



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

ANSIEDAD Y TOLERANCIA A LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN
USUARIOS DEL HOSPITAL GUILLERMO KAE LIN DE LA FUENTE, 2021

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título de Especialista en Enfermería en
Gastroenterología y Endoscopia Gastrointestinal

Autora:

Berrios Valenzuela, Yuliana del Carmen

Asesora:

Quispe Ruffner, Rita

(ORCID: 0000-0001-9511-5537)

Jurado:

Caffo Marruffo, Marlene Esperanza

Astocondor Fuentes, Ana María

Landauro Rojas, Isolina Gloria

Lima - Perú

2023

Reporte de Análisis de Similitud

Archivo: N° 0120 BERRIOS VALENZUELA YULIANA DEL CARMEN DNI 41308825-2023

Fecha del Análisis: 16 AGOSTO - 2022

Operador del Programa
Informático: Díaz Coba Demetrio Joseph

Correo del Operador del
Programa Informático: ddiazc@unfv.edu.pe

Porcentaje: 1%

Asesor: Mg. Rita Quispe RUFFNER

Título: Ansiedad y Tolerancia a la Endoscopia Digestiva Alta
en usuarios del Hospital Guillermo Kaellin de la Fuente
2021

Enlace:

Así mismo para tener acceso al análisis se podrá
realizar a través del siguiente enlace

Web: <https://bit.ly/3c9NqYI>

Jefe de la Oficina de
y Gestión del Egresado:



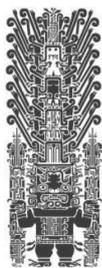
Grados

Firma:



Yuliana del Carmen Berrios Valenzuela

Nombres y Apellidos: MG. DANTE CARLOS PANZERA
GORDILLO



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “HIPOLITO
UNANUE”**

**ANSIEDAD Y TOLERANCIA A LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN
USUARIOS DEL HOSPITAL GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE,
2021**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
Salud Pública**

Tesis para optar el título de
especialista en Enfermería en Gastroenterología y Endoscopia Gastrointestinal

Autor(a):

Yuliana del Carmen, Berrios Valenzuela

Asesor(a):

MG. Rita Quispe Ruffner

Orcid: 0000-0001-9511-5537

JURADO

Caffo Marruffo, Marlene Esperanza

Astocondor Fuentes, Ana María

Landauro Rojas, Isolina Gloria

Lima – Perú

2022

DEDICATORIA

A Dios, que guía mis pasos y me da la inteligencia y la fortaleza necesaria para alcanzar mis metas.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Federico Villarreal por ofrecerme educación de elevado nivel académico en mi formación como especialista; asimismo, a la asesora Mg. Rita Quispe Ruffner por su permanente apoyo y orientación para la culminación de este trabajo de investigación.

ÍNDICE

RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT	IX
I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Descripción y formulación del problema.....	10
1.2. Antecedentes	12
1.3. Objetivos.....	16
1.3.1. Objetivo general.....	16
1.3.2. Objetivo específico	16
1.4. Justificación	17
1.5. Hipótesis.....	19
II. Marco Teorico.....	19
2.1 Base Teórica.....	20
III. Método.....	35
3.1. Tipo de investigación.....	35
3.2. Ambito espacial y temporal	37
3.3. Variables	38
3.4. Población y muestra.....	41
3.5. Instrumentos.....	42
3.6. Procedimientos.....	47
3.7. Análisis de datos	48
3.8. Consideraciones éticas	49
IV. Resultados.....	50
V. Discusión de resultados.....	65
VI. Conclusiones.....	70

VII. Recomendaciones.....	71
VIII. Referencias.....	72
IX Anexos.....	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Sexo de los pacientes sometidos a endoscopía digestiva alta	52
Tabla 2: Edad de los pacientes sometidos a endoscopía digestiva alta	53
Tabla 3: Nivel educativo de los pacientes sometidos a endoscopía digestiva alta	54
Tabla 4: Ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva	55
Tabla 5: Ansiedad sobre dificultad funcional.....	56
Tabla 6: Ansiedad sobre respuesta neurovegetativa.....	57
Tabla 7: Consolidado de la ansiedad.....	58
Tabla 8: Consolidado de de la tolerancia.....	59
Tabla 9: Prueba de la normalidad.....	60
Tabla 10: Prueba de hipótesis General.....	61
Tabla 11: Prueba de hipótesis Específica 1.....	62
Tabla 12: Prueba de hipótesis Específicas 2.....	63
Tabla 13: Prueba de hipótesis Específicas 3.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Sexo de los pacientes sometidos a endoscopía digestiva alta	52
Figura 2: Edad de los pacientes sometidos a endoscopía digestiva alta	53
Figura 3: Nivel educativo de los pacientes sometidos a endoscopía digestiva alta	54
Figura 4: Ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva	55
Figura 5: Ansiedad sobre dificultad funcional.....	56
Figura 6: Ansiedad sobre respuesta neurovegetativa.....	57
Figura 7: Consolidado de la ansiedad.....	58
Figura 8: Consolidado de de la tolerancia.....	59
Figura 9: Prueba de la normalidad.....	60
Figura 10: Prueba de hipótesis General.....	61
Figura 11: Prueba de hipótesis Específica 1.....	62
Figura 12: Prueba de hipótesis Específicas 2.....	63
Figura 13: Prueba de hipótesis Específicas 3.....	64

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre ansiedad y tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente en el 2021, el tipo de estudio fue correlacional de corte transversal; la población de referencia fueron 320 pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta, usuarios del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente en el 2021, de donde se eligió una muestra de 125 pacientes a quienes se les aplicó la “Escala de Ansiedad de Hamilton” y el “Cuestionario de Tolerancia a la Endoscopia”; entre los resultados se resalta que el 40.8 % de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta tienen ansiedad intensa o severa y el 34.4 % de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta perciben a la endoscopia como una experiencia intolerante o muy intolerante; asimismo ante un aumento de la ansiedad, se reduce la tolerancia a la endoscopia digestiva alta (coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo; -0,457).

Palabras clave: ansiedad, tolerancia a la endoscopia, endoscopia digestiva alta.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between anxiety and tolerance to upper digestive endoscopy in users of the Guillermo Kaelin de la Fuente Hospital in 2021, the type of study was cross-sectional correlational; The reference population was 320 patients who underwent upper gastrointestinal endoscopy, users of the Guillermo Kaelin de la Fuente Hospital in 2021, from which a sample of 125 patients was chosen to whom the "Hamilton Anxiety Scale" and the "Endoscopy Tolerance Questionnaire"; Among the results, it is highlighted that 40.8% of the patients undergoing upper digestive endoscopy have intense or severe anxiety and 34.4% of the patients undergoing upper digestive endoscopy perceive endoscopy as an intolerant or very intolerant experience; Likewise, when anxiety increases, tolerance to upper gastrointestinal endoscopy is reduced (Pearson's correlation coefficient moderate negative; -0.457).

Keyword: anxiety, tolerance to endoscopy, upper digestive endoscopy.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción y formulación del problema

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de sensaciones de temor, inseguridad y tensión con alteraciones fisiológicas y de comportamiento ante situaciones riesgosas o de incertidumbre. La ansiedad ayuda a las personas a prepararse para adoptar las medidas oportunas frente a situaciones potencialmente peligrosas (Abuksis G, Mor M, Segal N, Shemesh I, Morad I, 2019). Las personas que van a ser sometidas a una endoscopia están rodeadas de un conjunto de circunstancias ansiógenas como el miedo al dolor, a lo desconocido, a la exposición a cuerpos extraños y a personas ajenas y a la posibilidad de morir. La incidencia en adultos varía del 11 al 80% (Gebbensleban y Rohde 2020)

La esofagogastroduodenoscopia diagnóstica (EGD) es el procedimiento endoscópico más frecuente; es invasor, ocasiona molestias, incluso dolor de intensidad variable, y usualmente puede generar ansiedad en el paciente. El uso de sedación/ analgesia permite una mayor tolerancia al procedimiento (Kutlurkan, Gorgulu et al., 2018). Cuando el paciente experimenta mayor ansiedad ante el procedimiento, se acentúan las reacciones no deseadas como las náuseas, los vómitos, el dolor y los intentos de extracción del tubo; para reducir estos efectos y hacer más tolerable el procedimiento se utiliza la sedación y la analgesia, pero estos medios farmacológicos suelen presentar efectos adversos o cuando la ansiedad es muy intensa se tiene que utilizar dosis muy altas con los inconvenientes que trae (Pernerger et al., 2018).

