



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**DETERMINACIÓN DEL GRADO DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DEL
ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR
UNA COLONOSCOPIA- 2015**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**AUTORAS: NORA JIMENA LITUMA MERCHÁN
TANYA AMÉRICA LÓPEZ GAHUANCELA
JANNETH MARITZA TOLEDO DOTA.**

DIRECTORA: MGST. DOLORES AMPARITO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

ASESORA: MGST. GLADYS ROBALINO IZURIETA

**CUENCA – ECUADOR
2016**



RESUMEN

Antecedentes: La ansiedad es un estímulo nervioso negativo que resulta en alteraciones somáticas y psíquicas, que se presenta en pacientes previo a un procedimiento terapéutico biológico, la cual de alguna manera irrumpe el correcto desarrollo y recuperación del procedimiento médico.

Objetivo: Determinar el grado de ansiedad en los pacientes del el área de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso, que van a realizarse una colonoscopia.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, con una muestra de 102 pacientes del área de gastroenterología de la Consulta Externa del HVCM. La técnica aplicada fue la entrevista y el instrumento fue el Test de Hamilton. La tabulación y análisis de datos se realizó en el programa SPSS versión 15 y Excel. Los resultados se muestran en tablas y gráficos simples

Uso de los resultados: de los 102 pacientes evaluados el 56.9% corresponden al género femenino, el promedio de edad es de 52,89 años, el 34,3% son adultos jóvenes seguidos de adultos medios 29,4%, el 65.7% son casados, 41.2% han cursado la primaria completa, 61,8% son del área rural. El grado de ansiedad fue moderada 86.3%, la cual se presentó en el género femenino en un 49%; el 38,2% de pacientes con ansiedad tienen escolaridad baja y el 28,4% son adultos jóvenes.

La investigación concluye que la ansiedad está presente en todos los pacientes previo a procedimientos médicos, generando así que dicho proceso sea limitado para el equipo médico y más aún para el paciente.

Palabras claves: ANSIEDAD, MIEDO, TEST DE HAMILTON, COLONOSCOPIA.



ABSTRACT

Background: Anxiety is a negative nerve stimulation resulting in somatic and mental disorders, which occurs in patients prior to a biological therapeutic procedure, which somehow breaks the proper development and recovery of the medical procedure.

Adjective: Determine the degree of anxiety in the patients of the Hospital Vicente Corral Moscoso Gastroenterology area, ranging to undergo a colonoscopy.

Methodology: A quantitative study of descriptive with a sample of 102 patients in the area of gastroenterology HVCM. The technique used was the interview and the instrument was the Test of Hamilton. The tabulation and analysis of data was performed in SPSS version 15 and Excel. The results are shown in tables and simple graphics and dual input.

Using the results: of the 102 patients evaluated 56.9% for the female, the average age is 52.89 years, 34.3% are young adults adults followed by means 29.4%, 65.7% are married, 41.2% have completed a full primary, 61.8% are in rural areas. The moderate level of anxiety was 86.3%, which was presented in females by 49%, 38.2% of patients with anxiety have low education and 28.4% are young adults.

The investigation concluded that the anxiety is present in all patients prior to procedures, generating so that process is limited to medical equipment and even more so for the patient.

Keywords: ANXIETY, FEAR, HAMILTON TEST, COLONOSCOPY.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPITULO I	16
1.1 Introducción.....	16
1.2 Planteamiento Del Problema.....	18
1.3 Justificación.....	20
CAPITULO II	22
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	22
2.1 Antecedentes.	22
2.2 Colonoscopia	23
2.3 Anatomía del Colon (10)	26
2.4 Intestino Grueso: secreción, formación y composición de las heces (11)...	28
2.5 Intestino Grueso. Reflejo de la defecación (12)	30
2.6 Factores de riesgo ambientales para generar patologías	31
2.7 Ansiedad	34
2.8 Escala de ansiedad de Hamilton	41
2.9 Pasos que deben darse para un tratamiento efectivo de la ansiedad en pacientes	44
CAPITULO III	47
3 OBJETIVOS	47
3.1 Objetivo General	47
3.2 Objetivos Específicos	47
CAPITULO IV	48
4 DISEÑO METODOLÓGICO	48
4.1 Tipo de Estudio	48
4.2 Área de Estudio.....	48
4.3 Universo y Muestra	48



4.4	Criterios de inclusión y exclusión	49
4.5	Variables	50
4.6	Método, Técnicas e Instrumentos para la recolección de la información.....	51
4.7	Procedimientos, autorización, capacitación y supervisión.....	52
4.8	Plan de tabulación y análisis	52
4.9	Aspectos Éticos.....	52
4.10	Recursos.....	53
CAPITULO V	.....	54
RESULTADOS	.....	54
CAPITULO VI	.....	65
5.1	Conclusiones.....	65
5.2	Recomendaciones.....	66
BIBLIOGRAFÍAS	.....	67
ANEXOS	.....	71
	Anexo 1. Consentimiento Informado	71
	Anexo 2 Test de Ansiedad de Hamilton	73



RESPONSABILIDAD

Yo, Nora Jimena Lituma Merchán, autora de la tesis " DETERMINACIÓN DEL GRADO DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA - 2015", me responsabilizo de los criterios y conceptos vertidos en esta Investigación.

Cuenca, 11 de Mayo de 2016

Nora Jimena Lituma Merchán

C.I.0105319131



RESPONSABILIDAD

Yo, Tanya América López Gahuancela, autora de la tesis " DETERMINACIÓN DEL GRADO DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA - 2015", me responsabilizo de los criterios y conceptos vertidos en esta Investigación.

Cuenca, 11 de Mayo de 2016

.....
Tanya América López Gahuancela

C.I. 0102325081



RESPONSABILIDAD

Yo, Janneth Maritza Toledo Dota, autora de la tesis " DETERMINACIÓN DEL GRADO DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA - 2015", me responsabilizo de los criterios y conceptos vertidos en esta Investigación.

Cuenca, 11 de Mayo de 2016

Janneth Maritza Toledo Dota

C.I 0106025679



DERECHO DE AUTOR

Yo, Nora Jimena Lituma Merchán, autora de la tesis " DETERMINACIÓN DEL GRADO DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA 2015" reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su reglamento de propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este el requisito para la obtención de mi título de Licenciada en enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afectación alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 11 de Mayo de 2016


.....
Nora Jimena Lituma Merchán
C.I.0105319131



DERECHO DE AUTOR

Yo, Tanya América López Gahuancela , autora de la tesis " DETERMINACIÓN DEL GRADO DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA 2015" reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su reglamento de propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este el requisito para la obtención de mi título de Licenciada en enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afectación alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 11 de Mayo de 2016

.....
Tanya América López Gahuancela

C.I. 0102325081



DERECHO DE AUTOR

Yo, Janneth Maritza Toledo Dota , autora de la tesis " DETERMINACIÓN DEL GRADO DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA 2015" reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su reglamento de propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este el requisito para la obtención de mi título de Licenciada en enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afectación alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 11 de Mayo de 2016

Janneth Maritza Toledo Dota

C.I 0106025679



DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, ya que sin el nada podemos hacer.

A mis Padres Jorge Toledo y Rosa Dota que siempre me apoyaron incondicionalmente en la parte moral que y económica para poder llegar a ser una profesional.

Hoy retribuyo parte de su esfuerzo con este logo que no es mío sino de ustedes por el cual viviré eternamente agradecida.

A mí hermana Jhina Toledo, a mi sobrino y demás familiares, por el apoyo que me brindaron día a día en el transcurso de cada año.

Janneth Maritza Toledo Dota



DEDICATORIA

A Jehová el creador de las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado.

A mi esposo que ha sido el impulso durante mi carrera, que con su apoyo y amor me ha ayudado a salir adelante en todo momento.

Daniel, Emilia y Tamara gracias hijos porque tuvieron que soportar largas horas de soledad, sin la compañía de su madre. A ustedes quienes han sido mi mayor motivación para nunca rendirme y llegar a ser su ejemplo.

A mis padres Alejandro y Rosa porque ellos han dado razón a mi vida, por su gran amor, sus consejos y su paciencia. Todo lo que hoy soy es gracias a ellos también.

Gracias a toda mi familia por su apoyo incondicional y por compartir buenos y malos momentos.

Tanya América López Gahuancela



DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi esposo por tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para tí, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de tí, gracias por estar siempre a mi lado, Fernando

A mis hijos que fueron mi apoyo incondicional para seguir con esta investigación y así culminar con mi carrera.

A mi Papa y Mama quienes por ellos soy lo que soy y que gracias a su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar.

La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer algo a quien amar y alguna cosa que esperar

Nora Jimena Lituma Merchán



AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer sinceramente a nuestra Directora de tesis Licenciada Amparito Rodríguez por su esfuerzo y dedicación para guiarnos, además de brindarnos su paciencia, conocimientos y orientación.

Agradecemos también a nuestra Asesora Lcda. Gladys Robalino por habernos brindado sus conocimientos y guía para el desarrollo de esta investigación. Así mismo agradecemos a la Universidad de Cuenca y su personal Docente quienes nos han brindado lo mejor de ellos sus conocimientos, para todos ellos es la frase siguiente: “Profesor: profesión que forma profesiones”



CAPITULO I

1.1 Introducción

La ansiedad se define como un estado en el que se experimenta un sentimiento de incomodidad; que con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo; también como una reacción compleja frente a situaciones o estímulos actuales, potencial o subjetivamente percibidos como peligrosos. (1)

A nivel nacional, son limitados los estudios sobre el estado psicológico del paciente previo a un procedimiento médico, en especial sobre la ansiedad, la cual afecta indirectamente en la recuperación post-procedimiento. A mayor ansiedad percibida por el paciente antes del procedimiento más larga y difícil suele ser la convalecencia. Probablemente el momento el que el paciente experimenta más ansiedad es justo antes de un procedimiento. (2).

Este estado de ansiedad en los pacientes se debe al miedo a las circunstancias que rodean al procedimiento: dolor, a lo desconocido, desagradable, a la dependencia de factores y personas ajenas, a los resultados encontrados luego del procedimiento y principalmente a la anestesia. Es así como el control del nivel de ansiedad antes del procedimiento y durante el mismo, permite disminuir la incidencia de inestabilidad cardiovascular y arritmias cardíacas durante la anestesia y procedimientos médicos, además de reducir o evitar los trastornos del comportamiento que se observan en algunos pacientes, sobre todo en edades extremas (ancianos y niños), y que se manifiestan en formas de desorientación, agresividad, requerimientos excesivos de analgesia. La ansiedad previa a un procedimiento médico como lo es la colonoscopia, está asociada a una alta frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones y mayores niveles de dolor luego del mismo. (2)

La mayor parte de los pacientes tratan de afrontar la realización de procedimientos médicos lo mejor posible, en dependencia de su experiencia



previa, de sus posibilidades y habilidades. Pese a esto siempre existen grados de ansiedad que pueden afectar al paciente y al procedimiento médico, para ello los estudios de esta investigación permitirán determinar el grado de ansiedad y el número de pacientes que lo padecen.



1.2 Planteamiento Del Problema

En procedimientos invasivos como: broncoscopia, endoscopia, punción lumbar y sobre todo colonoscopia, la ansiedad está en el paciente. Por lo que la atención médica también debería enfocarse a disminuir la ansiedad mediante una adecuada atención de salud que incluya consulta psicológica previa. Esta asimismo se presenta en cualquier persona de forma transitoria o crónica, puede producir reacciones agresivas que resultan en incremento del estrés experimentado por el paciente.

Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad (de pánico, desórdenes por ansiedad generalizada, trastornos mixtos ansioso-depresivos); sin embargo, la que se genera en el paciente por el acto anestésico y previo procedimiento médico, es un malestar psíquico y fisiológico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico, de hecho, puede ser una característica constitucional de la personalidad del paciente. (3)

Según diversos estudios, los trastornos de ansiedad, son los problemas de salud mental más frecuentes encontrados en la práctica médica, inclusive en las crisis de angustias, son la emergencia psiquiátrica más prevalente. La ansiedad es un mecanismo de defensa adaptativo ante amenazas, sobre todo antes de procedimientos medicos. (4)

Se conoce que la ansiedad provoca incremento en el dolor, mayor necesidad de analgésicos y prolongación en los días de licencia médica, que repercuten directamente en los costos de la atención. El personal de salud tiene que utilizar medidas indirectas que le permitan valorar si el paciente se encuentra ansioso, tales como el aumento en la actividad cardiovascular (taquicardia, hipertensión, arritmias), reducción de las funciones digestivas, dilatación de las pupilas, aumento de la actividad de las glándulas sudoríparas, la verbalización del paciente, piloerección, aumento en las secreciones pulmonares, cambios bioquímicos. Otros datos clínicos que indican una



ansiedad extrema son temblor, pulso batiente, sudoración de palmas, constricción faríngea, semblante atento y boca seca (3). En este contexto, se realizó este estudio con el propósito de establecer el grado de ansiedad en los pacientes del área de gastroenterología de la consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso que se van a realizar una colonoscopia.



