



Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería



**Aplicación de una Estrategia para el control de la  
Ansiedad en Primigestas antes de la colocación de la  
Anestesia peridural en el área de Sala de Partos del  
Hospital Privado Centro médico de Caracas**  
(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título  
de Licenciada en Enfermería)

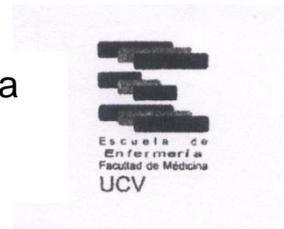
Tutor: Lic. Alirio Aguilera

Autora: Carmen Portner

Caracas, Junio 2008



Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería



Aplicación de una Estrategia para el control de la  
Ansiedad en Primigestas antes de la colocación de la  
Anestesia peridural en el área de Sala de Partos del  
Hospital Privado Centro médico de Caracas

Tutor: Lic. Alirio Aguilera

Autora: Carmen Portner

Caracas, Junio 2008

## DEDICATORIA

Agradezco principalmente a Dios Todopoderoso por darme salud física y espiritual, por guiar mis pasos y ayudarme a vencer todos los obstáculos que tuve que enfrentar para lograr mi meta propuesta.

A mi madre por todo el amor y educación consagrado durante toda mi vida.

A los seres más maravillosos que Dios y la vida me han podido dar, mis hijos, quienes son el principal motivo de mi superación.

A todas aquellas personas que directa o indirectamente contribuyeron a la culminación de esta meta que hoy comparto conmigo.

Carmen Portner

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a todas aquellas personas que ayudaron en la realización de este trabajo especial de Grado con especial énfasis a:

A la Universidad Central de Venezuela, facultad de Medicina, Escuela de Enfermería y a su profesorado por contribuir en la formación académica y profesional ofreciéndonos su apoyo e incentivación para alcanzar el objetivo de ser Licenciada en Enfermería.

Al Hospital Privado Centro Médico de Caracas, a todo el personal de salud del servicio de Obstetricia quienes aportaron información y colaboración, para el logro de esta investigación.

Al Licenciado Alirio Aguilera por su atención y dedicación incondicional brindada durante la realización de este trabajo especial de grado.

A la Licenciada Lilian Betancourt quien con su experiencia y conocimiento en el área de metodología colaboró de guía para el análisis de los datos.

## **Aplicación de una Estrategia para el control de la Ansiedad en Primigestas antes de la colocación de la Anestesia peridural en el área de Sala de Partos del Hospital Privado Centro Médico de Caracas**

### **RESUMEN**

La presente investigación tuvo como planteamiento del problema determinar la influencia de la atención de enfermería en la disminución de la ansiedad causada por la colocación de la anestesia peridural en primigestas durante el trabajo de parto, en el área de sala de partos del Hospital privado Centro Médico de Caracas durante el 1er semestre del año 2008. El objetivo general se refiere a la información sobre el control de la ansiedad para disminuir este estado emocional antes de la colocación de la anestesia peridural. De acuerdo al problema planteado el diseño de esta investigación es cuasiexperimental. El estudio fue descriptivo, prospectivo y transversal. Donde se describieron cada una de las etapas de la inducción para las primigestas antes de la colocación de la anestesia peridural, se registró la información según ocurrieron los hechos y se analizó su incidencia o interacción durante la intervención. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes a quien se les aplicó el instrumento al inicio y una vez finalizado el trabajo de parto. El muestreo no probabilístico, permitió que las pacientes fueran de diferentes edades, religión, nivel cultural y socio económico. El Instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario: Estructurado por ítems de respuestas dicotómicas y selección simple, basado en los indicadores y subindicadores resultantes de la Operacionalización de la variable. Adicionalmente para el proceso de la inducción se utilizó un Tríptico y un video para proveer la información necesaria a las pacientes. Conclusión: se observaron cambios en el nivel de información y en el control de la ansiedad después de la aplicación de la estrategia propuesta, logrando que el procedimiento fuera más agradable y tranquilo. Logrando los objetivos deseados, con beneficios para la madre, el bebé, los profesionales y la institución.

**Palabras claves:** primigestas, anestesia peridural, ansiedad.

## **INTRODUCCION**

Este trabajo tiene como finalidad desarrollar estrategias de apoyo para disminuir la ansiedad que ocasiona la colocación de la anestesia peridural al entrar la paciente en el servicio de sala de partos.

Este trabajo se realizará durante el primer semestre del año 2008 en el servicio de Sala de Partos del Hospital Privado Centro Médico de Caracas, San Bernardino.

Tendrá como objetivo solucionar los problemas de ansiedad que ocasiona la anestesia peridural antes de su colocación.

En el capítulo I, se desarrolla el planteamiento del problema para identificar las acciones de enfermería que contribuirán a disminuir la ansiedad en primigestas antes de la colocación de la anestesia peridural, así como los objetivos y justificación del estudio.

En el capítulo II, encontraremos los antecedentes y las bases teóricas que se utilizarán para desarrollar el trabajo.

En el capítulo III, está dedicada al marco metodológico en el cual se enmarca la presente investigación.

En el capítulo IV, muestra el análisis de los resultados conclusiones y recomendaciones.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Se ha venido manifestando repetidamente la preocupación de las pacientes por los mitos creados en relación al uso de la anestesia peridural durante el trabajo de parto; tales como, invalidez, dolor durante la colocación, fuertes dolores de cabeza, afección al feto, etc. Estas razones motivan a realizar un trabajo que implemente técnicas que beneficien a las pacientes a fin de disminuir la ansiedad que ocasiona este procedimiento; el cual será realizado en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas ubicado en San Bernardino, durante el 1er semestre del año 2008.

La ansiedad según Spielberger, Ch. y Guerrero, R. (1999) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de la ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo

Actualmente en el servicio de Sala de Partos del Centro Médico de Caracas las enfermeras no toman en cuenta y son indiferentes al temor que produce a las pacientes el ingresar al servicio de Sala de Partos y el desconocimiento de los procedimientos que se le realizarán en el mismo.

La colocación de la anestesia peridural es uno de los procedimientos que angustia a las pacientes durante el trabajo de parto ya que se mantienen en incertidumbre y no son orientadas al respecto, produciéndose ansiedad.

La intervención de las enfermeras es de suma importancia en la preparación de la paciente durante el trabajo de parto, para lograr que se sientan tranquilas, seguras, relajadas, familiarizadas y contentas durante el tiempo que se encontrarán en el servicio y para obtener una gran experiencia y un desenlace feliz.

Por lo antes expuesto se plantea el siguiente problema:

## **PROBLEMA**

¿Cómo influye la atención de enfermería en la disminución de la ansiedad causada por la colocación de la anestesia Peridural en primigestas en trabajo de parto en el área de sala de partos del Hospital Privado Centro Médico de Caracas durante el 2º semestre del año 2008?

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la influencia de la atención de enfermería en la disminución de la ansiedad causada por la colocación de la anestesia Peridural en primigestas durante el trabajo de parto.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1.- Identificar la información que poseen las primigestas para disminuir la ansiedad causada por la colocación de la anestesia peridural antes de el trabajo de parto.

2.- Caracterizar las acciones de enfermería que contribuyen a disminuir la ansiedad causada por la colocación de la anestesia peridural en primigestas durante el trabajo de parto.

3.- Diseñar un plan educativo de enfermería para el control de la ansiedad en pacientes primigestas antes de la colocación de la anestesia peridural.

## **JUSTIFICACION**

Se ha manifestado repetidamente que la falta de información sobre la anestesia peridural produce ansiedad.

Esta investigación desarrollará estrategias de apoyo para disminuir la ansiedad que ocasiona la colocación de la anestesia peridural al entrar la paciente en la sala de partos, las cuales la beneficiarán para el buen desarrollo del mismo.

Los resultados obtenidos a través de encuestas y medios audiovisuales aplicados en la investigación a 30 pacientes primigestas sin discriminación de edad, nivel social ni educativo, contribuirán a solucionar los problemas de ansiedad y podrán ser aplicados en cualquier servicio obstétrico.

El apoyo emocional por parte de enfermería que la madre recibe, o deja de recibir, puede influir no sólo en su autoimagen y en el desarrollo del trabajo de parto, sino también en sus actitudes hacia su marido, sus niños y sus embarazos futuros. Por tanto es indispensable que ella reciba el apoyo emocional que necesita, de tal forma que se sienta capaz de enfrentarse con actitud satisfactoria e interactuando con el trabajo de parto y el nacimiento de su hijo. En esta forma se realza su imagen y se van a promover actitudes positivas hacia su esposo, el niño y embarazos futuros.

El desarrollo de este trabajo es importante para lograr además, que las pacientes que ingresen a la sala de partos ya estén preparadas, familiarizadas y tranquilas ante todos los procedimientos que serán realizados durante el trabajo de parto, lo que a su vez facilitaría y agilizaría el trabajo de enfermería. El beneficio que obtendrá el Centro Médico de Caracas es que será el Instituto que preparará a sus pacientes antes del ingreso real a la sala de partos, lo cual será una experiencia beneficiosa para sus pacientes.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### ANTECEDENTES

La experiencia del nacimiento es multidimensional, y por lo tanto difícil de describir y explicar. Estudios sobre el tema han producido hallazgos inconsistentes, y el fenómeno frecuentemente se confunde con la satisfacción con el cuidado recibido. En Septiembre de 1996, Waldenstrom U; Borg IM; Olsson B; y Wall S, intentan clarificar diferentes aspectos de la experiencia del nacimiento, e identificar factores que podrían explicar la variación en la evaluación de las mujeres acerca de la misma. *Métodos:* A todas las mujeres de habla sueca en una gran ciudad que habían parido durante un periodo de 2 semanas en 1994, se les dio un cuestionario un día después del nacimiento, y 295 (91%) de los cuestionarios fueron contestados. La información sobre el trabajo de parto y las intervenciones médicas se obtuvo de las historias médicas. *Resultados:* Los autores reportan que las mujeres usualmente experimentaron dolor severo y grados variables de ansiedad, y muchas presentaron pánico por un corto periodo de tiempo en alguna parte de su trabajo de parto. A pesar de estos sentimientos negativos, muchas de las mujeres se sintieron gratamente involucradas en el proceso de nacimiento, estaban satisfechas con su propio logro, y por lo tanto le hicieron frente mejor de lo esperado. La experiencia global se consideró como positiva en el 77 % de las mujeres y negativa para el 10%. No se observó diferencia estadísticamente significativa en primíparas y multíparas en la experiencia total del nacimiento, y pocas diferencias en los aspectos específicos del nacimiento. De las 38 variables evaluadas en un análisis de regresión, las seis que contribuyeron a explicar la experiencia global de las mujeres fueron el apoyo del obstetra, la duración del trabajo, dolor, expectativas del nacimiento, la participación en el proceso de nacimiento, y los procedimientos quirúrgicos (cesárea de emergencia, fórceps y episiotomía) *Conclusiones:* El estudio demostró que los sentimientos negativos y positivos pueden coexistir, confirmando por lo tanto, el carácter multidimensional

de la experiencia del nacimiento. La evaluación de la mujer acerca de su parto está influenciada tanto por factores físicos como psicosociales, resaltando la importancia de un abordaje comprensivo en el cuidado del trabajo de parto.

Zhang CL.; Yu ZJ.; y Feng AH, en junio de 1996, seleccionaron en el hospital 100 mujeres en trabajo de parto que se dividieron al azar en 2 grupos: Un grupo con apoyo psicológico y un grupo control (50 en cada grupo). Al primero se le dio educación psicológica por personal especializado y el segundo grupo fue manejado con métodos de rutina. Los resultados mostraron que la frecuencia de dolor severo en el grupo con soporte psicológico fue menor que en el grupo control durante el primer periodo del trabajo de parto ( $p < 0.01$ ). Hubo diferencia estadísticamente significativa en los grados de dolor entre los dos grupos durante la segunda fase del trabajo de parto ( $p < 0.05$ ). La duración del primero, segundo estadio y tiempo total del trabajo de parto fue más corta en el grupo con soporte psicológico que en el grupo control ( $p < 0.05$ ). La frecuencia de trabajo de parto normal en el grupo con apoyo psicológico fue mayor que la del grupo control ( $p < 0.001$ ). Este estudio indicó que proveer de apoyo psicológico a las parturientas puede reducir el nivel del dolor durante el parto y disminuir la frecuencia de dificultad en el trabajo de parto.

Para Hodnett E., en Marzo-Abril de 1996, el apoyo durante el trabajo de parto es una de las funciones de enfermería más importantes, con efectos cuantificables sobre el desarrollo del trabajo de parto y el nacimiento. Las actividades de soporte caen dentro de 5 categorías: Soporte emocional, medidas de confort, apoyo, soporte del esposo o pareja, e información y consejo. El soporte del trabajo de parto es un repertorio de técnicas que la enfermera puede utilizar para ayudar a la mujer durante una de las experiencias más memorable de sus vidas.

El cuidado de enfermería es un componente crítico en la terapia de las mujeres que experimentan trabajo de parto. Existe, sin embargo, diversidad en el nivel de comprensividad y consistencia en los lineamientos para la práctica clínica. Los cuidados no estandarizados interfieren con la capacidad de alcanzar pronósticos positivos para la paciente.

Desde la última década. La analgesia epidural lumbar ha ganado un amplio uso en obstetricia. En este estudio publicado en 1996, Dailland P; Chaussis P. Landru J; y Belkacem H, concluyen que aproximadamente el 80 % de las

parturientas reciben analgesia epidural para el trabajo de parto, el parto y la cesárea, en muchos centros. Hay poca duda de que la más exitosa aplicación de analgesia epidural durante el trabajo de parto es considerada por más del 75% de la primigestas como extremadamente dolorosa. La calidad de la analgesia es superior a aquella que se alcanza bien sea por abordaje parenteral o inhalatorio y, a diferencia de estos métodos, la madre permanece alerta. De el aspecto anestesiológico, Kahlanek J; Cerly S; David J; Schmitz D, y Hanauer M; en abril de 1996, recomiendan el método de pérdida de la resistencia durante la verificación del espacio epidural como el método mas seguro (menor porcentaje de perforaciones de la duramadre espinal). En las concentraciones y dosis mencionadas, los autores no observaron ningún trastorno motor de las extremidades inferiores. La reunida experiencia con una combinación de un parto fisiológico con énfasis en el segundo estadio del trabajo de parto y la analgesia epidural, justifica no sólo la declaración de que ésta combinación es posible sino que es favorable para la madre y el feto. La combinación reduce considerablemente las desventajas de ambos tipos de manejo del trabajo de parto, si se usan aisladamente. Impone, sin embargo, mayores demandas para el equipo de trabajo y los costos son mayores. Estas desventajas, sin embargo, no deberían influenciar en las tendencias humanitarias de la obstetricia.

La analgesia epidural también previene, o disminuye en forma importante, la mayoría de las respuestas fisiológicas y químicas del dolor del trabajo de parto que pueden ser consideradas como respuestas de estrés, similares a aquellas que se describen durante la cirugía. Hay, por lo tanto, considerables beneficios para la madre y el niño. De esta manera, la analgesia epidural usualmente puede ser utilizada para aliviar tanto el dolor del cuello uterino como el dolor relacionado a la distensión del canal del parto, así como para proveer analgesia para parto instrumental o la cesárea. La analgesia epidural le permite a la madre estar despierta, minimiza o evita completamente los riesgos de aspiración materna y evita depresión neonatal por drogas debida a anestésicos generales. Si la indicación mas popular de la analgesia epidural es la provisión de alivio del dolor, hay ciertas complicaciones del embarazo en las cuales la analgesia epidural parece estar indicada con fines terapéuticos, tales como en la hipertensión inducida por el embarazo, parto podálico, embarazos múltiples, actividad uterina incoordinada y complicaciones médicas maternas y fetales.

## **BASES TEORICAS**

### **LA EMOCION DE MIEDO.**

La emoción de miedo es una de las que más atención ha recibido por parte de los investigadores y teóricos. De hecho, llegó a ser considerada por Freud como el problema central de la neurosis.

En cuanto a los desencadenantes de la emoción de miedo, al igual que con cualquiera otra emoción, sería imposible reseñarlos, ya que cualquier estímulo puede desencadenar la emoción de miedo en algunas personas. Tratando de armonizar este aspecto, hace algunos años Mayr (1974) proponía la existencia de tres tipos de miedo: miedo no comunicativo, que es el que se produce como consecuencia de seres no vivos, miedo ínter específico, que se produce como consecuencia de otros animales y miedo intra específico, que se produce como consecuencia de otros individuos de la misma especie. El denominador común en todas las situaciones que producen miedo es su capacidad de poner en funcionamiento en la persona que siente miedo su sistema de conducta aversiva, que proporciona la activación necesaria para evitar o escapar de la situación en cuestión

La propuesta que formula Le Doux en 1996 (2003) adquiere una especial significación en la emoción de miedo, pues propone la existencia de dos circuitos. Por una parte, el circuito clásico, o vía larga, conformado por el tálamo, la corteza sensorial, la amígdala y los centros efectores; por otra parte, un circuito subcortical, o vía corta, conformado por el tálamo, la amígdala y los centros efectores. La existencia y funcionalidad del circuito subcortical rápido garantiza la inmediata actividad conductual de un organismo.

En general, se produce la emoción de miedo cuando existe un estímulo, evento o situación que, tras la valoración realizada por un individuo-bien sea esta consciente o no consciente-, resulta significativamente relacionada con la amenaza física, psíquica o social al organismo, así como a cualquiera de las metas valiosas que este persigue. Es decir, con la posibilidad más o menos probable o certera de que la persona pueda perder algo importante. El proceso de valoración asociado a la emoción de miedo tiene connotaciones de pérdida; tiene connotaciones de

ocurrencia futura; y tiene características de inmediatez. El miedo es una reacción de autoprotección a una situación nueva o aversiva, mientras que la ansiedad es una respuesta condicionada de miedo ante situaciones nuevas. (Palmero y otros 2002) Estos aspectos parecen sugerentes. Si tuviésemos que elegir el desencadenante prototípico de la emoción de miedo, diríamos que se trata de la muerte. De hecho, la emoción de miedo es la más primitiva de las emociones, encontrándose asociada a la principal característica o finalidad de cualquier ser vivo: la supervivencia. Cuando aparece la posibilidad de perder la vida o cualquier otra variable asociada a la misma o a su calidad, se produce la emoción de miedo. Ahora bien, esa emoción solo se produce cuando la pérdida o amenaza de pérdida, se encuentra próxima. A todos nos da miedo la muerte. Sin embargo, solo sentimos miedo auténtico cuando percibimos que la muerte está próxima. La inmediatez denota peligro, y el peligro desencadena la emoción de miedo.(Palmero,2002)

## **FUNCIONES DEL MIEDO**

La emoción de miedo está presente en prácticamente todas las especies. Las funciones del miedo se encuentran relacionadas con la adaptación. Es decir, una persona que siente miedo toma conciencia de la dificultad de la situación, toma conciencia de lo que puede perder, y, como consecuencia de esos análisis conscientes, la persona decide escapar o enfrentarse a la situación, en ambos casos experimentando una importante activación de todos los mecanismos y procesos que se encuentran relacionados con la defensa, para incrementar la posibilidad de éxito. Por esta razón, tal como fácilmente se desprende, la emoción de miedo adquiere connotaciones de potencial motivadora de conductas relacionadas con la supervivencia. Esto es, la emoción de miedo podría ser considerada como una suerte de sensor que avisa del riesgo vital; cada vez que el organismo detecta la presencia de algún estímulo o situación que amenaza su vida o su equilibrio, entre otros procesos de ajuste, se produce la emoción de miedo, cuya función adaptativa consiste en activar al individuo para que este lleve a cabo alguna conducta que distancie de sí al estímulo. La emoción de miedo tendría funciones motivadoras relacionadas con la supervivencia. (Palmero y otros,2002)

## **LA RESPUESTA FISIOLÓGICA AL MIEDO**

La respuesta fisiológica al miedo se produce por acción de la amígdala, que a través de su estimulación sobre el hipotálamo lateral, produce un incremento de la activación simpática. Dicha activación produce un incremento de la frecuencia cardíaca, conductancia cutánea, tensión muscular, etc. Siguiendo la formulación de Le Doux (1996), tanto en aquellas situaciones en las que exige el funcionamiento de la vía corta (estimulo- tálamo-amígdala-hipotálamo-respuesta), como las que exige el de la vía larga (estimulo-tálamo-corteza-amígdala-hipotálamo-respuesta), los cambios fisiológicos y las manifestaciones expresivas son las mismas.

Las consecuencias de esta activación simpática producen un incremento en la secreción de catecolaminas desde la medula adrenal, fundamentalmente de epinefrina, lo cual, entre otras cosas, se traduce en un incremento en las respuestas de sudoración, en la frecuencia cardíaca, alteraciones en la frecuencia respiratoria, trastornos gástricos, tensión muscular y sequedad de boca. También se ha podido constatar la existencia de una importante vasoconstricción periférica, cuya consecuencia es una apreciable disminución de la temperatura, especialmente localizada en las extremidades, y más concretamente en los dedos, hecho que lleva a los individuos que experimentan miedo hablen de frialdad corporal. Tales manifestaciones psicológicas son el resultado de la activación de un sistema neurológico, en el que la amígdala tiene un papel destacado.

## **CONDUCTA MOTORA Y EXPRESIVA DEL MIEDO.**

En términos generales, las manifestaciones conductuales asociadas a la emoción de miedo tienen que ver con la evitación o con el afrontamiento de la situación o evento que amenaza la integridad de un individuo. O que el individuo cree que puede suponer un riesgo para su integridad.

Por lo que respecta a la evitación de un estímulo o situación que ha sido valorada con la significación de peligrosa o amenazante para el bienestar de una persona, puede ser de dos tipos: evitación activa y evitación pasiva. En la evitación activa, una persona lleva a cabo alguna conducta dirigida a alejarse de la situación o del estímulo en cuestión. En la evitación pasiva, una persona trata de pasar

desapercibida, o de no sufrir el daño previsto, mediante la ausencia de conducta de huida.

Por lo que respecta al afrontamiento de un estímulo o situación que ha producido miedo en una persona, hace referencia al enfrentamiento de dicho individuo con esa situación. Dicho enfrentamiento puede ser de dos tipos: activo y pasivo. En el afrontamiento activo, la persona utiliza sus recursos para imponerse y dominar la situación con la creencia o el convencimiento de que sus habilidades le permitirán evitar las consecuencias negativas de la situación. En el afrontamiento pasivo, una persona estima o cree que no tiene recursos para imponerse a la situación, con lo cual sus esfuerzos se dirigen hacia la proyección personal, tratando de minimizar, paliar o mitigar los efectos negativos de dicha situación, efectos que, por lo demás, esa persona cree que ocurrirán.

## **MIEDO Y ANSIEDAD**

Hace años, Sigmund Freud hablaba de la ansiedad, proponiendo que es la expectativa de un trauma. La ansiedad se encuentra relacionada con la expectativa; uno se siente ansioso cuando espera que algo ocurra. Al respecto, Mowrer (1939) estimaba que la ansiedad es la forma condicionada de la experiencia de dolor.

Igualmente, Sullivan (1956) ya establecía una distinción entre miedo y ansiedad: por una parte, el miedo es una reacción de auto-protección a una situación nueva o aversiva, mientras que la ansiedad es un producto de la educación; por otra parte, el miedo es una respuesta incondicionada a estímulos potencialmente destructivos o nocivos, mientras que la ansiedad es una respuesta condicionada de miedo que aparece en las situaciones nuevas.