En un estudio realizado en Italia, encuentran que la incidencia de dolor, náuseas y vómitos en el procedimiento endoscópico es menor en aquellos pacientes que muestran poca ansiedad antes del procedimiento, también destacan que solo el 68 % del total de pacientes se muestran ansiosos y que, entre los pacientes poco tolerantes al procedimiento endoscópico, el 72 % presentan ansiedad (Bacchera y Gadini 2020). En otro estudio ejecutado en España, evidencia una relación moderada positiva (entre la ansiedad y la tolerancia a los procedimientos endoscópicos, destacan también que solo el 17% de pacientes muestran poca ansiedad antes de los procedimientos. Asimismo, el 85 % de los afectados refiere presentar dolor en la garganta, náuseas y sensación de asfixia (Tolosa, 2019).

Asimismo, en Lima, se llevó a cabo un estudio encontrándose una relación moderada negativa entre el estado ansiosos antes de la gastroscopia y la tolerancia al procedimiento, indicando que cuando los pacientes están menos preocupados e impacientes la gastroscopia se realiza de forma rápida y sin contratiempos (Garrido J, Soto T, 2018). Por lo expuesto anteriormente, realizamos este estudio con el fin de determinar la relación entre la ansiedad y la tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios del hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, los resultados nos permitieron sugerir la implementación de programas para reducir la ansiedad ante procedimientos clínicos invasivos, lo que incidirá en mejorar la salud de los pacientes. Por lo que se formula la siguiente pregunta.

¿Cuál es la relación entre ansiedad y tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios el hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en el 2021?

1.2. Antecedentes

Kannan et al., (2020) tuvieron como objetivo “determinar los efectos de la musicoterapia en la ansiedad surgida ante el suceso de la endoscopia” el estudio fue un ensayo controlado aleatorio prospectivo con una muestra de 54 pacientes que se inscribieron para este estudio, se dividieron al azar en dos grupos: el grupo I que consta de 27 pacientes, que recibió una intervención de musicoterapia y el grupo II que consta de 27 pacientes que sirvieron como grupo de control, entre los resultados se destaca que los niveles de ansiedad fueron significativamente más bajos en el grupo de musicoterapia en comparación con el grupo de control (RR=4.6); Asimismo, la necesidad de recurrir a una endoscopia puede provocar sentimientos de incertidumbre, malestar, dolor físico y emocional, miedo y ansiedad.

Yang et al., (2019) sostuvieron como objetivo de evaluar las asociaciones de ansiedad preendoscopia con malestar y tolerancia en pacientes sometidos a esofagogastroduodenoscopia no sedada; el estudio fue de cohorte de grupo única empleando a 348 pacientes sometidos a esofagogastroduodenoscopia, entre los resultados se destaca que la ansiedad es un predictor de la tolerancia a la endoscopia (OR = 4.58); el riesgo de malestar severo aumenta con la ansiedad previa a la endoscopia; se ha demostrado que varios factores, como la edad, la sensibilidad faríngea, el uso crónico de psicofármacos o alcohol y el diámetro del tubo de endoscopia, se asocian con malestar y tolerancia. La forma en que el paciente piensa en la endoscopia afecta la forma en que se siente durante la endoscopia.

ElSayed et al., (2019) realizaron la investigación teniendo como objetivo de “determinar la efectividad de la intervención conductual en los niveles de ansiedad y

angustia del paciente entre los pacientes con gastroscopia superior en el hospital Universitario de Benha” el estudio fue un ensayo clínico; en donde se seleccionó un grupo experimental (n = 60) y un grupo control (n = 60), el grupo experimental participó de una intervención conductual a través de una explicación cara a cara con los sujetos para reducir la variación interpersonal y luego de una intervención cognitiva que utilizó una cinta de audio que contenía música y narración para animar a los participantes a relajarse y reducir el malestar.

Entre los resultados se destaca que la participación de la intervención conductual reduce en 4,3 veces la ansiedad que favorece la tolerancia a la endoscopia en los pacientes (RR = 4.3); Asimismo, los altos niveles de ansiedad pueden llevar a una endoscopia incompleta, dolorosa y difícil y aumentan el consumo de sedantes y provocan efectos secundarios. Se debe de enseñar a los pacientes a controlar su estado de ánimo identificando y desafiando los pensamientos y comportamientos que conducen a su estado de ansiedad. Los juicios, el razonamiento, la memoria y el pensamiento sesgados por las amenazas son partes críticas de la experiencia subjetiva de la ansiedad.

Lauriola et al. (2019), sostuvieron como objetivo “determinar a las variables relacionadas con la ansiedad que predicen el dolor durante la endoscopia”; el estudio fue analítico observacional de cohortes, se empleó una muestra de 62 pacientes; entre los resultados se destaca que la ansiedad incrementa en 3.6 veces el dolor y la intolerancia a la endoscopia (OR = 3.6): Asimismo, la preparación psicológica antes de la sedación es necesaria para abordar las creencias cognitivas desadaptativas y familiarizar a los pacientes con las sensaciones somáticas que podrían experimentar durante el procedimiento. Los pacientes muy ansiosos son más difíciles de sedar y requieren dosis más altas para mantener

un nivel aceptable de sedación; el paciente podría malinterpretar las sensaciones somáticas causadas por el endoscopio como signos de un peligro inminente.

Rowshon et al. (2018) mencionaron como objetivo “establecer la actitud ansiosa durante el procedimiento endoscópico, la posibilidad de producirse lesiones y la complejidad de la endoscopia sin sedación” de tipo descriptivo transversal; se empleó una muestra de 205 paciente sometidos a endoscopia; entre los resultados se destaca que existe una asociación significativa entre la ansiedad y la tolerancia al procedimiento endoscópico (Coeficiente r de Spearman = 0.37); concluyendo que a medida que los pacientes sienten más ansiedad, su tolerancia al procedimiento de endoscopia disminuye, lo que da como resultado una endoscopia de mala calidad.

Sogabe et al. (2020) sostuvieron como objetivo “determinar el efecto de distracción auditiva y visual sobre la ansiedad y la tolerancia a la endoscopia” el estudio fue un ensayo clínico aleatorizado, se empleó una muestra de 289 sujetos que se sometieron a endoscopia y fueron divididos en 4 grupos (grupo de control, grupo de audio, grupo visual, grupo de combinación) teniendo como resultados que la distracción auditiva y visual reduce la ansiedad y mejora la tolerancia a la endoscopia (RR = 2.6; RR = 3.7); asimismo, la sedación aumenta la tasa de éxito de la endoscopia y la satisfacción del paciente durante el procedimiento endoscópico, concluyendo que al escuchar música o ver imágenes durante varios procedimientos endoscópicos fue una distracción eficaz en varios informes.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre ansiedad y tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente en el 2021.

1.3.2. Objetivo específico

- Establecer la relación entre vivencia subjetiva y tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente en el 2021.
- Establecer la relación entre dificultad funcional y tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente en el 2021.
- Establecer la relación entre respuesta neurovegetativa y tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente en el 2021.

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación social o práctica

La realización de este estudio nos ha permitido estimar la influencia de la ansiedad en la intolerancia al proceso de endoscopia, de forma específica a las manifestaciones psicobiológicas que aparecen ante la práctica del proceso endoscópico, fundados en estos hallazgos hemos sugerido la implementación de programas para la reducción de la ansiedad en la endoscopia y de ese modo este procedimiento sea más tolerable por los pacientes.

1.4.2. Justificación teórica o científica

La realización de esta investigación nos permitió comprobar que la teoría de las reacciones somáticas de la ansiedad; permite explicar, el vínculo entre la ansiedad y la tolerancia a la endoscopía. Esta teoría plantea que; la ansiedad a menudo se manifiesta por síntomas somáticos, emocionales y cognitivos. Los síntomas pueden ser de naturaleza somática o cognitiva e incluyen palpitaciones, sudoración, temblores o temblores, sensación de falta de aire o asfixia, sensación de asfixia, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal, entre otros. La investigación efectuada solo proporcionó datos que se constituyen en soporte empírico del grado en que esta teoría explica determinados hechos de falta de tolerancia a la endoscopía ante la intensificación de la ansiedad.

1.4.3. Justificación metodológica

La investigación nos ha posibilitado comprobar la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados, los que podrán ser empleados con mayor confianza en futuros

trabajos de investigación y en pruebas de tamizaje sobre la ansiedad y tolerancia a la endoscopia.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

La relación entre la ansiedad y la tolerancia a la endoscopia digestiva alta es que: a mayor ansiedad; menor tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en el 2021

1.5.2. Hipótesis específicas

1. La relación entre la ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva y la tolerancia a la endoscopia digestiva alta es que: a mayor ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva; menor tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en el 2021

2. La relación entre la ansiedad en referencia a la dificultad funcional y la tolerancia a la endoscopia digestiva alta es que: a mayor ansiedad en referencia a la dificultad funcional; menor tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en el 2021

3. La relación entre la ansiedad en referencia a la respuesta neurovegetativa y la tolerancia a la endoscopia digestiva alta es que: a mayor ansiedad en referencia a la respuesta neurovegetativa; menor tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en el 2021

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Base teórica sobre el tema de investigación

2.1.1. Ansiedad

La ansiedad es la anticipación tensa e inquietante de un evento amenazante pero vago; una sensación de suspenso incómodo. Es un afecto negativo tan estrechamente relacionado con el miedo que en muchas circunstancias los dos términos se usan indistintamente; como la ansiedad, el miedo también es una combinación de tensión y anticipación desagradable. Pero se pueden hacer distinciones entre las causas, la duración y el mantenimiento del miedo y la ansiedad. Estrictamente, el término "miedo" se usa para describir una reacción emocional a un peligro específico percibido, a una amenaza que es identificable, como una serpiente venenosa. La mayoría de las reacciones de miedo son intensas y tienen la calidad de una emergencia. El nivel de excitación de la persona se eleva drásticamente (Bair Wu et al., 2008).