1.3 Justificación

La colonoscopia o endoscopia digestiva baja es un procedimiento que permite la exploración del colon y del segmento de intestino delgado adyacente, el íleon terminal. Representa la mejor técnica de la que actualmente dispone el médico para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades del intestino grueso, para la prevención del cáncer de colon y para el tratamiento de un variado número de lesiones. Permite obtener muestras para diagnóstico macroscópico de las lesiones así como citológico e histológico, con ciertas limitaciones en los trastornos motores (3).

La colonoscopia es un procedimiento invasivo que en la mayoría de los casos resulta incómodo para el paciente, puesto que está sometido a anestesia previa y posteriormente a un procedimiento de dolor moderado. El padecimiento y la ansiedad que provoca la colonoscopia hace que el paciente reaccione de maneras diferentes entre ellos falta de raciocinio ante el procedimiento, grados de estrés, comportamientos biológicos inadecuados como sudoración, temblores, dolores parciales de cabeza y espalda, continua micción, entre otros.

En los trastornos de ansiedad, la respuesta de miedo funciona como una alerta que se activa y previene de un peligro inexistente. Precisamente el ser humano puede manifestar su ansiedad psicopatológicamente en forma de trastornos fóbicos y de angustia debido a la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de la función cerebral.

Estudios citados en nuestra investigación, indican que existe un alto índice de ansiedad en los pacientes previo a procedimientos médicos invasivos, situación que sugiere realizar estudios que determinen el grado de ansiedad presente en dichos pacientes. Es así que las Instituciones de salud, pese a contar con equipos multidisciplinarios, no abordan esta problemática con la preparación que amerita. Es importante conocer los síntomas y temores que



el paciente atraviesa durante el tiempo previo a la colonoscopia, razón por la cual el personal de salud puede tomar medidas de trato enfocado a tranquilizar al paciente, predisponiendo al mismo a una mejor colaboración, menor uso de analgésico y mayor aceptación y confianza del procedimiento invasivo (colonoscopia).

Esta investigación esencialmente se basa en conocer el grado de ansiedad que manifiestan los pacientes previa colonoscopia en el área de Gastroenterología de la Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso. En este sentido, podemos acotar que el hospital no cuenta con estudios previos en el tema, a pesar de ser una institución de salud pública de tercer nivel. Esta investigación cobra importancia para el personal de salud, ya que permite planificar medidas de prevención y promoción para disminuir, la ansiedad y temor de los pacientes en dicho procedimiento.



CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.

El hecho de subestimar la presencia de emociones psicológicas negativas, como es la ansiedad en ciertos procedimientos médicos, hace que se haya dado poca importancia a investigaciones donde evidencien la problemática que esta puede generar para el paciente, procedimiento y equipo médico. Planteándose así un gran desafío de investigación donde evidencien la profundidad y afectación que puede tener la ansiedad en los pacientes previo procedimientos médicos invasivos y ambulatorios. En base a lo anterior esta investigación tomo como referencia dos estudios realizados en el país y uno de España que se considera por ser limitado en la colonoscopia

El estudio realizado en el 2010 en Loja, la sedación y analgesia en procedimientos endoscópicos digestivos, fue hecho con 60 pacientes del “Hospital Clínica San Agustín”, de los cuales 34 eran hombres y 26 mujeres, el rango de edad comprendida entre los 28 y 65 años, a quienes se aplicó el Test de Hamilton para determinar los niveles de Ansiedad. Como resultado se obtuvo que antes del procedimiento, el 73,35% presentaron ansiedad moderada y el 26,65% ansiedad leve. (5)

En el Hospital Universitario UTPL y Hospital SOLCA (2010), se realizó un estudio con 40 pacientes previo endoscopia del área de gastroenterología, para determinar la ansiedad de dichos pacientes. El 62,5% de los de los pacientes que iban a ser sometidos a endoscopia alta pre-procedimiento, presentaron una ansiedad moderada y el 37,5% ansiedad leve (6).

En la investigación realizada en España por García Sierra y otros (2013), evaluaron la ansiedad a 109 pacientes. De la muestra, 66 fueron mujeres, representando un 60,6%. El rango de edad de los participantes fue entre 18 y



85 años, con una media de 50.85 años. En esta investigación se observó a dos grupos, el grupo experimental recibió instrucciones previas al procedimiento y el otro grupo no, resultando en: La tolerancia fue mejor en el grupo experimental $p= 0,008$, la diferencia en los valores de tensión arterial sistólica, diastólica y frecuencia cardíaca fue igual en los dos grupos $p=0,085$, $p=0,690$, $p=0,984$ concluyendo ansiedad previo al ingreso de la gastroscopia y post-gastroscopia en todos los pacientes. (7)

2.2 Colonoscopia

Jiménez, Hernández y Briceño (2012), manifiestan que la colonoscopia es un procedimiento médico que emplea un sistema óptico que permite visualizar el interior del intestino. Se utiliza el término de colonoscopia para los procedimientos destinados al estudio del tubo digestivo inferiores que incluye con sus respectivos segmentos al intestino delgado, intestino grueso, colon ascendente y colon descendente, ciego –ano.

El colonoscópico está conformado por un tubo largo y flexible de fibra óptica, el cual contiene una cámara que se asocia a un vídeo para visualizar el interior del tubo digestivo inferior. Su diámetro varía desde 0,5 cm a 1,30 cm. Y su longitud de 30 cm a 1,50 metros. Por lo tanto la colonoscopia en el ámbito médico es definida como la exploración visual del interior de una cavidad corporal, órgano hueco o alguna estructura mediante la utilización de un endoscopio o colonoscópico para la exploración directa. (8)

Además, Jiménez, Hernández y Briceño (2012) señalan que el estudio del aparato digestivo en su interior data desde el año 1806, posteriormente fueron perfeccionándose los equipos médicos utilizados para su observación hasta que en el año de 1958 Bozzini Philipp reportó sus trabajos respecto a la visión de la mucosa del aparato digestivo a través del primer gastroscopio flexible. Por otra parte la colonoscopia y sus avances fueron lentos, en el siglo XIX comenzó a estudiarse mediante colonoscopia. A pesar que no existía el avance tecnológico al inicio del desarrollo de la colonoscopia, la luz para los



procedimientos provenía de una vela o farol. Los inicios de la colonoscopia digestiva pueden clasificarse en tres períodos: Colonoscopia rígida (1868-1932), colonoscopia semiflexible (1932-1956) y colonoscopia flexible (1956-hasta nuestros días), con el advenimiento de la luz óptica.

Durante el procedimiento colonoscópico el personal de enfermería debe estar entrenado para atender los cuidados del paciente sometido a colonoscopia y este personal debe mantener una certificación constante. En la actualidad, el cuidado de enfermería requiere un personal profesional con conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes con un alto nivel de competencia para lograr el avance del trabajo dentro del equipo de salud del servicio de gastroenterología, por lo que se deben tener conocimientos de las pruebas y fundamentación en los principios de ejecución de las mismas, para la posterior revaloración y seguimiento de la evolución de los pacientes con el objetivo de evitar complicaciones (8).

La colonoscopia es una herramienta que permite al personal médico observar las estructuras internas y obtener tejido del interior del paciente, asimismo permite realizar estudios de radiología, determinar sustancias químicas, estudios ecográficos, entre otras. Estas pruebas permiten la realización del diagnóstico y tratamiento de patologías. En algunas se requiere que el aparato digestivo se encuentre vacío por lo que se amerita de ayuno de 8 a 12 horas mientras que otros procedimientos no requieren de previa preparación, cuando se introduce a través del ano, se puede estudiar el recto y la porción inferior del intestino grueso (sigmoidoscopia) o su totalidad (colonoscopia).

Como todo procedimiento médico, existe la posibilidad de complicaciones a través de la colonoscopia aunque relativamente son raras. Los colonoscópicos pueden lesionar o incluso perforar el tracto gastrointestinal, sin embargo puede solo causarse irritación de la mucosa intestinal y una mínima pérdida sanguínea. Durante este procedimiento el paciente debe estar en posición decúbito lateral izquierda, durante aproximadamente 15 a 20 minutos, y debe efectuarse con delicadeza. Entre las contraindicaciones de la



colonoscopia se encuentran la negación o poca colaboración del paciente (los cuales pueden ser provocados por la ansiedad que provoca dicho estudio a los pacientes), imposibilidad de la apertura bucal, infarto de miocardio reciente, alteraciones respiratorias de importancia, sospecha de vísceras perforadas la cual se considera la contraindicación absoluta., infecciones, sangramiento o perforación, sin embargo cabe destacar que ocurren en menos del 0,1% (8).

Al momento de la ejecución de la colonoscopia los protocolos mencionan que el personal de enfermería debe explicar al paciente el procedimiento y realizar la preparación psicológica de informar al paciente en que consiste el estudio, así como la preparación al paciente para la prueba diagnóstica, brindar apoyo emocional, así como aliviar los temores y dudas, con el objetivo de que el paciente esté más relajado y coopere en el momento del estudio. De igual forma el personal de enfermería debe verificar la sala que contenga todos los implementos necesarios e anestésicos, asimismo verificar que el paciente se encuentre acompañado de algún familiar y otra persona cerca al paciente para que también brinde apoyo emocional, siendo importante por ello que el profesional de enfermería debe informar al familiar cuáles serán las condiciones en el que el paciente se encontrará posterior al procedimiento.

Realizar sugerencias de que el paciente permanezca acostado hasta la desaparición de los efectos de la anestesia local, siempre vigilando signos y síntomas de hemorragia, disfagia, cianosis, dolor torácico o abdominal sugestivos de perforación esofágica, gástrica o duodenal.

Se hace importante durante todo este procedimiento la explicación al paciente de lo que se le va a realizar, aunque además de dar asesoramiento verbal y obtener el consentimiento del paciente, algunos estudios han reportado que brindar una información escrita fue eficaz en la disminución de nivel de ansiedad del paciente antes del procedimiento. Felley y col. (2006) encontraron que los pacientes se sentían mejor informados si hubieran recibido un folleto explicativo antes de su procedimiento de sólo haber sido



informado verbalmente por sus médicos. Sin embargo, Challaghan y Ho (2001) encontraron que los materiales escritos no tuvieron ningún efecto en la reducción de la ansiedad ya que los pacientes son incapaces de entenderlos, mientras que Lanius y col. (1990) en su estudio no encontraron diferencias significativas en el nivel de ansiedad entre los pacientes con y sin lectura de un folleto informativo.

Un análisis de la Organización Europea para la Salud mencionó que en Norteamérica (Estados Unidos, Canadá y México) los pacientes latinoamericanos presentan un cuadro en donde el 13% se queja de dolores de cabeza, un 17% dolores musculares, 30 % dolor de espalda, 20 fatiga y 28%, componentes de ansiedad. Definitivamente, la ansiedad y sus efectos traen consigo un desgaste emocional y comportamental demasiado serio y complicado. Ante esto, el presente estudio de investigación ofrece una propuesta para mejorar esa salud y, por ende, para que esta actitud de mejoría se refleje en otros, como la familia y sociedad (9).

2.3 Anatomía del Colon (10)

El colon o intestino grueso tiene una longitud aproximada de 1,50 mts, formando un marco alrededor del intestino delgado. Se diferencia de este por su mayor calibre, a nivel del ciego tiene un ancho de 5 a 7,5 cm y a medida que se hace más distal, el mismo va disminuyendo.

