

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"LA RESPUESTA AFECTIVA DE LA PACIENTE SOMETIDA A  
CESAREA POR DESPROPORCION CEFALOPELVICA"

Estudio efectuado en 66 pacientes ingresadas al  
Departamento de Obstetricia del Hospital  
Roosevelt, junio-agosto de 1993, Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

RODOLFO CHOC

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1993.

# HOSPITAL ROOSEVELT

AREA DE SALUD GUATEMALA SUR

TELEFONOS: 713384 - 713387

Guatemala, C. A.

DIRECCION CABLEGRAFICA

"HOSPVELT"

Al contestar el presente ciclo sírvase  
hacer referencia al

No. \_\_\_\_\_

DL  
05  
T(6626)

Guatemala, 20 Septiembre de 1,993.

Dr. Jorge Villavicencio  
Sub-Director de Servicios  
Médicos del  
Hospital Roosevelt  
Presente.

Señor Sub-Director:

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que el Comité de Investigaciones Científicas del Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, ha revisado el informe Final de Tesis titulado "LA RESPUESTA AFECTIVA DE LA PACIENTE SOMETIDA A CESAREA POR DESPROPORCION CEFALOPELVICA" presentado por el Doctor Infierni Rodolfo Choc, habiendo sido APROBADO.

Atentamente,



Dr. J. Benedicto Vázquez y Vázquez.  
Jefe del Departamento de Obstetricia.

c.c.: archivo.

JBVV./avdec.

# HOSPITAL ROOSEVELT

AREA DE SALUD GUATEMALA SUR

TELEFONOS: 713384 713387-8

Guatemala, C. A.

DIRECCION CABLEGRAFICA

"HOSPYELT"

Al contestar el presente oficio sírvase  
hacer referencia al

No. \_\_\_\_\_

23 de septiembre de 1993

Doctor Raúl Alcides Castillo Rodas  
Director del Centro de Investigaciones  
de las Ciencias de la Salud  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos  
Guatemala, Guatemala.

Estimado Doctor Castillo:

Por medio de la presente certificamos que el INFORME FINAL del Tema de Investigación "LA RESPUESTA AFECTIVA DE LA PACIENTE SOMETIDA A CESAREA POR DESPROPORCION CEFALOPELVICA", realizado por Br. Rodolfo Choc, fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación y por el Departamento de OBSTETRICIA del Hospital, y reúne todos los requisitos para su divulgación.

En base al Artículo 110. del Reglamento de Investigaciones del Hospital, se extiende la presente constancia.

Atentamente,  
POR COMITE DE DOCENCIA E INVESTIGACION

*Jorge Alejandro Villavicencio Alvarez*  
Dr. Jorge Alejandro Villavicencio Alvarez  
Sub director de Servicios Médicos



JAVA/edb



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 24 de septiembre de 1993  
DIF-157-93

Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: PERITO CONTADOR RODOLFO CHOC  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos  
Carnet No. 85-12364  
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"LA RESPUESTA AFECTIVA DE LA PACIENTE SOMETIDA A CESAREA POR  
DESPROPORCION CEFALOPELVICA"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos  
metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de  
las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y cien-  
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Asesor  
Firma y sello personal

Dr. Roberto A. Loozy ER.  
Médico y Cirujano  
Categoría No. 6354

Firma del estudiante

Asesor  
Firma y sello personal  
Licda. Rosa Patricia Enriquez de León  
PSICOLOGA  
COL. 2957

Revisor  
Firma y sello

Registro Personal 10141

Dr. JOSE ORLANDO ESCOBAR MEZA  
Médico y Cirujano  
Col. No. 2306





## INDICE

	PAGINA
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACION	4
IV. OBJETIVOS	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI. METODOLOGIA	15
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	25
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	29
IX. CONCLUSIONES	33
X. RECOMENDACIONES	34
XI. RESUMEN	35
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
XIII. ANEXOS	41

## I. INTRODUCCION

En el desarrollo de la personalidad se presentan distintas fases que van asociadas a cambios biológicos puros. Basado en lo anterior, se tomo en consideración "La Respuesta Afectiva de la Paciente que es sometida a Cesárea por Desproporción Cefalopélvica", desde el punto de vista psicológico y por los cambios que pudiera presentar en su personalidad, al ser intervenida quirúrgicamente, luego de trabajo de parto.

El estudio efectuado es de tipo Prospectivo-descriptivo, realizado en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt durante el período de junio-agosto de 1,993. Con las pacientes que fueron sometidas a cesárea por desproporción cefalopélvica y que cumplían con los criterios de inclusión y de exclusión del presente trabajo, teniendo un total de 66 pacientes.

Se evaluaron los parámetros que influyen positivamente en su respuesta afectiva siendo los que se presentan en un mayor porcentaje: alegría, satisfacción y tranquilidad; esto nos hace determinar; que las pacientes se sienten beneficiadas por las manos del médico al saber que serán intervenidas quirúrgicamente (cesárea). El grupo de pacientes están comprendidas entre 15-40 años de edad. Los parámetros de frustración, temor y miedo en bajo porcentaje.

El presente trabajo pretende que se considere a las pacientes, como un ser biológico, fisiológico y emocional; que tiene diversas expresiones de sus sentimientos de acuerdo al

procedimiento al que se le someta.



## II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Actualmente se considera que la mujer moderna a adquirido una mayor libertad sexual y social; y no padece con tanta frecuencia de cuadros neuróticos típicos, como la gran Histeria.

(23)

En el desarrollo de su personalidad se presentan distintas fases, que van asociadas a cambios biológicos puros cada una de estas fases, corresponden a procesos absolutos e irreversibles en su cuerpo, que socialmente pueden dividirse en etapas como: niña, adolescente, no madre, madre y esposa. Basado en lo anterior, se han descrito "Crisis vitales" en la educación de la mujer, como son: Menstruación, Parto, Aborto y menopausia.

Respecto al parto una experiencia la cual la paciente se enfrenta con temor o miedo, no solo por el dolor, si no también por la angustia de saber si su hijo presentará o no anomalías, lo que se a escrito que puede llevarla a oligosistolia. Sin embargo, experimentar dolor y lograr expulsar por vía vaginal a su hijo es una experiencia traumática, pero feliz. Por lo que no lograrlo representa cambios no solo en el aspecto psicológico si no en su cuerpo; y el interrelacionar ambos, puede verse afectada su personalidad. ( 1, 15, 23 )

Esto último, puede alterarse aún más, si la paciente es sometida a cesárea por desproporción cefalopélvica, después de haber sufrido por cierto tiempo trabajo de parto en fase activa.