El miedo tiene un enfoque específico. Por lo general, es episódico y retrocede o cesa cuando el peligro se elimina de la persona, o la persona del peligro. En este sentido, el miedo está controlado o determinado por eventos o estímulos perceptibles. La fuente percibida del peligro puede estar identificada de manera precisa o inexacta, o bien identificada pero evaluada incorrectamente. El miedo puede ser racional o irracional. Los miedos intensos pero irracionales se denominan fobias, como en la claustrofobia (miedo intenso a los espacios cerrados), fobia a las serpientes, etc. Cuando se siente ansiosa, la persona tiene dificultades para identificar la causa de la tensión inquietante o la naturaleza del evento o desastre anticipado. La emoción puede resultar desconcertante para la persona que la experimenta (Katon Lin et al., 2007).

En su forma más pura, la ansiedad es difusa, sin objeto, desagradable y persistente. A diferencia del miedo, no está tan claramente determinado; suele ser impredecible e incontrolable. El aumento y la disminución del miedo tienden a ser limitados en el tiempo y en el espacio, mientras que la ansiedad tiende a ser generalizada y persistente, con puntos inciertos de inicio y finalización. Parece estar presente, como de fondo, casi todo el tiempo: "Constantemente siento que va a suceder algo terrible". La ansiedad es un estado de mayor vigilancia más que una reacción de emergencia. El miedo y la ansiedad están marcados por una excitación elevada, una excitación subjetiva y/o fisiológica. Es más probable que el miedo sea intenso y breve, es provocado por desencadenantes y está circunscrito.

La ansiedad tiende a ser informe, rechinando a un nivel más bajo de intensidad. Su inicio y finalización son difíciles de cronometrar y carece de bordes claros (Kunik, Roundy et.,2005). La ansiedad no es una forma menor y pálida de miedo y, en muchos sentidos, es más difícil de tolerar que el miedo. Es desagradable, inquietante, persistente, omnipresente y agotador. La ansiedad intensa y prolongada puede ser incapacitante e incluso destructiva. La ansiedad a menudo sigue al miedo (como en la ansiedad de que uno pueda volver a entrar en pánico y perder el control), pero las experiencias repetidas de ansiedad pueden, a su vez, generar miedos. Los pacientes dedican un tiempo y un esfuerzo considerable a desentrañar las causas de la ansiedad de la persona precisamente debido a la incertidumbre o indeterminación de las fuentes de la amenaza.

Tanto el paciente como el terapeuta asumen que se pueden encontrar causas identificables de ansiedad y que es probable que estas causas tengan una importancia considerable "En la medida en que logren identificar la causa de la aprensión del paciente, la definición debe cambiar de ansiedad a miedo, de una fuente desconocida a un desencadenante enfocado" (Gormsen Rosenberget al., 2010).

Las cosas se complican por el hecho de que el miedo o la ansiedad pueden ser causados por señales externas, peligros o por amenazas internas, que tienden a ser particularmente esquivas. Además, a menudo se introducen calificadores para referirse a diferentes tipos de ansiedad, como ansiedad generalizada, ansiedad inconsciente, ansiedad flotante, etc. Las esperanzas anteriores de que el miedo y la ansiedad pudieran separarse mediante análisis fisiológicos de los dos estados no se han cumplido e incluso los tipos de comportamiento asociados con el miedo y la ansiedad no son fácilmente distinguibles.

El miedo y la ansiedad van acompañados de sensaciones corporales, en particular tensión muscular, latidos del corazón, etc., pero existen algunas diferencias en las sensaciones y el malestar subjetivo experimentado en los dos estados. Las sensaciones corporales que se informan con mayor frecuencia en contextos militares peligrosamente atemorizantes son palpitaciones, sudoración, sequedad de boca y temblores, mientras que las sensaciones que los pacientes con trastornos de ansiedad informan con frecuencia son palpitaciones, mareos, dolor en el pecho y desmayos (Sherbourne Wells et al., 1996).

El miedo o la ansiedad pueden ser causados por señales externas. peligro o por amenazas internas, que tienden a ser particularmente esquivas. Además, a menudo se introducen calificadores para referirse a diferentes tipos de ansiedad, como ansiedad generalizada, ansiedad inconsciente, ansiedad flotante, etc. Las esperanzas anteriores de que el miedo y la ansiedad pudieran separarse mediante análisis fisiológicos de los dos estados no se han cumplido e incluso los tipos de comportamiento asociados con el miedo y la ansiedad no son fácilmente distinguibles. El miedo y la ansiedad van acompañados de sensaciones corporales, en particular tensión muscular, latidos del corazón, etc., pero existen algunas diferencias en las sensaciones y la experiencia de malestar subjetivo. Experimentado en los dos estados. Las sensaciones corporales que se informan con mayor

frecuencia en contextos militares peligrosamente atemorizantes son palpitations, sudoración, sequedad de boca y temblores, mientras que las sensaciones que los pacientes con trastornos de ansiedad informan con frecuencia son palpitations, mareos, dolor en el pecho y desmayos (Yohannes Willgoss et al., 2010).

2.1.2. Ansiedad y evitación

La ansiedad no es simplemente una reacción a estímulos o asociaciones dolorosas, sino que también puede energizar el comportamiento. Esta cualidad motivadora de la ansiedad es de importancia central y la conducta que conduce a una reducción de la ansiedad está marcada en la reducción de la ansiedad actúa como refuerzo. La parte final de la teoría es la proposición de que el comportamiento motivado por la ansiedad es evitativo y que, cuando tiene éxito, conduce a una reducción de la ansiedad y, por lo tanto, al fortalecimiento del comportamiento de evitación en sí (Clarke y Currie, 2009).

El comportamiento de evitación excesivo es una consecuencia común del miedo y las investigaciones recientes de los trastornos de pánico brindan nuevos ejemplos de una conexión aparentemente causal entre los episodios de miedo intenso (pánico) y la aparición de un comportamiento de evitación excesivo. El pánico y la evitación están correlacionados; la mayoría de los pacientes atribuyen su evitación a los episodios de pánico y las relaciones temporales entre el pánico y la evitación son todas indicativas de una fuerte conexión. Aun así, ocurren excepciones y los pánicos no necesariamente van seguidos de evasión. Del mismo modo, la conducta de evitación no siempre es producto del miedo (Beekaman Beurs et al., 2000).

Sigue que la conducta de evitación desadaptativa de situaciones potencialmente atemorizantes surge cuando las personas predicen en exceso cuánto miedo experimentarán

en esa situación. Además, podemos esperar que la corrección gradual de estas sobrepredicciones sea seguida por una disminución en el comportamiento de evitación (Bekchis Boschloo et al., 2015).

Las señales de seguridad también juegan un papel en la determinación del comportamiento de evitación y esta influencia debe incluirse. La esencia de una señal de seguridad es que indica un período de ausencia de miedo, dolor o amenaza aversiva. En presencia de tal señal, la persona se siente segura y, por lo tanto, puede actuar con mayor libertad. La presencia anticipada de una señal de seguridad probablemente modifica las predicciones del miedo, ya que reducen la predicción del miedo y, por lo tanto, debilitan la conducta de evitación temerosa. Sin embargo, la retirada de una señal de seguridad anticipada será seguida por una predicción de un aumento del miedo y, por lo tanto, de una mayor evitación (De Jean Giacomini, 2013).

2.1.3. Modelo de ansiedad

Muchos componentes están involucrados en la activación y la experiencia de la ansiedad; las personas varían en su propensión a experimentar ansiedad y que los vulnerables se vuelven hipervigilantes cuando entran en una situación nueva o potencialmente intimidante. Su hipervigilancia promueve un escaneo rápido y global, que luego se convierte en un enfoque estrecho intenso si se detecta una amenaza. La transición de la etapa de exploración global a la atención estrechamente enfocada se puede ilustrar con la idea de sintonizar una radio. Inicialmente, uno escanea con bastante rapidez a través de una banda ancha hasta que se capta una señal; luego se pasa a la sintonización fina y se sube el volumen. Entonces, el paciente ansioso que ingresa a una situación potencialmente amenazante lleva a cabo una exploración global amplia hasta que se detecta una señal de

amenaza. La atención de la persona luego se enfoca de manera estrecha e intensa en la amenaza potencial, con una mayor sensibilidad de percepción e incluso distorsión (Goenjian 2000). Los objetos amenazantes parecen ser más claros, nítidos e incluso más grandes. La detección de una amenaza desencadena una inhibición del comportamiento en curso, tal vez visto en forma de quietud atenta y alta excitación. La información percibida, ya sea de una fuente externa o interna, se interpreta entonces como un significado de seguridad o peligro. Cuando se percibe una amenaza se activan los esquemas cognitivos relevantes; estos se utilizan para evaluar y asignar un significado al evento. Si está a salvo, la persona puede reanudar el comportamiento en curso, pero si hay peligro de daño, surge la ansiedad y puede ir seguida de un escape/evitación/afrentamiento.