Presenta 3 cintillas longitudinales, bandeletas que son un engrosamiento de la capa de las fibras musculares externas de 0,6 cm de ancho que convergen a nivel de la base de implantación del apéndice. El apéndice cecal, el recto y el conducto anal no las presentan. Sobre las bandeletas se acumulan los llamados apéndices epiploicos, pequeñas formaciones peritoneales que penden como borlas de su superficie y encierran grasa, vasos y en ocasiones, en el adulto, contienen formaciones diverticulares que provienen de la luz intestinal, debido a la herniación exclusiva de la capa mucosa.



El intestino grueso constituye la parte final del tubo digestivo y se extiende desde el íleon hasta el orificio anal. Consta de tres partes:

- Ciego
- Colon
- Recto

El intestino grueso absorbe líquidos del quimo y elabora las heces. Por ello se puede dividir según criterios funcionales en colon absortivo (mitad proximal) y colon de depósito (mitad distal); criterios embriológicos y de inervación: colon anterior (dos tercios anteriores de colon transversos) derivado del intestino medio e inervado por el vago, y colon posterior, derivado del intestino posterior e inervado por el parasimpático sacro

Ciego: Es la porción inicial del intestino grueso. Se encuentra a la derecha e inferior del espacio inframesocólico, cerca de la espina iliaca anterosuperior derecha. Está por delante de los músculos psoas e iliaco y detrás de la pared abdominal anterior.

Colon ascendente: Abarca desde el ciego hasta el ángulo cólico derecho, con una proyección ascendente y ligeramente oblicuo hacia posterior. Es retroperitoneal (vacío derecho) y está separado de la pared abdominal.

Ángulo cólico derecho: También llamado ángulo hepático. Se localiza entre el colon ascendente y el transversos, debajo del lóbulo hepático derecho y delante del riñón. Es retroperitoneal y se proyecta sobre el vacío e hipocondrio derechos.

Colon transversos: Abarca desde el ángulo cólico derecho al ángulo cólico izquierdo. Se sitúa entre los espacios supra e inframesocólicos, debajo de hígado y estómago y delante de los órganos retroperitoneales y separado de la pared abdominal por el omento mayor. Se proyecta en la región umbilical e



hipogástrica. Es intraperitoneal y se une al peritoneo parietal posterior por el meso colon transversos.

Ángulo cólico izquierdo: También llamado ángulo esplénico. Es más elevado que el ángulo hepático y se localiza por debajo del bazo, junto al estómago, delante queda el diafragma y el riñón izquierdo por detrás. Se proyecta sobre el hipocondrio izquierdo.

Colon descendente: Tiene un trayecto paralelo al colon ascendente, pero es el doble de largo, vacío y fosa iliaca izquierda. Separado de la pared abdominal.

Colon sigmoideo: Continuación del colon descendente, pero es un órgano intraperitoneal y móvil. De aspecto muy contorneado. Se relaciona con la vejiga, el recto y el útero (en la mujer)

2.4 Intestino Grueso: secreción, formación y composición de las heces (11)

Aproximadamente unos 500 ml de quimo pasan cada día desde el íleon al ciego. La mucosa del intestino grueso es lisa ya que no tiene vellosidades y el ribete en cepillo de sus células epiteliales columnares no contiene enzimas. Hay gran cantidad de células caliciformes productoras de moco dispersas entre las células columnares. Por tanto, la secreción del intestino grueso consiste en un líquido mucoso, conteniendo grandes cantidades de iones bicarbonato, y su misión consiste en: evitar lesiones a la mucosa, asegurar la cohesión del bolo fecal y proteger la mucosa contra la intensa actividad bacteriana de esta zona.

Cuando una zona del intestino grueso está muy irritada, la mucosa secreta además de moco, grandes cantidades de agua y electrolitos. De este modo se diluyen las sustancias irritantes y se acelera el tránsito de las heces hacia el ano, dando lugar a una diarrea. La absorción de carbohidratos, lípidos y proteínas, así como de otros nutrientes ya se ha completado en el momento



en que el quimo pasa el esfínter íleocecal. De modo que el quimo que pasa al intestino grueso contiene restos celulares, fibras y grandes cantidades de agua y electrolitos. La mayor parte del agua y los electrolitos contenidos en este quimo, se absorben en el colon por lo que quedan menos de 100 ml de líquido para ser excretados en las heces. Toda la absorción que tiene lugar en el intestino grueso ocurre en su 1/2 proximal por lo que a esta parte se le llama colon de absorción. La 1/2 distal tiene como misión almacenar las materias fecales por lo que se llama colon de almacenamiento.

El colon proximal tiene muchas bacterias (hay más de 400 tipos de bacterias en el colon, algunas anaerobias y otras aerobias) que constituyen la flora bacteriana intestinal. La flora intestinal realiza varias funciones:

- Fermentar los hidratos de carbono y lípidos que son indigeribles y llegan al colon. Como consecuencia de esta fermentación se forman ácidos grasos de cadena corta y diversos gases. Cada día se forman aproximadamente unos 500 ml de gases o más si la dieta es rica en hidratos de carbono indigeribles como la celulosa.
- Convertir la bilirrubina en otros pigmentos que dan el color marrón a las heces
- Dar lugar a la formación de varias vitaminas como la vitamina K, varias del grupo B (B1o tiamina, B2 o riboflavina, y B12 o cianocobalamina). La vitamina B 12 solo se puede absorber en el íleon terminal de modo que la que se sintetiza en el colon se excreta. Tiene importancia principal la cantidad de vitamina K formada por las bacterias intestinales puesto que no basta la que se absorbe con los alimentos para asegurar una coagulación sanguínea normal.

Las heces están compuestas de 3/4 partes de agua y 1/4 parte de sustancias sólidas (bacterias muertas, restos de alimentos no digeribles, células intestinales muertas, moco etc.). Su color se debe a un derivado de la



bilirrubina que se llama estercobilina y su olor a procesos microbianos sobre los residuos fecales que producen sustancias odoríferas como el indol, el ácido sulfhídrico, etc. La fibra que se ingiere con la dieta está formada principalmente por celulosa que no puede ser digerida por los seres humanos de modo que permanece en el intestino añadiendo masa a los residuos alimentarios y como, además, tiene un efecto higroscópico (absorbe agua), las heces con un contenido elevado en fibra son más voluminosas y blandas y, por tanto, más fáciles de expulsar.

2.5 Intestino Grueso. Reflejo de la defecación (12)

El colon presenta movimientos de mezclado y movimientos propulsores lentos. Las ondas peristálticas se producen varias veces al día y sirven para mover el contenido del intestino grueso en largas distancias. El recto permanece habitualmente vacío y el conducto anal está cerrado por los esfínteres anales, de modo que la coordinación del recto y el conducto anal es importante para la defecación. Después de la entrada de los alimentos en el estómago, la motilidad del colon aumenta debido al reflejo gastrocólico. Cuando las heces llegan al recto se desencadena el reflejo de la defecación que comienza con la distensión del recto por las heces. Como consecuencia, se inician ondas peristálticas en el colon descendente, el colon sigmoideo y el recto que fuerzan las heces hacia el ano. Al aproximarse la onda peristáltica al ano se inhibe el esfínter anal interno, que es involuntario. Si también se relaja el esfínter anal externo se produce la defecación.

Pero este esfínter, al contrario del anterior, puede controlarse voluntariamente y si se mantiene contraído no se produce la defecación. De modo que si se mantiene contraído voluntariamente el esfínter externo, el reflejo de defecación se disipa al cabo de unos minutos y se mantiene inhibido durante horas o hasta que entran más heces en el recto. Las personas que inhiben con demasiada frecuencia el reflejo natural de la defecación, acaban sufriendo estreñimiento.



Normalmente se eliminan unos 100-150 gramos de heces cada día

2.6 Factores de riesgo ambientales para generar patologías

Dieta (tipo, calidad y cantidad)

Grasas

La ingesta de dietas ricas en lípidos saturados de origen animal aumenta el riesgo de CCR. Se ha señalado que no importa tanto el tipo de grasas una vez que se ha ajustado el consumo total de calorías para el peso y la edad.

En cambio, se ha demostrado que la ingesta de lípidos poliinsaturados del tipo omega 3 tiene un efecto protector

Proteínas

No existe evidencia contundente de que una dieta rica en proteínas aumente el riesgo de CCR.

Carnes rojas

Su ingesta aumenta el riesgo de CCR. Influyen la temperatura de preparación de la carne ya que a mayor temperatura mayor cantidad de aminas heterocíclicas; de igual forma, influye si la carne se fríe o no y si usa Barbecue; de hecho, en estos casos la ingesta de carne con estas características incrementa dos veces la prevalencia de adenomas.

Fibra

Se ha asociado la ingesta abundante de fibra a una baja incidencia e CCR. Entre los mecanismos propuestos se encuentran que la fibra favorece la disminución del pH intraluminal lo que disminuye la mutagenicidad de los ácidos biliares secundarios, la dilución de los carcinógenos, da lugar a la formación de ácidos grasos de cadena corta a través de la fermentación bacteriana, e induce la fijación de ácidos biliares aumentando su excreción.



De igual forma, el uso prolongado de suplementos vitamínicos durante periodos prolongados disminuye el riesgo de CCR en un 75%.

Este efecto se debe principalmente al ácido fólico, el cual es esencial para la regeneración de la metionina, principal donador de grupos metilo durante la síntesis de purinas y pirimidinas, y la reparación del ADN.

Estilo de vida

Consumo de alcohol y tabaco. Se ha sugerido que la ingesta de más de dos bebidas alcohólicas por día aumenta dos veces el riesgo de CCR. El tabaquismo prolongado se asocia a mayor riesgo de CCR, de forma tal que si se consumen más de 20 paquetes-año de cigarrillos se aumenta el riesgo de adenomas, así, si se consumen más de 35 paquetes-año aumenta el riesgo de CCR.

Consumo de café

La ingesta de café podría disminuir el riesgo de CCR debido a su contenido de sustancias antimutagénicas y compuestos fenólicos, además aumenta la motilidad intestinal disminuyendo el tiempo de contacto de la mucosa con los agentes mutagénicos. La cafeína, por su parte, disminuye la excreción de ácidos biliares y esteroides

Actividad física y masa corporal

Se ha relacionado el grado de actividad física y el Índice de Masa Corporal (IMC) de forma inversa con el riesgo de cáncer de colon pero no de recto, este efecto es mayor en los hombres.

Terapia de restitución hormonal en posmenopáusicas

Se sugiere una disminución del riesgo de CCR en mujeres posmenopáusicas que están bajo tratamiento de restitución hormonal y este efecto se mantiene hasta 10 años después de suspender el tratamiento. Se ha visto que el uso de anticonceptivos orales también disminuye el riesgo si se asocia a menarca



tardía; en cambio, si el primer embarazo se presenta de forma tardía se incrementa el riesgo.

Por lo que se concluye que la terapia hormonal sí disminuye el riesgo de CCR pero que los casos que a pesar de la terapia hormonal desarrollan CCR se presentan en estadios más avanzados.

Factores genéticos

Predisposición hereditaria Los antecedentes familiares de CCR confieren un riesgo aumentado a lo largo de la vida para CCR.

La afección de un familiar de primer grado duplica el riesgo de CCR y aumenta de forma importante si el familiar es menor de 60 años. Asimismo, los antecedentes de CCR incrementan el riesgo de pólipos adenomatosos en familiares directos



2.7 Ansiedad

La ansiedad es una sensación, un estado emocional que experimentan todos los individuos.

La ansiedad está considerada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad, (13). La ansiedad lo atraviesan pacientes quienes se enfrentan a una enfermedad desconocida, cirugía o procedimientos invasivos.

Las respuestas fisiológicas del organismo ante la ansiedad son similares a las del miedo. Mientras que el miedo es una respuesta clara ante una amenaza concreta y que puede variar en intensidad. Si un individuo siente que está en peligro, la respuesta emocional natural del organismo será el miedo, en esos momentos ante la súbita producción de adrenalina el cerebro activará una acción psicológica intensa en busca de una solución que sería afrontar o huir. Sin embargo, en la ansiedad, la respuesta que se da, no es inmediata ni intensa; lo que surge es un conjunto de sensaciones difusas que modifican el estado de ánimo y generan un sentimiento de incomodidad continuo y permanente, que ni llega pronto ni se va rápido (14)

La ansiedad es una señal de alarma que dispara nuestro organismo como defensa. Por eso suele entenderse como una “respuesta” a estímulos internos (pensamientos desagradables) o externos (situaciones) que el sujeto considera amenazantes o peligrosos. (15)

La ansiedad tiene una relación directa con la función del sistema inmune (16), esto afecta de una manera directa o indirecta sobre la recuperación del paciente, además de que pueden presentar complicaciones durante el procedimiento médico al que esté sometido.