Más allá de diferencias y similitudes entre ansiedad y miedo, es importante reseñar que en psicología experimental son clásicos los trabajos en los que se aborda el estudio del funcionamiento cognitivo en personas ansiosas. Al respecto, se ha podido apreciar como las personas ansiosas muestran un tiempo de reacción más lento – fundamentalmente cuando el contenido de la tarea a realizar se encuentra relacionado con los contenidos y situaciones especialmente asociados a la ansiedad en dichas personas-, un procesamiento más superficial de la información, una disminución en su capacidad de memoria, y una importante

dificultad para controlar la atención, lo que suele traducirse en la manifestación del problemas concretos relacionados con la ejecución que se está llevando a cabo, MacLeod, (1999). En nuestra opinión, una de las mejores explicaciones de este tipo de problemas y deficiencia de funcionamiento ha sido propuesta por Eysenck y Calvo (1992), para quienes en estos casos se produce una restricción funcional en la capacidad de la memoria de trabajo.

Los autores prestan atención a las preocupaciones cognoscitivas con significación emocional negativa, que generalmente son manifestadas por las personas muy ansiosas. Estas preocupaciones representan las manifestaciones cognitivas de la ansiedad, a diferencia de los síntomas o manifestaciones más somáticas, las cuales se encuentran relacionadas con un importante incremento de la activación simpática.

Ahora bien, como indican los autores, podría ocurrir que la ansiedad no se encontrase asociada con una disminución general del proceso de la información, sino con patrones inusuales de selectividad de procesamiento. Las personas ansiosas reservan una ansiedad, aunque no tenga nada que ver con las exigencias de ese momento, y sea irrelevante para la tarea concreta que tienen que realizar.

Eysenck (1991) considera que la ansiedad es un caso concreto de miedo aprendido; es la aceptación tradicional de la ansiedad. En cambio, Gray (1982) considera que la ansiedad puede ser entendida, bien como un estado de miedo elicitado por ciertos estímulos condicionados asociados con el castigo, bien como la anticipación de la frustración producida por otros estímulos. Por su parte, Barlow (1991) distingue entre miedo y ansiedad, y considera que el miedo y el pánico hacen referencia del mismo concepto.

A todo esto hay que añadir que en el DSM IV se considera que la ansiedad hace referencia al miedo, el pánico y la preocupación, llegándose a proponer que `` La ansiedad se refiere a la aprensión, tensión o dificultad derivada de la anticipación de un peligro, que puede ser interno o externo (American Psychiatric Association, 1994, p.392). En determinadas ocasiones, se ha considerado irrelevante la influencia de la estimulación a la hora de distinguir entre miedo y la ansiedad. Se ha argumentado que lo verdaderamente importante son las manifestaciones conductuales abiertas, apreciándose una conducta de escape o de evitación, en el caso del miedo, mientras que, en el caso de la ansiedad no se produce dicha conducta. Desde este tipo de argumento, se propone que la

ansiedad tiene que ver con lo que ocurre cuando la conducta de escape asociada al miedo resulta bloqueada. Es decir, la ansiedad es una forma de miedo que no se puede solucionar; una importante activación ni dirigida como consecuencia de la percepción de una amenaza. Por su parte Öhman (1993) si que distingue entre miedo y ansiedad en términos de reconocimiento de la fuente o desencadenante: en miedo, la fuente es conocida; en la ansiedad, no es conocida.

Como indican algunos autores (Clore y Ortony, 2000), una de las diferencias que se pueden establecer entre el miedo y la ansiedad, además de las ya comentadas, se refiere a la existencia o no de un objeto con el que se encuentra asociada la emoción. De hecho, la emoción lo es en la medida en la que podemos establecer la existencia de un objeto, de un desencadenante concreto que lo provoca. En la ansiedad ese objeto no existe. Como mucho, podríamos hablar de algo indefinido, vago, de la incertidumbre asociada a una situación. Relacionado con esta diferencia se encuentra el hecho de que, en la emoción de miedo, la existencia de un objeto motiva la ejecución de alguna actividad dirigida al problema, para controlar los efectos negativos del mismo. En el caso de la ansiedad, es difícil llevar a cabo una actividad dirigida al problema, ya que no se conoce el objeto; simplemente se puede manifestar una tendencia a la preocupación.

Tratando de ordenar la información existente, son dignos de mencionar los esfuerzos realizados por algunos autores (Nitschke, Heller y Millar, 2000), quienes resumen el estado de la cuestión refiriéndose a dos tipos o dimensiones de la ansiedad: por una parte, se refieren a una forma concreta de ansiedad, a la que denominan aprensión ansiosa, también definida como preocupación, ansiedad cognoscitiva, ansiedad anticipatorio, o frustración anticipatorio. Esta forma de ansiedad se caracteriza por una suerte de inquietud o preocupación por el futuro, así como por pensamientos relacionados con miedos y con experiencias pesimistas y negativas. En muchas ocasiones, esta forma de ansiedad va acompañada por tensión muscular, fatiga, agitación e impaciencia (Molina y Berkovec, 1994). Por otra parte, se refieren a la ansiedad autonómica, definida también como activación ansiosa, o ansiedad somática. Esta forma de ansiedad es la que predomina en las experiencias de pánico. Además de los sentimientos de miedo, la ansiedad somática se encuentra asociada con la aceleración e intensidad del latido cardiaco, con el vértigo, pero no con la tensión muscular (Watson, Weber,

Assenheimer, Clark, Strauss y McCormick, 1995). Así la ansiedad somática suele ocurrir como consecuencia de la percepción de una amenaza que, aunque implica miedo y preocupación que supone un daño inmediato, mientras que la ansiedad cognitiva suele ocurrir como consecuencia de una amenaza que, aunque implica miedo y preocupación, se localiza en un futuro más distante. En algunos trabajos actuales (Dien, 1999), se puede apreciar que las dos formas de ansiedad, la cognoscitiva y la somática, no son mutuamente excluyentes. La ansiedad cognoscitiva es particularmente prominente en el desorden de ansiedad generalizada y en el desorden obsesivo compulsivo, en los cuales predomina la preocupación y otros síntomas cognitivos.

Como fácilmente se desprende de lo dicho, la propuesta formulada por el equipo de Nitschke no coincide con la distinción establecida por Spilberger (1993) entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad hace referencia a una disposición a la preocupación, a estar tenso y a interpretar las situaciones estresantes como cargadas de amenaza. El estado de ansiedad se encuentra generalmente asociado con una respuesta de miedo más inmediata, yendo esta acompañada por los síntomas físicos característicos de la ansiedad somática.

Las hipótesis que actualmente más solidez parecen mostrar, aunque no confirmadas por completo, se refieren a la distinta participación de los hemisferios cerebrales en cada una de las formas de ansiedad. Al respecto, sabiendo que el hemisferio izquierdo es el dominante para las funciones del lenguaje en gran parte de las personas diestras, se podría plantear que dicho hemisferio se encontrase relacionado con la ansiedad cognoscitiva, ya que esta forma de ansiedad se caracteriza por la existencia de un importante componente verbal. Por otra parte, asumiendo que el hemisferio derecho se encuentra más implicado con la función del organismo, se podría plantear que dicho hemisferio tuviese una importante participación en la ansiedad somática.

## **ANSIEDAD**

Según Watson y Raynor (1920), la ansiedad es una respuesta de miedo anticipatorio, interna y generalizada a muchos estímulos. Esta respuesta tiene muchos componentes fisiológicos que la acompañan, como son las aceleraciones del ritmo cardíaco y otros síntomas semejantes. El individuo ansioso generalmente

la considera desagradable. El estrés emocional a menudo desencadena la ansiedad (cambios reales o amenaza de ellos en las relaciones personales). El desencadenante es menos evidente cuando los impulsos emocionales internos causan conflicto, porque las defensas psicológicas los apartan de la conciencia del individuo. Los impulsos surgen por acontecimientos ambientales a los que cada persona está especialmente sensibilizada, y la ansiedad representa el temor del individuo de perder el control de estos impulsos y de las acciones que puedan resultar.

Los síntomas de ansiedad son las manifestaciones directas de descarga del sistema nervioso autónomo periférico, a menudo puestas en marcha por fantasías amenazadoras, impulsos y emociones.

En el sistema nervioso central, los neurotransmisores noradrenérgicos desempeñan un papel prominente en la producción de ansiedad.

## **ANSIEDAD Y EMOCIONES**

La ansiedad es una emoción de los seres humanos y otros animales, que tiene por objeto un incremento de la activación fisiológica para ponernos en alerta ante posibles amenazas externas y movilizarnos hacia la acción para sortear dichas amenazas, y que sin duda ha sido fundamental para la supervivencia de nuestra especie. Desde este punto de vista la ansiedad es algo sano y positivo que nos ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinados peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana.

La emoción es un impulso involuntario, originado como respuesta a los estímulos del ambiente, que induce sentimientos en el ser humano y en los animales, y que desencadena conductas de reacción automática. (A. Sloman 1981).

Las emociones son procesos neuroquímicos y cognitivos relacionados con la arquitectura de la mente —toma de decisiones, memoria, atención, percepción, imaginación, que han sido perfeccionadas por el proceso de selección natural como respuesta a las necesidades de supervivencia y reproducción. La interacción

del organismo con el entorno constituye la matriz biológica de la experiencia subjetiva y social del ser humano, que identifica de este modo el carácter favorable o desfavorable del entorno hacia esta lucha.

Si el hombre es capaz de oponer resistencia al proceso de selección natural, es precisamente por su capacidad de imaginar nuevos entornos capaces de suavizar las emociones que más le agotan. El hombre cuenta con la capacidad de razonar aquellas emociones que le inducen sentimientos, las que pasan desapercibidas marcan nuestras respuestas involuntarias (lenguaje no verbal, inteligencia emocional).

Etimológicamente, según A. Sloman (1981) el término *emoción* significa *el impulso que induce la acción*. En psicología se define como aquel sentimiento o percepción de los elementos y relaciones de la realidad o la imaginación, que se expresa físicamente mediante alguna función fisiológica como reacciones faciales o pulso cardíaco, e incluye reacciones de conducta como la agresividad o el llanto. Las emociones son materia de estudio de la psicología, las neurociencias, y más recientemente la inteligencia artificial.

### **Origen de las emociones**

Según Aaron Sloman, la necesidad de enfrentar un mundo cambiante y parcialmente impredecible hace necesario que cualquier sistema inteligente (natural o artificial) con motivos múltiples y capacidades limitadas requiera el desarrollo de emociones para sobrevivir. De acuerdo a Linda Davidoff (1980), las emociones se constituyen mediante los mismos componentes subjetivos, fisiológicos y conductuales que expresan la percepción del individuo respecto a su estado mental, su cuerpo y la forma en que interactúa con el entorno.

### **Filosofía de las emociones**

La descripción de las emociones como casi todos los conceptos relacionados con la conducta y cognición humana está sujeta a la apreciación desde dos puntos de vista naturalmente opuestos. Por un lado, una explicación idealista que se basa en la concepción de un universo infinitamente complejo cuyo

entendimiento absoluto solo está en manos de un ser supremo e ideal. En el otro extremo una concepción materialista que describe los fenómenos universales, incluidos aquellos que explican la condición humana, como una consecuencia lógica de la configuración inicial, elemental y simplificada de un universo, que en sus inicios sólo estaba repleto de "voluntad de crear", o sea, energía.

Los idealistas consideran a las emociones como un legado divino cuyo origen no es entendible por mente humana no inspirada. Las emociones son humores invisibles que dictan las reglas de conducta social e individual y que previenen de los efectos nocivos o benéficos de nuestros actos y pensamientos y explican la bondad de las causas. Tratar de explicar las emociones desde este punto de vista implica, para el idealismo, tratar de razonar la relación que existe entre el entendimiento humano y los designios de Dios. La inspiración divina se comunica con los seres humanos mediante las emociones, las emociones son en estos términos caracteres de un lenguaje cuyos mensajes solo puede ser entendido por aquellos que han logrado un nivel de comprensión y abstracción espiritual superior de las obras de Dios y de los hombres, filósofos, sacerdotes, adivinos y emperadores. Las emociones vistas de esta manera explican sin necesidad de polémica la divinidad y maldad de todas las cosas. Los dioses, los elegidos y los santos son entonces entidades cuya explicación es el conjunto emocional que provocan en el creyente o en el inspirado.

Del lado opuesto, el materialismo, consideran que los hechos del universo son consecuencia de las alteraciones del azar, generadas por la constante distribución de la energía hacia los confines del universo, de una gran explosión que afecta, desde sus inicios, una gran sopa submolecular primigénica. Las emociones para el materialista, son estructuras cada vez más improbables de acontecimientos y objetos, que han sido ordenados y almacenados en el complejo rompecabezas de la cognición a lo largo de millones de años de evolución, y que han sobrevivido gracias a continuas escrituras y reescrituras en la biblioteca proteica del genoma animal.

Independientemente de cuál de estas explicaciones consideremos más aceptable, las emociones constituyen un concepto tan importante que no permiten dejar camino sin recorrer. Los estudios tanto humanistas como materialistas de los

complejos sistemas emocionales de los seres vivos han permitido explicar muchos aspectos de la complejidad de la interacción humana y los sistemas socioeconómicos. El entendimiento de las emociones es además un mecanismo de poder e influencia bastante maleable y corrompible. De todo esto, adicional a la comprensión de los caracteres emotivos incuestionables de cada individuo, es necesario entender el significado social y práctico de las emociones.

### Importancia de la comprensión de las emociones

La interacción humana con el entorno es básicamente emocional, las características distinguibles de la cognición humana respecto a otros animales parece siempre estar definida en el plano emocional, al grado tal que quienes han comprendido este hecho lo han aprovechado para vincular las emociones con objetos e identidades que normalmente no son objetos emocionales del ser humano. El plano de lo emocional es el plano de lo que entendemos o reconocemos como entendido, recordado y concluido en nuestras mentes, si percibes una emoción respecto al hecho, no hay necesidad de discusión adicional "lo has captado". El individuo tiende a recordar con mayor facilidad a las personas con quienes, de una u otra forma, han estrechado un vínculo emocional, aún cuando sea negativo, incluso momentáneo. Las relaciones humanas y las preferencias sobre personas y grupos generadas en instantes de carga emocional son más duraderas y radicales.

## **Componentes de las emociones**

### Componente fisiológico

El componente fisiológico de las emociones son los cambios que se desarrollan en el sistema nervioso central (SNC) y que están relacionados con la presencia de determinados estados emocionales. Son tres los subsistemas fisiológicos que según Davidoff (1980) están relacionados con las emociones, el SNC, el sistema límbico y el sistema nervioso autónomo. Durante los procesos emocionales se consideran particularmente activos a los siguientes centros del SNC:

## Corteza cerebral

La corteza cerebral forma parte del SNC. Davidoff (1980) y Sloman (1981) coinciden en que la corteza cerebral activa, regula e integra las reacciones relacionadas con la emociones. De acuerdo a la Arquitectura Computacional de la Mente de Sloman, se requiere de un proceso central administrativo dedicado a las decisiones referentes a intenciones, selección de planes y resolución de conflictos. De acuerdo a Sloman las decisiones de un sistema inteligente no se pueden tomar de manera independiente, de ahí que los procesos desarrollados por la mente que impliquen logros conflictivos necesitan ser resueltos a un mayor nivel de abstracción.

## Hipotálamo

El hipotálamo forma parte del sistema límbico. Este se dedica a la activación del sistema nervioso simpático. Este centro está relacionado con emociones como el temor, el enojo, además de participar como activador de la actividad sexual y la sed.

## Amígdala

La amígdala está relacionada con las sensaciones de ira, placer, dolor y temor. La extirpación de la amígdala causa complejos cambios en la conducta.

## Médula Espinal

De acuerdo a Harold Wolff, referido por Davidoff todas las emociones están relacionadas con determinadas respuestas fisiológicas a las emociones. Wolff con sus experimentos demostró que las paredes estomacales reaccionaban a los estados emocionales cambiando su flujo sanguíneo, las contracciones peristálticas y las secreciones de ácido clorhídrico. Albert Ax determinó la relación entre las emociones y la frecuencia cardíaca, conductividad eléctrica de la piel (relacionada con la transpiración), tensión muscular, temperatura de rostro y manos y frecuencia respiratoria. Se encontró que las reacciones emocionales al peligro provocaban reacciones similares a la acción de la adrenalina, se encontró que los actos insultantes provocan reacciones musculares, cardíacas y respiratorias similares a

la acción de la adrenalina y noradrenalina. Gary Schwartz encontró que algunas reacciones emocionales provocan cambios de tensión muscular facial imperceptibles a simple vista pero medibles instrumentalmente. Según lo anterior es posible que las reacciones emocionales estén relacionadas con cambios fisiológicos necesarios para que el individuo haga frente a la situación o bien para la transmisión de mensajes o señales de respuesta a otros individuos. Puede considerarse también la hipótesis de que muchos de estos cambios quizás sean perceptibles sólo de forma inconsciente por otros individuos.

### Formación reticular, el fabricante de la realidad

Al igual que la corteza forma parte del SNC. Davidoff explica la operación de la formación reticular como un proceso de filtrado e interpretación básica de la información percibida por el individuo. De acuerdo a esto, Davidoff explica que los procesos de percepción que puedan contener datos o información que potencialmente sea capaz de generar emociones deben filtrarse por este sistema. Sloman dice que para los individuos inteligentes los obstáculos, oportunidades, enemigos y amigos no siempre pueden ser reconocidos por la mente del individuo según patrones físicos simples, de manera que se requiere el uso de una descripción estructural de ellos para reconocerlos. Podríamos proponer entonces que la formación reticular procesa los patrones físicos para reconocer estructuras cognitivas que no son perceptibles directamente por las sensaciones.

En torno a la función de la formación reticular en los procesos mentales emotivos debe indicarse la dificultad que hay en describir los procesos de inteligencia y la construcción mental de estructuras lógicas como causa o como consecuencia de los estados emocionales, la aproximación más precisa en ese sentido la da Piaget al describir las conductas emocionales representadas por los niños como consecuencia de los procesos de percepción, aprendizaje y comprensión a diferentes edades (Psicología de la Inteligencia). De ser así las disfunciones en la formación reticular en los niños a causa de alguna enfermedad debe tener consecuencias notables en su habilidad de adaptarse a diferentes métodos de aprendizaje y dicho comportamiento puede revelarse como estados emocionales inusuales en ciertas actividades relacionadas con la cognición.

Giménez-Anaya en su artículo al describir algunas de las funciones de la formación reticular nos sugiere que la formación reticular relaciona algunos estados emocionales con la habilidad del individuo de permanecer alerta (sueño-vigilia) en un entorno cambiante y de percibir adecuadamente los estímulos para interpretar la realidad del entorno. En otras palabras, la formación reticular sería como una especie de intérprete y enlazador de los estímulos del mundo y la conexión con la concepción de la realidad para cada individuo.

### Componentes subjetivos

El componente subjetivo de las emociones es el conjunto de procesos cognitivos relacionados con la respuesta emocional a determinados estados del entorno y cambios fisiológicos. Piaget explica en su Psicología de la Inteligencia que algunas reacciones emocionales son producto de los procesos mentales que tratan de estructurar el entorno del individuo.

Los procesos de aprendizaje y comprensión de acuerdo a Piaget son procesos que intrínsecamente generan o requieren la existencia de estados emocionales. El componente subjetivo de la emoción es objeto de polémica. Hay varias aproximaciones, una neurosicológica, que explica las emociones de acuerdo con la conciencia individual y a la percepción humana de las mismas y al análisis de sus relaciones con la conducta y la fisiología. Otra aproximación que trata de explicar las emociones como consecuencia de los procesos necesarios para el funcionamiento de diferentes estructuras cognitivas de la mente. Una tercera y poco común trata de explicar las emociones como un conjunto de consecuencias fisiológicas y de conducta producto de la conformación de estructuras lógicas en los procesos mentales.

Todas las aproximaciones que tratan de explicar el componente subjetivo de las emociones suelen estar interrelacionadas entre sí, esto es, las emociones se generan por niveles de abstracción los cuales definen su complejidad, desde emociones superficiales resultados de percepciones elementales y reacciones inmediatas, hasta emociones complejas producto del análisis de escenarios y entornos complejos que implican elementos de la memoria y consideraciones de estados pasados, actuales y futuros del individuo, de esta forma los mismos tipos

genéricos de emoción, como por ejemplo, el enojo, pueden generarse de varias formas según el nivel de abstracción, por una reacción inmediata a un estímulo nervioso directo, como una herida, o bien como resultado de una apreciación abstracta del entorno, como al escuchar un discurso ofensivo.

Normalmente las reacciones emocionales fisiológicas observables son difíciles de diferenciar por su nivel de abstracción. La principal diferencia, la duración, depende del estado de aceptación o rechazo del individuo a las condiciones del entorno o bien a la duración de las condiciones que la provocaron. Sin embargo no queda duda que las reacciones emocionales también están relacionadas con la bioquímica del organismo.

### Componente conductual

Es el comportamiento perceptible de los individuos relacionados con estados mentales emocionales. Se considera que las reacciones de conducta a los estados emocionales no constituyen conductas relacionadas directa o lógicamente con el estado del entorno, es decir, las conductas características de diversos estados emocionales son en general conductas emergentes. Las conductas emergentes relacionadas con las emociones pueden tener la función de transmitir o comunicar el estado emocional a otro individuo, ya sea para prevenirlo o intimidarlo, pueden ser reacciones de defensa involuntarias ante un enemigo o agresor real o imaginario o pueden ser un proceso de búsqueda de conductas adecuadas para manejar determinadas situaciones desconocidas.

El estado emocional parece ser determinante ante la disyuntiva de atacar o huir de un individuo amenazado, normalmente este estado emocional se genera ante las señales emocionales representadas o transmitidas por el agresor o víctima. Muchas emociones tienen un comportamiento de relajación y posteriormente opuesto al estado emocional, después de un estado de enojo puede sobrevenir un estado de calma o incluso placer, después de un estado de tristeza puede sobrevenir cierto estado de calma o consuelo. En los niveles más elementales de abstracción la conducta emocional es más fácil de comparar entre individuos, especies o agentes al elevar el estado de abstracción, la conducta relacionada con los estados emocionales suele ser impredecible.

Aparentemente los estados emocionales permiten al individuo establecer determinados formas de apreciar el entorno y a preferir determinadas estructuras lógicas o formales para concebirlo respecto de otras, todo esto con el fin de ser capaz de obtener conclusiones rápidas y de cambiar sin necesidad de un proceso racional de un patrón de conducta o razonamiento a otro, quizás más adecuado al tipo de situaciones a las que se enfrenta, ya sea una situación práctica, social, analítica o creativa o de supervivencia.

### **El aprendizaje y las emociones**

Según Piaget existen conductas claramente emocionales relacionadas con los procesos de construcción de una mente individual inteligente. Los procesos de conocimiento del entorno se adquieren en un proceso de evolución individual de la inteligencia que selecciona estructuras internas relacionadas con la formación y características estructurales del cerebro y los elementos del sistema nervioso y las relaciona con las percepciones entorno, dando como resultado procesos mentales cada vez más complejos que constituyen literalmente una "Epigénesis" de las estructuras cognitivas, la interacción de estos factores son lo que conocemos como inteligencia. De acuerdo con Piaget ¿La habilidad de reaccionar emocionalmente está relacionada con la inteligencia del individuo? ¿Son los individuos más inteligentes también los más emotivos? ¿Se les puede enseñar a los individuos a tener o adquirir determinados estados emocionales? ¿Lo hace esto más capaces de entender el mundo?

### **Inteligencia emocional**

Según Goleman, (1999) los centros cerebrales que albergan las emociones albergan también las habilidades necesarias para la supervivencia y la adaptación de acuerdo a la herencia evolutiva. Goleman expresa que la inteligencia emocional significa el manejo adecuado y efectivo de los sentimientos con el fin de lograr el trabajo pacífico y conjunto de los individuos con una meta común. Goleman clasifica la comprensión de la inteligencia emocional en función de tres dimensiones: autodominio, habilidad social y aprendizaje.