La detección precoz de una amenaza tiene un valor de supervivencia y la ansiedad aprensiva de forma apropiada tiene un significado funcional obvio. De ello se deduce que debe existir un sesgo de atención selectivo que favorezca la detección de amenazas, especialmente cuando uno está entrando en circunstancias que no son familiares o que tienen un historial de amenaza y peligro (Asmundson y Katz, 2009).

Los análisis psicológicos de la naturaleza de la atención han aportado repetidas veces pruebas de procesos importantes que la persona desconoce. Estos incluyen los procesos de preatención, que pueden ampliarse para incluir los fenómenos de defensa perceptiva, memoria implícita y detección inconsciente de estímulos auditivos o visuales. En situaciones potencialmente amenazantes, como en otras situaciones, las personas atienden algunos estímulos de forma inconsciente; lo hacen sin conciencia (Herring Connor et al., 2010).

2.1.4. Vulnerabilidad

La idea de que las personas varían en el grado en que son vulnerables a experimentar ansiedad obtiene apoyo de la evidencia clínica y experimental de las diferencias individuales generalizadas en la detección de amenazas, existe una creciente evidencia de una vulnerabilidad que es en gran parte de naturaleza cognitiva. Las personas están preparadas para detectar señales de amenaza a partir de sus experiencias pasadas y creencias presentes. Están preparados, incluso antes de entrar en la situación potencialmente amenazante, por recuerdos de desgracias y ansiedad pasadas, que se combinan con sus creencias actuales sobre las fuentes de peligro que pueden amenazarlos (Williams Cos et al., 2003).

Las personas que tienen una vulnerabilidad temperamental tienden a tener puntuaciones altas en las medidas de introversión y neuroticismo. La vulnerabilidad cognitiva parece incluir diferencias en la vigilancia, la recopilación y uso de información, los procesos de percepción, las variaciones en los procesos de atención y los sesgos de juicio, entre otras variables. Se están determinando los componentes y los límites de la vulnerabilidad cognitiva. A lo largo de los años, se han introducido numerosos instrumentos en un intento de medir la vulnerabilidad a la ansiedad, incluidas las escalas bien utilizadas diseñadas para medir el estado y el rasgo de ansiedad y el índice de sensibilidad a la ansiedad (Nolen, 2000).

Los estados de ansiedad son transitorios; se repiten cuando son evocados por estímulos amenazantes y, por lo general, duran sólo un período limitado después de la desaparición de la amenaza. El rasgo de ansiedad, sin embargo, se refiere a una diferencia individual relativamente duradera entre las personas en la forma en que perciben el mundo

y responden a él. Las personas que tienen un alto rasgo de ansiedad tienden a reaccionar y comportarse con una regularidad predecible ante las amenazas percibidas; tienen un umbral bajo para reaccionar con ansiedad. De ello se deduce que cuanto más fuerte es el rasgo de ansiedad, más probable es que la persona experimente ansiedad en una variedad de situaciones, con una provocación comparativamente mínima, y experimente niveles de ansiedad más intensos que las personas que son bajas en este rasgo (Niles, Dour et al., 2015). El concepto de vulnerabilidad cognitiva es importante para la teoría cognitiva de la ansiedad, las cogniciones negativas informadas por las personas ansiosas podrían considerarse mejor como efectos paralelos de la ansiedad, o incluso como resultados de la ansiedad (Scott Bruffaerts et., 2007).

2.1.5. Vigilancia

Las personas que están predispuestas a la ansiedad manifiestan hipervigilancia de las siguientes maneras: participan en una “alta tasa de exploración ambiental que implica numerosos movimientos oculares rápidos en todo el campo visual, una propensión a atender selectivamente a los estímulos relacionados con la amenaza en lugar de a los estímulos neutrales; una ampliación de la atención antes de la detección de tales estímulos, y una reducción de la atención cuando se procesa un estímulo saliente". La hipervigilancia es un factor de vulnerabilidad para los trastornos de ansiedad y es evidente en pacientes y en grupos no pacientes que tienen un alto rasgo de ansiedad, sin embargo, como no se encuentra en pacientes que han superado sus trastornos de ansiedad, concluye que la hipervigilancia se considera mejor como un factor de vulnerabilidad (Ohayon y Roth et al., 2003)

2.1.6. Contexto y atención

Se asume que las personas vulnerables a la ansiedad entran en la mayoría de situaciones novedosas y/o intimidantes con expectativas bien formadas. Se vuelven hipervigilantes y realizan exploraciones de búsqueda global de los entornos externos e internos. Están sintonizados selectivamente para atender estímulos que puedan resultar amenazantes, es decir, muestran atención selectiva. Si sus procesos atentos detectan una señal de amenaza potencial, entonces el enfoque se reduce. Este estrechamiento de la atención va acompañado de un aumento de la excitación y un mayor esfuerzo. Dado que los procesos de atención son de capacidad limitada, el foco de atención restringido, dirigido a la fuente percibida de la amenaza, se acompaña de un descuido relativo de otros estímulos (Tsang Korff et al., 2008).

En personas que padecen niveles de ansiedad excesivamente altos o persistentes, esto puede aparecer como falta de atención a otras personas y la apariencia, o más que la apariencia, de una excesiva preocupación por uno mismo. Además, el esfuerzo involucrado en la reducción del enfoque de atención “drena” la atención de otras tareas, lo que lleva a las personas afectadas a experimentar y quejarse de una incapacidad para concentrarse en sus trabajos u otros asuntos. A los pacientes se les enseña cómo instruirse a sí mismos para entrar en servicio o fuera de servicio a voluntad. Cuando están fuera de servicio, ya no están obligados a escanear y recopilar información relacionada con amenazas. A medida que se vuelven hábiles en el uso de este contraste autoinducido, su vigilancia se reduce y se vuelve más específica y controlada (Niles Dour et al., 2015).

Los periodos fuera de servicio son un gran alivio y, lo que es más importante, aprenden que la hipervigilancia no es un hecho permanente de la vida sino un aspecto de

su funcionamiento diario modificable y razonablemente controlable. Por supuesto, cuando las personas entran en situaciones nuevas o potencialmente amenazantes, no siempre se ponen ansiosas. Incluso en esas circunstancias en las que entran en una situación nueva o potencialmente amenazante con altas expectativas de encontrarse con un peligro, es posible que, en cambio, encuentren evidencia de seguridad en lugar de peligro. En circunstancias de este tipo, es probable que aumente el impulso para encontrar seguridad. Si la búsqueda de seguridad tiene éxito, no se produce ansiedad (Williams Cox et al., 2003).

2.1.7. Interpretación y mala interpretación

En una situación nueva o potencialmente amenazante, la información que la persona recopila como resultado de la atención selectiva y el enfoque está abierta a la interpretación. Si a la información se le da una interpretación benigna, pero la persona interpreta sus palpitaciones y dificultad para respirar como expresiones normales del hecho de que ha estado corriendo, esta interpretación benigna será seguida por una disminución en la ansiedad que se haya generado. hasta este punto. Sin embargo, si la persona malinterpreta estas sensaciones corporales como indicadores de un ataque cardíaco inminente, se pueden esperar altos niveles de ansiedad, incluso de pánico. En estas circunstancias, las interpretaciones erróneas importantes tienden a tener dos dimensiones (Asmundson y Katz, 2009).

Las personas que padecen niveles excesivos de ansiedad o de depresión tienden a sobrestimar la probabilidad y la gravedad de eventos desafortunados, la falta de atención a otras personas o estímulos y la alteración de la concentración deseada, hay que sumar la sensación de fatiga. Para desconcierto de amigos y familiares, las personas que sufren niveles excesivos de ansiedad se quejan de estar extremadamente cansadas, a pesar de que

han pasado todo el día, aislados en casa y físicamente inactivos. De hecho, la hipervigilancia, la atención selectiva y los intentos concentrados para lidiar con la ansiedad requieren un esfuerzo considerable y no debería sorprender que las personas que experimentan ansiedad persistente a menudo informen sentirse agotadas (Goenjian, 2000).

