaciones de hospitalización en ginecología y obstetricia y su relación con estancia hospitalaria y niveles de depresión, ansiedad y estrés, sin embargo, Aguilar, E; García, O; Álvarez, A (2020) en un estudio con pacientes de medicina interna, 150 (72,8 %) estuvieron 1-7 días de estancia. 72,8 % de los casos refirió dolor. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el servicio y los niveles de depresión ($p=0,86$; IC95 %: 0,78-0,88), ansiedad ($p=0,17$; IC95 %: 0,13-0,24) y estrés ($p=0,52$; IC95 %: 0,52-0,65).

CONCLUSIONES

En los planteamientos realizados, al evaluar los niveles de ansiedad, depresión y estrés en pacientes post-cesareada con infección de herida quirúrgica, Al distribuir las pacientes por grupo etario, siendo la mayoría de 19 a 26 años 38,78%.

En lo referente a las condiciones sociodemográficas, del grupo de estudio, estas se especificaron de acuerdo al método de Graffar modificado, encontrándose que la mayoría de estas pacientes, representada por el 53,06%, obtuvieron un puntaje en sus respuestas de 13-16, por lo que se ubicaron en la estrato IV (Poco aceptable).

Referente a la estancia hospitalaria de las pacientes con infección de herida quirúrgica, se ubicó la mayor frecuencia entre 7 a 11 días 46,94%.

Atendiendo lo señalado, en cuanto a los niveles de ansiedad, depresión y estrés, se especificaron de acuerdo a la escala de DASS-21, se pudo establecer que el nivel de ansiedad en estas pacientes es de Leve 26,53% seguido de Moderado 22,45%. Mientras el nivel de depresión, moderado 34,69% y lo niveles de estrés moderado 28,57% seguido de grave 26,53%.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a todos los planteamientos hechos en el estudio, es recomendable que se realicen estudios más minuciosos y detallados en cuanto a los síntomas y niveles de ansiedad, depresión y estrés que experimentan nuestras pacientes ante el reingreso a la institución por cursar con infección de la herida quirúrgica post-cesárea, lo que favorecería mejorar el desarrollo del conocimiento en cuanto a estas alteraciones de las emociones y del estado de ánimo en relación con situaciones estresantes de salud.

Al estar hospitalizada por alguna complicación predispone que conlleven a presentar síntomas de ansiedad, depresión y estrés, por lo que debe realizar evaluaciones psicológicas para detectar oportunamente cualquier síntoma alarmante. Así, brindar el apoyo psicológico necesario y tener una población materna saludable.

Dar a conocer medidas de seguridad y educativas a las pacientes, donde se destaque la importancia de la atención prenatal. La mayoría de las pacientes tienen una cantidad de controles prenatales insuficientes, pudiendo asociarse significativamente con factores de riesgo para adquirir una infección de herida operatoria luego de una cesárea; se debe permitir un empoderamiento de la gestante para que sea participe en el cuidado de su salud y atención durante el parto y puerperio.

Así también, mejorar el seguimiento de las pacientes luego del alta después de la cesárea para evaluar el correcto afrontamiento de la herida, cura de la misma y tratamiento de esta para minimizar el reingreso por infección de herida quirúrgica.

Además de lo mencionado, es pertinente la sugerencia de que con este conocimiento se sienten las bases para el establecimiento de una ayuda de tipo psicológica a estas pacientes, y que puedan mejorar sus niveles de ansiedad, depresión y estrés, durante su estancia hospitalaria y así brindarles estilos de afrontamiento positivo que ayuden en su pronta recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avalia, T. 2014. La Depresión. Información para pacientes, familiares y allegados. 1ra edición. Editan: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Conselleria de Sanidade. Galicia, España. 40. [En línea] <http://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/La-depresion-Informacion-para-pacientes-y-allegados.pdf>
- Borges, T. 2018. Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela. (Procesos cognitivos), Universidad Complutense de Madrid. 144. [En línea] <https://eprints.ucm.es/46763/>
- Bleger, J. 1979. Psicología de la Conducta. Segunda Edición, Editorial Paidós Buenos Aires. (En línea). 278. Disponible: <http://files.psicologiaisef.webnode.com.uy/200000006-6ccee6ebdb/Psicologia%20de%20la%20conducta.%20Bleger.pdf>
- OMC. (Organización Médica Colegial), 2008. Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad. Segunda Edición. Editorial IM&C, S.A. Madrid, España. 237.
- Romero, J. 2009. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/+. Otras enfermedades infectocontagiosas. Rev. Neurología, Neurocirugía Psiquiatría. [En línea]. Vol. 42(1-4): Ene.-Dic: 25-31.
- Sepúlveda, a., Romero, A., Jaramillo, L. 2012. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en

un hospital de tercer nivel. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [En línea] Vol. 69 no.5 México sep./oct. 2012. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000500005 [Abril, 2019].