- Autodominio

- Habilidad social
- Aprendizaje: Goleman considera que un nuevo modelo de aprendizaje es necesario para la comprensión adecuada de la realidad. Este modelo implica que el individuo aprende no solamente habilidades puramente cognitivas sino además habilidades personales y sociales. Estos grupos operan en diferentes estructuras del cerebro del individuo.

### **Las emociones positivas**

Para Renny Yagosesky, Escritor y Orientador de la Conducta, no existen emociones negativas, y sólo dos factores las convierte en potencialmente negativas: el tiempo de permanencia y las cogniciones que las acompañen. Desde esta óptica, la rabia puede servir para proteger un territorio que se cree amenazado, la tristeza puede ayudar a una introspección curativa, la culpa nos permite reconstruir nuestra moralidad, y el miedo sirve para protegernos de riesgos perjudiciales. Asegura que ciertas emociones pueden dañarnos cuando dejan de ser una expresión, una reacción, y se fijan como estado o condición, con poca o ninguna variabilidad. Para Yagosesky, los estados internos que promueven mayor bienestar son: la alegría y la serenidad, y sugiere para alcanzar la alegría, incrementar las actitudes de gratitud y Optimismo, y para desarrollar Serenidad aboga por aprender neutralidad o bajo juicio, y relajación frecuente.

### **LA EMOCION DE LA ALEGRIA**

Palmero y otros (2002) describen que el estudio de la emoción de la alegría se caracteriza por la existencia de dos limitaciones fundamentales: por una parte, la escasa importancia que sistemáticamente se ha concedido a las emociones positivas y, por otra parte, la pluralidad conceptual vinculada al término de la alegría. En efecto, frente al interés general por las emociones negativas, el estudio de las emociones positivas ha ocupado un segundo plano. Smith y Lazarus (1993) apuntan que quizá el motivo por el cual estas emociones han sido relegadas de las investigaciones psicológicas puede deberse a que presentan un impacto menos pronunciado en los procesos de adaptación y bienestar psicológico. La psicología ha estado siempre más vinculada a la explicación de alteraciones, desordenes y

conflictos del comportamiento que a la explicación de la normalidad del mismo. No obstante, a nuestro juicio, tan relevantes son las emociones positivas como las negativas, ya que, al final, el objetivo que persigue el organismo es el mismo: mantener o recuperar el equilibrio.

Por lo que respecta a la pluralidad de conceptos que habitualmente se utiliza en el lenguaje cotidiano para referirnos a dicha emoción, hay que destacar términos como alegre, feliz, gozoso, despreocupado, excitado, exultante, contento, divertido, risueño, triunfante, jovial, agradablemente sorprendido, entre otros. Sin embargo, todos ellos formarían parte del efecto positivo, no todos se corresponden con la emoción de alegría. Lo más frecuente ha sido encontrar que los conceptos de felicidad y alegría se han utilizado de forma indistinta, creando una gran confusión. En el siguiente texto vamos a centrarnos en la emoción de alegría, sin profundizar en conceptos relacionados con disposición afectiva más a largo plazo, tales como la felicidad o el bienestar subjetivo. La alegría como cualquier otra emoción, se corresponde a una respuesta multidimensional, con connotaciones adaptativas, que suele ser muy breve, muy intensa y provocada por un estímulo antecedente con unas características específicas, la alegría es una emoción básica que se caracteriza, por tanto, por poseer una importante dimensión innata; no obstante, al igual que en prácticamente todas las emociones, los desencadenantes que pueden provocar dicha emoción presentan una mayor influencia cultural (Rosenman y Smith, 2001). A la hora de establecer cuáles son los determinantes o antecedentes del proceso emocional de la alegría nos encontramos con cierta dificultad. Para Levenson (1999), no aparece muy claro, al menos en principio, con qué problema se encuentra asociada la alegría; es decir, no parece evidente el problema o situación que se soluciona con dicha emoción. Las teorías cognoscitivas de las emociones son las que más han ahondado en los desencadenantes de la alegría, considerando que la valoración o la interpretación de un evento o situación es el componente clave que suscita la emoción. Así, Lazarus (1991), desde una perspectiva cognitiva, concretamente, desde la teoría (relacional-motivacional-cognitiva), considera que la alegría se produce como consecuencia de la valoración que hace un individuo referida al progreso razonable respecto a la consecución de un fin deseado. Ortony, Clore y Collins (1988/1996), también desde una postura cognitiva de la emoción, apuntan que la alegría se

produce fundamentalmente tras la evaluación positiva de las consecuencias provocadas por un determinado evento, en términos de las implicaciones que representa para las metas de una persona. Esto es, si las consecuencias provocadas por un acontecimiento son evaluadas como deseables, y contribuyen a la consecución de objetivos, se produce la alegría. En suma, a partir de un análisis general de las teorías cognitivas, podemos concluir que la emoción de alegría se produce como consecuencia de la valoración de que las metas u objetivos a conseguir se encuentran próximos, pueden ser mantenidos o se pueden recuperar.

## **AUTOCONTROL**

Según Richard B. Stuart (1976), los procesos conductuales para obtener el control sobre el comportamiento propio son esencialmente los mismos implicados en el control de la conducta de otros. Hay cuatro fases:

1.- La primera fase para lograr el autocontrol consta de :

- a) La definición precisa de la respuesta que debe controlarse.
- b) La especificación de las condiciones de estímulo que evocan (Proporcionan la ocasión) para esa respuesta.
- c) La especificación de los resultados o las consecuencias de esas respuestas.

2.- La segunda fase para controlar la conducta es la identificación de otros comportamientos que conducen a la respuesta deseada, así como las conductas que obstaculizan o ayudan a bloquear las respuestas indeseables.

3.- La tercera fase es la identificación de reforzadores positivos que puedan fortalecer esos patrones conductuales.

4.- La cuarta fase es el autocontrol para utilizar esos reforzadores positivos, con el fin de fortalecer otras conductas que puedan bloquear y, así mismo ayudar a reducir la respuesta.

# ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD Y FACILITACIÓN DE LA RECUPERACIÓN EN PACIENTES ADULTOS

## Técnicas psicológicas

Uno de los primeros trabajos, ya clásico, en el que se observó la importancia del "tratamiento psicológico" para facilitar la recuperación fue el realizado por Egbert, Battit, Welch y Bartlett en 1964. En este estudio se comprobó que un grupo de pacientes que había recibido la visita del anestesista el día antes de la operación, comparado con un grupo al que sólo se le había administrado barbitúricos, necesitó menos días para recuperarse, menos analgésicos y sufrió menos ansiedad.

Desde el estudio de Egbert y colaboradores, las investigaciones que se han realizado con el fin de comprobar la eficacia de las técnicas psicológicas para reducir la ansiedad y facilitar la convalecencia han sido numerosas (véase, López-Roig, Pastor y Rodríguez-Marín, 1993).

Las técnicas psicológicas empleadas son muy variadas. En este apartado intentaremos describirlas agrupándolas en cinco grandes grupos .

## Técnicas cognitivas

En este apartado incluiremos aquellas técnicas cuyo principal objetivo ha consistido en alejar los pensamientos negativos respecto a la operación.

. **Apoyo psicológico.** Llamamos técnica de apoyo psicológico a aquella que se basa principalmente en crear un clima de confianza para poder hablar con el paciente de forma distendida sobre sus preocupaciones acerca de la operación. Aunque de todas las técnicas que describiremos, esta técnica es la menos estructurada, también se consigue mediante su aplicación una facilitación de la recuperación (Moix, Casas, López, Quintana, Ribera y Gil, 1993; Shindler, Shook y Schwartz, 1989; Viney, Clarke, Bunn y Benjamin, 1985)

. **Distracción cognitiva.** Esta técnica fue usada en el estudio de Pickett y Clum (1982). Según la descripción de estos autores, la técnica consistió en la asociación de 10 imágenes de la operación seguidas de 10 imágenes que dirigían la atención

del paciente a una situación relajante. Los efectos conseguidos fueron: la reducción de la ansiedad y del dolor.

. **Reestructuración cognitiva.** Esta técnica se basa en el cambio de pensamiento negativos respecto a la intervención y hospitalización por otros positivos. Esto es, consiste en enfatizar al sujeto los aspectos positivos de la intervención como "aprovecharé para descansar, leer,..." (del Barrio, 1994; Lozano, 1996).

. **Recordar.** Esta técnica se utilizó en la investigación de Rybarczyk y Auerbach (1990) con gente mayor de 65 años y consistió: o en recordar acontecimientos pasados positivos; o bien, en recordar ocasiones en las que gracias a la habilidad del sujeto se había superado con éxito algún obstáculo. Ambos procedimientos se mostraron efectivos. Los beneficios consistieron en la disminución de la presión sanguínea y la disminución de la ansiedad.

. **Imaginación guiada.** Durante la imaginación guiada, el paciente ha de realizar un viaje mental por todo el cuerpo hasta la herida y una vez allí imaginarse el proceso normal de curación. Esta técnica junto con la relajación se utilizó en el estudio de Holden-Lund (1988). Los resultados indicaron que los pacientes a los que se les aplicó esta terapia sufrieron menos ansiedad, liberaron menos cortisol y presentaron menos eritemas en la herida.

### **Técnicas conductuales**

El objetivo de las técnicas conductuales es la colaboración activa del paciente en su recuperación.

. **Relajación.** Habitualmente, se entrena al paciente en relajación antes de la intervención quirúrgica y se le anima a que la practique diariamente durante su convalecencia. Los beneficios conseguidos mediante esta técnica son muchos (Leserman, Stuart, Mamish y Benson, 1989; Lozano, 1996; Manyande, Chayen, Priyakumar, Smith, Hayes, Higgins, Kee, Phillips y Salmon, 1992; Markland y Hardy, 1993): disminución de la ansiedad, reducción de la toma de analgésicos, disminución de la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca, etc.

. **Desensibilización sistemática.** Esta técnica se basa en la relajación pero además el paciente debe visualizar los aspectos que le producen ansiedad de forma ordenada. Esto es, primero debe imaginarse la situación menos estresante,

cuando logra encontrarse relajado imaginando esta situación, debe visualizar la segunda que más le amenaza y así sucesivamente (del Barrio, 1994).

. **Modelamiento.** Este método consiste en la visualización de un vídeo donde se muestra a un paciente afrontando correctamente las diferentes etapas de la hospitalización. Dado que este método se utiliza principalmente con niños los describiremos en el apartado dedicado a éstos. (del Barrio, 1994)

. **Suministro de instrucciones conductuales** específicas para facilitar la recuperación. Las instrucciones conductuales que se facilitan a los pacientes dependen mucho del tipo de operación a la que han de someterse. Sin embargo, en general podríamos decir que éstas suelen hacer referencia a cómo el paciente debe: moverse después de la intervención, toser, y respirar profundamente. Aunque muchos de estos consejos ya suelen darse por parte de las enfermeras o médicos, éstos no las suelen facilitar de forma tan sistemática y prestando tanta atención al factor motivación para llevarlas a cabo como cuando estas instrucciones forman parte de técnicas psicológicas. Los beneficios que se obtienen al suministrar estas instrucciones son difíciles de evaluar puesto que normalmente dichas instrucciones forman parte de técnicas paquete donde se combinan diferentes métodos para facilitar la recuperación. (del Barrio, 1994)

### **Técnicas informativas**

La técnica más utilizada con pacientes quirúrgicos se basa en informar a los pacientes acerca de la operación y la hospitalización. Esta técnica posee diferentes modalidades que vienen determinadas por cómo y qué tipo de información se facilita.

Respecto a la forma de suministrar información, ésta se puede facilitar a través de folletos, cassettes, vídeos o mediante la simple conversación.

En cuanto al contenido, existen dos clases de información. Una es la que hace referencia al procedimiento. Es decir, se informa al paciente sobre la naturaleza de las diferentes fases: pre, intra y postquirúrgica. El segundo tipo de información se centra en las sensaciones que probablemente el paciente sentirá como: el dolor, la somnolencia, rigideces, etc. Evidentemente, en muchos casos la información hace tanto referencia al procedimiento como a las sensaciones.

La eficacia de las técnicas informativas depende en gran medida del estilo de afrontamiento de los pacientes. Diversas investigaciones (Auerbach, Martinelli y Mercuri, 1983; Greene, Zeichner, Roberts, Callahan y Granados, 1989; Ludwick-Rosental y Neufeld, 1993; Miller y Mangan, 1983; Shipley, Butt, Horwith y Fabry, 1978; Shipley, Butt y Horwitz, 1979) demuestran que la información produce efectos beneficiosos a los pacientes "vigilantes" (sujetos que normalmente intentan superar las situaciones estresantes obteniendo la máxima información sobre las mismas) mientras que incluso puede provocar efectos contraproducentes en personas "evitadoras" (sujetos que no suelen querer ningún tipo de información intentando superar la ansiedad sin pensar en el problema).

## **PREPARACION DE ENFERMERIA PARA EL TRABAJO DE PARTO**

Para D.C. Bethea, 1984, la preparación de la madre para el trabajo de parto y la expulsión por parte de enfermería incluye el afeitado de la zona y el enema evacuador; según las indicaciones del médico, así como otras funciones que se citan a continuación:

*Apoyo emocional: Primera fase.* Todas las pacientes en trabajo de parto necesitan cierto apoyo emocional de la enfermera. Este varía ampliamente desde unas pocas palabras de aliento a casi una ayuda constante en cada contracción. La necesidad de este apoyo por la enfermera parece estar influido por:

- 1.- Si la madre tiene a su esposo o a otra persona importante junto a ella o si está sola.
- 2.- La preparación previa de la madre y el cónyuge para el nacimiento.
- 3.- La actitud de la madre (o cónyuge) durante el trabajo de parto.
- 4.- Experiencias previas de parto.

*Cómo proporciona apoyo la enfermera:*

- 1.- Siendo amable, bondadosa, preocupada y considerada con cada uno de ellas.
- 2.- Siendo cariñosa y estar dispuesta a ayudar cuando se realizan exámenes y maniobras que pueden ser desagradables o embarazosas para las pacientes.
- 3.- Proporcionando una atmósfera privada y quieta de tal forma que la madre pueda concentrarse en su relajación y en sus técnicas de respiración durante las contracciones.

- 4.- Permaneciendo con la madre a través de toda la fase activa del parto, explicándoles lo que está ocurriendo y qué pueden esperar que ocurra a medida que progresa el trabajo de parto.
- 5.- Tratando a ambos cónyuges con dignidad y respeto.
- 6.- Elogiándolos cuando hagan bien las cosas.
- 7.- Manteniendo la serenidad y siendo firme cuando se necesite, a fin de mantener a la paciente bajo control o ayudarla a que recobre el control,
- 8.- Anticipándose a las necesidades físicas de la paciente y satisfaciéndolas lo más rápido posible.

#### *Cuidado Físico:*

Deambulación: Al comienzo del trabajo de parto, suele permitirse a la paciente caminar tanto como lo desee.

Medidas de bienestar general: La boca de la madre se reseca bastante. Si lo permite el médico, pueden tenerse al lado de la cama trozos de hielo para aliviar la sequedad o cremas especiales (glicerina con limón). A menudo, las membranas se rompen durante la primera etapa del trabajo de parto, lo que hace que la madre se sienta incómoda; debe colocarse bajo las nalgas un centro de cama para mantener seca la región. La enfermera debe limpiar la zona y cambiar el centro de cama tan frecuentemente como sea necesario.

La enfermera puede hacer que el trabajo de parto sea más placentero y tolerable si ayuda a la paciente a relajarse durante las contracciones.

Al descender el feto al canal del parto, muchas pacientes experimentan presión y molestia en la porción inferior del dorso. Frotar el dorso inferior alivia un poco la molestia y ayuda a la madre a relajarse. Si el esposo está presente, la enfermera puede mostrarle cómo hacerlo.

Cuidados de la vejiga: Durante el trabajo de parto, la vejiga de la madre no debe distenderse. Una vejiga llena es incómoda y puede ser lesionada por el trabajo de parto. También puede evitar el descenso del feto e interferir en las contracciones uterinas.

Prevención de las infecciones: Al atender a las pacientes en el trabajo de parto, la enfermera debe hacer todo lo posible para proteger a la madre y al niño de la infección.

Observaciones: Durante todo el trabajo de parto, se observa el estado de la paciente para hallar signos de infección, toxemia u otros problemas. Se toman su temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial frecuentemente (cada 5-10 minutos). Las alteraciones deben informarse al médico. El sangrado vaginal, distinto de la marca, también debe informarse al médico. Si se dispone de un monitor electrónico para el control continuo de la frecuencia cardiaca fetal (FCF), deberá emplearse tan pronto como la fase activa del trabajo de parto se establezca. Si no hay monitor disponible, la enfermera debe escuchar la FCF, especialmente durante y después de cada contracción. Se debe escuchar la FCF inmediatamente después que las membranas se rompen. Si se ha producido prolapso del cordón, pueden estar ausentes los ruidos cardiacos fetales o pueden tener una frecuencia baja o ser irregulares a causa de la presión de la parte de presentación sobre el cordón.

La enfermera debe informar inmediatamente al médico de los signos de sufrimiento fetal, los cuales incluyen:

- 1.- Taquicardia persistente.
- 2.- Desaceleraciones variables graves o desaceleraciones tardías persistentes a pesar de cambios de posición de la madre.
- 3.- Pérdida de la variabilidad de la línea basal.
- 4.- Meconio en el líquido amniótico en una presentación cefálica.

Cuando la enfermera controla la FCF con el fetoscopio, debe reportar al médico:

- 1.- Taquicardia persistente.
- 2.- FCF irregular.
- 3.- FCF que disminuye por debajo de 100 latidos por minuto durante una contracción y que no se normaliza en 10 a 15 segundos después que la contracción termina.

Preparación para el trabajo de parto: La enfermera al hacer los preparativos para el parto usa gorro para cubrir su cabello y una máscara para cubrir su boca y nariz, y haciendo uso de la técnica aséptica, reúne y dispone en forma adecuada los materiales estériles que el médico necesitará para la paciente y el niño. Estos materiales están cubiertos con un lienzo estéril hasta que la madre está lista para el trabajo de parto.

### *Segunda etapa del Trabajo de Parto.*

Cuando la paciente es llevada a la sala de partos, la enfermera la ayuda a subir a la mesa. Cuando la dilatación es completa, debe indicársele a la paciente que puje con fuerza.

### *Tercera etapa del Trabajo de Parto.*

Registro: El nacimiento del producto señala el final de la segunda etapa del trabajo de parto y el principio de la tercera. La enfermera registra en el expediente la información pertinente respecto al nacimiento. Esta incluye:

- 1.- Hora del nacimiento.
- 2.- Posición del producto.
- 3.- Si el trabajo de parto fue espontáneo o instrumental.
- 4.- Tipo de episiotomía.
- 5.- Sexo del recién nacido.
- 6.- Estado del niño

### **PARTO NORMAL:**

K.R. Niswander en su Manual de Obstetricia de 1993 define el parto normal como el proceso mediante el cual las contracciones del útero grávido expelen al feto. El parto que finaliza una gestación a término se produce entre las 37 y las 42 semanas a partir de la fecha de la última regla. El parto pretérmino es el que tiene lugar antes de las 37 semanas de edad gestacional.

El parto se divide en tres estadios. El primer estadio abarca el intervalo de tiempo entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación completa del cuello (10 cm). Este estadio se subdivide en una fase latente y otra activa. La fase latente se caracteriza por una lenta dilatación de cuello, hasta aproximadamente 4 cm. Se sigue de la fase activa que se caracteriza por una dilatación más rápida hasta conseguir los 10 cm.

El segundo estadio del parto comienza con la dilatación completa del cuello y finaliza con el parto del recién nacido. Frecuentemente se caracteriza por los pujos voluntarios e involuntarios de la paciente durante las contracciones uterinas, para ayudar a nacer al feto.

El tercer estadio del parto comprende el intervalo entre el parto del recién nacido y el alumbramiento de la placenta.

### **DURACION DEL TRABAJO DE PARTO:**

La duración del trabajo de parto según K.O. Driscoll; D. Meagher y P. Boylan en 1996 se define como el número de horas que la mujer pasa en la sala de partos, desde el momento que ingresa hasta que nace el niño. No se consigna el tiempo transcurrido por la paciente en su hogar ya que este no tiene relevancia clínica. Esta definición de duración de trabajo de parto se justifica porque:

- 1.- El momento de la admisión es decidido por la paciente.
- 2.- La responsabilidad del equipo médico se inicia cuando la mujer decide ponerse en sus manos.
- 3.- La duración del trabajo de parto puede registrarse con precisión.
- 4.- La madre tiende a registrar de esta manera la duración de su parto.

Efectivamente, la duración del parto está determinado por la duración del periodo de dilatación, ya que éste presenta el 80-90 % del tiempo total del proceso del parto. El expulsivo dura mucho menos tiempo y contribuye en menor medida al problema de la duración total.

Esta definición se aplica por igual cuando una mujer sin trabajo de parto está en la sala por cualquier razón. De ahí que la duración del mismo, en una mujer sometida a inducción, se cuenta desde su ingreso en la sala de partos, ya que este es el tiempo que está sometida a estrés. A pesar de que es casi imposible definir en que momento termina la inducción y se inicia el trabajo de parto, el procedimiento expone a la paciente al mismo estrés, como si estuviera todo el tiempo en trabajo de parto.

### **INDUCCION FRENTE A LA ACELERACION DEL PARTO.**

Para K.O. Driscoll; D. Meagher y P. Boylan (1996) hay diferencias importantes entre la inducción y la aceleración del parto. Existe una gran confusión entre estos dos procedimientos, a pesar de que su correcta diferenciación es un prerrequisito para la asistencia adecuada en el parto.

El no hacer una clara distinción entre la inducción, que es un procedimiento que intenta interrumpir el embarazo, y la aceleración que es la modificación de un proceso fisiológico que ya ha comenzado, ha confundido a médicos, enfermeras y pacientes. Se supone que la inducción y la aceleración son extensiones de un mismo procedimiento que, imperceptiblemente se funden el uno con el otro. La confusión nace del hecho de que en ambos casos se rompen las membranas y se infunde oxitocina.

### **DURACION DEL ESTRES:**

La inducción tiene el efecto opuesto a la aceleración en cuanto a que produce mayor estrés en la parturienta. Para K.O. Driscoll; D. Meagher y P. Boylan (1996) esto se debe a que pasa un largo periodo antes de iniciarse el parto si es que lo hacen. Como el principal objetivo de la aceleración es limitar el periodo de estrés, resulta de primordial importancia revisar críticamente todos los aspectos relacionados con la inducción.

### **EL PAPEL DE LA MADRE EN EL TRABAJO DE PARTO:**

Es fácil olvidar que la madre misma será quien deba contribuir más en el parto. K.O` Driscoll; D. Meagher y P. Boylan (1996) informan que sin importar cuán alto pueda ser el estándar de atención ofrecido por enfermeras y médicos, la experiencia puede resultar desastrosa si la mujer no está adecuadamente preparada. De ahí que las madres tienen la gran responsabilidad de lograr las máximas ventajas de los recursos prenatales, para así aprender su papel durante el parto y los medios para cumplirlo. No puede permitirse a las madres, así como tampoco se les permite a enfermeras ni a médicos, eludir sus responsabilidades durante el parto. Debe descartar la noción de que los médicos o enfermeras pueden manejar esta situación como parte de sus actividades habituales. Aquí no cabe el paternalismo, y la mujer embarazada debe enfrentarse al hecho de que el nacimiento de su hijo es primariamente su responsabilidad.