La ansiedad es desagradable y la mayoría de las personas intentan reducir este estado aversivo. Los métodos que emplean dependen de sus experiencias previas con la ansiedad y del éxito o fracaso de los métodos que adoptaron en el pasado. Una de las reacciones más habituales ante la ansiedad es escapar de la situación desagradable y, en la medida de lo posible, evitar entrar en contacto con ella (De Jean Giacomini et al., 2013).

2.1.8. Tolerancia

La tolerancia a la angustia es un constructo psicológico relacionado con la capacidad percibida de un individuo para experimentar y resistir estados emocionales negativos. Se ha propuesto que los individuos con baja tolerancia a la angustia intentarán minimizar la exposición a situaciones angustiosas, a menudo participando en conductas de evitación o restringiendo o limitando su expresión de emociones y afectividad. El consiguiente alivio rápido de la angustia y la disminución de la experiencia de afecto negativo conduce a un refuerzo negativo y una participación continua en tales comportamientos.

Los medios para escapar de la angustia pueden ser en forma de evitación tanto conductual como cognitiva o experiencial. La evitación experiencial se define más comúnmente como la tendencia a participar en comportamientos que alteran la frecuencia, duración o forma de experiencias internas no deseadas que abarcan sensaciones fisiológicas, pensamientos, sentimientos y recuerdos (Campo Brullet et al., 1999).

Una conceptualización multidimensional de la tolerancia a la angustia psicológica que incorpora: la capacidad de tolerar experiencias aversivas, valoraciones de la aceptabilidad de experiencias aversivas, regulación eficiente de las emociones y nivel de absorción psicológica o agotamiento de los recursos de atención cuando está angustiado. El cuadro clínico de un individuo con baja tolerancia a la angustia es alguien que informa que la experiencia de angustia es insoportable, vergonzosa o inaceptable, que tiene una capacidad percibida débil para sobrellevar la situación, que se esfuerza por evitar experimentar emociones negativas o hace esfuerzos para aliviar rápidamente emociones negativas cuando surgen (Curtin Strongin et al., 2019).

Existe una relación entre la baja tolerancia a la angustia y una variedad de otras conductas desadaptativas, que incluyen autolesiones deliberadas, trastornos alimentarios, uso de drogas y alcohol, juegos de azar y compras compulsivas. Además de estar relacionado con varios comportamientos desadaptativos, la investigación ha demostrado que las personas con baja tolerancia a la angustia emplean estrategias de afrontamiento desadaptativas en respuesta a situaciones angustiantes y que provocan ansiedad. Los individuos que son intolerantes a la angustia y que posteriormente se involucran en estrategias de afrontamiento desadaptativas pueden tener una propensión a experimentar depresión (Faulx Catanzaro 2002).

2.1.9. Endoscopia digestiva alta

La endoscopia digestiva alta, a veces llamada EGD (esofagogastroduodenoscopia), es un examen visual del tracto intestinal superior utilizando un endoscopio de fibra óptica o video flexible e iluminado. Ofrece una excelente vista de las superficies mucosas del esófago, el estómago y el duodeno proximal. Las funciones de diagnóstico estándar

incluyen inspección, biopsia, fotografía y grabación de video. Se realizan observaciones diagnósticas sobre lesiones focales benignas o malignas, cambios mucosos difusos, obstrucción luminal, motilidad y compresión extrínseca por estructuras contiguas. Los procedimientos endoscópicos terapéuticos comunes incluyen polipectomía, dilatación de estenosis, colocación de endoprótesis, extracción de cuerpos extraños, gastrostomía, tratamiento de hemorragia gastrointestinal con inyección, bandas, coagulación, escleroterapia y terapia endoscópica de metaplasia intestinal (Bersani Rossi et al., 2004).

Debido a factores relacionados con la dieta, el medio ambiente y la herencia, el tracto gastrointestinal superior es el sitio de numerosos trastornos. Estos pueden convertirse en una variedad de enfermedades y/o síntomas. La endoscopia del tracto gastrointestinal superior ayuda a diagnosticar y, a menudo, a tratar estas afecciones: úlceras: que pueden desarrollarse en el esófago, el estómago o el duodeno y, en ocasiones, pueden ser malignas; tumores de estómago o esófago; dificultad para tragar; dolor o indigestión en la parte superior del abdomen; sangrado intestinal: el sangrado oculto o masivo puede ocurrir por varias razones; esofagitis (y acidez de estómago): inflamación crónica del esófago debido a una acumulación de ácido del estómago y jugos digestivos; gastritis: inflamación del revestimiento del estómago (Raymond y Beyssac, 1996).

La endoscopia del tracto gastrointestinal superior se realiza principalmente para identificar y/o corregir un problema en el tracto gastrointestinal superior. Esto significa que la prueba permite hacer un diagnóstico sobre el cual se puede administrar un tratamiento específico. Si se identifica un sitio de sangrado, el tratamiento puede detener el sangrado o, si se encuentra un pólipo, se puede extirpar sin una operación mayor. Se pueden administrar otros tratamientos a través del endoscopio cuando sea necesario. El endoscopio flexible es un equipo extraordinario que se puede dirigir y mover alrededor de las numerosas curvas

del tracto gastrointestinal. Los videoendoscopios tienen un chip de computadora diminuto y sensible al final. Luego, las señales electrónicas se transmiten por el osciloscopio a la computadora, que luego muestra la imagen en una pantalla de video (Yoshinaga, Hilmi et al., 2015). La endoscopia digestiva alta generalmente se realiza de forma ambulatoria. La garganta a menudo se anestesia con un aerosol o líquido. La sedación intravenosa generalmente se administra para relajar al paciente, amortiguar el reflejo nauseoso e incluso causar amnesia a corto plazo. Para algunas personas que pueden relajarse por sí mismas y cuyas arcadas se pueden controlar, el examen se realiza sin medicamentos intravenosos. Luego, el endoscopio se inserta suavemente en la parte superior del esófago.

El paciente puede respirar fácilmente durante todo el examen. Se pueden pasar otros instrumentos a través del endoscopio para realizar procedimientos adicionales, si es necesario. Por ejemplo, se puede realizar una biopsia en la que se obtiene una pequeña muestra de tejido para su análisis microscópico. Se puede extirpar un pólipo o tumor con un lazo de alambre delgado y un electrocauterio (calor eléctrico). El examen dura de 15 a 30 minutos, luego de lo cual se lleva al paciente al área de recuperación. No hay dolor real con el procedimiento y los pacientes rara vez recuerdan mucho sobre él (Choi, 2015).

A veces se presenta un dolor de garganta leve y temporal después del examen. Sin embargo, los riesgos graves de la endoscopia digestiva alta son muy poco frecuentes. Uno de esos riesgos es el sangrado excesivo, especialmente con la extirpación de un pólipo. En casos extremadamente raros, puede ocurrir una perforación o desgarró en la pared del esófago. Estas complicaciones pueden requerir hospitalización y, en raras ocasiones, cirugía. Es muy poco común que se produzca un error de diagnóstico o un descuido. Debido a la sedación leve, el paciente no debe conducir ni manejar maquinaria después del examen (Pasricha Fleischer et al., 1994).

2.2. Marco conceptual

Nivel de ansiedad: Estado emocional que presenta reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza inespecíficos acompañadas de una activación del sistema nervioso autónomo.

Sedación: Inducción farmacológica de un estado de disminución de la consciencia sin que se produzca una pérdida de la misma, pudiéndose despertar al paciente con una llamada o con un leve.

Variaciones fisiológicas: los signos vitales son medidas de varias estadísticas fisiológicas frecuentemente tomadas por profesionales de salud para así valorar las funciones corporales más básicas.

Nivel de satisfacción: es el cumplimiento de los requerimientos establecidos para obtener un resultado con un cierto grado de gozo para un individuo.

Efectos adversos y complicaciones: es el evento contrario el resultado que se deseaba, es desfavorable y opuesto materialmente a algo.

Estrés: es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para enfrentar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

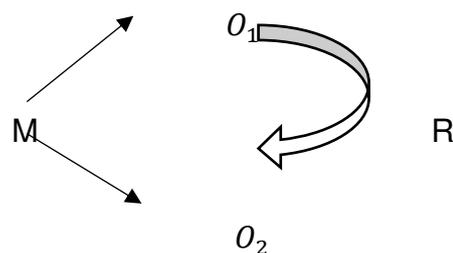
3.1.1. Tipo y nivel

El estudio fue descriptivo trasversal de tipo correlacional.

- Descriptivo porque se trabajó con un solo grupo muestral de pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta.
- Transversal porque los datos se recogieron en un solo momento.
- Correlacional porque se buscó determinar la medida en que una variable le afecta a la otra.

3.1.2. Diseño

Por ser un estudio descriptivo correlacional la investigación respondió al siguiente esquema:



Donde:

- O_1 = Conjunto de datos con respecto a la ansiedad.
- O_2 = Conjunto de datos con respecto a la tolerancia a la endoscopia.