### III. JUSTIFICACION

Durante la evolución afectiva y biológica de la mujer, llegar a embarazarse es importante, tener un hijo lo es aún más. Así también experimentar dolor de parto es angustiante y traumático, pero si aparte de eso, debe ser sometida a cirugía (cesárea) , puede influir en su personalidad; ya que desde el momento en que se le plantea que va ha ser operada, implica que la paciente tendrá la esperanza de verse beneficiada por las manos del médico, además de la incomodidad y peligro que representa para ella.

Un estudio que describa la respuesta afectiva de la paciente sometida a cesárea por desproporción cefalopélvica es importante, porque la paciente experimenta trabajo de parto en fase activa por 4 horas o más; y es intervenida debido a los criterios que hacen diagnóstico de desproporción cefalopélvica. Por lo angustiante y traumático que puede ser la desproporción cefalopélvica y la cesárea en las pacientes y la influencia que pueda presentar en su personalidad, considero importante realizar el presente estudio.

Y además, nos permite ofrecer una mejor orientación a futuras pacientes, en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt y de otras instituciones.

#### IV. OBJETIVOS

##### GENERAL

\*\*\* Determinar la respuesta afectiva de la paciente sometida a cesárea por desproporción cefalopélvica.

##### ESPECIFICOS

\*\*\* Identificar si los parámetros de: ansiedad, angustia, depresión, frustración, miedo y temor influyen como parámetro negativo de la respuesta afectiva de las pacientes sometidas a cesárea por desproporción cefalopélvica.

\*\*\* Identificar el parámetro principal que provoca aceptación o rechazo en las pacientes sometidas a cesárea por desproporción cefalopélvica.

\*\*\* Determinar si la alegría, la satisfacción y la tranquilidad son parámetros que influyen positivamente en la respuesta afectiva y personalidad de la paciente.

\*\*\* Identificar que parámetro ( alegría, angustia, depresión, frustración, miedo, temor, satisfacción, tranquilidad ) es el que con mayor frecuencia se presenta en determinada respuesta afectiva.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

### A. Desproporción Cefalopélvica

El tamaño del feto con relación a la pelvis materna, la forma y consistencia de la parte fetal que se presenta son determinantes de la adaptabilidad o compatibilidad al canal del parto. ( 1, 14, 20, 22 )

Las anomalías del desarrollo, las presentaciones o posiciones viciosas, el tamaño exagerado del producto, retardan el proceso del parto aproximadamente 0.5% en los trabajos de parto a término. ( 1 )

No importa la paridad de la paciente ya que siempre puede presentar un feto grande y este a su vez provocar desproporción cefalopélvica. Las causas más frecuentes de desproporción cefalopélvica son:

1. Gran Tamaño:

Madre diabética ( Macrosomia Fetal ).

2. Anomalías en el desarrollo:

Hidrocefalia.

3. Circunferencia anormal.

### B. Pronóstico

Cuando se evita un parto traumático y complicado el pronóstico materno es bueno. Un producto grande observa evolución semejante a un producto de talla normal si nace sin complicaciones o sin ninguna dificultad.

Tener un adecuado control del trabajo de parto, hace más



fácil el diagnóstico de la desproporción cefalopélvica, por lo que, llevar un control gráfico del mismo sería lo ideal.

### C. Trabajo de Parto

#### 1. Curva de Friedman:

No es posible detectar o predecir un trabajo de parto anormal. Cuando el trabajo de parto es prolongado, muchas mujeres sufren de agotamiento, infección y pueden requerir cesárea.

Por lo que para vigilar el proceso dinámico del trabajo de parto el método gráfico es el mejor; el cual consta de dos trazos con los cuales se vigila la dilatación cervical y el descenso de la presentación, tomando en consideración el tiempo. La escala vertical izquierda para evaluar en cms. de 1 - 10 la dilatación cervical. La escala de la derecha para evaluar el descenso de la presentación numerada en forma descendente de menos a más (- a +) sea por arriba o por debajo de las tuberosidades isquiáticas. La escala horizontal para evaluar las horas del trabajo de parto.

Luego de cada tacto vaginal, se debe registrar con un pequeño círculo ( o ) la dilatación cervical y con una equis (x) el descenso ( o sea la altura de la presentación ), según el tiempo transcurrido en horas desde el inició del trabajo de parto y puede ser utilizado como un documento médicolegal. ( 28 )

El trabajo de parto se divide en tres períodos

Primero: desde el inició hasta la dilatación completa.

Segundo: de la dilatación completa al nacimiento del niño.

Tercero: del nacimiento del niño hasta el alumbramiento



(Expulsión de la placenta ).

El patrón de la dilatación se divide en tres fases:

Fase Latente: desde el inicio del trabajo de parto hasta el ascenso de la curva de dilatación.

Fase Activa: Cuando aumenta la velocidad de dilatación y termina con la dilatación completa. La cual consta de tres etapas: Aceleración, Pendiente Máxima y Desaceleración: en la que se puede reflejar la relación fetopélvica.

La dilatación se da de 1.2 cms/hra. en las nulíparas y de 1.5 cms/hra. en las multíparas. ( 26 )

El patrón de descenso se inicia cuando la curva de dilatación ha llegado a la fase de pendiente máxima. Es prácticamente lineal hasta que la presentación llega al perineo.

El descenso se da de 1 cm/hra. en las nulíparas y de 2 cms/hra. en las multíparas. ( 26 )

La desproporción cefalopélvica se presenta desde el 28 al 52% dependiendo de la curva de Friedman en que se encuentre. (26)

Y debido a los criterios que hacen el diagnóstico de desproporción cefalopélvica, se somete a las pacientes a la cirugía ( cesárea ).

#### D. Cesárea

Es la extracción del feto y la placenta a través de una incisión en la pared abdominal y uterina después de la 28a. semana de gestación. ( 1, 3, 4, 12, 20, 22, 27 )

##### 1. Indicaciones:

Pueden ser fetales, maternas y ovulares; y estas pueden ser

relativas o absolutas. Aquí solamente nos referiremos a una de las indicaciones maternas, especialmente desproporción cefalopélvica. ( 1, 12, 20, 22 )

a. Maternas:

Estrechez pélvica, tumor previo,  
plástias vaginales.

b. Fetales:

Macrosomia fetal, hidrocefalia.

c. Ovulares:

Brevedad del cordón, placenta previa.