Lo anterior, por supuesto, suponiendo que hay educación prenatal adecuada y que los contenidos de ésta son relevantes. Es fundamental que lo enseñado corresponda exactamente a lo que ocurre en la práctica en el hospital. Aparte de

que los profesores deben ser creíbles, las enfermeras y los médicos deben saber qué es lo que se les enseñó a las madres. Los cursos prenatales deben ser obligatorios, si se quiere obtener el adecuado provecho de ellos, y no se les deben plantear como una actividad extra voluntaria, sino como parte integral del buen control del embarazo y parto. Las profesoras de estos cursos deberían ser las mismas enfermeras que trabajan en la sala de partos, y no personas desvinculadas de la práctica clínica. Intentar un proceso educativo en el parto mismo, es inútil.

La mujer adulta debe reconocer que ella es la única custodia de su parto bienestar y el de su hijo, y el parto no es una excepción a esta regla general. La embarazada se debe a sí misma, a su hijo, a su cónyuge, y además a las otras pacientes que comparten con ella la unidad de partos. El efecto disociado que una mujer alterada provoca en una unidad de partos se extiende más allá de su propio bienestar y seguridad, situación que debe ser perfectamente conocida por la paciente.

Las madres tienen también un deber hacia quienes las asisten durante el parto. La naturaleza recíproca de este contrato merece un énfasis mucho mayor que el que se le ha dado. Debe quedar claramente establecido que las enfermeras no deben someterse a la ocasional conducta agresiva de algunas pacientes sanas, que no pueden ser persuadidas de cruzar un corredor desde la sala prenatal para aprender cómo comportarse durante el evento más importante de sus vidas.

## **ANALGESIA:**

Para K.O` Driscoll; D. Meagher y P. Boylan (1996) el alivio del dolor en el parto se controla a cuatro niveles: Educación antenatal, atención personalizada, limitación de la duración del parto y analgésicos. La capacidad de limitar la duración del trabajo de parto es crucial ya que éste es el punto más importante en el problema del control del dolor. La duración tiene también repercusiones en los otros aspectos: La educación prenatal pierde credibilidad cuando no se es capaz de definir expresamente la duración del trabajo de parto y, por último, la atención personal sería imposible si el parto se dejara evolucionar sin fijarle una duración. Finalmente la dosis total de analgésicos utilizados se relaciona con el número de horas que pasa la paciente en la unidad de trabajo de parto.

## **TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL PRIMER ESTADIO DEL TRABAJO DE PARTO:**

Hay una gran variación en cuanto a las necesidades de alivio del dolor durante el primer estadio del trabajo de parto. Graham H., McMorland y Gertie F. (1994) indican que no deben utilizarse grandes dosis ni técnicas mayores, si fuera suficiente con pequeñas dosis y métodos simples. Los métodos más comúnmente utilizados en el primer estadio son la analgesia sistémica, opioides epidurales o subaracnoideos, analgesia epidural y bloqueo paracervical.

### **ANALGESIA PERIDURAL :**

Para Graham H., McMorland y Gertie F. (1994) el principio de la analgesia peridural es inyectar un anestésico local dentro del espacio epidural para bloquear los segmentos espinales T 10 a L 1. El espacio epidural se encuentra dentro de la columna vertebral alrededor del saco dural. El ligamento amarillo constituye el borde posterior del espacio epidural, y el saco dural yace anterior a éste. El espacio epidural espinal es un espacio bastante estrecho. Se extiende cefálicamente hasta la base del cráneo y caudalmente hasta el hiatus sacro, donde está limitado por el ligamento sacrocococcígeo posterior. El ligamento amarillo es un grueso ligamento que ofrece resistencia a la base de la aguja, “la pérdida de la resistencia” cuando lo atraviesa la aguja y llega al espacio epidural es el método más común para identificar el espacio epidural. Si avanzamos un poco más con la aguja podemos punzar la duramadre.

El mejor acceso al espacio epidural es por la línea media, donde el ligamento amarillo es más grueso, por lo que la pérdida de resistencia es fácilmente identificada. Además, en la línea media el espacio epidural es más ancho, por lo que el riesgo de punción dural es menor; los vasos sanguíneos son escasos, por lo que la posibilidad de una inyección intravascular de drogas es mínima; además, al avanzar el catéter, éste tiende a mantenerse en la línea media más que a dirigirse hacia un costado, lo que reduce la incidencia de parestesias y bloqueos unilaterales.

## **VENTAJAS DE LA ANALGESIA PERIDURAL :**

Según Graham H., McMorland y Gerti F. (1994) las ventajas de la analgesia peridural son:

1.- La técnica ha sido utilizada ampliamente, es efectiva y predecible, y la incidencia de complicaciones significativas es muy baja.

2.- La paciente está alerta y coopera.

3.- Puede ser administrada en forma continua a través de un catéter epidural.

4.- Cuando se llega al segundo estadio, la dosis, volumen y tipo de anestésico local pueden ser modificados.

5.- Si se debe continuar con una operación cesárea, el bloqueo epidural se puede extender para proveer analgesia adecuada para ésta operación.

## **COMPLICACION DE LA ANALGESIA PERIDURAL:**

Para Graham H., McMorland y Gerti F. (1994), las complicaciones de la analgesia peridural son:

1.- La analgesia epidural, si el bloqueo es muy extenso, puede prolongar el trabajo de parto.

2.- Si el bloqueo se extiende involuntariamente por encima de un nivel T 10 la presión arterial materna puede decrecer.

3.- Si el anestésico local es inyectado en forma accidental intravascularmente, pueden aparecer manifestaciones de toxicidad a la droga.

4.- Si el anestésico local es accidentalmente inyectado dentro del espacio subaracnoideo, dará como resultado un bloqueo espinal.

5.- La analgesia epidural puede asociarse con una desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal.

## **PREPARACION PARA LA ANESTESIA:**

Para Graham H., McMorland y Gerti F. (1994) todas las pacientes en las que se ha planteado anestesia regional, deberían prepararse como si fueran para anestesia general. Así, en el caso de producirse un bloqueo alto inadvertido o que se desarrolle una toxicidad a los anestésicos locales, si ya se ha establecido previamente un control de las secreciones gástricas, estará reducido el riesgo de regurgitación y aspiración del contenido gástrico ácido. Todas las pacientes deben recibir una precarga intravenosa de por lo menos mil mililitros de solución cristaloides antes de la inyección del agente anestésico local en el espacio epidural o subaracnoideo. Esta precarga disminuye la incidencia y severidad de la hipotensión. Sin embargo, siempre se deben tener disponibles en forma inmediata 30-50 mg. de efedrina diluidos en 10 ml. de solución con el fin de tratar, con dosis divididas, la hipotensión en el caso de que ocurra.

## VARIABLE

Información que poseen las primigestas del Centro Médico de Caracas acerca de la anestesia Peridural.

### Definición Operacional:

Se refiere a la información sobre el control de la ansiedad para disminuir este estado emocional antes de la colocación de la anestesia peridural en un grupo de primigestas del Centro Medico de Caracas.

Dimensión	Indicadores	sub indicadores	Ítems
<b>Cognitiva:</b> Se refiere a la capacidad de reconocer, discriminar e identificar conceptos y contenidos de un tema determinado.	-Nivel de información que conocen acerca de procedimientos de la anestesia peridural.	-Información sobre anestesia peridural - Información sobre el trabajo de parto	1-2-3-15-16
<b>Física:</b> Manifestaciones corporales que mantienen la homeostasis del organismo	- Expresión de manifestaciones corporales durante la valoración física	- Taquicardia - Inquietud - Malestar estomacal	8-9-10
<b>Emocional:</b> Se refiere al estado emocional presente, asociado a la situación de su primer parto	- Expresión de emociones positivas o negativas asociadas al uso de la anestesia Peridural.	-Ansiedad -Miedo -Alegría	4-6-7-11-12-13-14-21
<b>Relación de ayuda:</b> Referidas a la implementación de actividades del equipo de salud para atender las necesidades específicas del usuario antes y después del parto	-Estrategias pre-anestésicas.  -Estrategias post-anestésicas.	- Apoyo emocional - Medidas de cuidado físico -Valoración física (madre) -Registro y control del bebé -Higiene y confort.	5-17-18-19-20

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLOGICO**

En el capítulo se describe el diseño y tipo de estudio de investigación realizada, la población seleccionada, además el método, instrumento y procedimiento para la recolección de datos; así como su validez y técnica de análisis.

#### **Diseño**

De acuerdo con el problema planteado el diseño de esta investigación es cuasiexperimental, Hurtado (1998) define como un diseño cuasiexperimental, a aquel cuya situación de investigación se aproxima a la investigación experimental pero no cumple todas las condiciones de rigurosidad que tienen los diseños experimentales. En este tipo de diseño se puede manipular la variable independiente, pero no hay selección al azar o rigurosa de la muestra.

La selección de las pacientes primigestas no es necesariamente de forma rigurosa solo que cumplan con los criterios de inclusión. Se seleccionarán 30 pacientes primigestas a quienes se les aplicará el instrumento, al inicio del trabajo de parto y una vez finalizado el mismo.

#### **Tipo de Estudio**

El estudio de investigación es descriptivo, prospectivo y transversal. Tomando como referencia a Hernández, Fernández y Baptista (2003) aseveran que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y rasgos importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. En esta investigación se describirá cada una de las etapas de inducción para las primigestas ante la anestesia Peridural.

#### **Prospectivo**

Según Hernández, Fernández Y Baptista (2003) refieren que en lo prospectivo se registrará la información según van ocurriendo los hechos.

**Transeccional o Transversal:** Se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia o interrelación en un momento dado.

### **Población y muestra**

La población es el conjunto de todos los casos que concuerden con determinadas especificaciones (Hernández, Fernández y Baptista (2003). La población considerada durante los tres meses de aplicación del estudio estará conformada por 30 pacientes primigestas que acudirán al servicio de sala de partos del Hospital Privado Centro Médico de Caracas, en la fecha prevista para la inducción del trabajo de parto o al inicio del mismo.

Es un muestreo no probabilístico por conveniencia, según Polit y Hungler (1997) refiere que el muestreo no probabilístico, tiende a generar muestras menos precisas y representativas, por conveniencia porque dispone del empleo de una muestra integrada por las personas u objetos cuya disposición para ser incorporadas como sujetos de estudio es más conveniente.

### **Instrumento del trabajo:**

Cuestionario, trípticos y video.

### **Criterios de inclusión**

- Primigestas.
- Embarazos controlados.
- No tener riesgos obstétricos.
- Que deseen colocarse la anestesia peridural.

### **Recolección de datos**

El método de recolección consiste en obtener datos pertinentes sobre variables, sucesos, comunidades, categorías u objetos involucrados (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

El instrumento de recolección de datos es la encuesta tipo cuestionario, estructurado por ítems de repuestas dicotómicas y selección simple, diseñado para esto, basado en los indicadores y subindicadores resultantes de la operacionalización de las variables. La encuesta permite obtener la información

por datos cualitativos, no depende de terceros y recoge los hechos tal como ocurren.

### **Procedimiento**

La recolección de datos se debe obtener a través del siguiente procedimiento:

- Elaborar la carta para solicitar el permiso para la aplicación del instrumento, dirigido a las autoridades pertinentes.
- Llevar la carta a la institución que desea aplicar el instrumento.
- Hacer la carta a las autoridades competentes.
- Notificar la presencia y el objetivo a jefe y coordinadora de sala de partos.
- Seleccionar al grupo de embarazadas primigestas según criterio de inclusión, para la aplicación del instrumento.
- Aplicación del instrumento al grupo de primigestas con la explicación del proceso de la colocación de la anestesia peridural.

Previo a las siguientes consideraciones:

- Encuesta pre colocación de anestesia peridural.
- Entrega de trípticos.
- Aplicación de CD con video del equipo y el procedimiento de la anestesia peridural.
- Intervención de enfermería en explicación de dudas que presente la paciente primigesta.
- Aplicación de encuesta post colocación de anestesia peridural.

### **Validez**

La validez del resultado según Hurtado, J (1998) se refiere al grado en que el instrumento abarca realmente todos o una gran parte de los contenidos o los contextos donde se manifiesta el evento que se pretende medir, en lugar de explotar solo una parte de esto ( Pág. 414).

La validez es el grado en que un instrumento mide la variable, que el investigador busca medir (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). En la validez de contenido, el instrumento esta estructurado por cada una de las etapas de la explicación del proceso de la colocación de la anestesia peridural y cada ítem corresponde a características; donde se confirmara si se produce

o no disminución de la ansiedad, para obtener información sobre los resultados.

El instrumento fue validado por expertos en metodología de la investigación, psicología y médicos (obstetra, anestesiólogo e internista)

### **Técnicas de análisis**

La presentación y técnicas de análisis de los datos se realizará en cuadros y gráficos donde se diferencian los efectos con la aplicación de una estrategia para el control de la ansiedad en primigestas ante la anestesia peridural, en la población estudiada según los resultados registrados en la guía de observación.

## **CAPITULO IV**

### **ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

El presente capítulo, hace referencia a la presentación de los resultados a fin de determinar los efectos de la estrategia para el control de la ansiedad en primigestas antes de la colocación de la anestesia peridural, así mismo describe el análisis e interpretación de los resultados en función de los objetivos formulados comparando los resultados con el basamento teórico.

#### **Presentación de los resultados**

El análisis de datos recopilados mediante la encuesta tipo cuestionario se realizó según las etapas de inducción a fin de conocer los resultados de la aplicación de la estrategia para el control de la ansiedad antes de la anestesia peridural, se elaboraron cuadros y gráficos estadísticos. Asimismo, la interpretación de la información se realizó destacando los datos de mayor relevancia; posteriormente se relacionó la información en función de las semejanzas o discrepancias entre la información relacionada en el marco teórico.

## ANALISIS DE LOS RESULTADOS

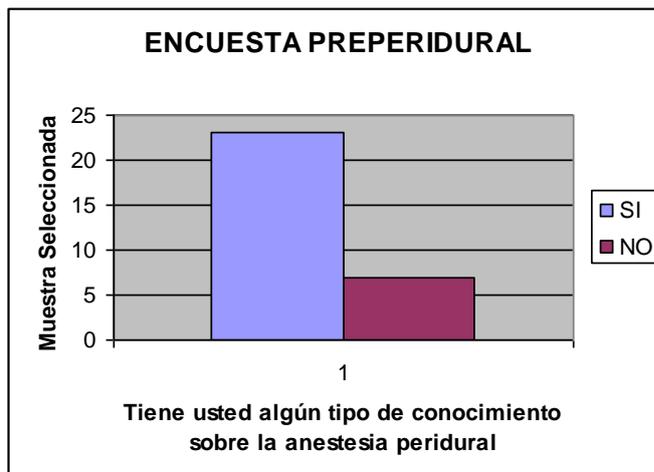
### Encuesta aplicada

Los resultados, son obtenidos de una serie de preguntas que sirven de antecedentes sobre salud, trabajos, relaciones familiares y entre amigos, que posee el encuestado con el fin de investigar sobre el primer embarazo en mujeres

### Información general que poseen las pacientes sobre la anestesia peridural

#### Ítems 1

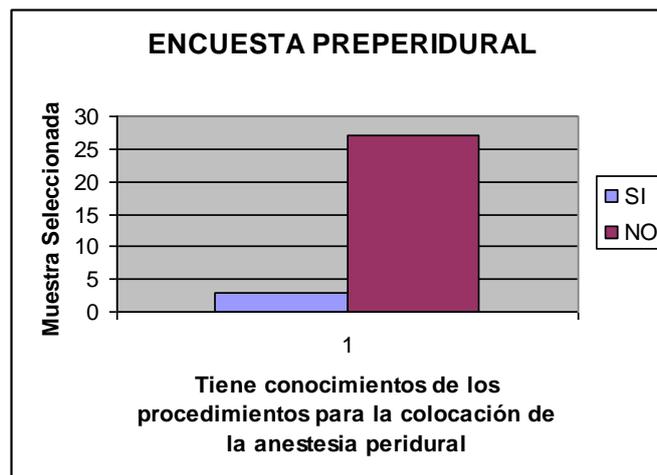
¿Tiene usted algún tipo de conocimiento sobre la anestesia peridural?



La evaluación en esta consulta, refleja el conocimiento previo de la muestra seleccionada del tema tratado, obteniendo así un 77% de afirmación.

Ítems 2

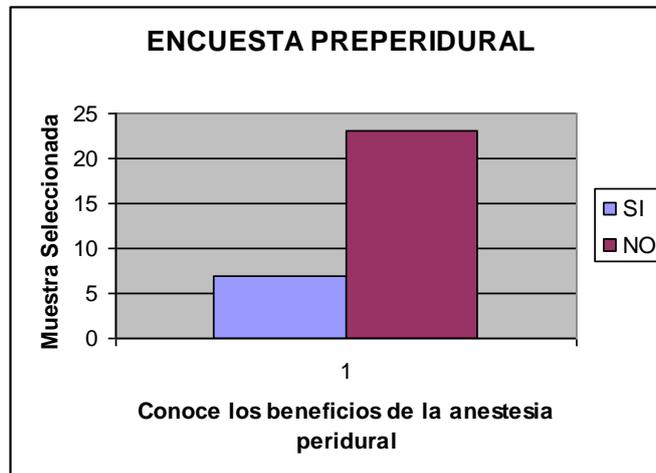
¿Tiene conocimientos de los procedimientos para la colocación de la anestesia peridural?



En esta opción, la muestra desconoce el procedimiento de la anestesia, reflejando así que un 90% no tiene conocimiento del tema.

### Ítems 3

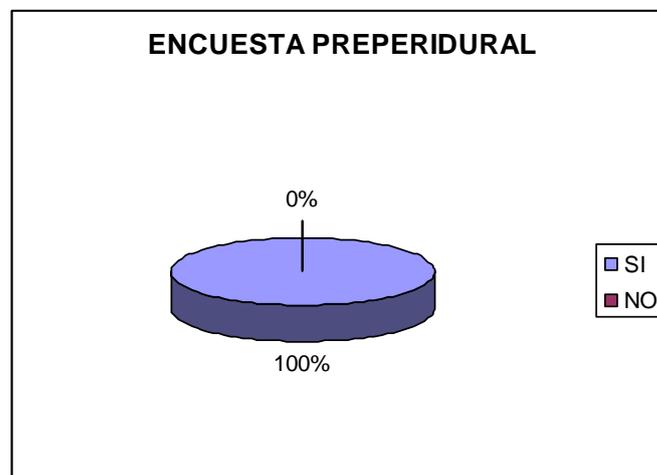
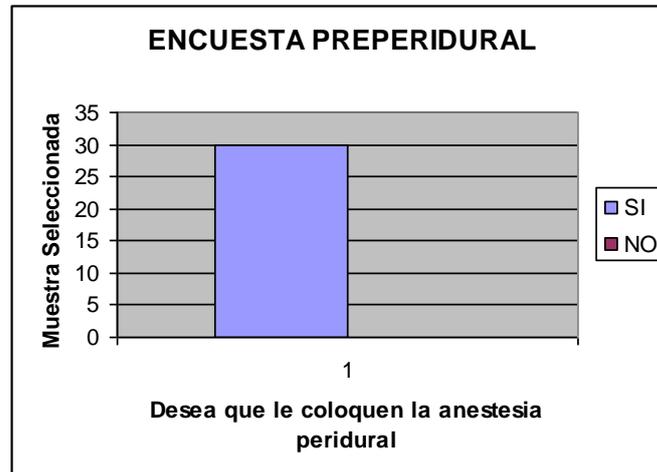
¿Conoce los beneficios de la anestesia peridural?



La muestra, refleja el desconocimiento de las ventajas o beneficios que ofrece la anestesia, mostrándose así el 77% no conoce los beneficios.

#### Ítems 4

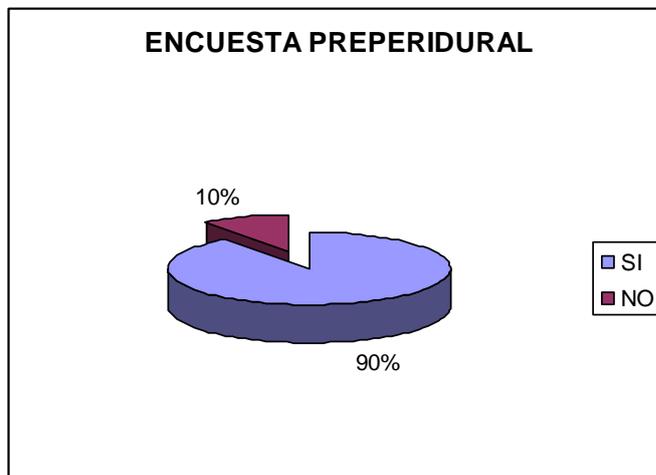
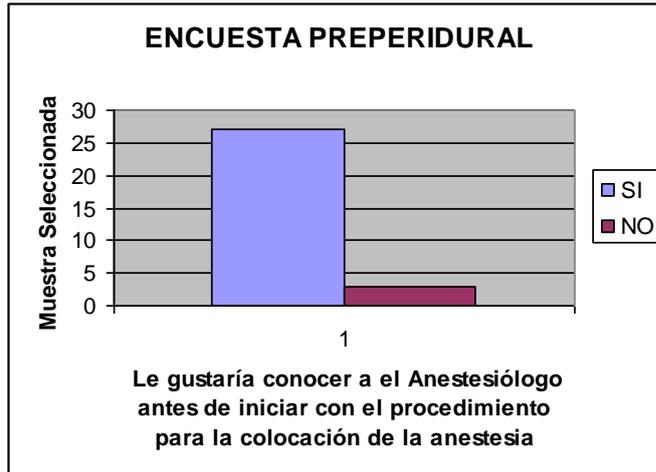
¿Desea que le coloquen la anestesia peridural?



En esta respuesta, se observa una contrariedad con relación al conocimiento previo de las encuestadas, porque, su gran mayoría desconoce de los beneficios que esta anestesia ofrece, mas sin embargo, el 100% respondieron afirmativamente.

Ítems 5

¿Le gustaría conocer a el Anestesiólogo antes de iniciar con el procedimiento para la colocación de la anestesia peridural?

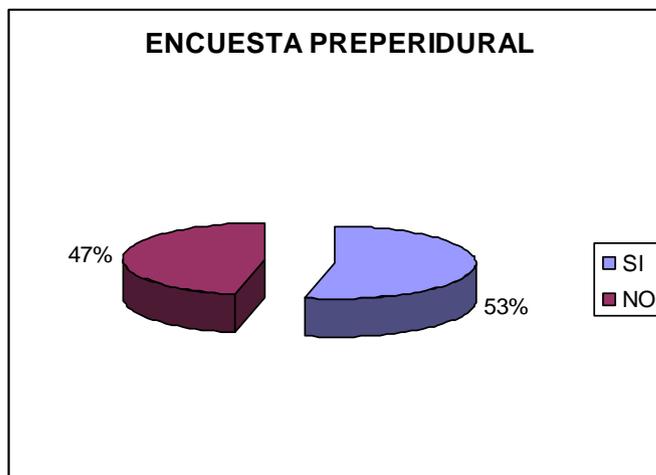
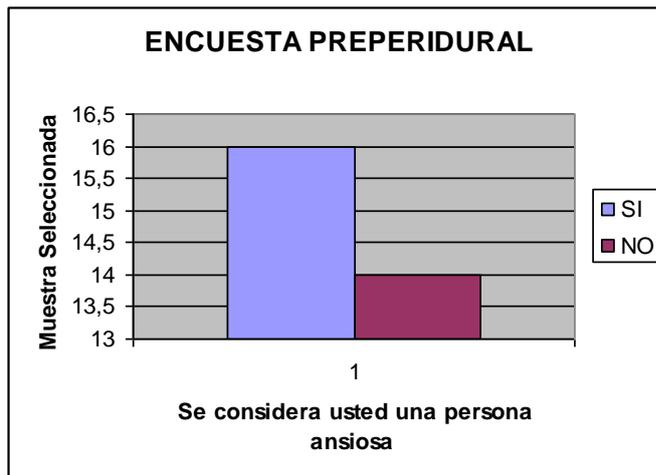


Para esta consulta, la mayor parte de las encuestadas afirmaron el deseo de conocer al anestesiólogo antes de proceder a colocar la anestesia, es decir un 90% respondieron afirmativamente.