La ansiedad consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico. El termino Angustias, así como angor, angina, provienen de una misma raíz griega o latina, y significan constricción, sofocación, estrechez u opresión, y se refieren indudablemente a la sensación de opresión precordial y epigástrica con desasosiego que la caracteriza (17).

La angustia es una manifestación emocional caracterizada por un temor a lo desconocido o a lo amenazante. Este temor se contrapone al miedo, que es un temor a algo concreto y definido (objeto o situación). Según su origen, la angustia puede presentarse de diferentes maneras. Existe una angustia que puede ser considerada normal, pues aparece frente a diversos estímulos estresantes, que implican una amenaza real e imponen un desafío. Si, por el contrario, la valoración de una amenaza es errónea o distorsionada o el estímulo es imaginario, se genera una angustia que tiende a persistir, transformándose en anormal o patológica. Es decir, la angustia normal se basa en preocupaciones presentes o del futuro inmediato y desaparece al resolver los problemas la angustia patológica, antes llamada neurótica, es de medida y persistente, planeando un futuro incierto o amenazante y va restringiendo la autonomía y desarrollo personal de quien la sufre.

El acto anestésico-quirúrgico genera ansiedad en el paciente, por lo que la atención debe enfocarse a disminuir la ansiedad mediante una adecuada atención hospitalaria que incluya consulta preanestésica oportuna y con la debida preparación psicológica o farmacológica del enfermo. En Ecuador y otros países, el anesthesiólogo dedica muy poco tiempo a la consulta preanestésica, la cual resulta insuficiente para identificar ansiedad en los pacientes ante el acto anestésico o quirúrgico (4).



Castro y colaboradores (2012), manifiesta que la ansiedad se presenta en cualquier persona de forma transitoria o crónica, puede producir reacciones agresivas que resultan en incremento en el estrés experimentado por el paciente, causando en consecuencia un manejo del dolor más difícil en el postoperatorio, mayor necesidad de analgésicos y prolongación en los días de estancia hospitalaria, que repercute directamente en los costos de la atención.



2.7.1 SÍNTOMAS DE ANSIEDAD (17)

Es prioritario que el personal de salud utilice medidas indirectas que le permitan valorar si el paciente se encuentra ansioso, tales como el aumento en la actividad cardiovascular (taquicardia, hipertensión, arritmias), aumento en el consumo de oxígeno con vasoconstricción de los vasos sanguíneos periféricos, reducción de las funciones digestivas, dilatación de las pupilas, aumento de la actividad de las glándulas sudoríparas, piloerección, aumento en las secreciones pulmonares, cambios bioquímicos y alteraciones de coagulación de la sangre. Otros datos clínicos que indican una ansiedad extrema son temblor, pulso batiente, sudoración de palmas, sensación de “mariposas” aleteando en el abdomen, constricción faríngea, semblante atento y boca seca (4).

Además, los síntomas de mayor relevancia que se manifiestan en un paciente preoperatorio son:

Síntomas Subjetivos, Cognitivos o del Pensamiento

- Preocupación.
- Inseguridad.
- Miedo o temor.
- Aprensión.
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad de concentración.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente



Síntomas Motores u Observables

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación.

Síntomas Fisiológicos O Corporales

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos



2.7.2 COMPONENTES DE LA ANSIEDAD (17)

Componente fisiológico

Respuestas fisiológicas	Respuesta crónica	Respuestas de Evitación
Tensión muscular, para huir o para pegar	Tics, temblores, dolores (lumbares, cervicales, jaquecas,) Reacciones exageradas de susto. Cansancio	Movimientos que esconden o disimulan No poderse estar quieto, movimientos de manos, tocarse mucho.
El corazón late rápidamente para mandar sangre a los músculos	Taquicardias, Tensión arterial alta	
La sangre abandona la digestión y se va a los músculos para pegar o correr. “Nudo en el estómago”	Problemas de estreñimiento o de diarrea en casos extremos favorecen la úlcera de estómago o de duodeno	Tensión en el estómago. Falta de apetito
La respiración se acelera para mandar oxígeno a los músculos	Mareos si el oxígeno no se consume a la misma velocidad	
Para ser pasivo en la huida o en la lucha		
La sangre abandona los músculos: nos quedamos fríos y blancos de miedo, para quedarnos quietos y pasar desapercibidos	(Tierra trágame).	Nos agachamos y tenemos una postura encogida
La respiración se acorta para que no se note.	Sensación de ahogo y de angustia	Acortamos la respiración. El corazón se tiene que esforzar más
Tensión en la garganta para quedarnos callados, “nudo en la garganta. Tartamudeos, bloqueos...	Frecuentes constipados, faringitis crónica.	Nos aclaramos la garganta

Componente cognitivo



Respuestas fisiológicas	Respuesta crónica	Respuestas de evitación
Atención a las posibles amenazas	Falta de concentración. Memoria muy afectada.	
Planificación de la acción. Intentos de entender que pasa y como corregir el problema.	Preocupación. Tardar en dormir. Pensamientos repetitivos y angustiosos. No hacer nada. Apatía. Dormirse	No aceptación de los pensamientos. Obsesiones Aplazamiento. Acciones Compulsivas
Disociación = “Aquello no va conmigo”.	Estados disociativos	Amnesia

Componente Conductual

Respuestas conductuales
Solucionar el problema
Adaptarse y aceptar la situación
Evitar el problema. Si se puede, perfecto, si no aparece la ansiedad crónica
Conductas problemáticas para no aceptar la sensación de ansiedad

En el proceso preoperatorio, pruebas de screening invasivas o medianamente invasivas suceden situaciones que se pueden considerar como adversas y que influyen en los procesos médicos.

El ingreso a un centro médico origina ansiedad y estrés. El grado de estrés hospitalario parece relacionarse con un entorno desconocido, separación de la familia, carencia de información. (18)

La ansiedad, la incertidumbre, cobra mayor importancia cuando por un déficit de información, el paciente no sabe qué esperar de la intervención. Todo ello conduce a un estado de hipervigilancia y ansiedad. (18)



Por último, la inevitable incapacidad física agrava la situación: el paciente se encuentra encamado, en una determinada posición, lo que hace que el paciente perciba emociones negativas. (18)

2.8 Escala de ansiedad de Hamilton

Existen informes en la literatura médica que describen varias herramientas para evaluar la ansiedad y depresión, como la Escala de Ansiedad de Hamilton, el Inventario de Ansiedad STAI I y II, los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)x. La mayoría de ellas fueron creadas para ser aplicadas por el investigador a los pacientes con trastornos psiquiátricos. Para este estudio se aplica el Test de Hamilton (4):

Aguilar, Guiracocha, y Peñaloza (2014), señalan que la escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959. Su objetivo es valorar el grado de ansiedad y, según los autores, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia). Cada ítem describe una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. (19)

La dimensión que evalúa son: humor ansioso miedos, insomnio, intelectos, humor depresivo, problemas somáticos, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinario, síntomas autónomos y comportamiento en la entrevista. (Ver anexo 2)

Para la suma de puntuaciones e interpretaciones, se recomienda los siguientes puntos de corte (17) - (20):

**a. 0-5: no hay ansiedad**

Se evidencia que no existe o son casi nulos los síntomas de ansiedad. El paciente tiene una frecuencia cardíaca normal, los índices de temperatura, la presión sanguínea, respiración se encuentran dentro de los rangos normales.

b. 6-14 : ansiedad leve

Es aquella ansiedad que tiende a ser crónica presentando episodios de ansiedad agudos de frecuencia e intensidad variables. Aproximadamente un tercio de los pacientes se recuperan teniendo los varones mejor pronóstico que las mujeres (20) .

Se caracteriza principalmente por un estado de alerta en el que la percepción y la atención de la persona están incrementadas. Sin embargo, la persona conserva la capacidad para afrontar y resolver situaciones problemáticas. A nivel fisiológico, una ansiedad leve puede provocar insomnio y sensación de malestar y agotamiento físico (21).

c. 15-30 : ansiedad moderada

Solis Cedeño (2013) afirma que es aquella ansiedad que incrementa la vigilia y ayuda a realizar una valoración realista de lo que está por venir, lo que ayuda al sujeto a actuar apropiadamente.

Provoca una disminución de la atención y de la percepción, dificultades de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva. A nivel fisiológico, la ansiedad moderada se manifiesta a través de un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, pudiendo producirse además temblores y estremecimientos (21).



d. Mayor o igual a 31: ansiedad severa o grave

Es aquel nivel de ansiedad que puede conducir a errores psicomotores o intelectuales, deterioro del funcionamiento psicológico, y perturbación de la concentración y memoria. Existen evidencias que la ansiedad leve y moderada puede cumplir una función útil y adaptativa (20).

Además, la ansiedad en este nivel se caracteriza principalmente por la incapacidad de la persona para concentrarse y por una percepción muy reducida de la realidad. A nivel fisiológico, la persona puede presentar taquicardia, dolor de cabeza y/o náuseas (21).

La ansiedad generalizada está asociado con cierta afeción del estado mental, social y la salud en general del individuo, dolor corporal inespecífico, que interfieren en las actividades diarias. La ansiedad es mayor entre los pacientes con trastornos psicóticos del sexo masculino comparado con los sujetos sanos.

Estos problemas generalmente no son diagnosticados y tratados oportunamente. Se presentan asociados con diferentes síntomas sin que exista una causa orgánica que los explique.



2.9 Pasos que deben darse para un tratamiento efectivo de la ansiedad en pacientes

Reyes-Ticas (2010), ha considera siete pasos importantes que facilitan el tratamiento de un paciente con algún grado de ansiedad (22):

PASO 1 - Establecer una buena relación médico-paciente

- a. Una forma eficaz de iniciar una excelente relación entre el prestador de servicio de salud y el paciente, es el saludo y la presentación.: “Buenos días, soy la Lcda. Alicia Paz”. “¿Tiene la amabilidad de decirme su nombre?” En seguida le pregunta: “¿En qué puedo servirle?”.
- b. Escuchar las quejas con atención y sin interrupción, como también permitir expresar sus emociones (llanto, enojo). Recordar que el paciente además de sus dolencias lleva a la consulta sus temores y los sinsabores de trámites administrativos y de largas horas de espera.
- c. Considerar la finalización de la consulta como un acto muy importante ya que es el momento en que vuelve a acrecentarse los temores en el paciente y en la familia.

PASO 2 - Establecer una alianza terapéutica

La alianza terapéutica se basa en la confianza y comprensión. Para ello pueden utilizarse las siguientes estrategias de valoración:

- Antecedentes: ¿Que está pasando en su vida?
- Afecto: ¿Cómo se siente acerca de esto?, ¿Cómo está su estado de ánimo?
- Problemas: ¿Qué es lo que más le aflige de ésta situación?
- Afrontamiento: ¿Cómo está afrontando su situación?
- Comprensión: Esto debe ser muy difícil para usted.



PASO 3 - Proporcionar psicoeducación

Es importante dar explicaciones sencillas de lo que el paciente tiene, los factores biológicos y psicosociales que han intervenido y que se espera de la intervención (incluso los posibles efectos secundarios). Se debe evitar siempre decirle “No tiene nada” o “No pasa nada”

PASO 4 - Técnicas de relajación

Una forma sencilla de relajarse es a través de la respiración. Enséñele a inspirar lentamente por la nariz, contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5. La inspiración debe provocar que el abdomen se infle como un globo. Luego se expira el aire lentamente por la boca contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5.

PASO 5 - Realizar psicoterapia

Todo personal de salud se convierte en psicoterapeuta al establecer una buena relación profesional en salud-paciente y una buena alianza terapéutica. Escuchar, explicar y atender las preocupaciones y sentimientos de los pacientes son los componentes esenciales de cualquier psicoterapia.