( 22 )

Después de un parto prolongado con desproporción cefalopélvica la cabeza fetal puede encontrarse encajada en el canal del parto. (1, 14, 22, 27 )

El tipo de cesárea que se utiliza con mayor frecuencia es la segmentaria ( Técnica de Munro-Kerr ), proporciona mejores resultados en el postoperatorio y pronóstico materno, se utiliza en más del 80% de las instituciones modernas. ( 1, 20, 22, 27 )

Mientras la paciente está sometida al acto quirúrgico, presenta una intensa experiencia emocional. La tendencia opuesta, menos consciente de temor hacia la cirugía. ( 1, 4, 15 )

Debemos reconocer que las respuestas psicológicas al acto quirúrgico ( cesárea ), con frecuencia pueden tener profundas consecuencias sobre los procesos del pensamiento, las formas psíquicas de la defensa y la comunicación, que pueden ser permanentes. Por lo tanto los síntomas de angustia psíquica

pueden evitarse como se evitan las complicaciones postoperatorias más usualmente reconocidas. ( 2, 11, 15, 16 )

Por lo que la psicopatología tocoginecológica abarca las alteraciones de la psiquis de la mujer no siempre etimológicamente demostrable, que producen un cuadro clínico determinado. ( 23 )

En primer lugar la calidad y profundidad de estos cambios dependen de la forma de las defensas psicológicas y de la flexibilidad de la personalidad del paciente antes de la operación ( Experiencia operatoria o quirúrgica ); del grado de sufrimiento, de incomodidad y de peligro; la índole y extensión de los cambios en el ajuste personal y emocional, dependen de la eficacia de la recuperación física y del resultado del tratamiento quirúrgico. ( 2, 5, 15, 16, 19 )

El tipo de personalidad del paciente, los sentimientos que alberga acerca de la cirugía son en sí, una combinación de pensamientos conscientes e inconscientes acerca del embarazo y su tratamiento ( Parto Distócico por Cesárea ). Lo que verdaderamente sorprende son las reacciones más comunes, es que no hay discusión acerca de las posibilidad de dolor, o del temor de incertidumbre, a pesar que la experiencia previa, debiera de enseñarnos que el dolor es mínimo y el sentimiento de impotencia innecesario. ( 2, 7, 10, 15, 16, 17, 23 )

Las reacciones a la experiencia quirúrgica pueden ser clasificadas como Neuróticas; entre los impulsos y otros factores de la personalidad. La extensión de los trastornos neuróticos

depende del número en que los elementos de esta experiencia amenacen las experiencias psicológicas, sea de ansiedad más que de miedo. Los modos para abordar las cosas que vamos a considerar son:

- a. El cuerpo y la imagen del cuerpo. (Ansiedad-temor)
- b. El yo y la imagen del yo. ( Identidad-aspecto de la personalidad )
- c. Las emociones: Amor y Odio.
- d. Supervivencia y muerte: Ansiedad y depresión. (2, 4, 9, 15, 16 )

La diferencia de lo concerniente a la psicología normal y la psicopatología en el estado grávido puerperal, está dada por la personalidad de la gestante puerpera. ( 4, 23 )

Si el parto fuera un proceso esencialmente fisiológico no habría variaciones individuales, pero el hecho de agregar el factor psicológico explica su variabilidad. Siendo una separación traumática y feliz, por lo que el grado de gravedad del cuadro estará de acuerdo a la personalidad de la mujer, su cuadro neurótico pregravidico y su elaboración durante la situación del parto ( cesárea por desproporción cefalopélvica ), experiencia quirúrgica y traumática por su complicación. ( 2, 4, 15, 16, 23 )

He aquí lo fundamental de una buena comunicación verbal y de prevención primaria durante el embarazo, mediante los métodos e indicaciones adecuadas de las posibles complicaciones durante el



parto. ( 15, 19, 23 )

A través de la literatura se ha descrito y reportado que la depresión que reviste un aspecto somático, se puede presentar con frecuencia en la práctica quirúrgica, cuando hay sentimientos de culpabilidad y expiación se ve como un medio de alivio. A pesar del sufrimiento, los riesgos y la larga y molesta recuperación de la paciente; puede volver a ganarse la simpatía y el cariño de su esposo y de su hijo (a). Por lo que puede calcularse que aproximadamente el 10% de los pacientes admitidos a un servicio de cirugía han ido a buscar el alivio de sus problemas psicológicos. Ya que tienen ( Problemas de tipo psicológico ) conflictos de los sentimientos de amor y de odio los cuales son transformados en deformaciones y comprensiones erróneas acerca del significado y objeto de su tratamiento quirúrgico. ( 2, 4, 6, 7, 11, 15, 16 )

La psicosis puerperal o cualquier clase de fenómenos psicopatológicos pueden aparecer superficial o profundamente, de manera breve o más larga, durante la evolución quirúrgica. ( 4, 23 )

Las formas más complicadas de las reacciones emocionales anómalas y los datos psicopatológicos afectan por medio de los mecanismos fisiológicos o por conducta del mismo paciente, inclusive su capacidad de cooperar sobre la situación quirúrgica, afectando aún más al paciente desde el punto de vista emocional.

El ir y venir de los sentimientos en estas relaciones durante la estancia en el hospital, pueden excitar los conflictos



neuróticos pero también puede calmarlos. Sin embargo, parece ser mejor cuando enfrentamos a los múltiples problemas y difíciles sentimientos del paciente quirúrgico, tener en mente la posibilidad de un conflicto que se renueva, despertado de su estado de quietud, de represión de los sucesos; cirugía-convalecencia. Con este concepto en la mente puede investigarse la causa del problema en el interior del paciente. ( 15, 16, 17, 25 )

Los sentimientos experimentados antes de la intervención quirúrgica ( cesárea ) son; con frecuencia confusos: ansiedad, tensión, aprehensión y miedo. Por lo que se deduce que la ansiedad y el miedo preoperatorio son comunes a todos los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente. ( 2, 7, 11, 15, 16, 19, 25 )

Lo importante es resistir el golpe de la tensión para sobrevivir sin cambios emocionales duraderos ya que las respuestas al conflicto quirúrgico parece no ser la intensidad de los fenómenos psicopatológicos en los pacientes, sino la flexibilidad de la personalidad. ( 2, 7, 15 )

La apariencia que revisten la ansiedad, el miedo y la depresión de una persona que es intervenida quirúrgicamente, revela que ha habido una mejoría desde el punto de vista quirúrgico, pero el traumatismo de esta experiencia ha empeorado la capacidad de adaptación psicológica, por lo cual el tratamiento solamente es un éxito parcial. ( 15 )