## Información sobre conductas de ansiedad y emociones

Ítems 6

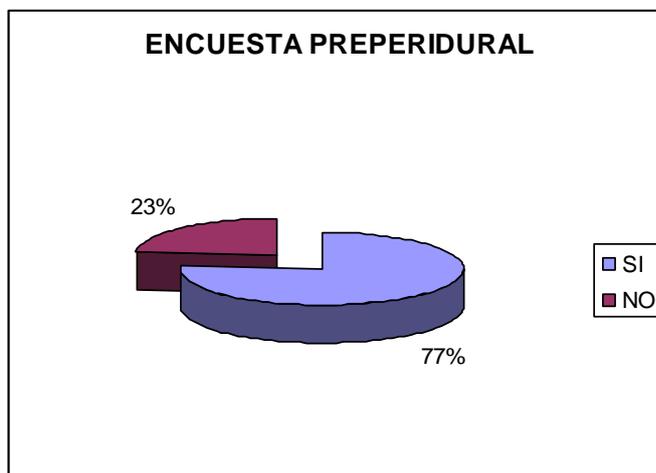
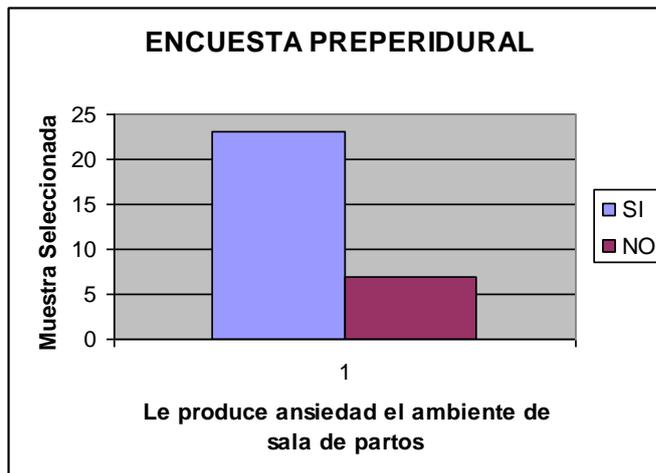
¿Se considera usted una persona ansiosa?



Una Consulta donde los resultados de las encuestadas se encuentran divididos, el 47% consideran no ser unas personas ansiosas, mientras el 53% restante si

## Ítems 7

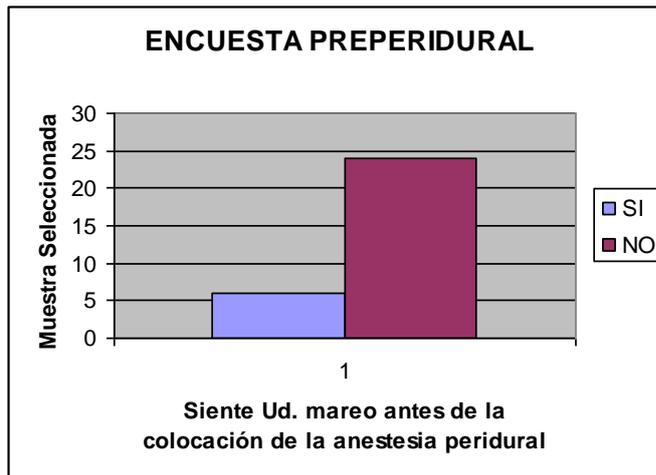
¿Le produce ansiedad el ambiente de sala de partos?



Realizando el análisis, las mujeres que se encuentran en espera en la sala de parto, presentan signos de ansiedad, reflejándose así en los resultados, arrojando que el 77% respondieron afirmativamente.

Ítems 8

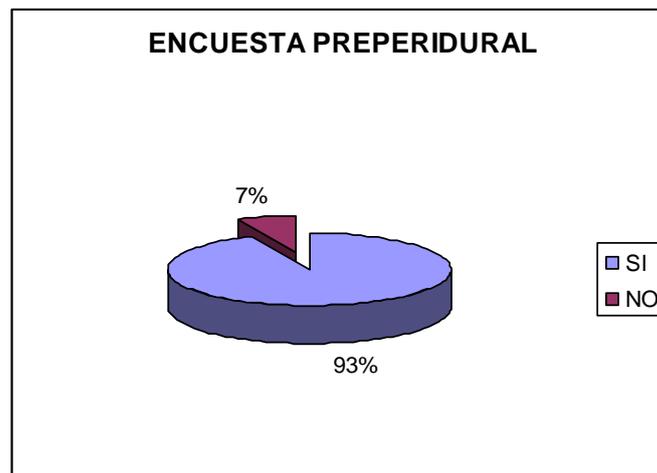
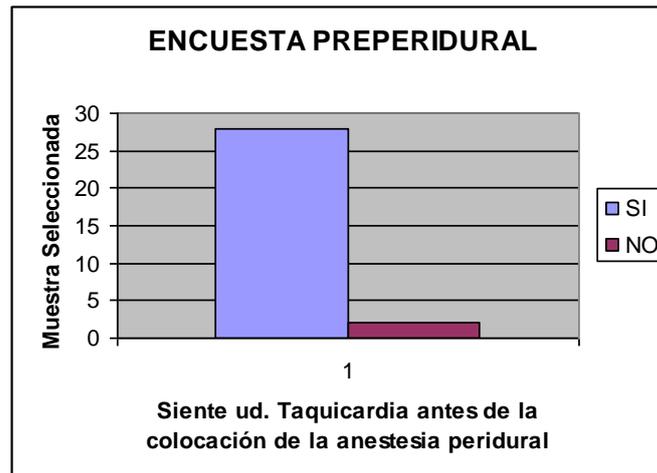
¿Siente Ud. mareo antes de la colocación de la anestesia peridural?



El 80% de las encuestadas manifestó no sentir mareos antes de la colocación de la anestesia peridural

### Ítems 9

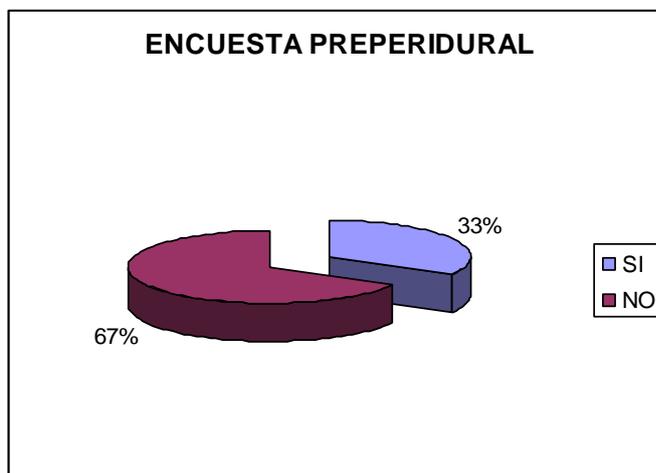
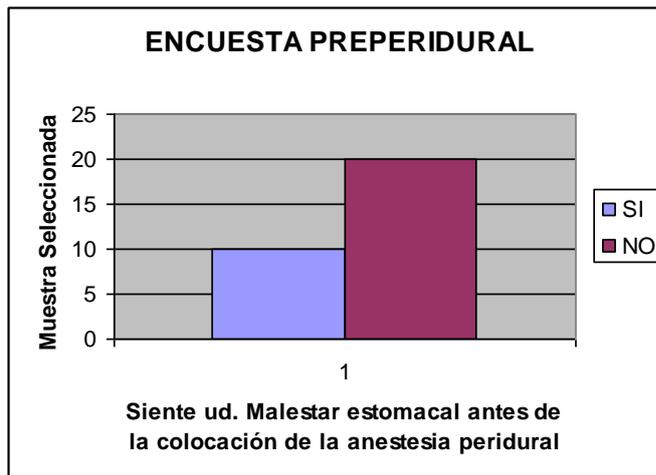
¿Siente Ud. Taquicardia antes de la colocación de la anestesia peridural?



Las mujeres, a las cuales les han anestesiado con la peridural, han tenido taquicardia, así lo refleja los resultados de la presente encuesta, observándose que el 93%, respondieron afirmativamente.

### Ítems 10

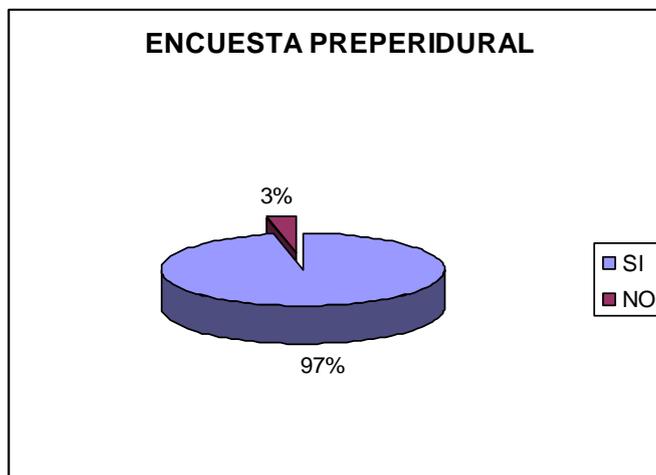
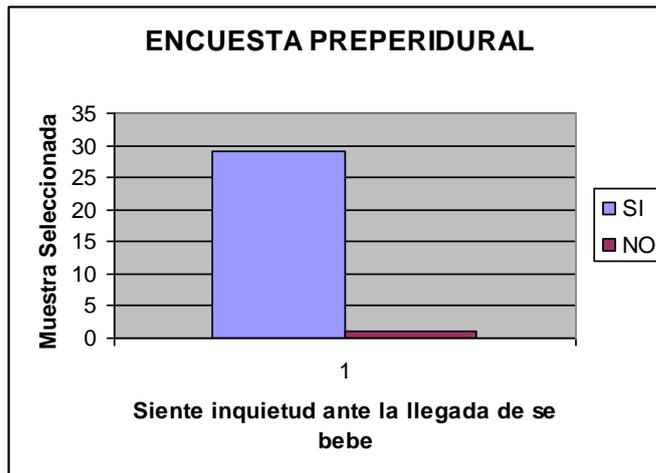
¿Siente Ud. Malestar estomacal antes de la colocación de la anestesia peridural?



Con respecto a este ítem, el 33% de las encuestadas manifestó sentir malestar estomacal antes de la colocación de la peridural mientras que el 67% respondió negativamente-

## Ítems 11

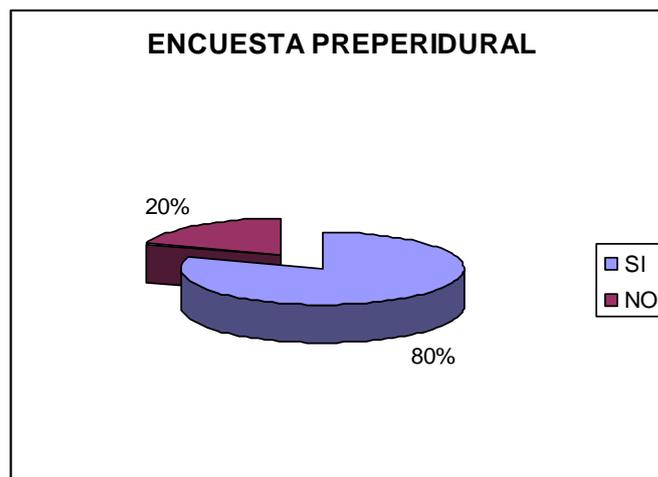
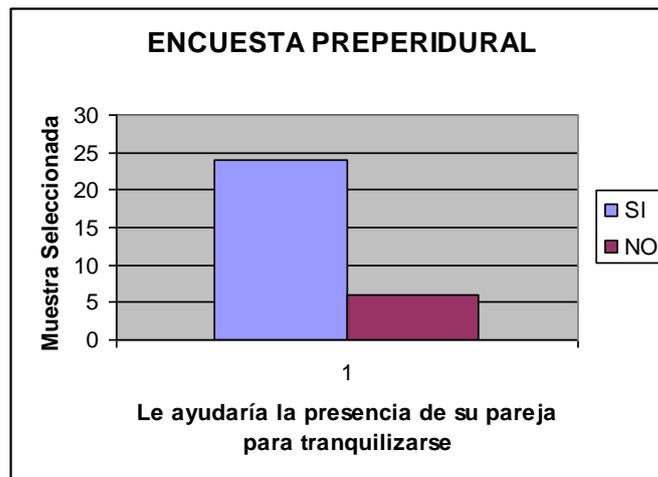
¿Siente inquietud ante la llegada de su bebe?



En su gran mayoría, sienten inquietud por la llegada del nuevo miembro a la familia. Solo el 3% de las futuras madres no sienten ninguna inquietud.

Ítems 12

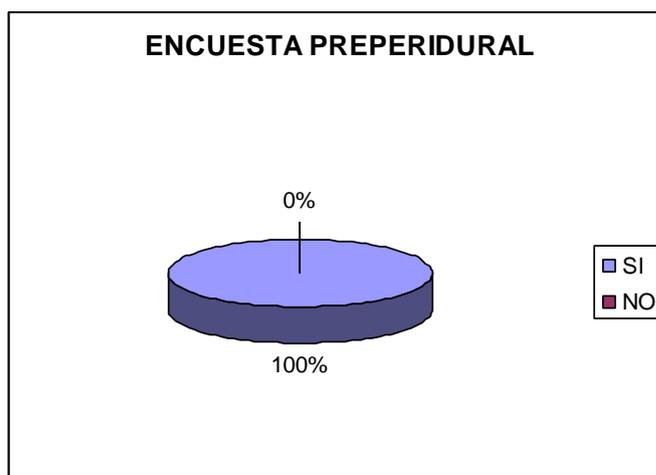
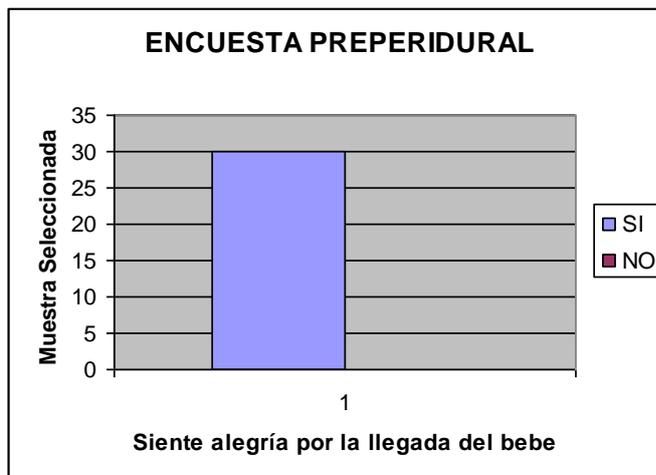
¿Le ayudaría la presencia de su pareja para tranquilizarse?



El 80% de las mujeres, desearían que su pareja les acompañaran en el proceso de parto, dado a que su presencia las tranquilizaría

### Ítems 13

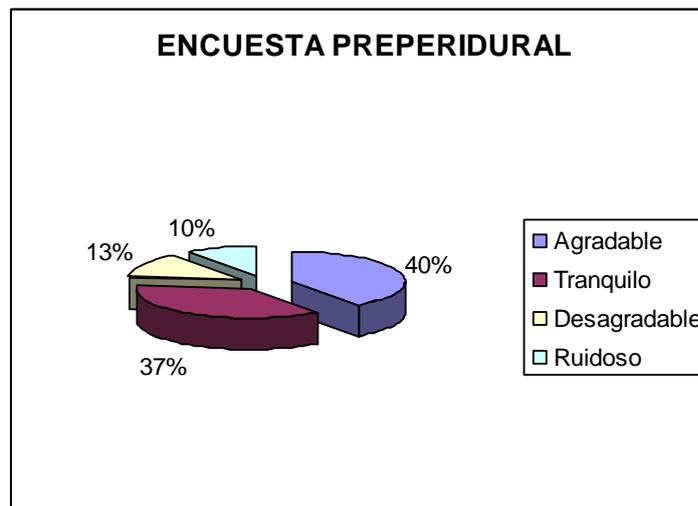
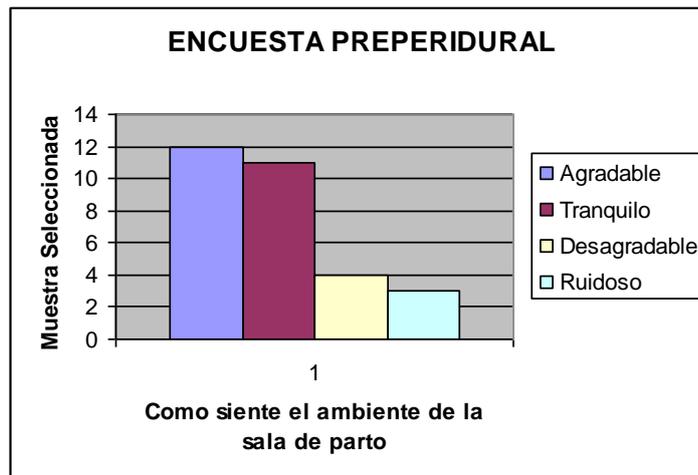
¿Siente alegría por la llegada del bebe?



Toda madre, es decir, el 100% de las encuestadas, se alegra por la llegada del bebe.

#### Ítems 14

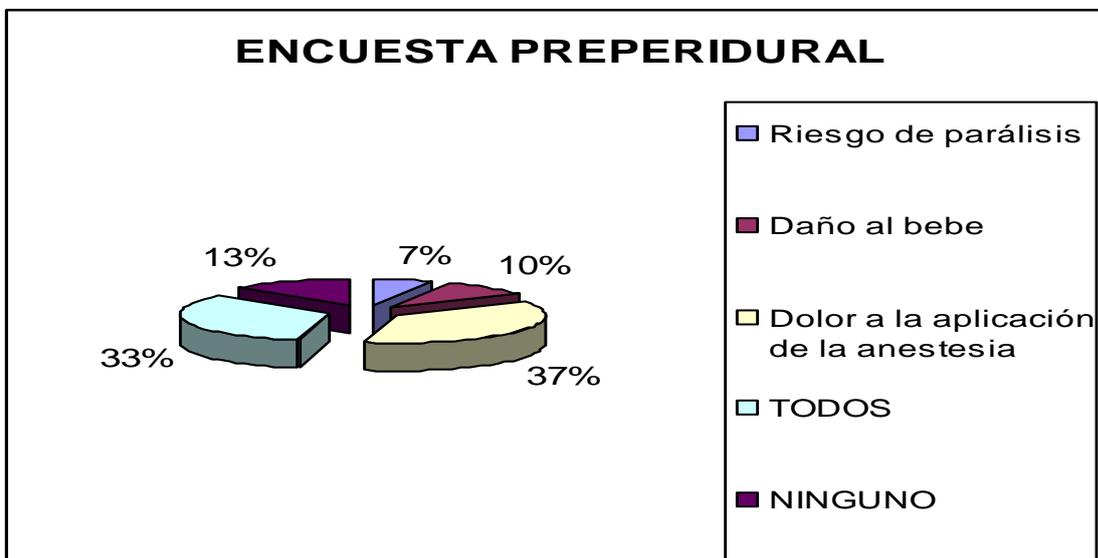
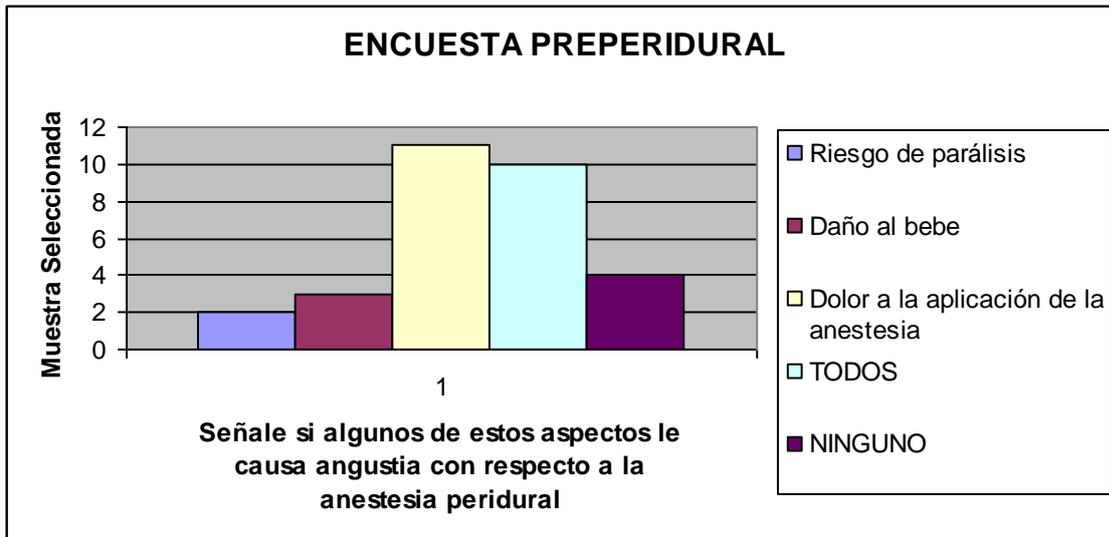
¿Como siente el ambiente de la sala de parto?



Para esta pregunta, se observa que el 40% de las encuestadas, lo consideran agradable, el 37% lo ven tranquilo, más sin embargo, el 13% lo observan desagradable y el 10% lo encuentran ruidoso

### Ítems 15

¿Señale si algunos de estos aspectos le causa angustia con respecto a la anestesia peridural?



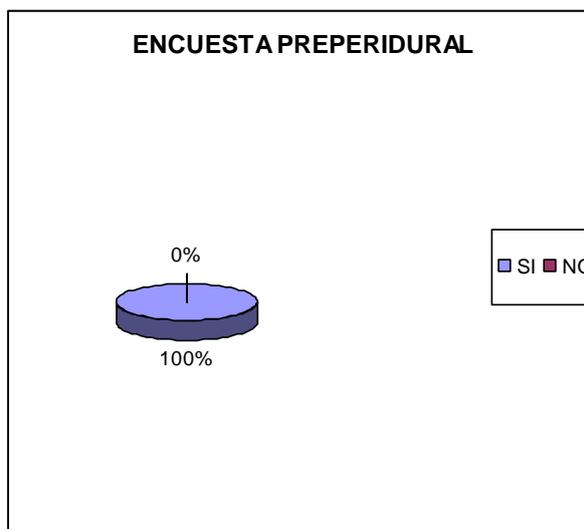
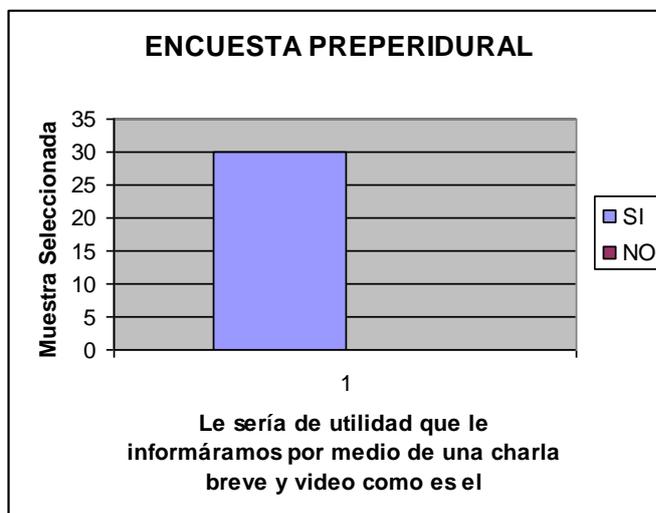
En este ítems, se refleja el mayor porcentaje de angustia por sufrir, tanto la madre como el bebe, al ser anestesiada por la peridural, es decir, el 7% temen sufrir de parálisis, el 10% que el bebe sufra algún daño, el 37% temen al dolor

de la anestesia, el 33% le temen a todo lo anterior, notándose que solo el 10% no le temen a ninguna de las anteriores.