- R = Relación existente entre ambas variables
- M = Grupo muestral único

3.2. Ámbito temporal y espacial

El Hospital y Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente son parte de un complejo hospitalario público localizado en el distrito de Villa María del Triunfo en la ciudad de Lima. El complejo pertenece al seguro social peruano EsSalud y, junto al Complejo Hospitalario Alberto Leopoldo Barton Thompson, es el primero en toda Latinoamérica que funciona bajo la modalidad de Asociación Público Privada. Está gestionado por un consorcio que lidera IBT Group.

El complejo hospitalario ofrece un total de 25 especialidades médicas y quirúrgicas y dispone de 214 camas, 7 salas de operaciones, 3 salas de parto (una de ellas para cesáreas) y equipamiento de última generación como tomógrafo axial computarizado, densitómetro, ecógrafos, telemando y mamógrafos. También cuenta con unidad de hemodiálisis, 100 consultorios externos, laboratorio, rayos X, farmacia, emergencia y sistemas digitalizados para atender de forma oportuna a los 250.000 asegurados adscritos de EsSalud.

El Hospital lleva el nombre de Guillermo Kaelin de la Fuente en honor al exdirector del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (Hospital del Empleado), quien dedicó 16 años de su vida a desempeñar dicho cargo.

3.4. Variables

3.4.1. Variable 1: ansiedad

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
Ansiedad	Es un estado displacentero de tensión, hiperactividad simpática y dificultad motora que experimenta una persona antes de someterse a un procedimiento clínico.	Vivencia Subjetiva	Es la sensación de temor indefinido, inseguridad o tensión	Estado ansioso Tension Temor
		Dificultad Funcional	Son manifestaciones conductuales, observables en forma de inhibición motriz, o más frecuentemente inquietud o agitación y problemas para dormir	Humor depresivo Insomnio Funciones intelectuales o cognitivas Comportamiento durante examen
		Respuesta Neurovegetativa	Son los cambios fisiológicos periféricos, mediatizados por el sistema nervioso neurovegetativo y por una activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal	Síntomas Somaticos musculares Síntomas Somaticos sensoriales Síntomas Cardiovasculares Síntomas Respiratorios

Síntomas gastrointestinal

Síntomas genitourinarios

Síntomas del sistema nervioso
autónomo

3.4.2. Variable 2: tolerancia a la endoscopia digestiva alta

Variable	Definición Conceptual	Indicadores
Tolerancia a la endoscopia digestiva alta	Es soportar sin efectos dañinos el paso del endoscopio por la orofaringe y el esófago.	Náuseas / Vómitos Necesidad de moverse Sensación de ahogo Dolor Debilidad y mucho frío Necesidad de extracción urgente del tubo

3.4.3. Variables intervinientes:

- Sexo
- Edad
- Nivel educativo
- Estado Civil
- Ocupación

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población de referencia fueron 320 pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta, usuarios del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en el 2021, que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes que aceptaron a participar voluntariamente en el estudio.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que se encontraban dentro de las 24 horas antes del procedimiento endoscópico.
- Pacientes con un adecuado nivel de conciencia.

Criterios de exclusión

- Pacientes que mostraban poca colaboración con el estudio.

- Pacientes con alguna alteración psicológica, psiquiátrica o neurológica diagnosticada.

3.4.2. Muestra y tipo de muestreo

Para seleccionar a los pacientes que conformaron la muestra, se utilizó el método del muestreo aleatorio simple, de forma preliminar se calculó el tamaño muestral utilizando, la fórmula de tamaño muestral por proporciones, que responde a la siguiente expresión matemática:

$$n = \frac{N * p * q * (Z_{\alpha/2})^2}{e^2 (N - 1) + p * q * (Z_{\alpha/2})^2} \dots\dots\dots \text{(Ecuación 01)}$$

Donde:

Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio será de 95% (1.96).

Proporción de pacientes con ansiedad poco tolerantes a la endoscopia (85 %, Yang M, Lu L, Zhao M, Liu J; 2019)

Proporción de pacientes con ansiedad tolerantes a la endoscopia (15%)

Error de estimación será de 0.05.

Reemplazando los valores en la ecuación 01, se tiene:

$$n = \frac{320 * 0.85 * 0.15 * 1.96^2}{0.05^2 * (320 - 1) + 0.85 * 0.15 * 1.96^2}$$

Resolviendo:

$$n = \frac{320 * 0.127 * 3.84}{0.0025 * (319) + 0.127 * 3.84}$$

$$n = \frac{156.737}{1.797 + 0.489}$$

$$n = \frac{156.74}{1.287}$$

$$n = 121.756$$

$$n = 122$$

Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, consideramos a 125 pacientes que fueron sometidos a endoscopia digestiva alta, usuarios del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en el 2021.

3.5. Instrumentos

3.5.1. Para valorar el nivel de ansiedad

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales

(específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Los tests de ansiedad, y los tests psicológicos en general, facilitan el diagnóstico a través de la descripción e identificación de los síntomas. Estos tests están validados clínicamente mediante la comparación de casos de un amplio grupo de personas que presenta diversa sintomatología ansiosa. De esta forma se logra dilucidar si lo que se siente es parte de la ansiedad normal que todos tenemos –y necesitamos- en nuestro quehacer diario, o si, por el contrario, estamos padeciendo un trastorno de ansiedad y necesitaremos ayuda para superarlo. Existen muchos trastornos de ansiedad como el Trastorno de pánico y la agorafobia o el trastorno obsesivo que necesitan de asistencia psicológica y no deberían ser confundidos con un estado puntual de ansiedad justificado.

Confiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ($r = 0,56$).

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton^{21, 22} ($r = 0,62 - 0,73$).

3.5.2. Para valorar la tolerancia al proceso endoscópico

Se utilizó como técnica a la encuesta y como instrumento un cuestionario denominado “Cuestionario de Tolerancia a la Endoscopia”, este instrumento fue elaborado para los fines de esta investigación y consta de 6 interrogantes sobre los diversos tipos de malestar que se suscitan en el proceso endoscópico, se ofrece 5 opciones de respuesta para cada una de las interrogantes que valora la intensidad en la que se presentan las manifestaciones de intolerancia al procedimiento endoscópico.

Para dar significado al cuestionario en su conjunto se suman los valores obtenidos en cada uno de ellos ítems y se interpreta del siguiente modo: de 0 – 4 como ninguna; de 5 – 9 como tolerante; de 10 – 14 como medianamente tolerante; de 15 – 19 como intolerante y de 20 – 24 como muy intolerante.

Para comprobar la validez del instrumento se procedió al juicio de expertos considerando a 5 enfermeras especialistas de amplia experiencia en el área; para establecer la confiabilidad se efectuó una prueba piloto en 30 pacientes que se sometieron a la endoscopia del Hospital Nacional Cayetano Heredia; se encontró un alfa de Cronbach = 0.76.

3.6. Procedimientos

1. Se presentó el proyecto a la dirección del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente y a la oficina de capacitación, solicitando el permiso para la aplicación de los instrumentos a los pacientes.
2. Se coordinó con la dirección del hospital para la aplicación de los instrumentos.
3. Se desarrollaron reuniones informativas con los profesionales de salud del servicio de endoscopía.
4. Se efectuó la firma del consentimiento informado por los pacientes elegidos como parte de la muestra.
5. Un encuestador administró los instrumentos, efectuando las preguntas según el cuestionario, absolviendo dudas y registrando las repuestas.
6. Se tomó el tiempo prudencial para el relleno de los cuestionarios.
7. Se verificó el respectivo llenado de los instrumentos y luego fueron codificados.

3.7. Análisis de datos

Con los datos obtenidos se construyó una base de datos en el programa Microsoft office Excel 2019, que luego fue exportado al programa estadístico SPSS v.26 para Windows. Para determinar el nivel de ansiedad de los pacientes antes de ser sometidos al procedimiento endoscópico, se contabilizaron los puntajes obtenidos y se construyeron tablas de frecuencia de forma global y para cada una de las dimensiones. Para establecer el nivel de tolerancia a la endoscopia, se sumaron los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems con lo que se construyeron tablas de frecuencia y gráficos de forma global y para cada una de las dimensiones.

Para comprobar la asociación entre la ansiedad a la endoscopia y la tolerancia a la endoscopia, se calculó el coeficiente de correlación “r de Pearson” y después para estos estadísticos se plantearon hipótesis estadísticas que fueron afirmadas a través de la prueba de hipótesis; de manera anticipada se evaluó la normalidad de los datos. Se empleó la “prueba t para coeficientes de correlación” para efectuar una verificación analítica de las hipótesis. También se recurrió al análisis del “p value” como criterio de significancia para las pruebas estadísticas aplicadas ($\alpha \leq 0.05$).