Casi todas las personas que atraviesan por un estado

postoperatorio y el correspondiente período de convalecencia, mostrarán interrupciones en el flujo parejo de los sentimientos y los ajustes a situaciones vitales. ( 15, 19 )

En la práctica quirúrgica se trata con un sistema complejo y maravilloso como lo es el ser humano, por lo tanto, las predicciones, planes y métodos de tratamiento médico deben de llevar la intención de poner en orden en los procesos emocionales y normas del pensamiento, tanto así en las estructuras anatómicas y en los procesos fisiológicos. Para aumentar la capacidad de comprensión del paciente que se enfrenta y se ha enfrentado a una experiencia quirúrgica. ( 10, 15, 17, 19 )

El médico debe conocer y analizar los datos clínicos psicopatológicos que presenten los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico ( cesárea ), para ayudarlos a tener un sentido de dominio sobre la expresión de sus sentimientos y sobre los conflictos y las reacciones defensivas que se presenten; por tanto, cada quien conoce está conceptualización y puede aplicarla sin dificultades a su propia vida.

## VI. METODOLOGIA

### A. Tipo y Procedimiento del Estudio:

El estudio se efectuó de tipo Prospectivo-Descriptivo en el cual se describen las características de la respuesta afectiva de las pacientes sometidas a cesárea por desproporción cefalopélvica, durante el período de junio-agosto de 1,993. Los datos se obtuvieron por medio de una boleta de encuesta psicológica, hecha con el asesor y con la psicóloga asesora conjuntamente.

### B. Como se seleccionó el objeto de estudio:

Se tomaron en cuenta todas las pacientes en su postoperatorio de cesárea por desproporción cefalopélvica, para poder evaluar su respuesta afectiva, luego de un período traumático en su trabajo de parto, por la detención en el descenso y su final intervención quirúrgica.

### C. Tamaño de la Muestra:

Se tomó el universo de pacientes sometidas a cesárea por desproporción cefalopélvica en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt durante junio-agosto de 1,993. Que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión descritos en el presente.

### D. Criterios de Inclusión y de Exclusión:

#### 1. Inclusión:

Toda paciente en su postoperatorio de cesárea por desproporción cefalopélvica en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, durante junio-agosto de 1,993.

2. Exclusión:

Pacientes que se les haya efectuado cesárea por otras indicaciones sean estas maternas o fetales.

Pacientes con antecedentes psiquiátricos.

Pacientes que desarrollen psicosis postparto.

Pacientes con cesárea previa.

E. Recursos:

1. Materiales:

a. Económicos:

Reproducción de material bibliográfico	Q. 100.00
Gastos de material durante la realización del proyecto	Q. 225.00
Gastos Imprevistos	Q. 200.00
Impresión del Informe Final	<u>Q. 1,350.00</u>
TOTAL	Q. 1,875.00

b. Físicos:

Instalaciones del Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt.

Instalaciones de las bibliotecas:

Facultad de ciencias médicas USAC.

Facultad de ciencias médicas U.F.M.

Hospital Roosevelt.

Hospital General San Juan de Dios.

Banco de Guatemala.

Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá

Central USAC.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Instalaciones de la Unidad de Salud Mental del Hospital  
Roosevelt

2. Humanos:

Estudiante investigador.

Pacientes postoperadas de cesárea por desproporción  
cefalopélvica de acuerdo a los criterios mencionados.

F. Variables del estudio:

Variable del Estudio. Definición Conceptual. Escala de Medición.

Respuesta afectiva.	Es la capacidad de reac- ción ante el sentimiento, emociones y pasiones, co- rrespondiente al conteni- do de la conciencia y la actividad.	Objetiva.
Personalidad	Pauta única de conductas, sentimientos, pensamientos, motivaciones, intereses y actitudes, relativamente per- durables, que caracterizan una persona dada.	Subjetiva.
Miedo	Sentimiento vital de amenaza. Guarda relación con la natu- raleza y magnitud de la ame- naza.	Nominal.
Temor	Temor excesivo o no justifi- cado hacia una situación o	Nominal.



Variable del Estudio.	Definición Conceptual.	Escala de Medición.
Angustia	Emoción que se caracteriza por sentimientos subjetivos desagradables de peligro inminente, tensión e inquietud; provoca excitación del sistema nervioso simpático.	Nominal.
Depresión	Estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que la expliquen.	Nominal.
Tranquilidad	Placer. Satisfacción de un deseo. Seguridad, actitud de seguridad.	Nominal.
Frustración	Fracaso. Estado emocional que se produce cuando un obstáculo impide la satisfacción de un deseo, una necesidad, una meta, una expectativa o una acción. No consecución de lo que se esperaba.	Nominal.

Variable del Estudio.	Definición Conceptual.	Escala de Medición.
Satisfacción	Actitud caracterizada por un sentimiento de agrado y de quietud motora, generalmente debida a una situación imaginada y cuya idea a suscitado la actividad motora.	Nominal.
Aceptación	Experiencia o rasgo de una experiencia o conducta, caracterizada por una actitud posterior ( de acercamiento ) hacia algún concepto o juicio ( sin creencia ).	Nominal.
Alegría	Sentimiento o actitud emotiva, caracterizada por un tono sensorial agradable y relacionados con sucesos o experiencias del presente inmediato.	Nominal.
Rechazo	Actitud o sentimiento de no aceptación a un suceso presente.	Nominal.
Desproporción Cefalopélvica	Es la no relación entre continente y contenido.	Nominal.
Trabajo de Parto Prolongado	Trabajo de parto mayor de 24 horas.	Nominal.

G. Ejecución de la Investigación:

El presente es un estudio de tipo Prospectivo-Descriptivo, efectuado en el universo total de pacientes sometidas a cesárea por desproporción cefalopélvica, durante junio-agosto de 1,993, en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt.

Se tomaron en cuenta a todas aquellas pacientes que ingresaron a Segundo Piso Post Parto Patológico y Séptico de la Maternidad del Hospital Roosevelt, que fueron intervenidas ( cesárea ) por desproporción cefalopélvica; a las cuales se les interrogó el primer día postoperatorio, ya no estando bajo los efectos de la anestesia, y no presentando cuadro de psicosis puerperal.

1. Se procedió de la siguiente manera:

Se revisaron las papeletas de las pacientes en donde se observó si habían tenido un trabajo de parto prolongado o no. El No. de Registro Médico.