### Intervención para el manejo de la ansiedad.

#### Ítems 16

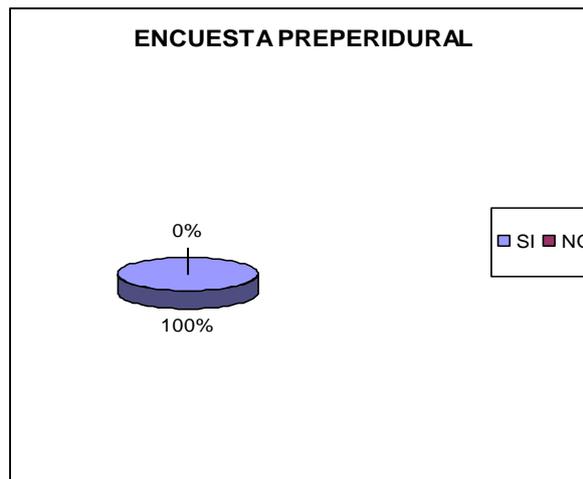
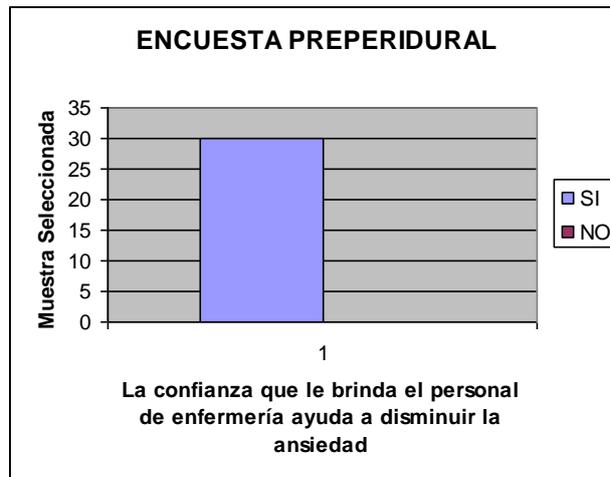
¿Le sería de utilidad que le informáramos por medio de una charla breve y video como es el procedimiento de la anestesia peridural?



La muestra seleccionada, desea ser orientadas en cuanto a la anestesia peridural, es decir, el 100% respondió afirmativamente.

Ítems 17

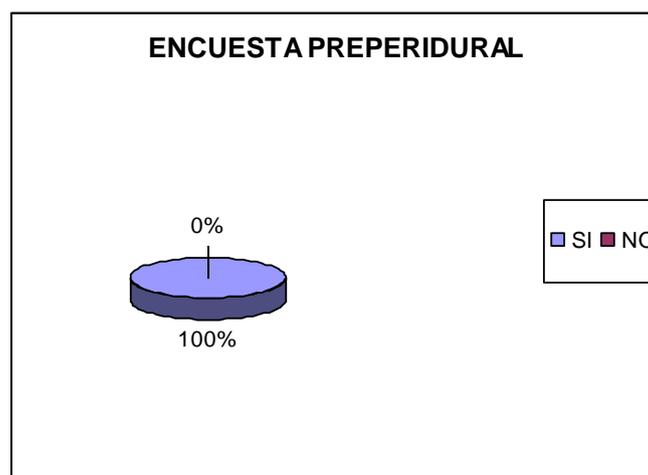
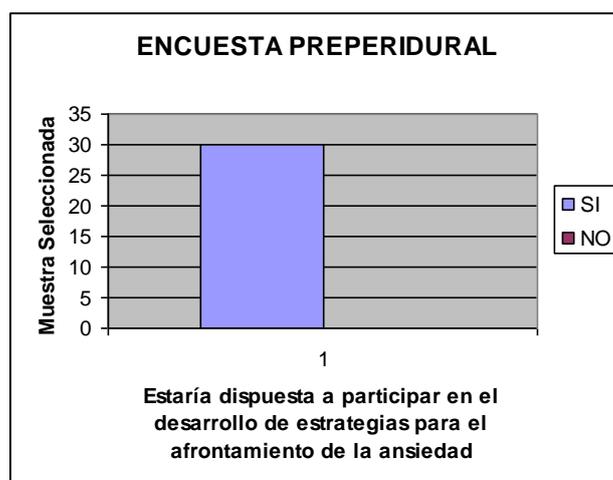
¿La confianza que le brinda el personal de enfermería ayuda a disminuir la ansiedad?



Al igual que la anterior, el 100% de las encuestadas, desean tener confianza en las enfermeras que las atienden

### Ítems 18

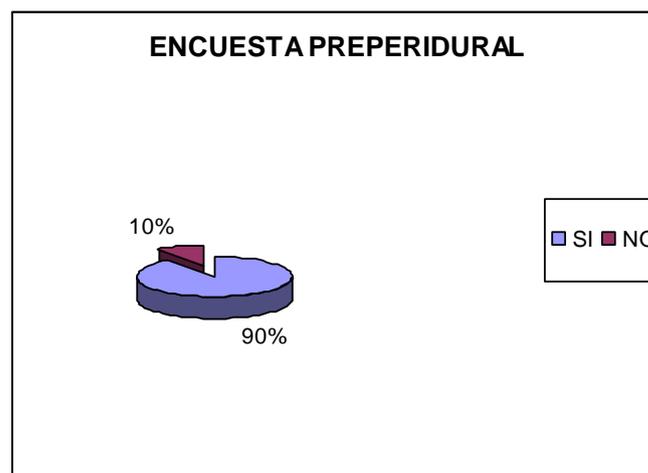
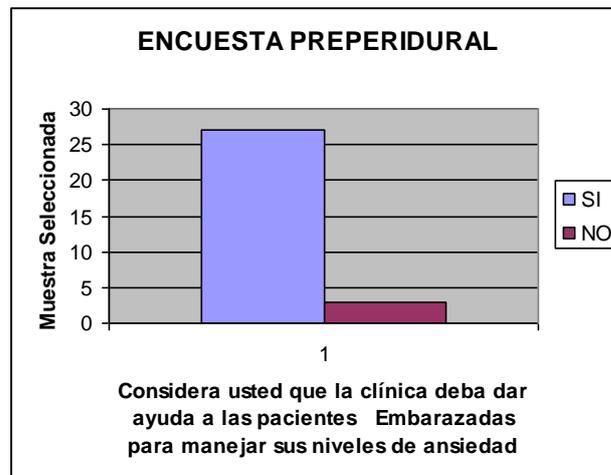
¿Estaría dispuesta a participar en el desarrollo de estrategias para el afrontamiento de la ansiedad?



En esta consulta, el 100% está dispuesto a participar en el desarrollo de estrategias para afrontar la anestesia.

### Ítems 19

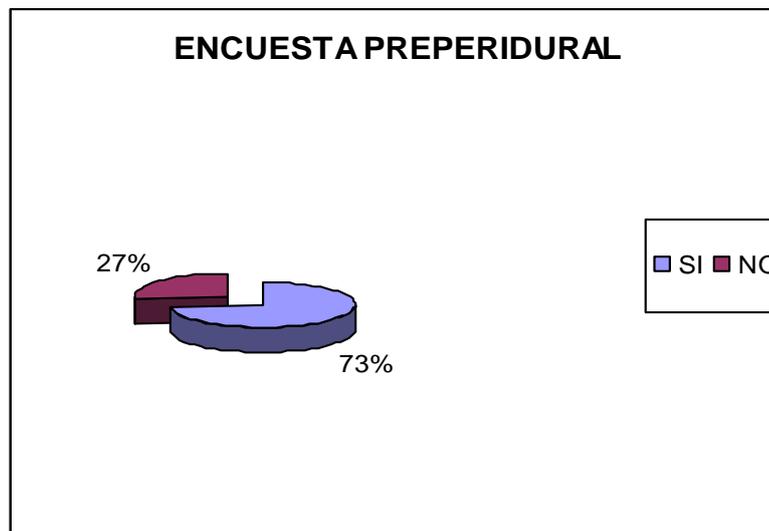
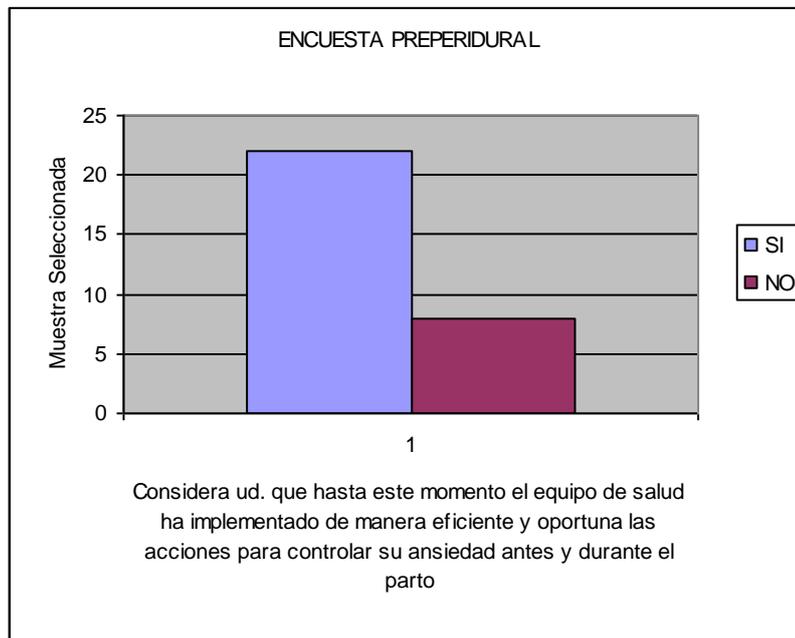
¿Considera usted que la clínica deba dar ayuda a las pacientes Embarazadas para manejar sus niveles de ansiedad?



El 90% de las encuestadas, consideran que la clínica debe dar ayuda a las parturientas para controlar la ansiedad, mientras que el 10% no está de acuerdo.

### Ítems 20

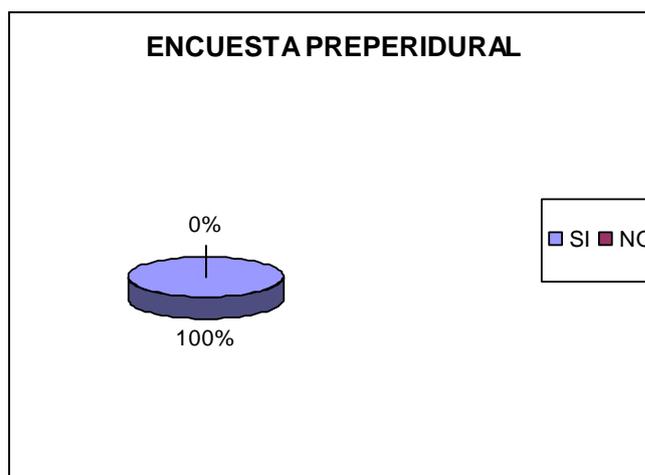
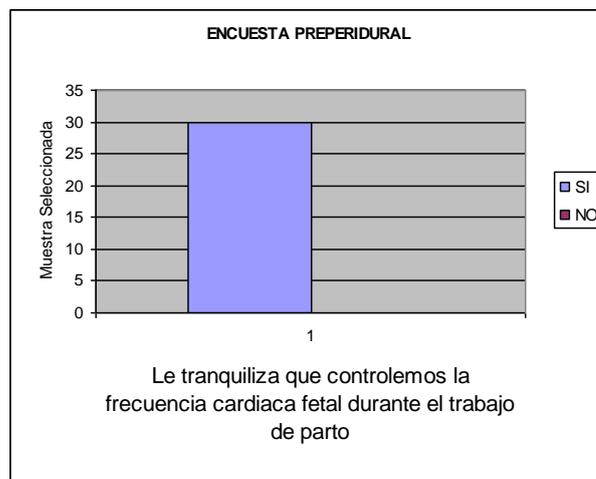
¿Considera Ud. que hasta este momento el equipo de salud ha implementado de manera eficiente y oportuna las acciones para controlar su ansiedad antes y durante el parto?



Esta consulta se encuentra dividida, el 73% considera que se debe implementar una acción para controlar la ansiedad antes y durante el parto

Ítems 21

¿Le tranquiliza que controlemos la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto?



El 100% de las encuestadas, se sentirían más tranquilas si en el trabajo de parto se controlara la frecuencia cardiaca del bebe.

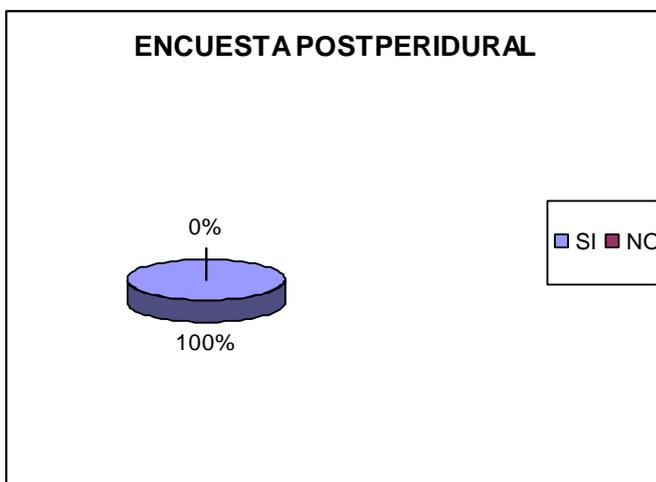
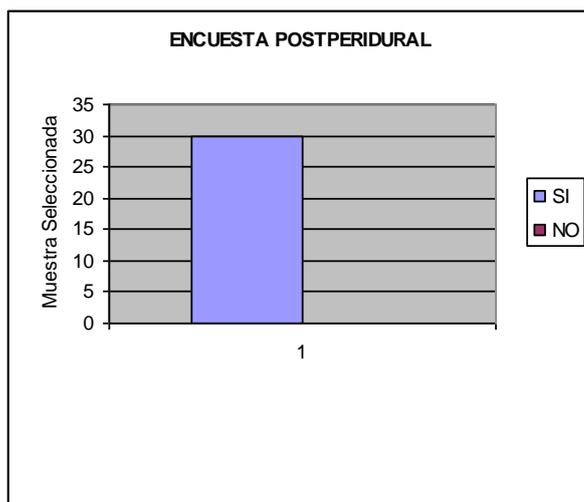
## ENCUESTA POSTPERIDURAL

Una vez conversado con las madres, se les practicó nuevamente la encuesta, obteniendo como resultado

### Información general que poseen las pacientes sobre la anestesia peridural

#### Ítems 1

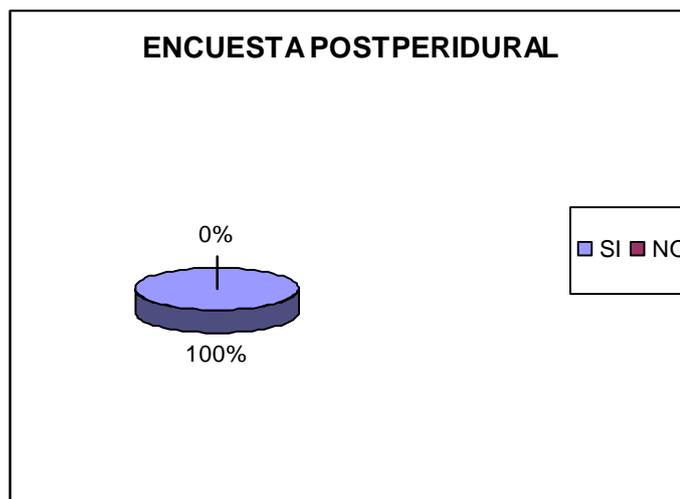
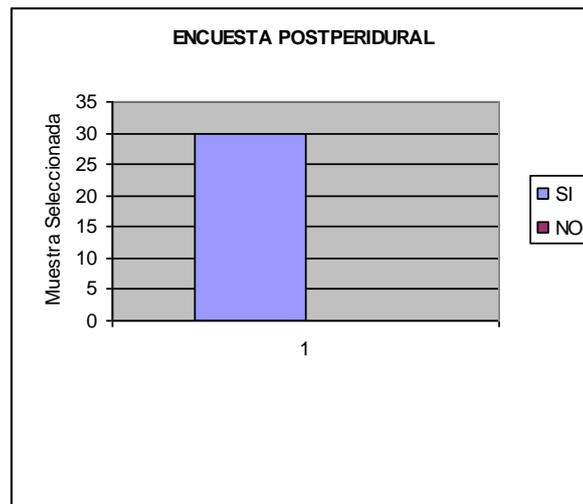
¿Tiene usted algún tipo de conocimiento sobre la anestesia peridural?



La evaluación en esta consulta, refleja el conocimiento de la muestra seleccionada del tema tratado, obteniendo así un 100% de afirmación.

Ítems 2

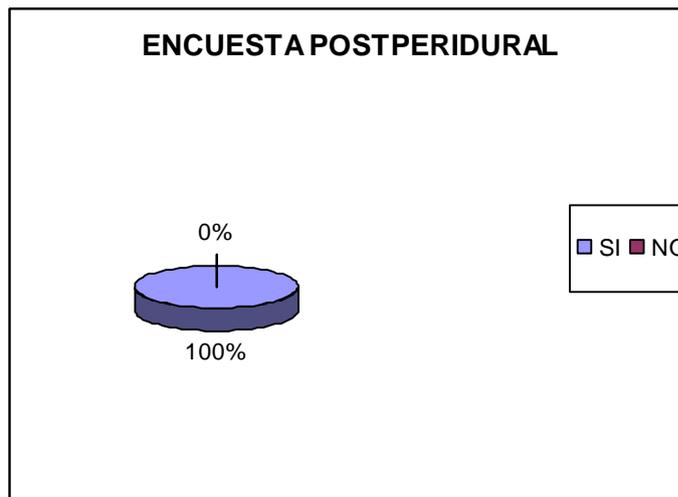
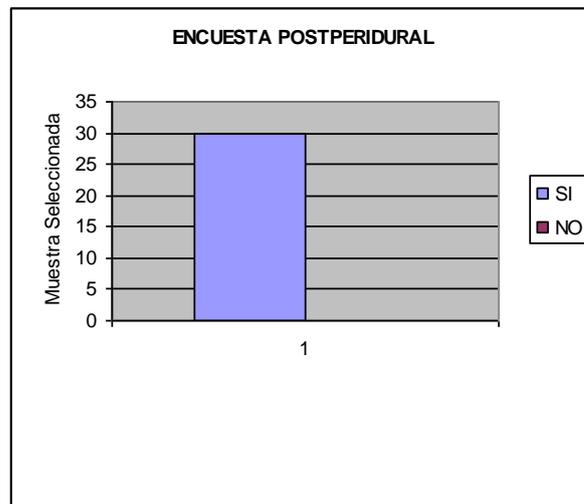
¿Tiene conocimientos de los procedimientos para la colocación de la anestesia peridural?



En esta opción, la muestra conoce el procedimiento de la anestesia, reflejando así un 100% de respuestas afirmativas.

### Ítems 3

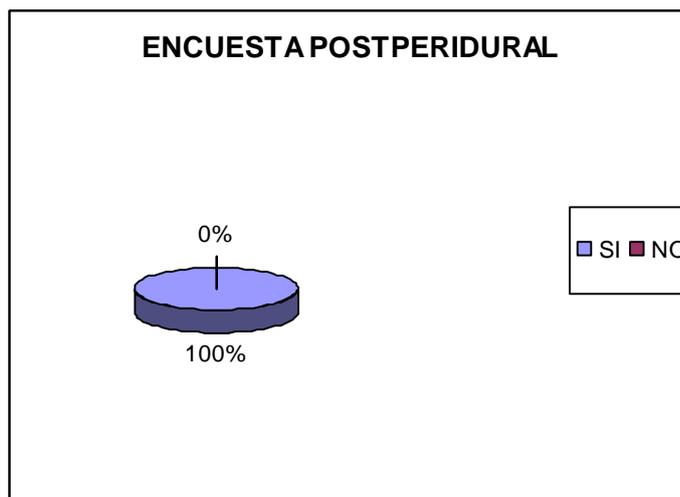
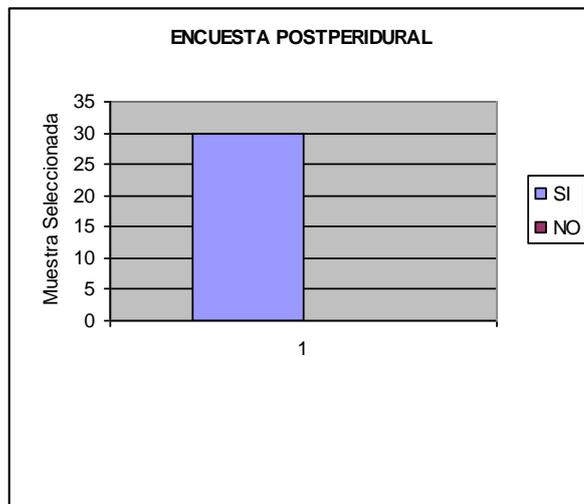
¿Conoce los beneficios de la anestesia peridural?



La muestra, refleja el conocimiento de las ventajas o beneficios que ofrece la anestesia, mostrándose así el 100% de afirmación a la consulta realizada

#### Ítems 4

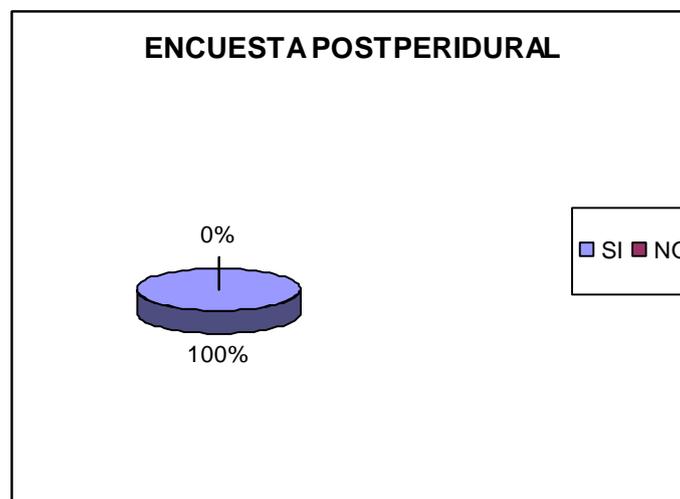
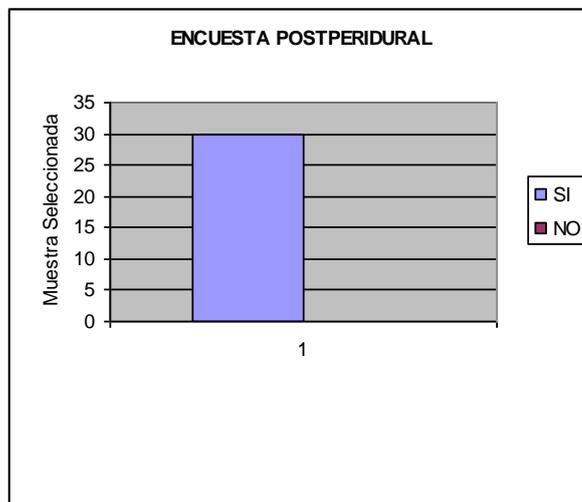
¿Desea que le coloquen la anestesia peridural?



En esta respuesta, el 100% respondieron afirmativamente.

### Ítems 5

¿Le gustaría conocer a el Anestesiólogo antes de iniciar con el procedimiento para la colocación de la anestesia peridural?