El prestador de servicio de salud puede realizar una psicoterapia de apoyo fortaleciendo la capacidad de afrontar la situación difícil que presentan los pacientes, ayudarlos a entender sus reacciones emocionales ante los problemas y a que obtenga conocimientos prácticos para la resolución de los mismos. Otra técnica al alcance del profesional de salud, es el entrenamiento en la resolución de problemas, la cual consta de los siguientes pasos:

- a. Identificación de los factores desencadenantes de la preocupación excesiva.
- b. Conocer las acciones que está realizando el paciente para enfrentarlos.
- c. Reforzar las cosas que está haciendo con éxito.



- d. Planificar tareas que el paciente puede hacer en el transcurso de las próximas semanas para resolver las situaciones estresantes.

Existen otras técnicas como intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos, técnica conductual de desensibilización que pueden ser empleadas en casos especiales.

PASO 6 - Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico debe considerarse como parte de un plan terapéutico. En algunas ocasiones será absolutamente necesario este tratamiento posterior a un diagnóstico específico del trastorno de ansiedad y por tanto se debe considerar el empleo de medicamentos ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores de humor y neurolepticos.

PASO 7 - Remisión al especialista en psiquiatría

En el caso que el paciente presente morbilidad psiquiátrica e intolerancia a los psicofármacos, riesgo de suicidio, riesgo de abuso de sustancias o requiera atención por conflictos psicológicos especiales, el médico general tiene la oportunidad de solicitar una interconsulta con un especialista en psiquiatría.



CAPITULO III

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar el grado de ansiedad en los pacientes del área de gastroenterología de la Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso que se realizaran una colonoscopia, Cuenca 2015

3.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar a los pacientes en base a las variables sociodemográficas, edad, estado civil, sexo, nivel de instrucción, procedencia.
2. Identificar los grados de ansiedad según Test de Hamilton con la siguiente escala: leve, moderad, severo , grave.



CAPITULO IV

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudio

La investigación fue cuantitativo de tipo descriptivo en la cual los individuos cumplieron ciertos criterios de inclusión y exclusión.

4.2 Área de Estudio

El estudio se realizó en el área de Gastroenterología de la Consulta Externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso” ubicado en la Ciudad de Cuenca, provincia del Azuay se valoró a pacientes que acuden a realizarse una colonoscopia.

4.3 Universo y Muestra

4.3.1 UNIVERSO

El universo es finito y se constituye en base al último periodo semestral correspondiente a los meses de octubre del 2014 a marzo del 2015, con un total de 245 pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.3.2 MUESTRA

El estudio se realizó con pacientes mayores de 18 años que iban a realizarse procedimientos colonoscópicos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso. El número de individuos que formaron parte del estudio se seleccionaron mediante una fórmula de Pita Fernández $n=102$.

Para el cálculo de la muestra utilizamos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{p}{c^2 (p - 1) + 1}$$

$$n = \frac{p}{c^2 (p-1)+1} \quad n = \frac{245}{0.10^2 (240-1)+1} \quad n = \frac{245}{0.01 (239)+1} \quad n = \frac{245}{2.39+1} \quad n = \frac{245}{2.4} = 102.09$$

N: muestra

c: 0.10

p: población (universo)

Por tanto, la muestra fue de 102 pacientes.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso previo a la colonoscopia y acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado
- Tener 18 años o más al momento de la realización del estudio y no presentar patologías psiquiátricas, ni el uso de ansiolíticos o medicación de la esfera psiquiátrica.

4.4.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes que no firmen el consentimiento o que no deseen participar de la investigación
- Pacientes que estén con tratamiento para ansiedad o depresión



4.5 Variables

4.5.1 Variable Independiente:

Se consideran las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y procedencia..

4.5.2 Variable Dependiente:

Estado de ansiedad del paciente.

4.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació hasta la presente fecha.	Cronología	Años cumplidos.	18 -21 años 22- 35 años 36-65 años 65 o más años
Sexo	Caracteres externos que identifican a una persona como hombre o mujer	Biología	Hombres Mujeres	Masculino Femenino
Estado civil	Condición de una persona en relación a la familia y sociedad, reconocida por la ley ecuatoriana.	Status Social Status familiar	Tipo	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Viudo • Divorciado • Unión libre • Otros.
Nivel de Instrucción	Es el grado más alto de educación formal, de años aprobados o asistidos dentro del sistema educativo nacional.	Grados de escolaridad	Nivel establecido en el país	Sin Instrucciones Primaria Secundaria Superior



Ansiedad	La ansiedad es un sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación. La fuente de estos síntomas no siempre se conoce	Test de Hamilton	Test de Hamilton	de Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • No Ansiedad: 0-5; • Ansiedad Leve: 6-14; • Ansiedad moderada: 15-30; • Ansiedad Severa: ≥ 31
Procedencia	Región o ciudad donde nació	Social	Lugar		<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbana

4.6 Método, Técnicas e Instrumentos para la recolección de la información

El instrumento que se utilizó fue el test de Hamilton el mismo que es validado y consta de 14 ítems que permitió valorar el grado de ansiedad, que afecta a los pacientes previa colonoscopia del área de gastroenterología de la Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso.

El test de Hamilton es el que más ampliamente se usa. La escala tiene 14 preguntas, cada pregunta consta de cinco opciones con intervalo de 0 a 4, donde 0 corresponde a ausente, 1 = intensidad leve, 2 = intensidad moderada, 3 = intensidad grave y 4 = totalmente incapacitante. (8) (Ver anexo 2)

Se seleccionó en cada ítem una sola opción de las 5. El valor (suma de las puntuaciones en los ítems) corresponde a la ansiedad, esta equivalencia oscila entre 0 y 56, y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de las respuestas dadas por los pacientes encuestados.

Los puntos de corte recomendados son:

- No Ansiedad: 0-5;
- Ansiedad Leve: 6-14;
- Ansiedad moderada: 15-30;



- Ansiedad Severa o Grave : ≥ 31

Tiempo de concesión ocupado en la encuesta será de 15-30 minutos

4.7 Procedimientos, autorización, capacitación y supervisión

Previo a inicio del estudio se contó con la aprobación del Comité de Asesorías de Trabajos de Investigación y del Comité de Ética de la Universidad de Cuenca. Adicionalmente, se obtuvo la autorización del Comité de Bioética del Hospital Vicente Corral Moscoso y se socializó la propuesta de investigación al personal del área de gastroenterología. Se aplicó una encuesta basada en el Test de Hamilton para la recolección de datos correspondientes.

4.8 Plan de tabulación y análisis

1. Previo al procesamiento de la información se elaboró una base de datos en SPSS, software que será utilizado para realizar un análisis de los datos mediante estadística descriptiva.
2. La información obtenida se presentaran en tablas y gráficos donde representen las frecuencias y porcentajes obtenidos del estudio.

4.9 Aspectos Éticos

La información tuvo absoluta confidencialidad, únicamente fue utilizada para el presente estudio. Así mismo se solicitó la firma del consentimiento informado a los participantes de esta investigación. El estudio no conlleva ningún riesgo para las personas ni derogación económica alguna. (Anexo 1)



4.10 Recursos

4.10.1 Recursos Humanos

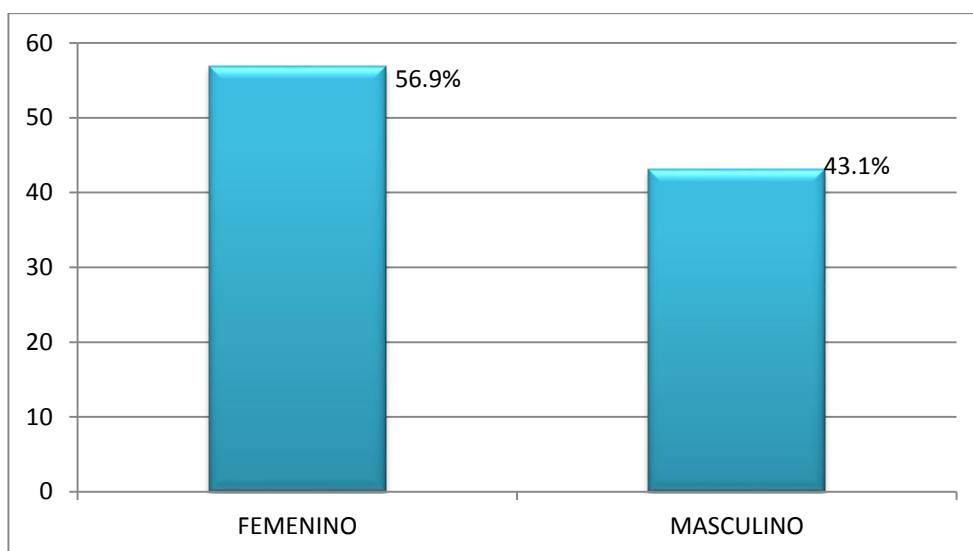
- Personal de Enfermería
- Directora de tesis: Lcda. Amparito Rodríguez
- Asesora de tesis: Lcda. Gladys Robalino
- Jefe del servicio de Gastroenterología: Lcda. Gladys Vanegas
- Director del Hospital: Dr. Ismael Morocho

CAPITULO IV

RESULTADOS

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS 102 PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA, SEGÚN SU SEXO, 2015.



Fuente: Encuestas

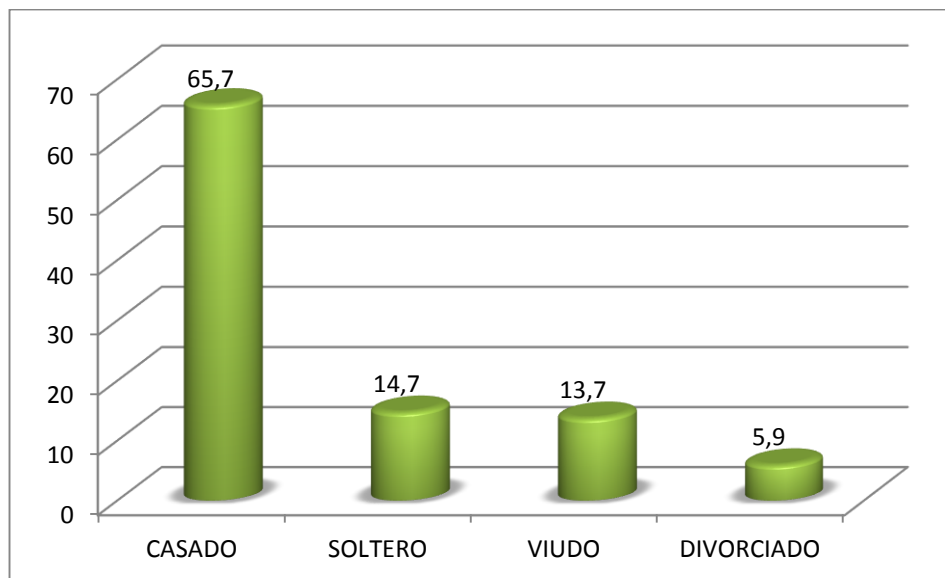
Elaborado por: Las Autoras

En el gráfico se observa que de los 102 pacientes que participaron en la investigación el 56.9% son mujeres y el 43.1% son varones.

Factores como el estrés, mala alimentación, falta de actividad física, embarazo entre otros, que sobresalen en las mujeres puede provocar un CCR. Estudios relacionados con la incidencia de estas enfermedades, han determinado que la prevalencia de dichas patologías es mayor en el sexo femenino.

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS 102 PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA SEGÚN SU ESTADO CIVIL, 2015.



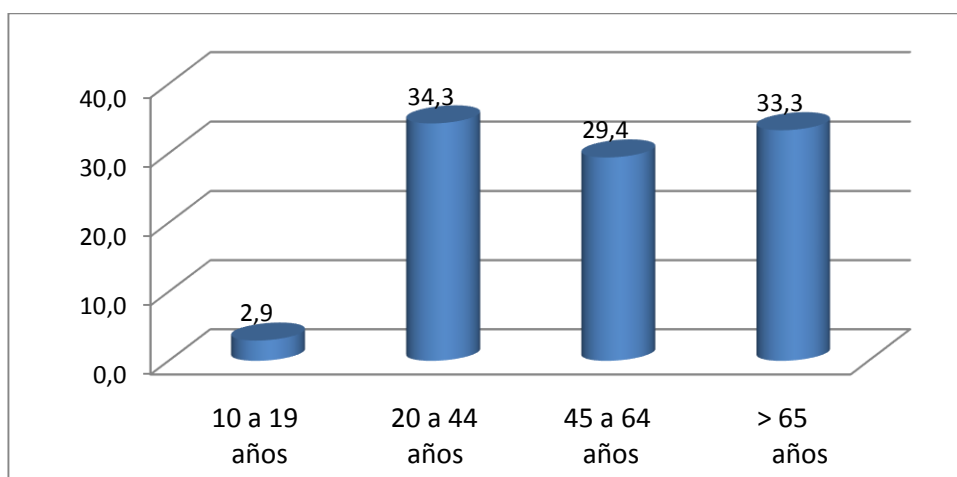
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras

El gráfico muestra que de los 102 pacientes participantes del estudio, el 65,7% son casados, el 14,7% solteros, 13,7% personas viudas. Observando un alto porcentaje de personas de nuestro estudio tienen un vínculo matrimonial.

GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS 102 PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA SEGÚN EDAD, 2015.

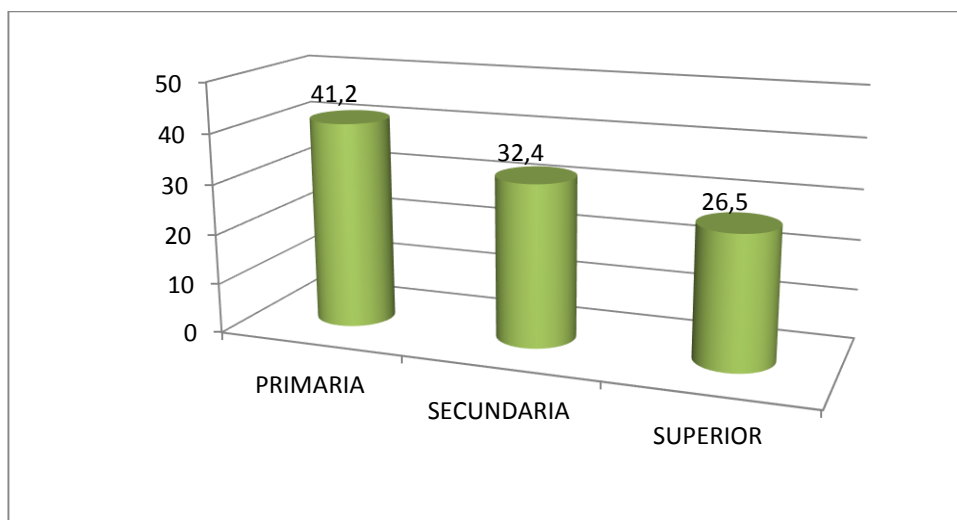


Fuente: Encuestas
Elaborado por: Las Autoras

En el presente gráfico se observa que los adultos jóvenes tienen una representación del 34,3%, seguido del 29,4% el adulto medio. Los adultos jóvenes debido a malos hábitos como alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, factores genéticos, falta de actividad física entre otros pueden desarrollar patologías gastrointestinales. Estudios señalan que anteriormente la mayor incidencia de enfermedades del sistema digestivo, se ubicaba entre 60 y 65 años de edad, pero actualmente se han descubierto casos en personas de 40, 30 y hasta 20 años (26)

GRÁFICO 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS 102 PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA SEGÚN SU NIVEL DE INSTRUCCIÓN 2015.



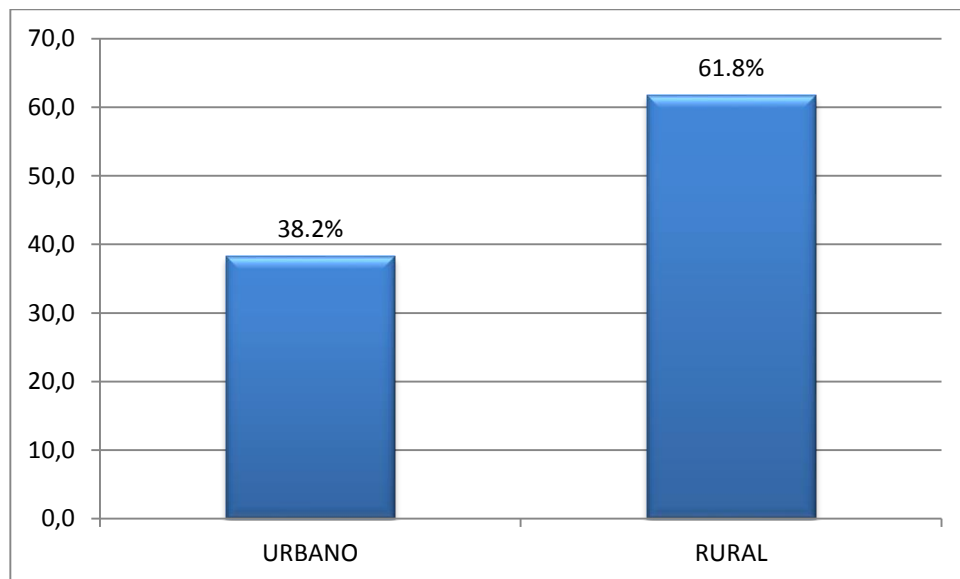
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Del total de la muestra, el 41,2% de personas tienen instrucción primaria, seguido de la instrucción secundaria 32,4%. El tener un grado de instrucción académica superior posibilita a un individuo tener mayor consciencia y comprensión más amplia de ciertos procedimientos médicos, lo que para otros resulta un tanto difícil e incomprensible, que se termina percibiendo como una amenaza a su integridad.

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS 102 PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA SEGÚN PROCEDENCIA, 2015.



Fuente: Encuestas
Elaborado por: Las Autoras

En cuanto a la procedencia de los 102 pacientes investigados, se encontró que el 61,8% son del área rural siendo estas personas con mayor riesgo de presentar cáncer de colon, esto puede deberse a la presencia de patologías desarrolladas en sectores poblacionales con menor acceso a servicios de saneamiento, las enfermedades gastrointestinales se vinculan directamente con la falta de servicios sanitarios, además de otros factores que predisponen a la presencia de patologías que necesitan ser diagnosticadas con mayor precisión como lo es la colonoscopia.



TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS 102 PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA, SEGÚN EL GRADO DE ANSIEDAD, 2015.

ANSIEDAD	Frecuencia	Porcentaje
LEVE	14	13,7
MODERADA	88	86,3
SEVERA O GRAVE	0	0
TOTAL	102	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Del total de la muestra, se determinó que el 86,3% presentaron ansiedad moderada a la que involucran la preparación, sedación y realización de la colonoscopia sumado a ello la falta de información hacia el paciente sobre el procedimiento a realizarse que generar algún grado de ansiedad presentes en todos los pacientes de nuestro estudio.

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS 102 PACIENTES DEL ÁREA DE
GASTROENTEROLOGÍA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA
COLONOSCOPIA SEGÚN SU EDAD, 2015.

EDAD	GRADO DE ANSIEDAD				Total	
	ANSIEDAD LEVE		ANSIEDAD MODERADA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18 A 19 AÑOS	2	2,0%	1	1,0%	3	2,9%
20 A 44 AÑOS	6	5,9%	29	28,4%	35	34,3%
45 A 64 AÑOS	5	4,9%	25	24,5%	30	29,4%
> 65 AÑOS	1	1,0%	33	32,4%	34	33,3%
TOTAL	14	13,7%	88	86,3%	102	100,0%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Determinando la ansiedad, se observa que el 32,4% de adultos mayores evidencian ansiedad moderada, seguido del 28,4% de adultos jóvenes. El total es de 86,3% de grado moderado. La ansiedad se evidencia en todo los grupos etarios, se puede indicar que este sentimiento se da por el procedimiento y puede presentar trastornos en su comportamiento psíquico y físico, resultado de la sensación de incertidumbre y sentimientos subjetivos.

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS 102 PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA, SEGÚN VALORACIÓN DE ANSIEDAD Y SEXO, 2015.

SEXO	ANSIEDAD				Total	
	ANSIEDAD LEVE		ANSIEDAD MODERADA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FEMENINO	8	7,8%	50	49,0%	58	56,9%
MASCULINO	6	5,9%	38	37,3%	44	43,1%
TOTAL	14	13,7%	88	86,3%	102	100,0%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras

En relación al sexo y grados de ansiedad vemos que las mujeres representan un índice más altos frente al género masculino, el 49% presentan ansiedad moderada y los hombres presentan en un 37.3%. De acuerdo con la literatura la ansiedad es mayor en el sexo femenino debido a los cambios cerebrales y hormonales, considerando este género con mayor facilidad para expresar emociones negativas, que se pueden ver influenciadas adicionalmente por aspectos hormonales.

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN DE LOS 102 PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA SEGÚN VALORACIÓN DE ANSIEDAD Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, 2015.

INSTRUCCIÓN	ANSIEDAD				Total	
	ANSIEDAD LEVE		ANSIEDAD MODERADA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
PRIMARIA	3	2,9%	39	38,2%	42	41,2%
SECUNDARIA	6	5,9%	27	26,5%	33	32,4%
SUPERIOR	5	4,9%	22	21,6%	27	26,5%
TOTAL	14	13,7%	88	86,3%	102	100,0%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras

En relación al nivel de instrucción los que más presentan ansiedad moderada son las personas que tienen instrucción primaria 38.2% y con un 21.6% se encuentra en quienes tienen un nivel superior.

La educación y su nivel hacen que el sujeto adquiera destrezas de socialización y como percibe la realidad e interpreta. El desconocer ciertos términos médicos básicos, hace que los pacientes con menor grado de instrucción generen mayor ansiedad, esta se puede percibir por síntomas fisiológicos o expresiones faciales.

TABLA 5
DISTRIBUCIÓN DE LOS 102 PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA SEGÚN VALORACIÓN DE ANSIEDAD Y ESTADO CIVIL, 2015.

ESTADO CIVIL	ANSIEDAD				Total	
	ANSIEDAD LEVE		ANSIEDAD MODERADA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
CASADO	10	9,8%	57	55,9%	67	65,7%
SOLTERO	4	3,9%	11	10,8%	15	14,7%
VIUDO	0	0,0%	14	13,7%	14	13,7%
DIVORCIADO	0	0,0%	6	5,9%	6	5,9%
Total	14	13,7%	88	86,3%	102	100,0%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras

En la tabla se observa que los pacientes con mayor grado de ansiedad son aquellos que tienen un vínculo matrimonial 55,9%, presentan ansiedad moderada previa colonoscopia el 65,7% de las personas. La ansiedad puede ser un sentimiento multidimensional, que se ve afectado por un sinnúmero de factores tanto emocionales como medioambientales. El ser responsable y parte de un hogar hace que el individuo genere preocupación por su hogar, estrés, situación económica y lo que pasaría si tuviera que enfrentar una patología grave.

TABLA 6
DISTRIBUCIÓN DE LOS 102 PACIENTES DEL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA SEGÚN VALORACIÓN DE ANSIEDAD Y PROCEDENCIA, 2015.

PROCEDENCIA	ANSIEDAD					
	ANSIEDAD LEVE		ANSIEDAD MODERADA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
URBANO	6	5,9%	33	32,4%	39	38,2%
RURAL	8	7,8%	55	53,9%	63	61,8%
Total	14	13,7%	88	86,3%	102	100,0%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras

De la muestra estudiada se determinó que los pacientes con mayor ansiedad son de procedencia del área rural 61,8%, de este porcentaje el 53,9% presentan ansiedad moderada, también el 38,2% de pacientes son del área urbana que representa el 32,4%. esto puede estar vinculado con el nivel de instrucción, el desconocer términos y procedimientos médicos, hace que el paciente genere sentimientos de ansiedad que le pone en alerta ante cualquier situación.



CAPITULO V

5.1 Conclusiones

La caracterización sociodemográfica del total de la muestra $n=102$ fue: 63,7% son adultos jóvenes, el 56,9% pertenecen al género femenino, el 65,7% son casados, el 41,2% de personas tienen instrucción primaria y el 61,8% son del área rural.

La ansiedad presente en los pacientes que afrontan un procedimiento invasivo, representa uno de los factores de mayor influencia durante la etapa previa al procedimiento. En consecuencia tenemos que la ansiedad en pacientes previo a colonoscopia fue del 86,3% moderada y 13,7% leve, no se presentó ansiedad grave. En cuanto a la edad, los pacientes adultos mayores (32,4%) presentaron un mayor nivel de ansiedad frente al resto de pacientes investigados, la relación de género y ansiedad, el 49% de pacientes son mujeres, el 38,2% de pacientes con nivel académico básico presentan índices de ansiedad moderada mayor al resto de pacientes, el 55,9% con mayor grado de ansiedad son aquellos que tienen un vínculo matrimonial, cabe destacar que los pacientes del área rural (53,9%) presentaron mayor ansiedad.