Se le realizaron una serie de preguntas, iniciando con sus datos generales como: edad, estado civil, escolaridad, y se inició con la serie de preguntas de aspecto psicológico en el siguiente orden:

Cree que era necesario que la operaran:

en la cual podía responder: afirmativamente con un sí.

Negativamente con un No o dudando.

Le explicaron el motivo por el cual la operaron:

donde podía responder: afirmativamente con un sí.

Negativamente con un No o Más o menos.

De acuerdo a su respuesta anterior se le continuaba o no preguntando.

Qué le dijeron: en donde debía explicar.

Qué entendió: también lo debía explicar.

Quién se lo dijo: donde debía responder si fue el médico, la enfermera, el anestesista u otro.

Qué sintió antes de que la operaran:

Si la paciente respondió: espanto, susto, sobresalto, cobardía, temblor, timidez correspondió a la casilla de MIEDO.

Si la paciente respondió: ansiedad, pena, aflicción, ansia, desesperación correspondió a la casilla de ANGUSTIA. Si la paciente respondió: medrosa, entelerida, temerosa, asombrada, asustada correspondió a la casilla de TEMOR. Si la paciente respondió: fracaso, malogro, fallo, desgracia, defraudamiento, chasco correspondió a la casilla FRUSTRACION. Si la paciente respondió: decaimiento, bajón, vergonzoso, humillación correspondió a la casilla de DEPRESION. Si la paciente respondió: orgullosa, gustosa, agrado, recompensa, solución, consecución correspondió a la casilla de SATISFACCION. Y si la paciente respondió: dicha, gozo, contenta, feliz, placer, buen humor correspondió a la casilla de ALEGRIA. De acuerdo a su respuesta se le pedía que indicará el por qué.

Piensa que valió la pena la cesárea: donde debía responder :  
Sí. o No y explicar el por qué.

Sabe que cuidados debe tener ahora: donde debía responder:  
Sí y explicar cuales con relación a su herida operatoria. Y si



su respuesta era negativa se le indicaban los mismos.

Qué siente ahora, después de la operación: donde como en la pregunta de su sentimiento preoperatorio, se relacionó la respuesta que esta dio con la casilla correspondiente.

Además de los términos anteriores si la paciente respondió: paz, serenidad, calma, equidad, reposo, confianza correspondió a la casilla de TRANQUILIDAD.

Al finalizar la recolección de los datos se tabularon y analizaron los resultados.

Para efectuar la investigación se procedió a hacer un cronograma de las actividades donde se incluyeron las diferentes etapas de la investigación, utilizando la Gráfica de Gantt, la cual consta de dos coordenadas, una vertical y una horizontal. La vertical que significa el número de las actividades y la horizontal que significa las semanas en que se realizaron.

Las actividades desarrolladas fueron:

1. Selección del tema del Proyecto de la Investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por el comité de la coordinación de tesis de la facultad.
6. Aprobación del proyecto de tesis por el comité de docencia del Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt.
7. Aprobación del proyecto de tesis por el comité del hospital.

8. Diseño del instrumento para la recolección de datos.
  9. Ejecución del trabajo de campo.
  10. Procesamiento de datos, elaboración de tablas.
  11. Análisis y discusión de los resultados.
  12. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
  13. Presentación del informe final para correcciones.
  14. Aprobación del informe final.
  15. Impresión del informe final y trámites administrativos.
  16. Examen público de defensa de la tesis.
- H. Aspectos éticos de la Investigación:

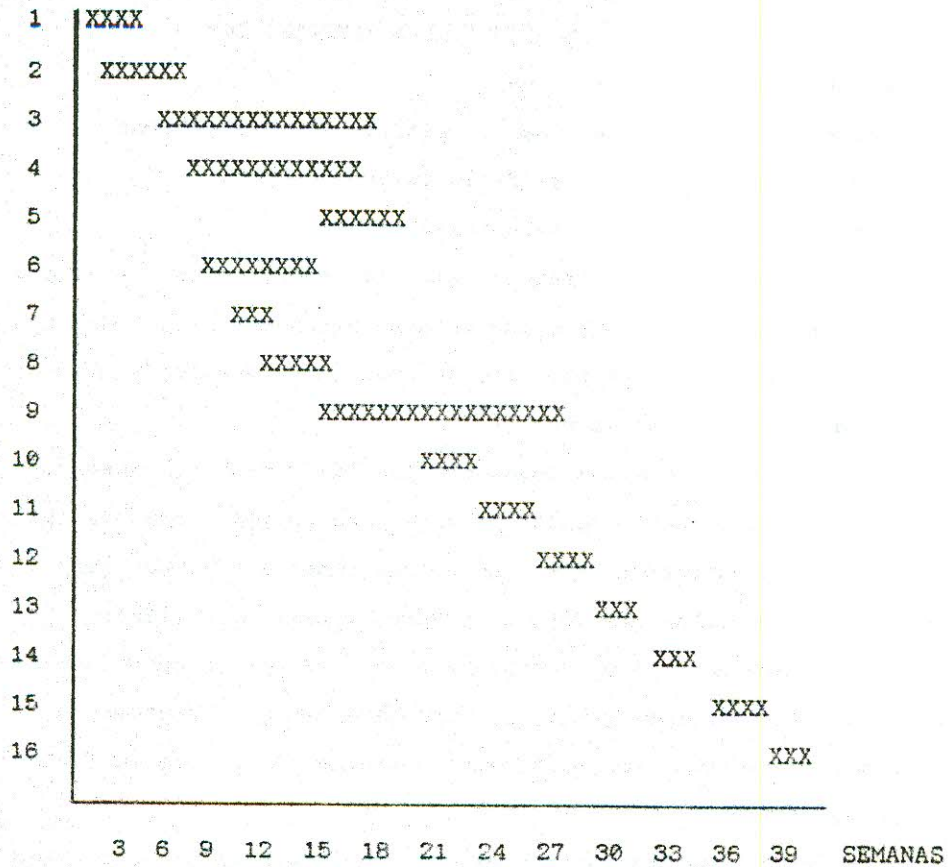
Se elaboro boleta-patrón para la recolección de datos, apoyado en los conocimientos adquiridos a través de la revisión bibliográfica, conjuntamente con la psicóloga asesora y con el asesor del proyecto de investigación.

En está boleta se incluyeron todas las variables, basándose en los criterios de inclusión y de exclusión para ser llenada, por lo que se considera, que fue un instrumento adecuado para la recolección de datos que fueron necesarios para el análisis. Los cuales en su mayoría se obtuvieron de las pacientes y de las papeletas, en el postoperatorio inmediato en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, durante el periodo de junio-agosto de 1,993.