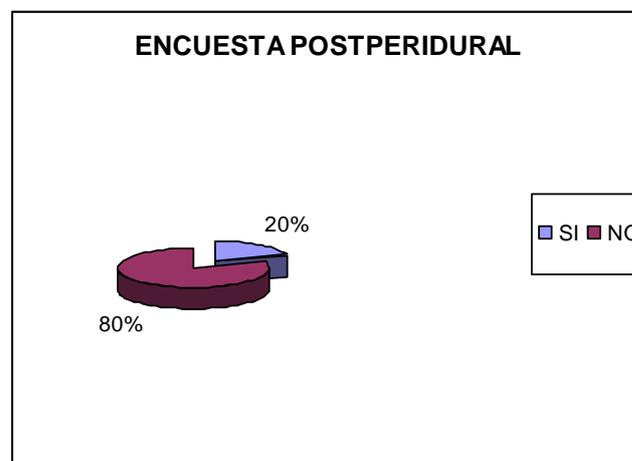
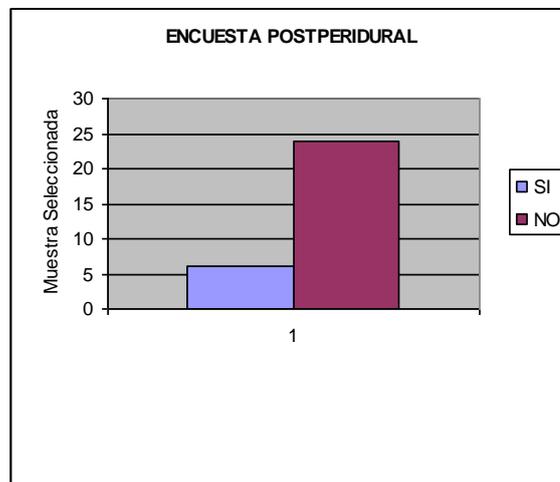


Para esta consulta, las encuestadas afirmaron el deseo de conocer al anesthesiólogo antes de proceder a colocar la anestesia, es decir un 100% respondieron ciertamente.

### Información sobre conductas de ansiedad y emociones

Ítems 6

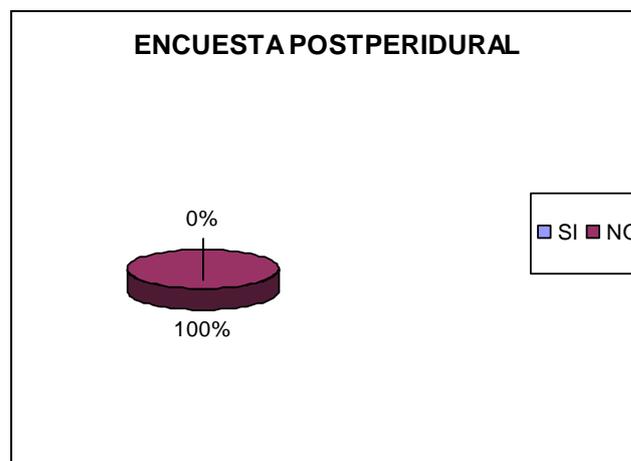
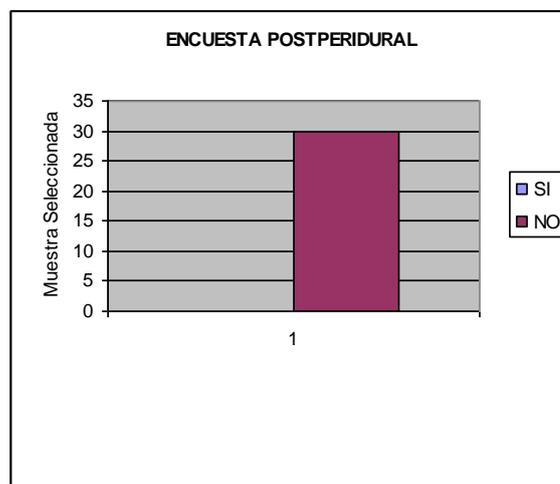
¿Se considera usted una persona ansiosa?



Una Consulta donde los resultados de las encuestadas se encuentran divididos, el 80% consideran no ser unas personas ansiosas, mientras el 20% restante si.

### Ítems 7

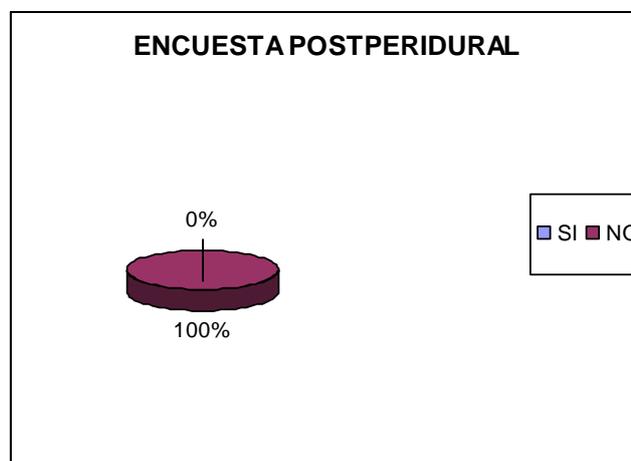
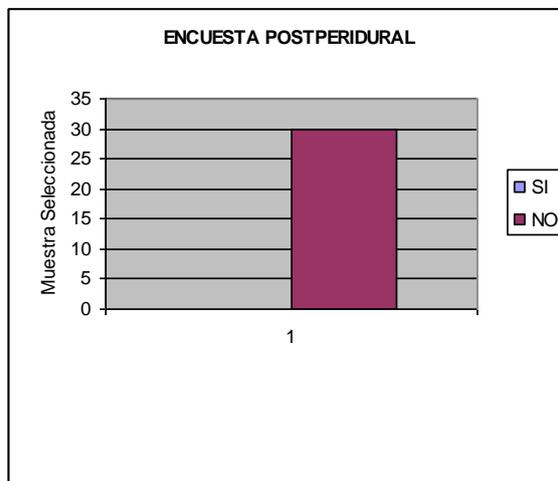
¿Le produce ansiedad el ambiente de sala de partos?



Realizando el análisis, las mujeres que se encuentran en espera en la sala de parto, consideran que no son víctimas de ansiedad, reflejándose así en los resultados, arrojando que el 100% respondieron negativamente.

### Ítems 8

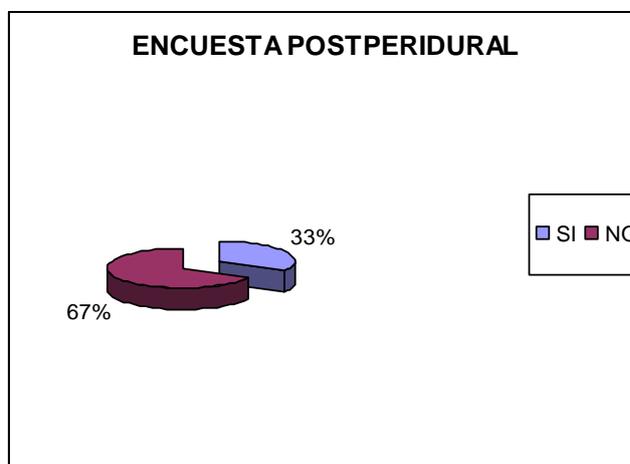
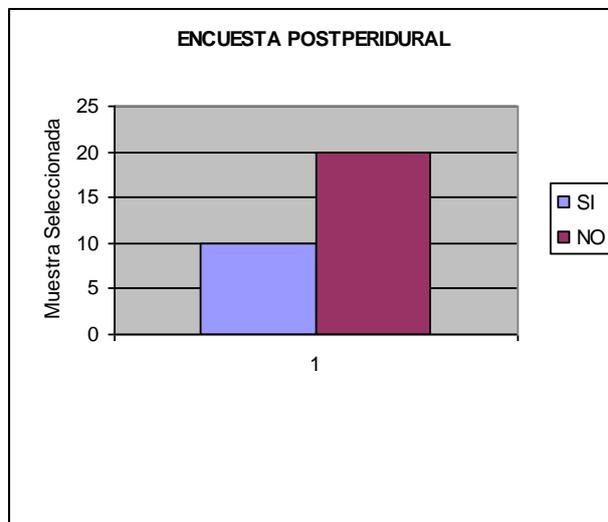
¿Siente Ud. mareo antes de la colocación de la anestesia peridural?



El 100% de las encuestadas negaron tener mareos antes de la colocación de la anestesia peridural

### Ítems 9

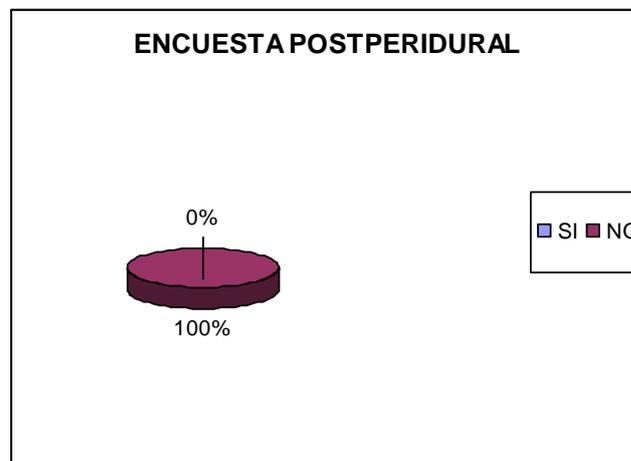
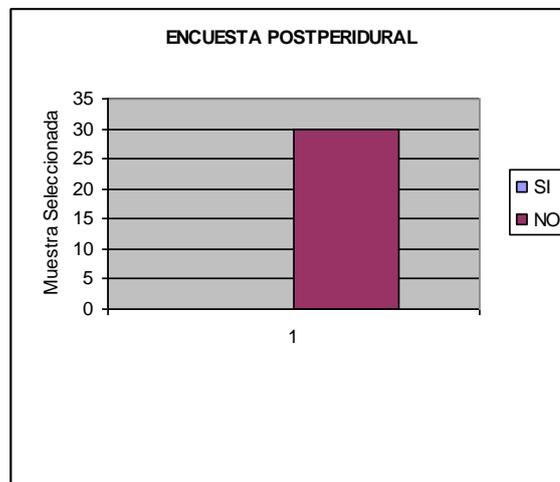
¿Siente Ud. Taquicardia antes de la colocación de la anestesia peridural?



Las mujeres, a las cuales les han anestesiado con la peridural, han tenido taquicardia, así lo refleja los resultados de la presente encuesta, observándose que el 33%, respondieron afirmativamente, mientras que el 67% respondió negativamente.

### Ítems 10

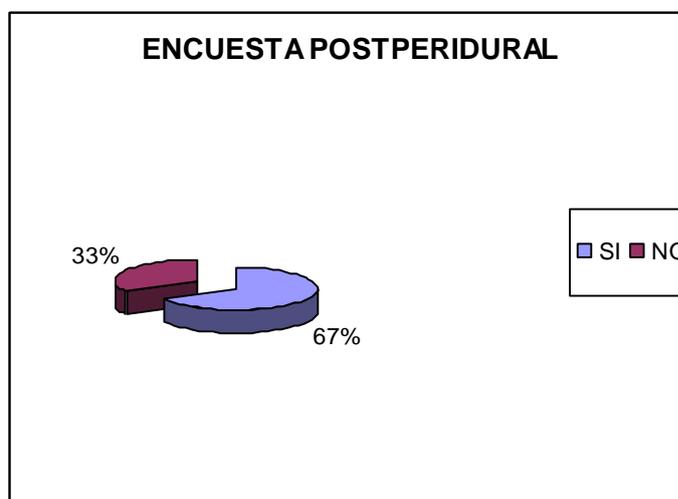
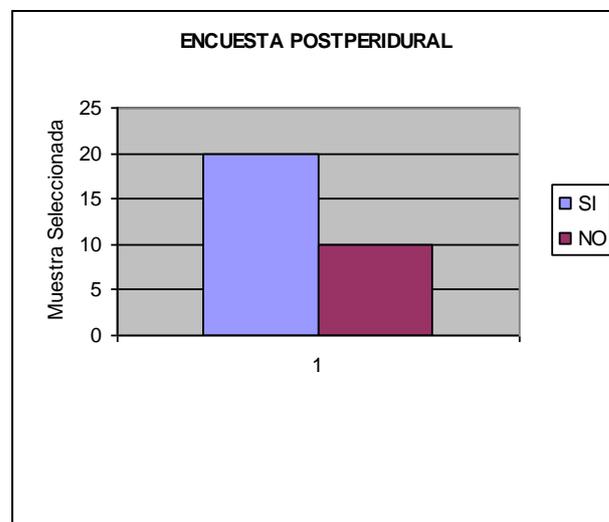
¿Siente Ud. Malestar estomacal antes de la colocación de la anestesia peridural?



El 100% de las encuestadas negaron sentir malestar estomacal antes de la colocación de la anestesia peridural

Items 11

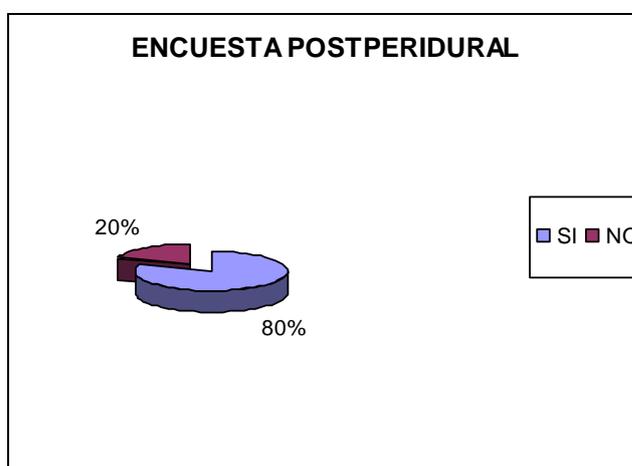
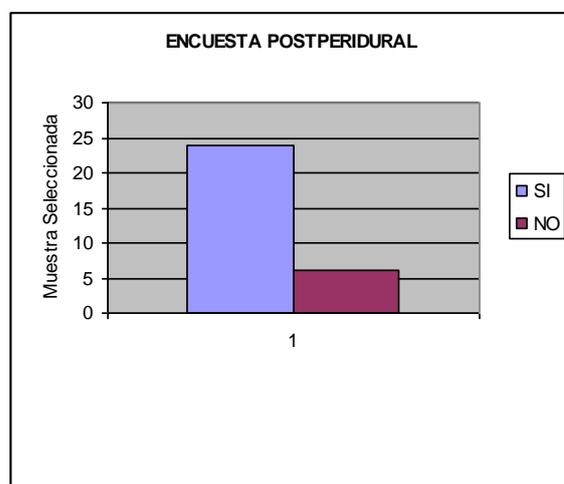
¿Siente inquietud ante la llegada de se bebe?



En su gran mayoría, el 67% de las futuras madres, sienten inquietud por la llegada del nuevo miembro a la familia.

### Ítems 12

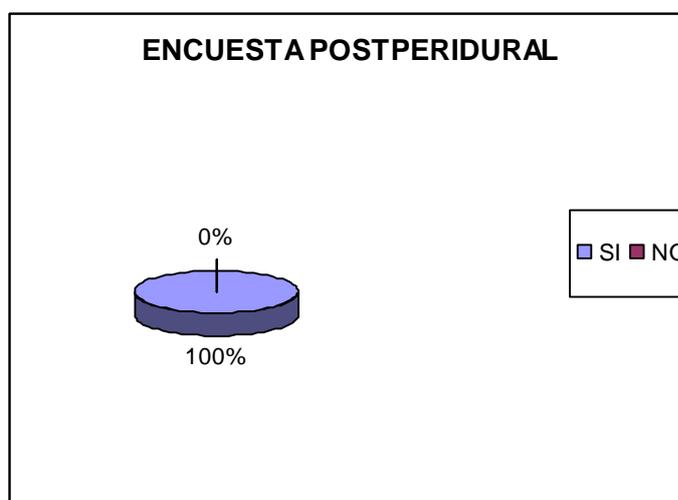
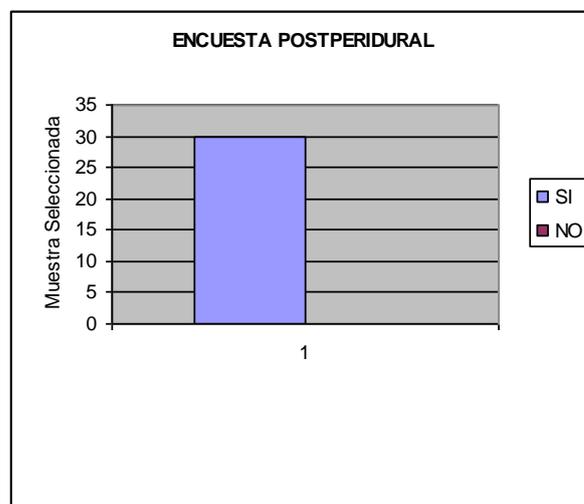
¿Le ayudaría la presencia de su pareja para tranquilizarse?



El 80% de las mujeres, desearían que su pareja les acompañaran en el proceso de parto, dado a que su presencia las tranquilizaría

### Ítems 13

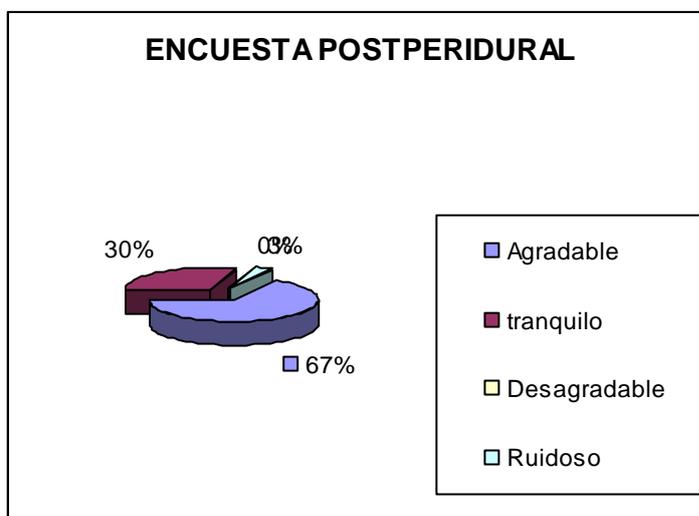
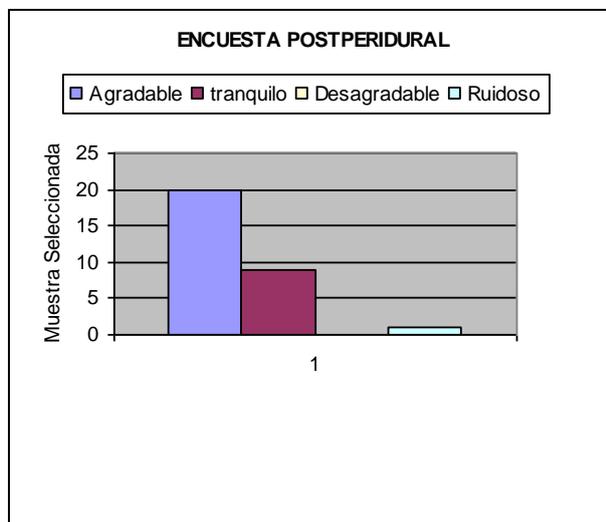
¿Siente alegría por la llegada del bebe?



Toda madre, es decir, el 100% de las encuestadas, se alegran por la llegada del bebe.

### Ítems 14

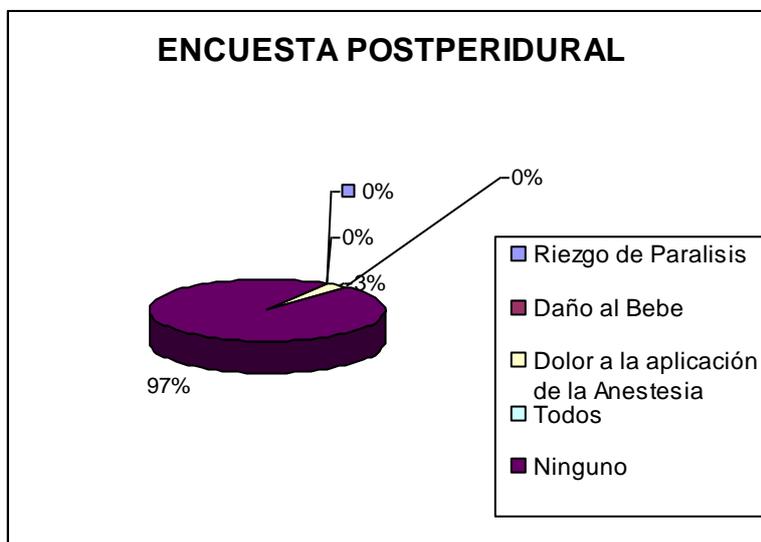
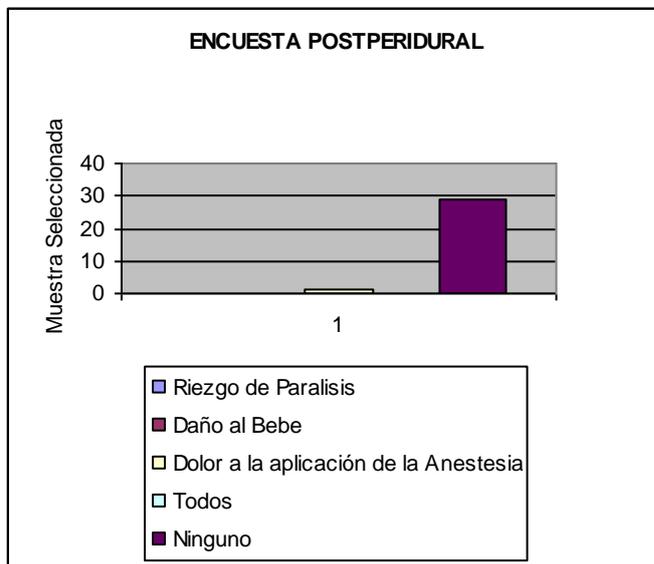
¿Como siente el ambiente de la sala de parto?



Para esta pregunta, se observa que el 67% de las encuestadas, lo consideran agradable, el 30% lo ven tranquilo, más sin embargo y el 3% lo observan desagradable

### Ítems 15

¿Señale si algunos de estos aspectos le causa angustia con respecto a la anestesia peridural?