Barradas M., Degadillo R., Gutierrez L., Posadas M., Gacía J., González J. y Rodríguez E. 2018. España. Palibrio. Estrés y Burnout enfermedades en la vida actual.

Asociación Americana de Psiquiatría, (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición. San Francisco, EE.UU.: Médica Panamericana.

Aragón. M (2023) Factores estresantes relacionados a las características del parto en pacientes atendidas del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2023. Tesis de Post-grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.

Catacora, Á (2019) 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. Universidad Católica de Santa María. Perú.

Ceballos, A (2023) Ansiedad y depresión post parto en puérperas adultas, atendidas en un Hospital de Sicuani. Universidad Católica de Santa María. Tesis de Grado. Perú.

Díaz, S.L., Hernández, Q., García, R., Mercado, S.M. y López, C.M. (2017). Ansiedad y depresión en médicos residentes. En Memorias del

XXV Congreso Mexicano de Psicología (pp. 460-462). Jalisco: Sociedad Mexicana de Psicología.

Flores, D (2023) Impacto del parto por cesárea en el desarrollo de ansiedad y depresión durante el puerperio en un instituto de referencia Materno - Infantil durante el 2021. Universidad Privada San Juan Bautista. Perú.

Prieto, K (2020) Depresión posparto: Revisión de los factores de riesgo. Universidad de Salamanca. Salamanca.

Huamán-Berrios JE. Historia de la Obstetricia: ensayo sobre algunas ideas de la Obstetricia [Acceso 3 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.hospitalelcarmen.gob.pe/documentos/protocolos/publicaciones/Ensayo_Sobre_Las_Ideas_De_La_Obstetriciano.pdf

Lattus, J. (2012). Fórceps. Embryulcia el fórceps en Obstetricia. Santiago

Lazarus, R S, Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Latorre, E (2023) Ansiedad y depresión post parto en puérperas adultas, atendidas en un Hospital de Sicuani. Tesis de Postgrado. Universidad Católica de Santa María.

P.F. Lovibond, S.H. Lovibond. 1995. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS)

with the Beck. Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy, 33 (1995), pp. 335-343

Mardomingo, M. (2004). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Primera edición. Ediciones Días de Santos S.A. Madrid España.

Prieto, K (2020) *Depresión posparto: Revisión de los factores de riesgo*. Universidad de Salamanca. Salamanca.

Real Academia de la Lengua. Título del epígrafe “Afrontar” Recuperado de <http://www.rae.es/>

Remes, O.; Brayne, C.; Linde, R. & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7), e00497, doi: 10.1002/brb3.497

Rojas, E. (2014). *Como superar la ansiedad*. (1ª. ed.). Planta, S.A., 2014. Ediciones: Temas de Hoy; sello editorial de Planeta, S. A. Depósito legal: B. 22.015-2014

Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porrás-Ibarra GD, Van Tienhoven X. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet Mex* 2023; 91 (4): 227-240.

Sánchez, P.T., Sierra, R., Peiró, G. y Palmero, F. (2008). Estrés, depresión, inflamación y dolor. *Revista Electrónica de Motivación y*

Emoción, 11(28), 1-15. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero28/article1/article1.pdf>

Sandín, B. & Valiente, R.M. (1999). El estrés crónico (III): estrés crónico asociado a factores socioculturales. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik (pp. 155-164). Schnapp, S. C., Sepúlveda, S. E., & Robert, S. J. A. (2014). Operación cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 987-992.

Salinas H, Naranjo B, Pastén J, Retamales B. Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. *Revista HCUCh*. 2007; 18:168-78.

Muñoz-Enciso JM, Rosales-Aujang E, DomínguezPonce G, Serrano-Díaz CL. Operación cesárea: ¿Indicación justificante o preocupación justificada? *Ginecol Obstet Mex*. 2011;79(2):67-74.

Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Vázquez-Peña GG, et al. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(5):608-615

Salinas H, Naranjo B, Pastén J, Retamales B. Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. *Revista HCUCh*. 2007; 18:168-78.

Peña, R. D. J. P., & Jara, R. I. V. (2011). Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en postcesareadas

adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).

Ramos-Luces, O., Molina-Guillén, N., Pillkahn-Díaz, W., Moreno-Rodríguez, J., Vieira-Rodríguez, A., & Gómez-León, J. (2011). Infección de heridas quirúrgicas en cirugía general. *Cirugía y Cirujanos*, 79(4), 349-355

Ramírez Salinas, Yamilia, et al. "Infección del sitio quirúrgico en puérperas con cesárea." *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 42.1 (2016): 0-0.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. Lima; 2007. p. 127

Peña, R. D. J. P., & Jara, R. I. V. (2011). Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).

Masías Salinas, M. A., & Arias Gallegos, W. L. (2018). Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Revista Médica Herediana*, 29(4), 226-231.

Quiroz Valenzuela, C. M. (2003). Infección de herida quirúrgica en cesáreas en el Instituto Materno Perinatal 2002.

Machado NXS, Praça NS. Infecção puerperal em Centro de Parto Normal: ocorrência e fatores predisponentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2005; 58(1): 55-60.

Yim, IS, Glynn, LM, Schetter, CD, Hobel, CJ, Chicz-DeMet, A. y Sandman, CA (2009). Riesgo de síntomas depresivos posparto con hormona liberadora de corticotropina elevada en el embarazo humano. *Archivos de psiquiatría general* , 66 (2), 162-169.

Sierra, J.C. Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3 (1), 10-59. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-6148200300010000

APÉNDICES

Apéndice A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad Bolívar ____Marzo 2024.

Habiendo recibo y entendido las explicaciones pertinentes y el objetivo de lo que _____ me _____ propone, Yo, _____ con Cedula de identidad No: _____, acepto voluntariamente participar en el trabajo de grado del DRA.GÉNESIS DEL CARMEN GUZMÁN ZAMORA, titulado ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRES EN PACIENTES POST-CESAREADA CON INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA. SERVICIO DE OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR-ESTADO BOLÍVAR. PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2024 y estoy dispuesta a responder todas las preguntas del instrumento de recolección de datos. Toda la información suministrada será confidencial y solo podrá ser conocida por las personas que participen en este estudio y mi identidad no podrá ser revelada. Se me dio la oportunidad de hacer todas las preguntas necesarias para disipar cualquier duda, estando satisfecha con la información suministrada y las he comprendido. Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio como voluntaria y a la realización de la anamnesis y examen físico.

FIRMA Y CEDULA DE LA PACIENTE

ANEXOS

Anexo 1



DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

E	1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
A	2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
D	3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
A	4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
D	5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
E	6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
A	7.	Senti que mis manos temblaban	0	1	2	3
E	8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
A	9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
D	10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
E	11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
E	12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
D	13.	Me senti triste y deprimido	0	1	2	3
E	14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo ...	0	1	2	3
A	15.	Senti que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
D	16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
D	17.	Senti que valía muy poco como persona	0	1	2	3
E	18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
A	19.	Senti los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
A	20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
D	21.	Senti que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3



Anexo 2



Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21)

Referencia original: Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*, 176-181. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176

Validación en Colombia: Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 17*, 97-105.

Modo de corrección: el DASS-21 posee tres subescalas, Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Pueden obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems.

Interpretación: a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

Puntos de corte comúnmente utilizados:

Depresión:

5-6 depresión leve
7-10 depresión moderada
11-13 depresión severa
14 o más, depresión extremadamente severa.

Ansiedad:

4 ansiedad leve
5-7 ansiedad moderada
8-9 ansiedad severa
10 o más, ansiedad extremadamente severa.

Estrés:

8-9 estrés leve
10-12 estrés moderado
13-16 estrés severo
17 o más, estrés extremadamente severo.