Por último se tabularon y se analizaron los resultados. Los datos se recolectaron a diario por el estudiante investigador del presente estudio.

### GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



VII. PRESENTACION DE RESULTADOS



CUADRO No. 1  
 EVALUACION DEL TRASTORNO PSICOLOGICO PREOPERATORIO en relación a Grupo  
 Etareo, Escolaridad y Estado Civil. En 66 pacientes sometidas a cesárea por  
 D.C.F. Departamento de Obstetricia Hospital Roosevelt.  
 Durante junio - agosto de 1,993.

TRASTORNO PSICOLOGICO	GRUPOS ETAREOS						ESCOLARIDAD		ESTADO CIVIL					
	< 20a.		20-30a.		31-40a.		SI		NO		SOLTERAS		CASADAS- UNIDAS	
PREOPERATORIO	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
MIEDO	8	12	3	4.5	0	0	8	12	3	4.5	3	4.5	8	12
ANGUSTIA	2	3	4	6	1	1.5	4	6	3	4.5	3	4.5	4	6
TEMOR	3	4.5	3	4.5	0	0	6	9	0	0	2	3	4	6
DEPRESION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FRUSTRACION	4	6	2	3	0	0	5	8	1	1.5	1	1.5	5	8
SATISFACCION	11	17	7	11	2	3	18	27	2	3	3	4.5	17	26
ALEGRIA	4	6	10	15	2	3	13	20	3	4.5	2	3	14	21

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No.2  
 EVALUACION DE TRASTORNO PSICOLOGICO POSTOPERATORIO, en relación a Grupo  
 Etareo, Escolaridad y Estado Civil. En 66 pacientes sometidas a cesárea  
 por D.C.P. Departamento de Obstetricia Hospital Roosevelt,  
 Durante junio - agosto de 1,993.

TRASTORNO PSICOLOGICO	GRUPOS ETAREOS						ESCOLARIDAD				ESTADO CIVIL			
	< 20a.		20-30a.		31-40a.		SI		NO		SOLTERAS		CASADAS- UNIDAS	
POSTOPERATORIO	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
MIEDO	1	1.5	2	3	0	0	3	4.5	0	0	0	0	3	4.5
ANGUSTIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TEMOR	3	4.5	0	0	0	0	2	3	1	1.5	2	3	1	1.5
FRUSTRACION	2	3	7	10.5	0	0	6	9	3	4.5	2	3	7	10.5
TRANQUILIDAD	7	10.5	9	14	2	3	15	23	3	4.5	3	4.5	15	23
SATISFACCION	6	9	3	4.5	3	4.5	10	15	2	3	2	3	10	15
ALEGRIA	13	20	8	12	0	0	18	27	3	4.5	5	8	16	24

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO No. 3  
 EVALUACION DE TRASTORNO PSICOLOGICO, en relación a la Información recibida Preoperatoriamente y su trabajo de Parto. En 66 pacientes sometidas a cesárea por D.C.P. Departamento de Obstetricia Hospital Roosevelt. Durante junio - agosto de 1,993.

TIPO DE TRASTORNO PSICOLOGICO	RECIBIO INFORMACION PREOPERATORIA?				TUVO TRABAJO DE PARTO PROLONGADO?			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
MIEDO	6	14	5	22	4	17	7	17
ANGUSTIA	4	9	3	13	2	8	5	12
TEMOR	4	9	2	9	0	0	6	14
DEPRESION	0	0	0	0	0	0	0	0
FRUSTRACION	3	7	3	13	2	8	4	10
SATISFACCION	13	30.5	7	30	11	46	9	21
ALEGRIA	13	30.5	3	13	5	21	11	26

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

## VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

### Análisis:

Se puede observar en el cuadro No. 1 al evaluar el tipo de trastorno psicológico preoperatorio que los parámetros negativos ( miedo 12%, angustia 3% y temor 4.5%) se presentan en un 19.5% en las pacientes del grupo etareo de < 20 años y en un 15% ( miedo 4.5%, angustia 6% y temor 4.5% ) en el grupo de pacientes de 20-30 años. Entre los parámetros que influyen en la respuesta afectiva positiva predomina con un 17% la satisfacción, en el grupo de pacientes < 20 años; y con un 26% ( alegría 15% y satisfacción 11% ) en el grupo de pacientes de 20-30 años.

En relación a la escolaridad un 27% de las pacientes presentaron ( miedo 12%, angustia 6% y temor 9% ) como respuesta afectiva negativa y en 47% se presentaron los parámetros positivos ( satisfacción 27% y alegría 20% ) como respuesta afectiva positiva.

Con respecto a su estado civil en el grupo de pacientes casadas o unidas presentaron 24% ( miedo 12%, angustia 6% y temor 6% ) del total una respuesta afectiva negativa. Presentándose una respuesta afectiva con parámetros positivos en un 47% ( satisfacción 26% y alegría 21% ) en el mismo grupo de las pacientes casadas o unidas.

En el cuadro No. 2 se puede observar que los parámetros negativos tuvieron un descenso en relación al cuadro anterior ya que sólo se presentaron en un 6% ( miedo 1.5% y temor 4.5% ) en el grupo de < 20 años y 3% ( miedo 3% ) en el grupo de 20-30



años. Los parámetros que influyen positivamente en la respuesta afectiva tuvieron un incremento en el grupo de < 20 años donde se presenta un 29% ( satisfacción 9% y alegría 20% ); y en el grupo de 20-30 años se presenta 16.5% ( alegría 12% y satisfacción 4.5)

La escolaridad en relación a su respuesta afectiva preoperatoria en este se puede observar que disminuyen los parámetros negativos a 7.5% ( miedo 4.5% y temor 3% ) y los parámetros positivos se incrementan a 42% ( satisfacción 15% y alegría 27% ) respectivamente.

De acuerdo al estado civil las casadas o unidas en su postoperatorio en relación con su respuesta afectiva negativa preoperatoria disminuyen en relación a los parámetros negativos a 6% ( miedo 4.5% y temor 1.5% ).

En el cuadro No. 3 se puede observar que el tipo de trastorno psicológico que se presenta de acuerdo a la información preoperatoria en un 32% se presentaron parámetros que influyen en la respuesta afectiva negativa ( miedo 14%, angustia 9% y temor 9% ) en las pacientes que si recibieron información previa a la intervención quirúrgica; y en un 44% se presento la respuesta afectiva negativa ( miedo 22%, angustia 13% y temor 9% ) en las pacientes que no recibieron información preoperatoria. En este se puede observar que la respuesta afectiva positiva 61% ( satisfacción 30.5% y alegría 30.5% ) aumenta con la información preoperatoria proporcionada.