3.8. Consideraciones éticas

Autonomía, solo se consideraron como participantes a aquellos pacientes que aceptaron voluntariamente a participar del estudio, no se incurrió en ningún tipo de coacción, para garantizar esto se informó de forma didáctica todo lo referente al estudio a todas las personas involucradas, además se hizo uso del consentimiento informado.

Beneficencia, el propósito final del estudio fue favorecer la realización de los diferentes procedimientos clínicos diagnósticos; además el estudio fue metodológicamente válido y las conclusiones derivadas del estudio son válidas y su aplicación beneficiosa.

No maleficencia, la investigación no poseía ninguna acción que podía perjudicar y/o empeorar la situación de los pacientes, se consideraron en todo momento las normas del comité de ética de la universidad.

Justicia, se trataron a todos los pacientes involucrados en el estudio por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico, se jerarquizaron adecuadamente las acciones a realizar y se hizo un uso racional de los recursos.

Los datos e información obtenida de los pacientes fueron manejados de forma confidencial y con responsabilidad.

IV. RESULTADOS

4.1. Descripción de los resultados

4.1.1. Características de los usuarios sometidos a endoscopia digestiva

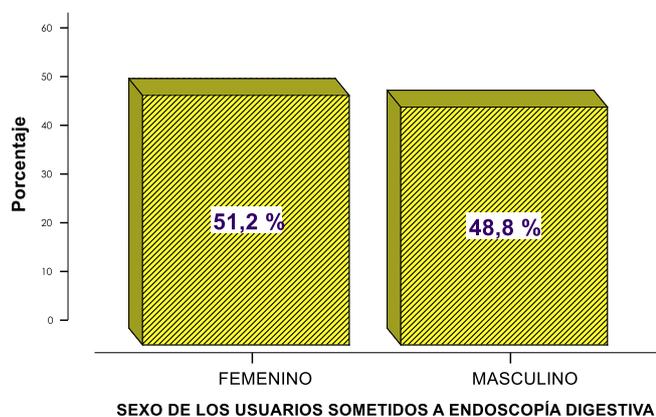
Tabla 1:

Sexo de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	64	51,2
MASCULINO	61	48,8
Total	125	100,0

Figura 1:

Sexo de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología



En la Tabla 1, Figura 1, se observa que; de 125(100 %), 64(51.2 %) de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del hospital “Guillermo Kaelin de la Fuente”, son de sexo femenino.

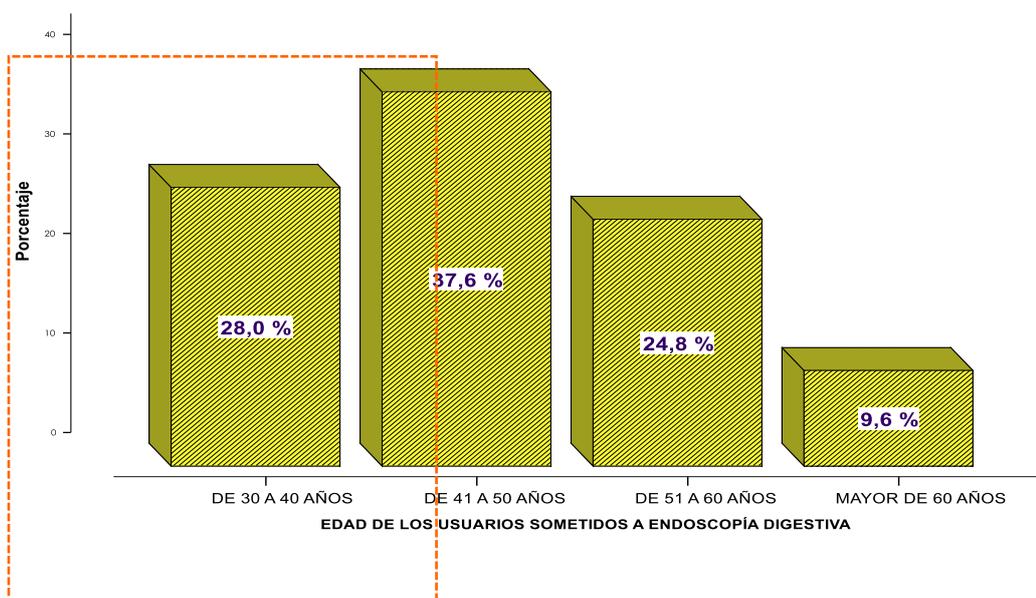
Tabla 1:

Edad de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología

	Frecuencia	Porcentaje
AÑOS DE 30 A 40	35	28,0
AÑOS DE 41 A 50	47	37,6
AÑOS DE 51 A 60	31	24,8
AÑOS MAYOR DE 60	12	9,6
Total	125	100,0

Figura 2:

Edad de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología



En la Tabla 2, Figura 2, se observa que; de 125(100 %), 82(65.6 %) de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del hospital “Guillermo Kaelin de la Fuente”, tienen una edad de 30 a 50 años.

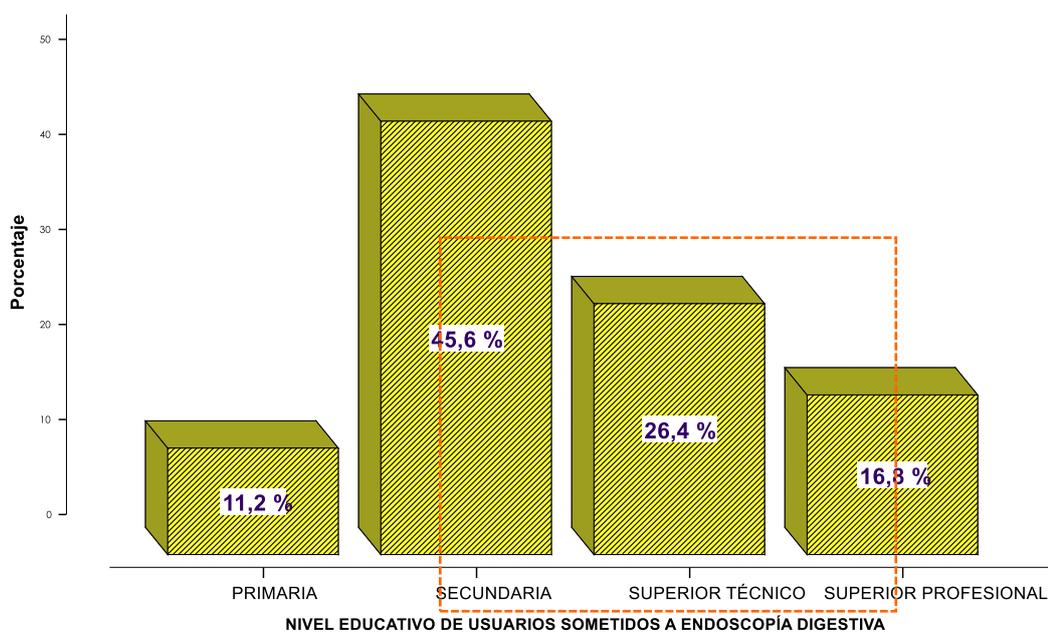
Tabla 2:

Nivel educativo de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	14	11,2
SECUNDARIA	57	45,6
SUPERIOR TÉCNICO	33	26,4
SUPERIOR PROFESIONAL	21	16,8
Total	125	100,0

Figura 3:

Nivel educativo de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología



En la Tabla 3, Figura 3, se observa que; de 125(100 %), 54(43.2 %) de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del hospital “Guillermo Kaelin de la Fuente”, tienen un nivel educativo superior.

4.1.2. Características de la ansiedad en pacientes sometidos a endoscopia digestiva

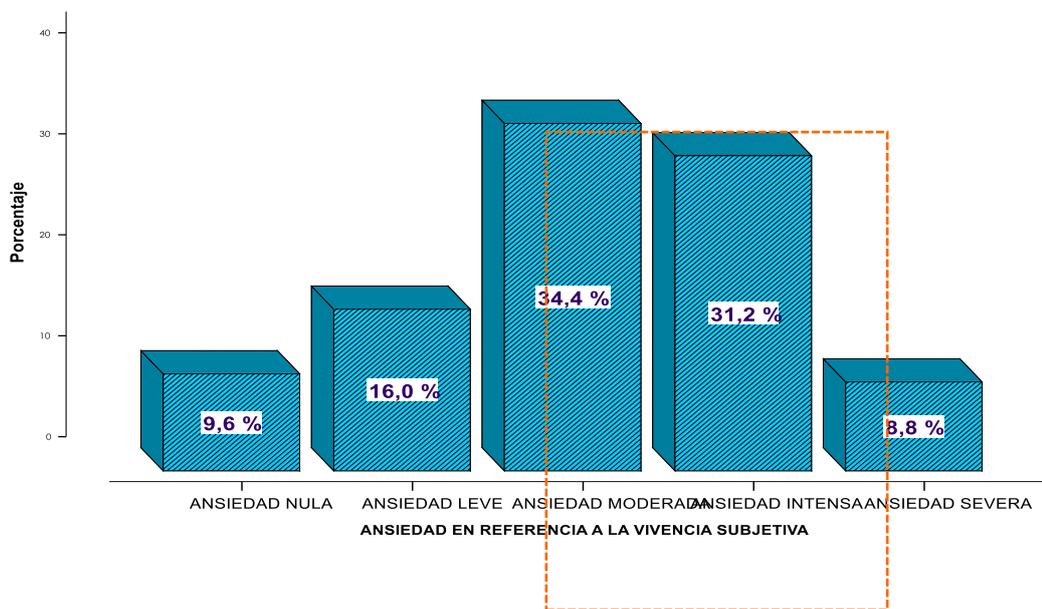
Tabla 4:

Ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta

	Frecuencia	Porcentaje
ANSIEDAD NULA	12	9,6
ANSIEDAD LEVE	20	16,0
ANSIEDAD MODERADA	43	34,4
ANSIEDAD INTENSA	39	31,2
ANSIEDAD SEVERA	11	8,8
Total	125	100,0

Figura 4:

Ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología



En la Tabla 4, Figura 4, se observa que; de 125(100 %), 50(40.0 %) de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del hospital “Guillermo Kaelin de la Fuente”, tienen ansiedad intensa o severa en referencia a la vivencia subjetiva.