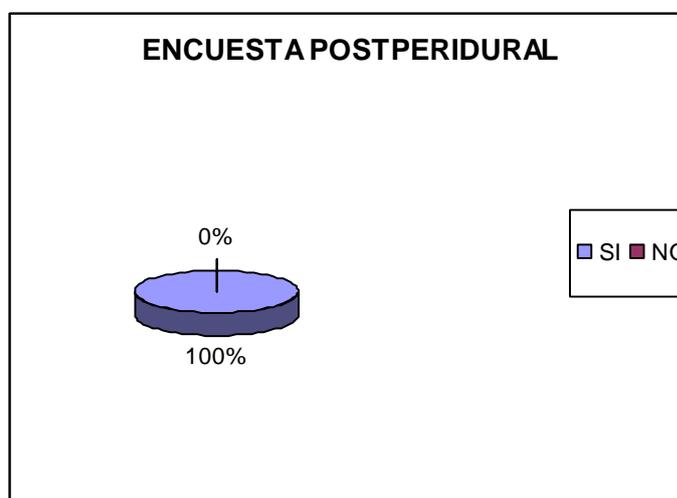
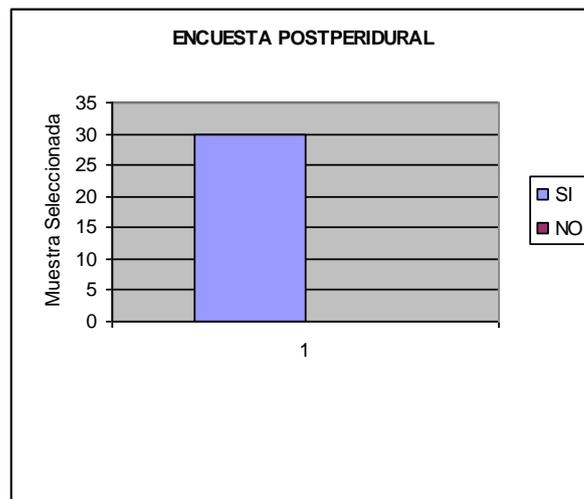


Este ítems, refleja el mayor porcentaje en ninguna de las anteriores, es decir, confían en la anestesia suministrada, solo el 3% le teme al dolor del suministro del mismo

### Intervención para el manejo de la ansiedad.

#### Ítems 16

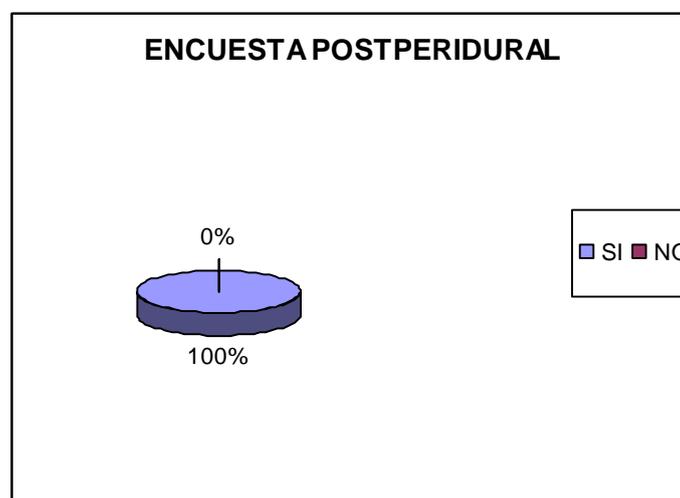
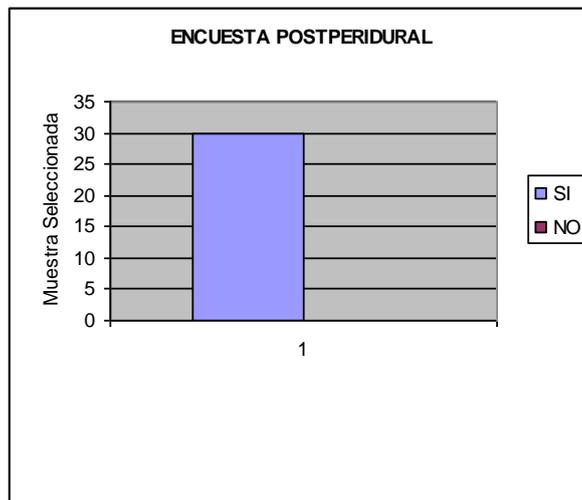
¿Le sería de utilidad que le informáramos por medio de una charla breve y video como es el procedimiento de la anestesia peridural?



La muestra seleccionada, desea ser orientadas en cuanto a la anestesia peridural, es decir, el 100% respondió afirmativamente.

### Ítems 17

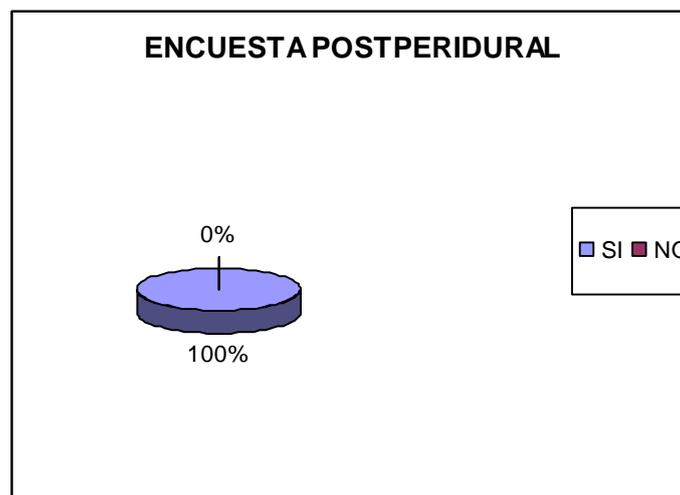
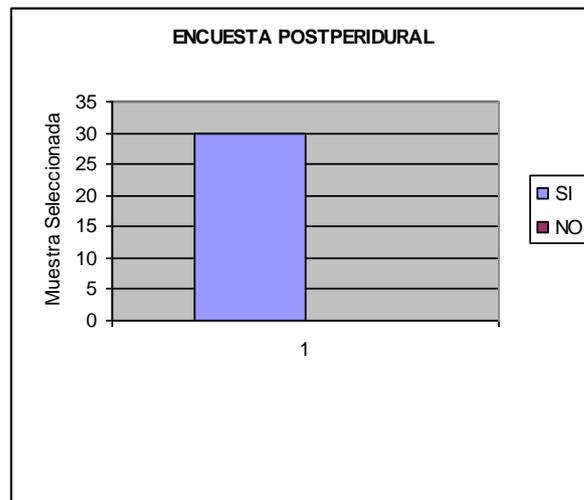
¿La confianza que le brinda el personal de enfermería ayuda a disminuir la ansiedad?



Al igual que la anterior, el 100% de las encuestadas, desean tener confianza en las enfermeras que las atienden

### Ítems 18

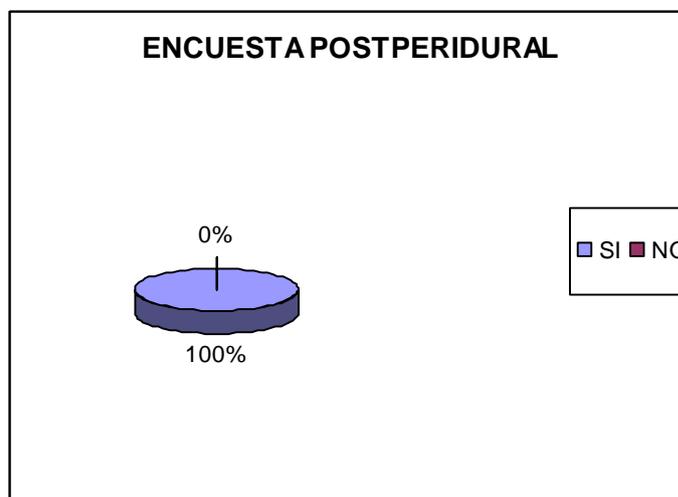
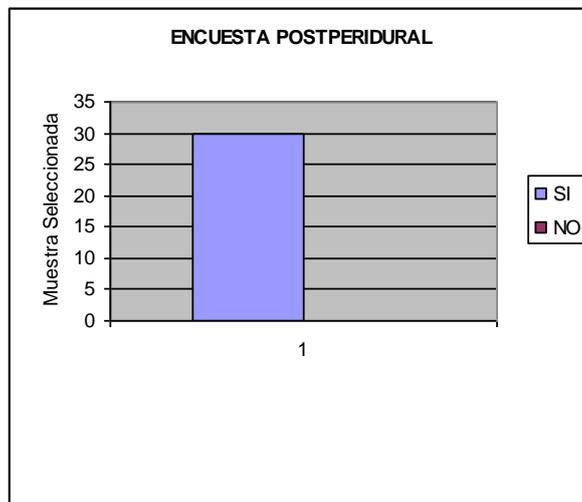
¿Estaría dispuesta a participar en el desarrollo de estrategias para el afrontamiento de la ansiedad?



En esta consulta, el 100% está dispuesto a participar en el desarrollo de estrategias para afrontar la anestesia

### Ítems 19

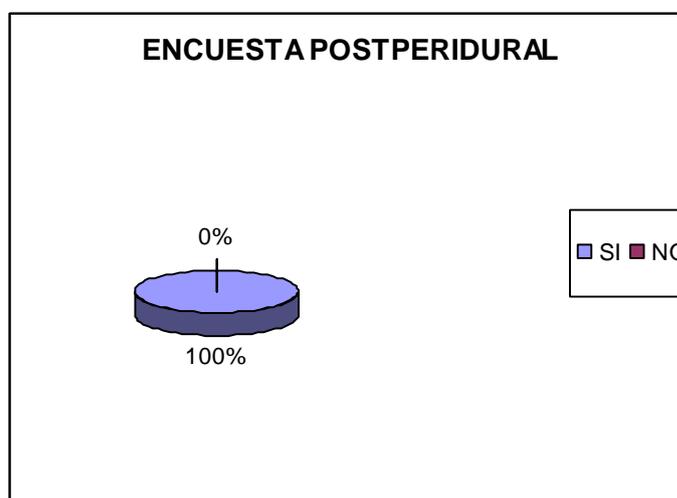
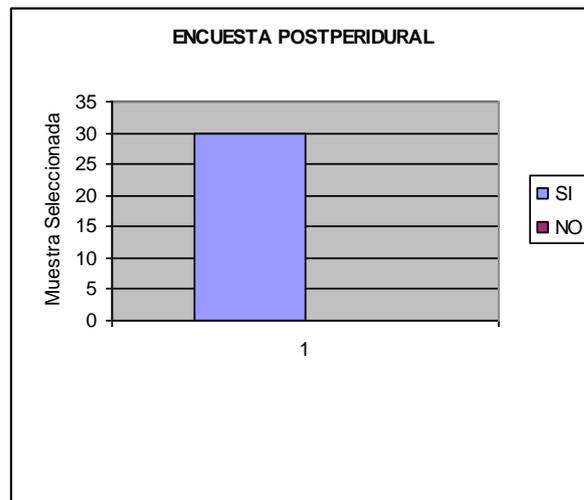
¿Considera usted que la clínica deba dar ayuda a las pacientes Embarazadas para manejar sus niveles de ansiedad?



El 100% de las encuestadas, está de acuerdo en la intervención de la clínica

### Ítems 20

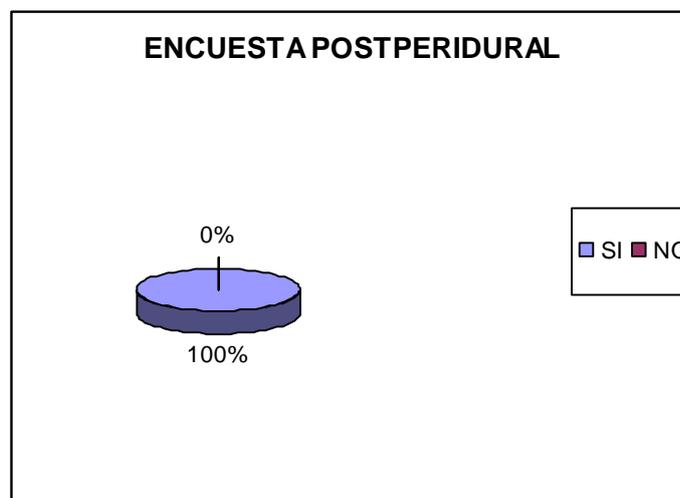
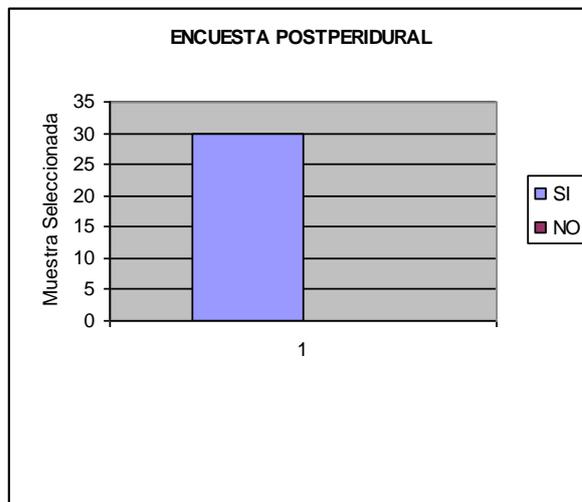
¿Considera Ud. que hasta este momento el equipo de salud ha implementado de manera eficiente y oportuna las acciones para controlar su ansiedad antes y durante el parto?



En esta consulta, el 100% considera que se ha implementado de manera eficiente y oportuna las acciones para controlar su ansiedad antes y durante el parto

### Ítems 21

¿Le tranquiliza que controlemos la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto?





sarrollo de estrategias para el afrontamiento de la ansiedad?	30	100	0	0	30	100	0	0
19-Considera ud. Que la clínica deba dar ayuda a las pacientes embarazadas para manejar sus niveles de ansiedad?	27	90	3	10	30	100	0	0
20-Considera ud. Que hasta este momento el equipo de salud ha implementado de manera eficiente y oportuna las acciones para controlar su ansiedad antes y durante el parto?	22	73	8	27	30	100	0	0
21-Le tranquiliza que controlemos la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto?	30	100	0	0	30	100	0	0
14- Como siente el ambiente de la sala de partos? <b>Pre- Peridural</b>	agradable		tranquilo		desagradable		ruidoso	
	12	40%	11	37%	4	13%	3	10%
14- Como siente el ambiente de la sala de partos? <b>Post- Peridural</b>	agradable		tranquilo		desagradable		ruidoso	
	20	67%	9	30%	0	0%	1	3%

15- Señale si algunos de estos aspectos le causan angustia con respecto a la anestesia peridural? <b>Pre- Peridural</b>	riesgo de paralisis		daño al bebe		dolor aplicación de la anestesia		ninguno	
	2	7%	3	10%	11	37%	4	13%
15- Señale si algunos de estos aspectos le causan angustia con respecto a la anestesia peridural? <b>Post- Peridural</b>	riesgo de paralisis		daño al bebe		dolor aplicación de la anestesia		ninguno	
	0	0%	0	0%	1	3%	29	97%

todo	
10	33%
todo	
0	0%

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **Conclusiones**

Una vez culminada la discusión de los resultados de acuerdo a la aplicación de la encuesta pre y post Peridural y demostración del video con charla educativa se observó de acuerdo a los datos, un cambio de actitud de las pacientes frente a los procedimientos para la colocación de la anestesia Peridural.

Una vez que adquirieron el conocimiento acerca de los procedimientos a realizarse, comprendieron las ventajas y desventajas de la anestesia Peridural y desaparecieron los mitos respecto a ella, las pacientes se mostraron más dispuestas, colaboradoras y tranquilas ya que se controló el nivel de ansiedad en las participantes primigestas, demostrándose el cambio de percepción del medio y las expectativas catastróficas de los efectos adversos de la anestesia peridural tanto en la madre como en el bebé. Se logró de esta manera que las pacientes interactuaran con el medio, con el personal de enfermería, con el anesthesiólogo lográndose que el procedimiento fuera más agradable y tranquilo.

El resultado de la investigación demostró que en las mujeres participantes pueden coexistir sentimientos negativos y positivos en el momento del nacimiento ratificando los factores tanto físicos como psicosociales y el carácter multidimensional de la experiencia.

El estudio demuestra que la aplicación de los instrumentos utilizados en el desarrollo de este trabajo reduce la ansiedad de las primigestas durante la colocación de la anestesia Peridural, logrando los objetivos deseados con beneficios para la madre, el bebé, los profesionales y la Institución.

## **Recomendaciones**

.-Presentar los resultados obtenidos en la investigación a la Dirección del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

.-Se sugiere al personal del servicio de sala de partos incorporar y/o mantener charlas educativas y videos sobre los procedimientos de la anestesia Peridural para que la paciente se integre y participe de forma activa obteniendo beneficios como disminución de la ansiedad, colaboración con el procedimiento lo que agilizaría la realización del mismo.

.- Incentivar los profesionales a continuar con la investigación, no solo con las madres si no también con la preparación de los padres ante el nacimiento de su hijo con el objetivo de mantener e incrementar la calidad de servicio prestado en la institución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Andrew Wickens.(diciembre 2004) Foundations of Biopsychology, Prentice Hall, segunda edición

Berkow, R. y Fletcher, A. (1994) El Manual Merk de diagnóstico y terapéutica. Novena edición. Editorial Mosby. Madrid, España.

Dailand, P.; Chaussis, P; Landru, J y Belkacem, H. (1996) Anestesia epidural para el trabajo de parto. Artículo Journal. EEUU.

D.C. Bethea. (1984) Enfermería Materno-Infantil. 3era edición. Editorial Interamericana. México.

Davidoff, Linda. (1980). 2a. Introducción a la Psicología, McGraw-Hill. México.

E. Erro, J.M. Giménez-Amaya. El núcleo tegmental pedunculo pontino. Anatomía, consideraciones funcionales e implicaciones fisiopatológicas (Pedunculo pontine tegmental nucleus. anatomy, functional considerations and physiopathological implications), Departamento de anatomía. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

Gibson, Janice T. (1976) Psicología Educativa. Primera Reimpresión. Editorial Trillas. México.

Goleman, Daniel. (1999), La Inteligencia Emocional en la Empresa. Vergara. Argentina.

Graham H. McMorland y Gertie F. Marx. (1994) Manual de Anestesia y Analgesia Obstétricas. 1era edición.. Editorial F.A.A.A. Buenos Aires, Argentina.

Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (2003) Metodología de la investigación. (3ra edición). México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Hurtado, J. (1998) Metodología de la investigación holística. (3ra edición) Caracas: Sypal.

H. de Canales; E.L. de Alvarado; E.B. Pineda. (1991) Metodología de la Investigación. Cuarta Reimpresión. Editorial Limusa. México.

Hodnett E. (Marzo-Abril 1996) Apoyo de enfermería en la mujer parturienta. Artículo Journal. Canadá.

Jones DP y Collins BA. (Septiembre 1996) Manejo de enfermería de las mujeres que experimentan trabajo de parto prematuro: Guías clínicas y por qué son necesarias. Artículo Journal. EEUU.

Kahlanek J; Cerly S; David J; Schmitz D y Hanauer M.(Abril 1996) Una combinación del manejo fisiológico normal del trabajo de parto y la analgesia epidural. Artículo Journal. República Checa.

K. O'Driscoll; D. Meagher y P. Boylan. (1996) Asistencia activa en el parto. Tercera edición. Editorial Mosby . Madrid , España.

K.R. Niswander. (1993) Manual de Obstetricia. Tercera edición. Salvat Editores. México.

Le Doux (octubre 2003) El Cerebro emocional, miedo y la amígdala, neurología celular y molecular, vol 23, números 4-5.

MC Guigan, F.J.; Woods Paul J. (1974). Estudios Contemporáneos en Psicología. Primera Edición. Editorial Trillas. México.

Palmero, F. y otros (2004) Psicología de la motivación y la emoción Editorial McGraw-Hill / Interamericana. Mexico.

Polit, D. Hungler, B (1997) Investigación científica en ciencias de la salud (5ta ed). Mexico: Mc Graw-Hill Interamericana.

Rosalind W. Picard, (noviembre 1995) Affective Computing, MIT Media Laboratory Perceptual Computing Section Technical Report No 321.

Sabino Carlos A. (1978) Metodología de la Investigación. Primera Edición. El Cid Editor. Caracas, Venezuela.

Slogan, Aaron. (1981). Why Robots Hill Have Emotions. University of Sussex. Artículo Journal EEUU

Spielberger CD (1975) IDARE: Inventario de ansiedad: rasgo-estado. El Manual Moderno. Mexico 1999, c. 1975

Stuart RB (1972) Control de la conducta humana. Mexico Trillas 1976.

Waldestrom U; Borg IM; Olsson B y Wall S. (Septiembre 1996) La experiencia del nacimiento: Un estudio de 295 nuevas madres. Artículo Journal. EEUU.

Zhang CL; Yu ZJ; Feng AH. (Junio 1996) Estudio del apoyo de enfermería en facilitar el dolor del trabajo de parto. Artículo Journal. EEUU.

## **ANEXOS**

## ENCUESTA PRENATAL

### Instrucciones:

Este inventario contiene preguntas sobre sus antecedentes, su salud, trabajo y sus relaciones con su familia, parientes y amigos para un trabajo de investigación sobre el primer embarazo en mujeres. Por favor lea cuidadosamente todas las preguntas y elija una respuesta marcando con una equis (x).

- En la primera página de la encuesta, por favor complete: la fecha en la que se realiza el inventario, su apellido, inicial del primer nombre, edad y estado civil seleccione (soltera, casada, unida, divorciada, viuda).
- En nivel de instrucción seleccione: (analfabeta, primaria incompleta/completa, secundaria incompleta/completa, TSU incompleto/completo, universitario incompleto/completo, Postgrado).
- En Ocupación seleccione: (Desempleada, Trabajo informal, estudiante, ama de casa, obrero, empleado, comerciante, profesional, profesional independiente, docente, empresario, otro )

Fecha recolección de datos: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Edo.civil: \_\_\_\_\_ Nivel instrucción: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Zona de residencia: \_\_\_\_\_

Nº de gestas: \_\_\_\_\_

**I) Información general que poseen las pacientes sobre la anestesia peridural.**

	Si	No
1. Tiene usted algún tipo de conocimiento sobre la anestesia peridural?		
2. Tiene conocimientos de los procedimientos para la colocación de la anestesia peridural?		
3. Conoce los beneficios de la anestesia peridural?		
4. Desea que le coloquen la anestesia peridural?		
5. Le gustaría conocer a el Anestesiólogo antes de iniciar con el procedimiento para la colocación de la anestesia peridural?		

**II) Información sobre conductas de ansiedad y emociones.**

	SI	NO
6 - Se considera usted una persona ansiosa?		
7 - Le produce ansiedad el ambiente de sala de partos?		
8 - Siente ud. mareo antes de la colocación de la anestesia peridural?		
9 - Siente ud. Taquicardia antes de la colocación de la anestesia peridural?		
10 – Siente ud. Malestar estomacal antes de la colocación de la anestesia peridural?		
11 – Siente inquietud ante la llegada de se bebe?		

12- Le ayudaría la presencia de su pareja para tranquilizarse?		
13-Siente alegría por la llegada del bebe?		

	<b>agradable</b>	<b>tranquilo</b>	<b>desagradable</b>	<b>Ruidoso</b>
14 – Como siente el ambiente de la sala de parto?				

	<b>Riesgo de parálisis</b>	<b>Daño al bebe</b>	<b>Dolor a la aplicación de la anestesia</b>	
15 – Señale si algunos de estos aspectos le causa angustia con respecto a la anestesia peridural?				

### III) Intervención para el manejo de la ansiedad.

	Si	No
16- Le sería de utilidad que le informáramos por medio de una charla breve y video como es el procedimiento de la anestesia peridural?		
17-La confianza que le brinda el personal de enfermería ayuda a disminuir la ansiedad?		
18-Estaría dispuesta a participar en el desarrollo de estrategias para el afrontamiento de la ansiedad?		
19-Considera usted que la clínica deba dar ayuda a las pacientes Embarazadas para manejar sus niveles de ansiedad?		
20 – Considera ud. que hasta este momento el equipo de salud ha implementado de manera eficiente y oportuna las acciones para controlar su ansiedad antes y durante el parto?		
21- Le tranquiliza que contremos la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto?		

## Charla Educativa

<b>Objetivo</b>	<b>Contenido</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Actividades</b>
Que las pacientes inicien la actividad	Bienvenida Presentación Del servicio de Sala de Partos y su personal	Bienvenida, presentación del servicio de sala de partos y del personal	5 minutos	Recorrido por el servicio de sala de partos
Que las pacientes realicen la actividad	Conocimiento del nivel de ansiedad de la paciente	Presentación de la encuesta	5 minutos	Encuesta
Que las pacientes obtengan la información sobre la anestesia peridural	Qué es la anestesia Peridural, ventajas y desventajas y técnica de colocación	Método del Diálogo	10 minutos	Tríptico Video