Los procedimientos invasivos son percibidos por la mayoría de pacientes como una amenaza a su integridad, esto provoca ansiedad producto del miedo al dolor y al diagnóstico. La ansiedad en pacientes previos a procesos invasivos, afecta de manera directa a los procesos terapéuticos biológicos, entre ellos los procedimientos invasivos como la colonoscopia. Debido a su alta prevalencia, la ansiedad no debe ser subestimada.



5.2 Recomendaciones

Se recomienda al personal de salud realizar cursos de capacitación que le permita conocer y utilizar estrategias psicológicas para identificar oportunamente los niveles de ansiedad presentes en los pacientes con el fin de prevenir a través de acciones de promoción y prevención: educación apoyo psicológico.

Sugerir al personal de salud que labore en el área de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso el uso de protocolos que ayuden a los pacientes que se encuentra en dichas situación con el fin de disminuir la ansiedad, temor e incluso el dolor.

Se recomienda que el personal de salud brinde con anterioridad información adecuada y oportuna a los pacientes acerca del procedimiento de colonoscopia a realizarse para mejorar su estado emocional y evitar complicaciones durante el procedimiento.



BIBLIOGRAFÍAS

1. **Gordillo León , Fernando, Arana Martinez, José M. y Mestas Hernández , Lilia.** Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev Clin Med Fam*, 4 (3): 228-233. [En línea] Scielo, 2011. [Citado el: 23 de Diciembre de 2015.] [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300008&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300008&lng=es) [http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300008.](http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300008)
2. **Adriana Carapia, Gabriel Mejía, Loris Nacif y Nayelli Hernández.** Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Rev. Mexicana de Anestesiología*. 34 (4): 260-263 . [En línea] 2011. [Citado el: 13 de Noviembre de 2015.] [http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf.](http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf)
3. **Valenzuela-Millán, Jaquelyn, Barrera-Serrano, José René, Ornelas-Aguirre, José Manuel.** Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos Cirugía y Cirujanos. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 78 (2): s.p. . [En línea] 2010. [Citado el: 03 de Diciembre de 2015.] [http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=6621907700.](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=6621907700)
4. **Castro Lincango, Freddy Andrés , Prado Brito, Mercy Leticia y Zurita Morales, Jean Paul .** Frecuencia de Ansiedad y Depresión en pacientes ASA I –II sometidos a cirugía, en el Hg1 de Quito en el período de febrero a abril del 2010. *Universidad Central del Ecuador*. [En línea] 10 de Octubre de 2012. [Citado el: 25 de Diciembre de 2015.] [http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/628/1/T-UCE-0006-20.pdf.](http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/628/1/T-UCE-0006-20.pdf)
5. **José Eduardo, Rodríguez Romero.** Comparación del uso de Remifentanil con midazolam y midazolam con fentanil; evaluación de las ventajas y desventajas en procedimientos endoscópicos en el Hospital Clínica San Agustín en el periodo Junio-Septiembre del 2010. *UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA*. [En línea] 2011. [Citado el: 12 de Diciembre de 2015.] [http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/693.](http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/693)



6. **Hidalgo Ojeda, Andrea Soledad y Zúñiga Ojeda, Santiago Javier** . Análisis comparativo del uso de Tiopental más Fentanyl y Tiopental más Remifentanyl, y evaluación de la calidad de atención en pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos diagnósticos en el Hospital UTPL y SOLCA, durante el periodo comprendido entre. *Universidad Técnica Particular de Loja*. [En línea] 2010. [Citado el: 12 de enero de 2016.] <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/1673>.
7. **García Sierra, Rosa, Caballero Sáez, Yolanda y Mena Sánchez, Raquel**. Ansiedad en gastroscopias: Comparación de dos intervenciones de enfermería en gastroscopias sin sedación. *Enfermería Global*. [En línea] Octubre de 2013. [Citado el: 12 de Diciembre de 2015.] <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/clinica3.pdf>. 1695-6141.
8. **Jiménez, Anier; Hernández, Norma y Briceño, Iris**. Cuidados de enfermería al usuario sometido a estudios endoscópicos superiores en la consulta de Gastroenterología en el ambulatorio Dr. “Carlos Diez del Ciervo” Chacao Estado Miranda. *Miranda-Venezuela*. [En línea] 2012. [Citado el: 18 de mayo de 2015.] <http://saber.ucv.ve/jspui/handle/123456789/1139>.
9. **Virues, Rosa**. Estudio sobre ansiedad. *Monterey- Mexico*. [En línea] 2005. [Citado el: 22 de mayo de 2015.] <http://www.psicologiaincientifica.com/ansiedad-estudio/>.
10. **Szereszewski, Jaime**. Anatomía quirúrgica del Colón. *Cirugía Digestiva*. [En línea] Sociedad Argentina de Cirugía digestiva. , 2009. [Citado el: 11 de noviembre de 2015.] <http://www.sacd.org.ar/tcero.pdf>.
11. **Reiriz Palacios, Julia**. SISTEMA DIGESTIVO: ANATOMÍA. *Colegio oficial de enfermeras de Barcelona*. [En línea] Enfermera Virtual, mayo de 2012. [Citado el: 11 de septiembre de 2015.] <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/98/Sistema%20digestivo.pdf?1358605461>.
12. **Sociedad Mexicana de Oncología**. *Gaceta Mexicana de Oncología*. México : Elsevier, 2003. 1665-9201.



13. **Guillén Perales, José F.** *INFORMACIÓN PREOPERATORIA Y CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO ANTE EL PROCESO QUIRÚRGICO Y EVOLUCIÓN POSOPERATORIA*. España : Universidad de Granada, 2014. 978-84-9083-045-1.
14. **Varela Morales, Pilar.** *Ansiosa-MENTE: claves para reconocer y desafiar la ansiedad*. Buenos Aires : La Esfera, 2005. 8497342674 .
15. **Inés Gaitan, Teresa , Perez, Mariela Fabiana y Polo Mas, María Elena .** *EDUCACION PREOPERATORIA Y NIVEL DE ANSIEDAD*. Argentina : UNIVERSIDAD FAVALORO, 2008.
16. **Valdés , Manuel y de Flores, Tomás.** *Psicobiología del estrés*. Barcelona : MARTINEZ ROCA, 1985. 84-270-0980-1.
17. **Castillo, Yadira.** La Diabetes Mellitus Tipos 2 y su relación en la ansiedad y depresión en los pacientes que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Universitario de Motupe. Abril –Octubre 2011. *Universidad Nacional de Loja*. [En línea] 2011. [Citado el: 18 de mayo de 2015.] <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6682/1/Castillo%20Orellana%20Yadira%20Cecibel%20.pdf>.
18. *Prevalencia del dolor postoperatorio Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones.* **Martínez-Vázquez de Castro, J.** Cadiz : Rev. Soc. Esp. Dolor, Vols. 7: 465-476, 2000.
19. **Aguilar, Alexandra; Guiracocha, Adriana y Peñaloza, Mariana.** Prevalencia de depresión y factores asociados del personal que labora en el Hospital Militar, Cuenca. 2014. *Universidad de Cuenca*. [En línea] 2014. [Citado el: 19 de Mayo de 2015.] <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21529/1/TESIS.pdf>.
20. **Solis Cedeño, Leonela Juliana.** Niveles de ansiedad psíquica y somática presentes en los miembros del Servicio Aeropolicial (SAP) de Quito, cuando son requeridos a intervenir en eventos que impliquen riesgo para su integridad. *Universidad Central del Ecuador*. [En línea] 2013. [Citado el: 12 de



diciembre de 2015.] <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3673/1/T-UCE-0007-112.pdf>.

21. **Universidad de Valladolid.** ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA. [En línea] 2012. [Citado el: 08 de Diciembre de 2015.]

https://www5.uva.es/guia_docente/uploads/2012/.../Documento23.pdf.

22. **Reyes Tica, J. Américo .** TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. *Biblioteca Virtual de la Salud de Honduras*. [En línea] 2010. [Citado el: 14 de Enero de 2016.] <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>.

23. **Gustavo Romero-Gutiérrez, David Rocha-Morales y Armando Saúl Ruiz-Treviño.** Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. *Rev. Ginecol Obstet Mex. - Mexico 81: 180-185*. [En línea] 2013. [Citado el: 12 de junio de 2015.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom134c.pdf>.

24. **Garcés Mejía, Carolina del Rocío.** Factores estresantes frente al proceso pre quirúrgico que generan niveles de ansiedad en los pacientes inmovilizados del área de traumatología del HCAM. *Universidad Central del Ecuador*. [En línea] 2011. [Citado el: 11 de julio de 2015.] <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1563/1/T-UCE-0007-30.pdf>.

25. **Orellana Espinoza, Fanny María.** Prevalencia de ansiedad y factores asociados en pacientes que recibirán anestesia para una intervención quirúrgica. Hospital José Carrasco. Cuenca, 2014. *Universidad de Cuenca*. [En línea] 2014. [Citado el: 14 de Agosto de 2015.] <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21269/1/TESIS.pdf>.



ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE CUENCA
CARRERA DE ENFERMERÍA
DETERMINACIÓN DE LOS GRADOS DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES
QUE SE VAN A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO 2015

Este estudio busca detectar Los grados de ansiedad en los paciente que van a realizarse una colonoscopia en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca. Este estudio se origina por el desconocimiento del comportamiento de este trastorno en los usuarios

Nos gustaría que usted nos ayudara proveyendo la información necesaria de acuerdo a los cuestionarios elaborados en anexo y participando en una entrevista detallada sobre síntomas psicológicos que tomará aproximadamente una media hora. La evaluación no involucra pruebas de sangre o examen físico.

La entrevista se realizará en un consultorio privado en las instalaciones del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca previo a una cita que programaremos con usted, de forma que no se vean afectadas sus actividades provistas.

Su participación no tendrá ningún costo para usted, en caso de diagnosticar algún trastorno de ansiedad se le notificará y proveerá el apoyo necesario con personal especializado.

Si usted participa, la información que nos dé, será confidencial; todos los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima por un computador



que sólo usará los códigos numéricos, el uso será exclusiva para la presente investigación.

Si acepta participar, aun será libre para renunciar al estudio en cualquier momento.

Si usted tiene alguna pregunta sobre su participación lo animamos a preguntarle al personal del estudio en cualquier momento.

Por favor firme abajo si desea participar en este estudio.

Las condiciones para participar en el estudio han sido explicadas y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Yo, _____, con mi firma abajo, doy Consentimiento para formar parte del estudio bajo las condiciones explicadas.

Firma: _____

Fecha: _____

**Anexo 2 Test de Ansiedad de Hamilton**

Formulario # _____

Fecha: día/mes/año ____/____/____

Datos de afiliación

Nombre _____ Edad _____

Sexo: M ___ F ___ Estado Civil ___ C ___ S ___ V ___ D ___

Nivel de Instrucción _____ Procedencia _____

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. 0: No presente; 1: Leve (1 vez por semana); 2: Moderado (4 días por semana); 3: Severo (6 días por semana) y 4: Muy severo (siempre).

Escala de Ansiedad de Hamilton	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave/Incapacitante
	0	1	2	3	4
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio.					



Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.					
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos,					



vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).					
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.					

Total	
-------	--

Anexo 3

Gráficos y Tablas estadísticas de la investigación.