En relación al trabajo de parto prolongado un 25% de las pacientes presentaron una respuesta afectiva negativa ( miedo 17%

y angustia 8% ) a su intervención quirúrgica en relación con el 43% ( miedo 17%, angustia 12% y temor 14% ) de pacientes que no tuvieron trabajo de parto prolongado. Además de predominar la respuesta afectiva positiva en 67% ( satisfacción 46% y alegría 21% ) de las pacientes con trabajo de parto prolongado que se sienten satisfechas y alegres a la intervención quirúrgica.

Comparando con el 47% ( satisfacción 21% y alegría 26% ) de pacientes que no tuvieron trabajo de parto prolongado y se sintieron alegres y satisfechas por la intervención quirúrgica.

#### Discusión:

En los cuadros No. 1 y 2 al relacionarlos podemos observar que la mayoría de pacientes < 20 años y de 20-30 años sometidas a cesárea por desproporción cefalopélvica presentaron trastornos psicológicos negativos ( miedo, angustia y temor ) en su preoperatorio, corrigiendo los mismos postoperatoriamente.

Asimismo se ve que las pacientes que tienen una mínima escolaridad ( saben leer y escribir ), son afectadas antes de su intervención, resolviéndolo posteriormente con satisfacción y alegría por la información recibida.

El estado civil de las pacientes casadas o unidas interviene de la misma manera que en el preoperatorio.

En el cuadro No. 3 que nos indica que entre mejor información preoperatoria se da a las pacientes menor será el trastorno psicológico y a mayor tiempo de trabajo de parto, la satisfacción y alegría de ser intervenidas aumenta.

Todas las pacientes que no reciben información adecuada y

que pasan con trabajo de parto prolongado; aún teniendo escolaridad y pareja conyugal pueden presentar trastornos psicológicos de importancia.

## IX. CONCLUSIONES

1. El 32% de pacientes sometidas a cesárea por desproporción cefalopélvica, presentan una respuesta afectiva negativa en su preoperatorio, la cual se reduce notablemente a un 10% postoperatoriamente.
2. La respuesta afectiva que con mayor frecuencia se presentó fue la satisfacción y alegría, tanto preoperatoria como postoperatoriamente en 50% en promedio.
3. Tanto la escolaridad como su estado civil no influyo positivamente en la respuesta afectiva de las pacientes intervenidas quirúrgicamente, al ser evaluadas preoperatoriamente.
4. Las pacientes que reciben adecuada información preoperatoria de la intervención quirúrgica, presentan menores probabilidades de respuesta emocional o afectiva negativa.
5. Las pacientes que tienen trabajo de parto prolongado presentaron respuesta afectiva positiva a la intervención quirúrgica.



## X. RECOMENDACIONES

1. Dar información adecuada a las pacientes que ingresen al servicio de Labor y Partos cuando se les haga diagnóstico de Desproporción Cefalopélvica y ameritan ser operadas.  
( Cesárea )
2. Tratar de mejorar la relación interpersonal entre: pacientes, médico y personal paramédico para brindarles el apoyo necesario y no crear aspectos.
3. Comprender a las pacientes como un ser: biológico, fisiológico y emocional; que tiene expresiones de sus sentimientos de acuerdo a su edad, escolaridad y estado civil.
4. Orientar a las pacientes de su conducta a seguir en futuros embarazos y partos para evitar futuras complicaciones.

## XI. RESUMEN

El presente estudio es de tipo Prospectivo-descriptivo el cual fue efectuado durante el periodo de junio-agosto de 1,993.

Y para los efectos subsiguientes se presentan los siguientes objetivos:

\*\*\* Determinar la respuesta afectiva de la paciente sometida a cesárea por desproporción cefalopélvica.

\*\*\* Identificar y determinar los parámetros que influyen positiva y negativamente en la respuesta afectiva de las pacientes.

Para lograr los objetivos anteriores se incluyeron a todas las pacientes sometidas a cesárea por desproporción cefalopélvica que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión, en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, completando un total de 66 pacientes.

Donde se pudo establecer que la mayoría de pacientes se encontraba entre los grupos <20 a 20-30 años en un 92%.

Los parámetros que con mayor frecuencia se presentaron fueron de alegría, satisfacción, tranquilidad en un 77.5%; siendo los que afectan de manera positiva en la respuesta afectiva.

Se comprobó que la frustración, el temor, el miedo y la angustia son parámetros que influyen negativamente en la minoría de pacientes siendo en un 22.5%.

El parámetro de alegría fue el que se presentó con mayor frecuencia en la respuesta afectiva preoperatoria y en la respuesta afectiva postoperatoria en un 24% y un 32%

respectivamente.

Por lo que se puede concluir que la mayoría de pacientes tiene una respuesta afectiva positiva a la cesárea por desproporción cefalopélvica porque es un beneficio para ellas. Siendo los parámetros de alegría, satisfacción y tranquilidad los que influyen en su respuesta afectiva y en su personalidad.

Además que el miedo, la frustración, la angustia y el temor influyen negativamente en la respuesta afectiva y personalidad de la pacientes, debido a que estas desean un parto vaginal, tienen miedo al acto quirúrgico y temor a la infección de la herida operatoria.

Por lo que se debe tratar de dar la información necesaria y adecuada a las pacientes que se les haga diagnóstico de desproporción cefalopélvica y tengan que ser sometidas al acto quirúrgico (cesárea ).

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Benson, Ralph C. "Section Cesárea", "Distócias de Origen Fetal". Manual de Ginecología y Obstetricia. Editorial "El Manual Moderno", S.A. de C.V. 7a. Edición. México, D.F. 1,985.
2. Betta, Juan C. Manual de Psiquiatría. Editorial Albatros. 7a. Edición. Buenos Aires, Argentina. 1,977.
3. Boylan, Peter C., Frankowski, Ralph. Dystocia, parity, and the cesarean problem. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 155 No. 2 August, 1,982. 455-6.
4. Davidoff, Linda L. "Sistema Endocrino y la conducta sexual". Introducción a la Psicología. Editorial McGraw-Hill. 1a. Edición. 1,987.
5. Danforth, DN. Cesarean Section. The Journal of the American Medical Association. Vol. 254 No. 5 August 2, 1,985. 611-3.
6. Ey, Henri. Tratado de Psiquiatría. Editorial Toray-Masson, S.A. 7a. Edición. Barcelona, España. 1,975.
7. Fenn, Howard H., Ochitill, Herbert. "Revisión de Psiquiatría General y de Enlace". Tratado de Psiquiatría. Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 2a. Edición. México, D.F. 1,981. 641-51.
8. Fisher, Elliot S., Logerfo, James P., Daling, Janet R. Prenatal care and pregnancy outcomes during the recession. American Journal of Public Health. Vol. 75 No. 8 August, 1,985. 869-9.