Anexo 3

ESCALA GRAFFAR - MÉNDEZ CASTELLANO

VARIABLE	PUNTAJE	ITEMS
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior).
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Estratos	Total de Puntaje Obtenido
Estrato I	4, 5, 6
Estrato II	7, 8, 9
Estrato III	10, 11, 12
Estrato IV	13, 14, 15, 16
Estrato V	17, 18, 19, 20

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Ansiedad, depresión y estrés en pacientes post-cesareada con infección de herida quirúrgica. departamento de ginecología y obstetricia. complejo hospitalario Ruiz y Páez. ciudad Bolívar-estado Bolívar. periodo marzo-septiembre 2024.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Guzmán Zamora Génesis del Carmen	ORCID	
	e-mail:	guzmangenesis928@gmail.com

Palabras o frases claves:

ansiedad
depresión
estrés
post cesareada herida quirúrgico

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Coordinación de Postgrado de Ginecología y Obstetricia	Dpto. de Ginecología y Obstetricia Dpto. Salud mental
Línea de Investigación: Ginecología y Obstetricia	

Resumen (abstract):

Introducción: Las mujeres que retornaban a la institución con complicaciones en el puerperio, en especial infecciones, fueron readmitidas en el hospital y separadas de sus hijos y familiares, lo que les causa no sólo dolor físico, sino también dolor emocional y, lo que lleva a la desintegración familiar. En este trabajo de investigación se busca determinar la existencia y grado de ansiedad, depresión y estrés en aquellas pacientes que cursan con infecciones de herida quirúrgica post-cesárea, para llegar a minimizar efectos emocionales que puedan llegar a complicar su recuperación y estancia hospitalaria. **Objetivo:** Evaluar los niveles de ansiedad, depresión y estrés en pacientes post-cesareada con infección de herida quirúrgica. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar-Estado Bolívar. Periodo Marzo-Septiembre 2024. **Metodología:** Se trata de un estudio de tipo correlacional causal, que se realizó en forma transversal, no experimental y de campo. **Muestra:** Estuvo constituida por 49 pacientes que cumplieron el criterio de inclusión. **Método de análisis de datos:** Para el análisis de los datos se empleó la metodología cuantitativa, los resultados se presentaran en cuadros, para el respectivo análisis de los datos. **Conclusiones:** Al finalizar el presente estudio de investigación se establecen que al distribuir las pacientes por grupo etario, mayoría de 19 a 26 años 38,78%. Nivel socio-económico de más frecuencia estrato IV (Poco aceptable) 53,06%. Estancia hospitalaria de mayor frecuencia 7 a 11 días 46,94%. El nivel de ansiedad en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, prevalencia de Leve 26,53% seguido de Moderado 22,45%. Nivel de depresión en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica, moderado 34,69%. Niveles de estrés en pacientes post-cesareadas con infección de herida quirúrgica moderado 28,57% seguido de grave 26,53%. El presente estudio permitió identificar que existe una clara presencia de ansiedad, depresión y estrés en estas pacientes, guardando relación con su estancia hospitalaria, un bajo estrato socio-económico y edad.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dra. Jessica Acevedo	ORCID				
	e-mail	jearacevedo@gmail.com			
	e-mail				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
Dr. Héctor Cipriani	ORCID				
	e-mail	heeq53@hotmail.com			
	e-mail				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
Dr. Luis Cabrera	ORCID				
	e-mail	luisecabrerar@gmail.com			
	e-mail				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)

Fecha de discusión y aprobación: 2024/12/06

Lenguaje: spa

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

NBOTES_GZGC2024

Alcance:

Espacial:

Departamento de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Temporal:

Marzo-Septiembre 2024.

Título o Grado asociado con el trabajo:

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Nivel Asociado con el Trabajo:

Postgrado - Especialista en Ginecología y Obstetricia

Área de Estudio:

Coordinación de Postgrado de Ginecología y Obstetricia

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

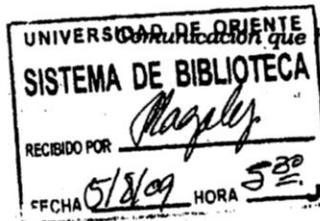
Cumaná, 04 AGO 2009

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.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLANOS CUNVELO
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 Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

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” para su autorización.

AUTOR

GENESIS DEL CARMEN GUZMAN ZAMORA

C.I: 21.068.616.



Dra. JESSICA ACEVEDO

c.i 15.618.910



JURADO
Dr. HECTOR CIPRIANI
c.i 4647443



JURADO
Dr. LUIS CABRERA
c.i 12680721

POR LA SUBCOMISION DE TESIS