Género	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	58	56,9
MASCULINO	44	43,1
Total	102	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADO	67	65,7
SOLTERO	15	14,7
VIUDO	14	13,7
DIVORCIADO	6	5,9
Total	102	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 A 19 AÑOS	3	2,9
20 A 44 AÑOS	35	34,3
45 A 64 AÑOS	30	29,4
MAYORES > 65 AÑOS	34	33,3
Total	102	100,0

Fuente: Encuestas

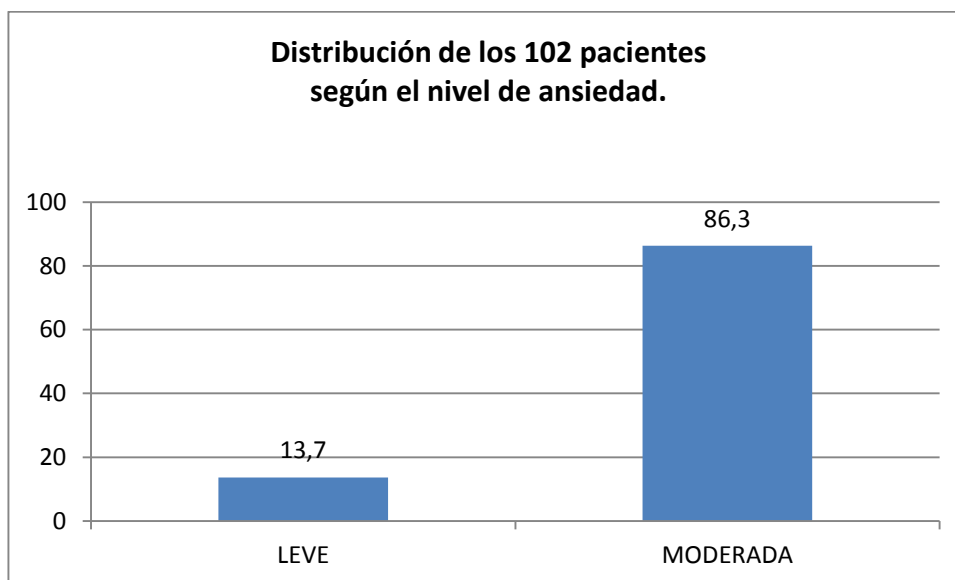
Elaborado por: Las Autoras

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	42	41,2
SECUNDARIA	33	32,4
SUPERIOR	27	26,5
Total	102	100,0

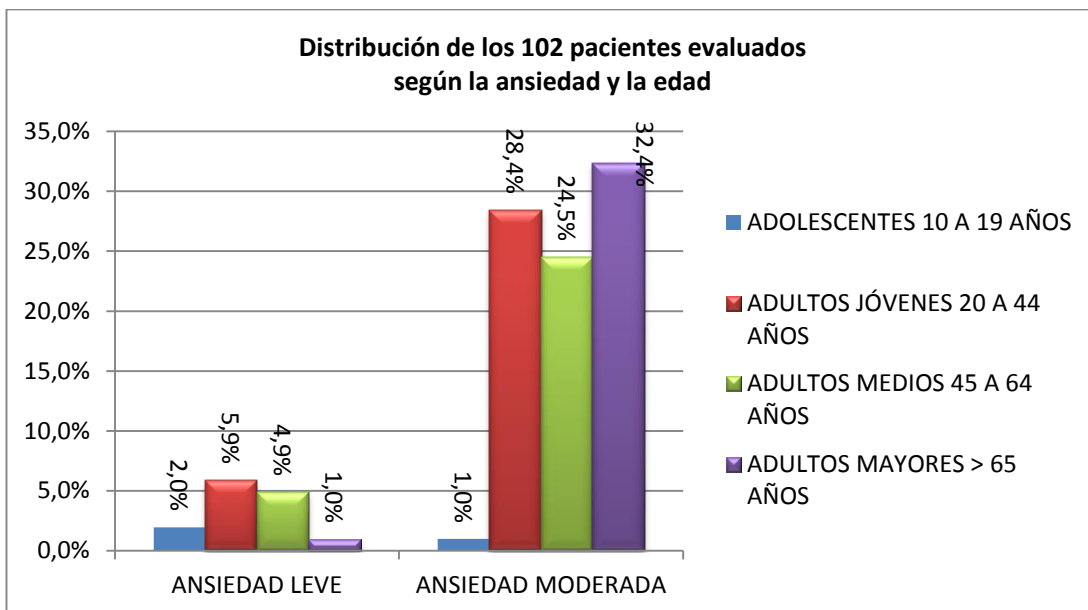
Fuente: Encuestas
Elaborado por: Las Autoras

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANO	39	38,2
RURAL	63	61,8
Total	102	100,0

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Las Autoras

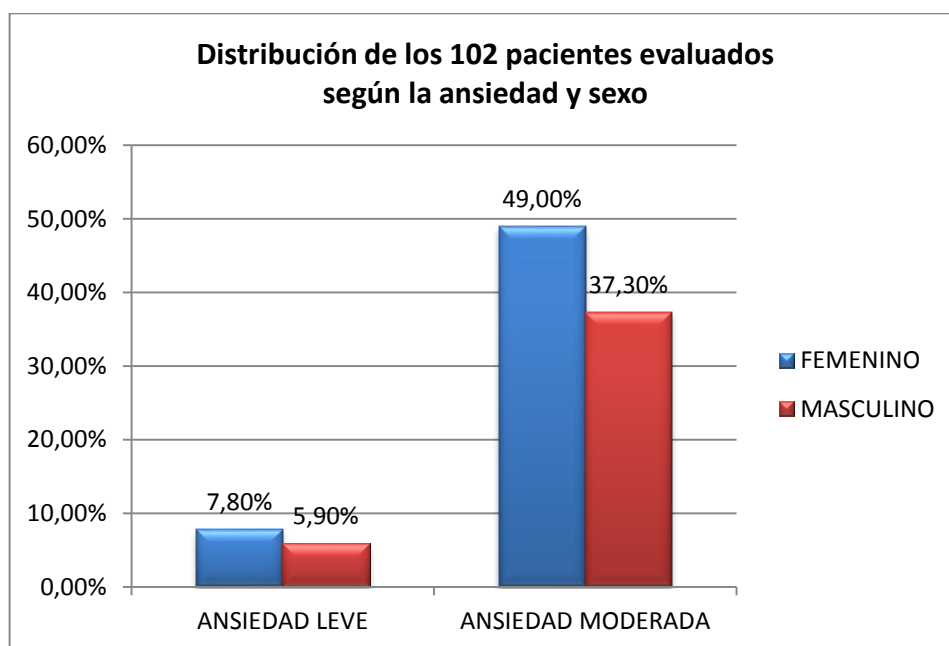


Fuente: Encuestas
Elaborado por: Las Autoras



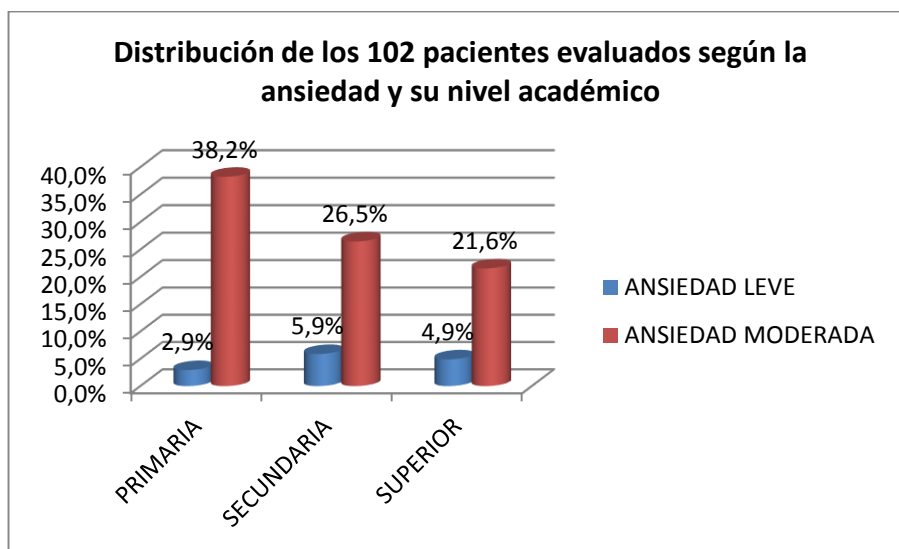
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras



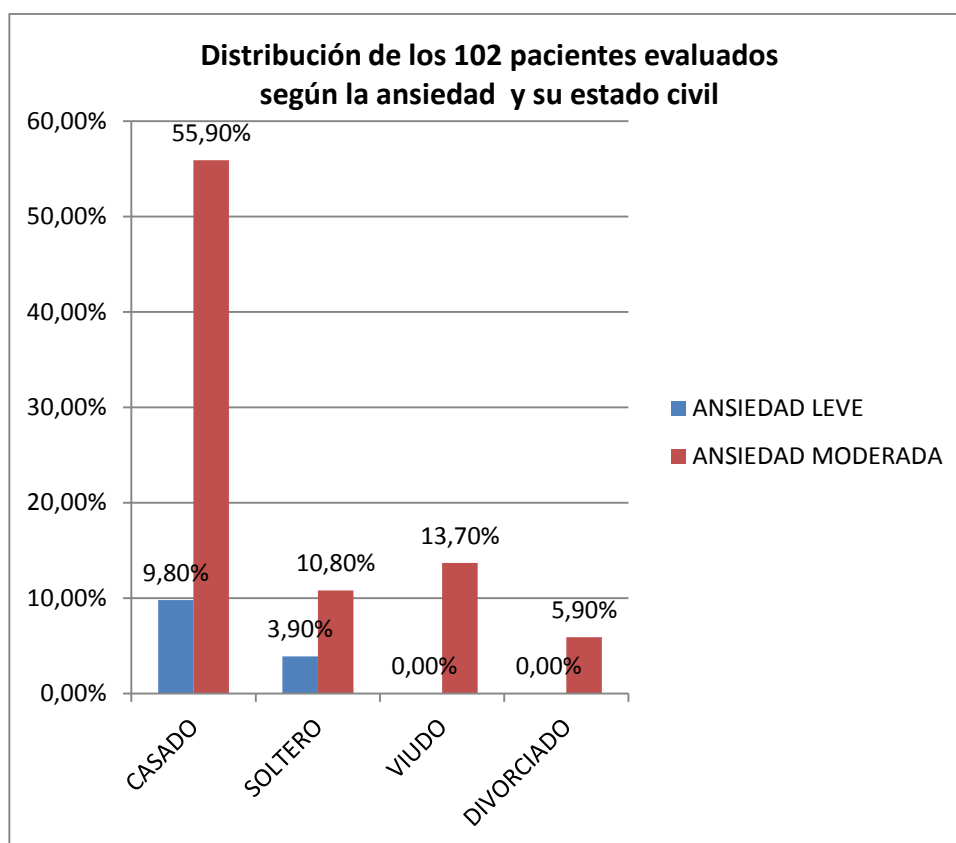
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras



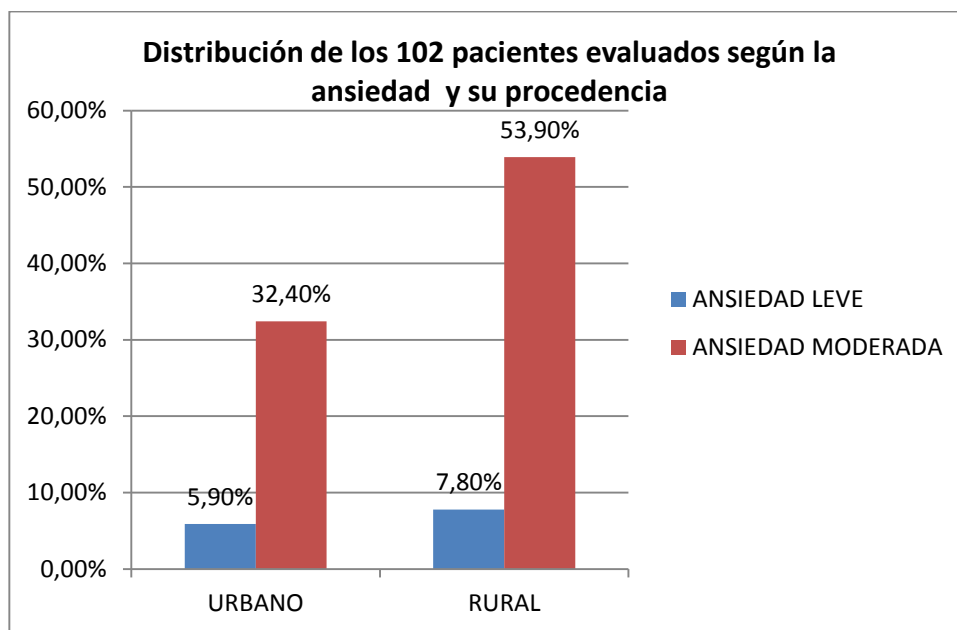
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las Autoras