9. Friedrich, Dorsch. Diccionario de Psicología. Editorial Herder. 5ta. Edición. Barcelona, España. 1,985.
10. Fuente Muñiz, Ramón de la. "Exploración de la Personalidad", "La Personalidad", "La Angustia". Psicología Médica. Editorial Fondo de cultura económica. 18a. Edición. México, D.F. 1,978.
11. Goldman, Howard H. Psiquiatría General. Editorial "El Manual Moderno", S.A. de C.V. 2a. Edición. México, D.F. 1,989.
12. Gleicher, Norbert. Cesarean Section rates in the United States. JAMA Vol. 252 No. 23 December 21, 1,964. 3273-6.
13. Goodlin, R. Physician Bias in Cesarean Section. The Journal of the American Medical Association. Vol. 249 No. 8 Feb. 25, 1,983. 1005-6.
14. Hannah, Walter J. Indications for Cesarean Section. Canadian Medical Association Journal. Vol. 134 No. 12 June 15, 1,986. 1,348-52.
15. Hofling, Charles K. "La Psiquiatría en la Práctica de la Cirugía y las Especialidades". Tratado de Psiquiatría. Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 2a. Edición. México, D.F. 1,981.
16. Kolb, Lawrence C. Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial Fournier, S.A. La Prensa Médica Mexicana. 5a. Edición. México. 1,977.



17. Mackinnon, Roger A., Miches, Robert. "Principios Generales de Psicodinámica". Psiquiatría Clínica Aplicada. Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 1a. Edición. 9a. Reimpresión. México, D.F. 1,985.
18. Morrison, J. The development of the lower uterine segment. Aust. NZJ Vol. 12. 1,972. 182.
19. Phillips E. Lakin. "La Situación Clínica". Orientación y Psicoterapia. Editorial Limusa. 1ra. Edición. México, D.F. 1,980.
20. Pritchard, Jack A., Macdonald, Paul C., Gant, Norman F. "Operación Cesárea y Cesárea con Histerectomía". Obstetricia de Williams. Editorial Salvat. 3ra. Edición. México, D.F. 1,990.
21. Sachs, B.P., McCarthy, B.J., Rubin, G., Burten, A., Terry, J., Tyler, C.W. Cesarean Section: Risks and Benefits for the Mother and Fetus. JAMA Vol. 250 1,983. 2,157.
22. Schwarcz, Ricardo Leopoldo. Obstetricia. Editorial El Ateneo. 4a. Edición. México, D.F. 1,988.
23. Vidal, Guillermo., Bleichmar, Hugo., Usandivaras, Raúl J. "Psiquiatría Tocoginecológica". Enciclopedia de Psiquiatría. Editorial El Ateneo. 2a. Edición. Argentina. 1,979.
24. Wayne W., Daniel. Bioestadística: Base para el análisis de las ciencias de la salud. Editorial Limusa. 3a. Edición. México, D.F. 1,987.

25. Weiss, Daniel S., Billings, James H. "Técnicas de Medicina de la Conducta". Tratado de Psiquiatría. Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 2a. Edición. México, D.F. 1,981. 601-6.
26. Wen Sheen, Pai., Hayashi, Robert H. Vigilancia Gráfica del Trabajo de Parto. Distócias. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Editorial Interamericana, S.A. de C.V. Vol. No. 1 México, D.F. 1,987.
27. Westgren, Magnus., Paul, Richard H. Cesarean Section. Clinical Obstetric and Gynecology. Vol. 28 No. 4 Dec. 1,985. 752-62.

XIII. ANEXOS

ANEXO No. 1

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS  
DE DATOS

Datos Generales

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Registro: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Unida \_\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_\_

Escolaridad: Lee \_\_\_\_\_ Escribe \_\_\_\_\_

Trabajo de Parto Prolongado:

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Preguntas

Cree que era necesario que la operaran:

Afirmativo \_\_\_\_\_ Duda \_\_\_\_\_ Negativo \_\_\_\_\_

Por qué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le explicaron el motivo por el cual la operaron:

Afirmativo \_\_\_\_\_ Negativo \_\_\_\_\_ Más o menos \_\_\_\_\_

Qué le dijeron: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qué entendió: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quién le dio la información: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuál fue su sentimiento antes de que la operaran:

Miedo\_\_\_\_\_ A qué:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Angustia\_\_\_\_\_ Por qué:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Temor\_\_\_\_\_ Por qué:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Frustración\_\_\_\_\_ Por qué:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Depresión\_\_\_\_\_ Por qué:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Satisfacción\_\_\_\_\_ Por qué:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alegria\_\_\_\_\_ Por qué:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Piensa que valió la pena la cesárea:

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Por qué:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sabe que cuidados debe tener ahora:

Sí\_\_\_\_\_ Cuáles:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

Cual fue su sentimiento antes de que se descubriera:

Miedo \_\_\_\_\_ ¿ por qué: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Angustia \_\_\_\_\_ Por qué: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Temor \_\_\_\_\_ Por qué: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Embarazado/a \_\_\_\_\_ Por qué: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Depresión \_\_\_\_\_ Por qué: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Satisfacción \_\_\_\_\_ Por qué: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alegría \_\_\_\_\_ Por qué: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Sientes que valió la pena la espera:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por qué: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sabe que cruzados debe tener ahora:

Si \_\_\_\_\_ Dudas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_



XIII. ANEXOS

ANEXO No. 1

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS  
DE DATOS

Datos Generales

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Registro: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Unida \_\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_\_

Escolaridad: Lee \_\_\_\_\_ Escribe \_\_\_\_\_

Trabajo de Parto Prolongado:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Preguntas

Cree que era necesario que la operaran:

Afirmativo \_\_\_\_\_ Duda \_\_\_\_\_ Negativo \_\_\_\_\_

Por qué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le explicaron el motivo por el cual la operaron:

Afirmativo \_\_\_\_\_ Negativo \_\_\_\_\_ Más o menos \_\_\_\_\_

Qué le dijeron: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qué entendió: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quién le dio la información: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_