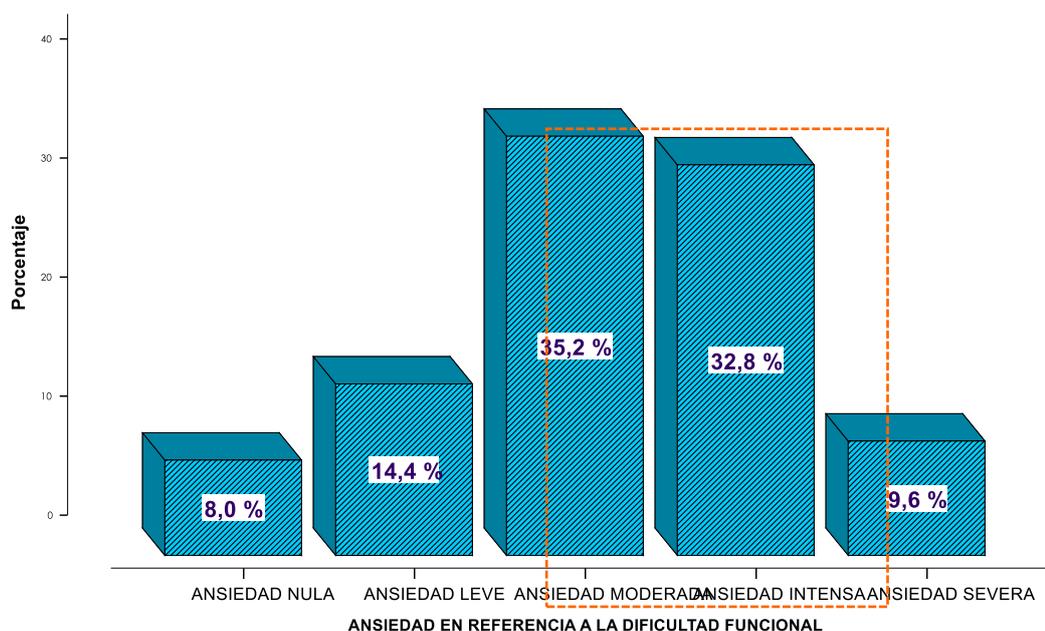
Tabla 5:

Ansiedad en referencia a la dificultad funcional en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología

	Frecuencia	Porcentaje
ANSIEDAD NULA	10	8,0
ANSIEDAD LEVE	18	14,4
ANSIEDAD MODERADA	44	35,2
ANSIEDAD INTENSA	41	32,8
ANSIEDAD SEVERA	12	9,6
Total	125	100,0

Figura 5:

Ansiedad en referencia a la dificultad funcional en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología



En la Tabla 5, Figura 5, se observa que; de 125(100 %), 50(40.0 %) de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del hospital “Guillermo Kaelin de la Fuente”, tienen ansiedad intensa o severa en referencia a la dificultad funcional.

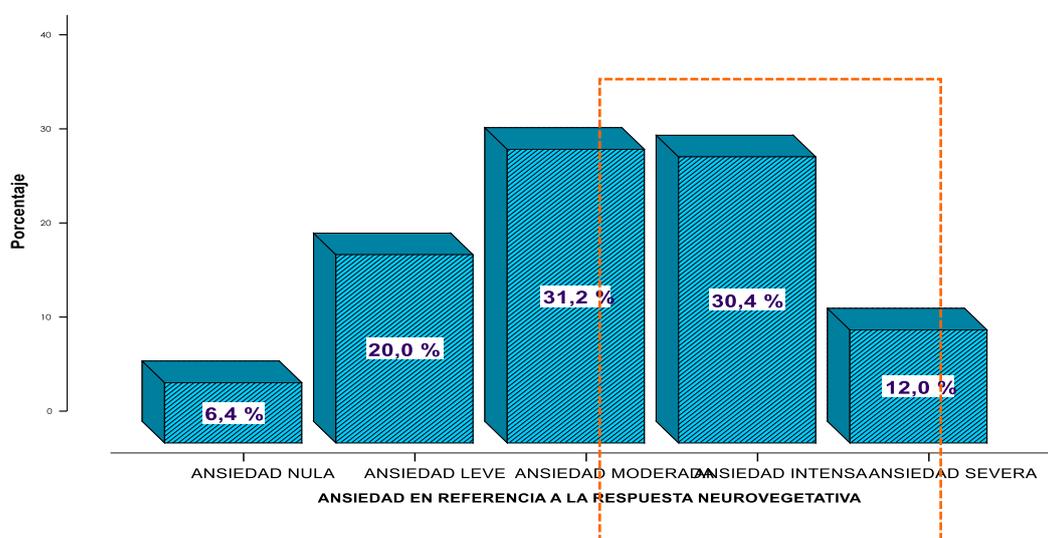
Tabla 6:

Ansiedad en referencia a la respuesta neurovegetativa en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta

	Frecuencia	Porcentaje
ANSIEDAD NULA	8	6,4
ANSIEDAD LEVE	25	20,0
ANSIEDAD MODERADA	39	31,2
ANSIEDAD INTENSA	38	30,4
ANSIEDAD SEVERA	15	12,0
Total	125	100,0

Figura 6:

Ansiedad en referencia a la respuesta neurovegetativa en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta



En la Tabla 6, Figura 6, se observa que; de 125(100 %), 53(42.4 %) de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del hospital “Guillermo Kaelin de la Fuente”, tienen ansiedad intensa o severa en referencia a la respuesta neurovegetativa.

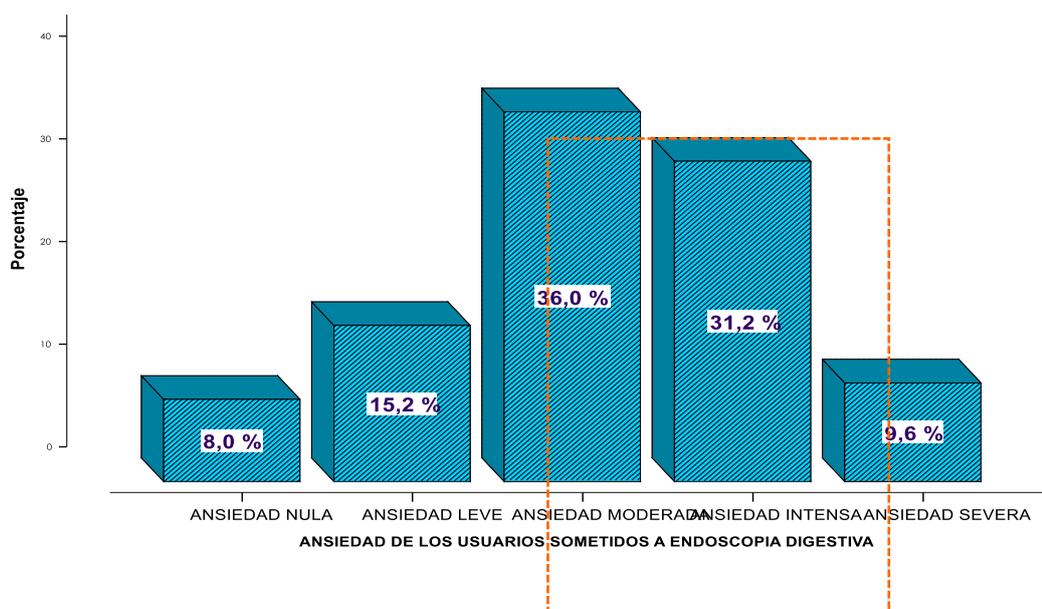
Tabla 7:

Consolidado de ansiedad en pacientes sometidos a endoscopia digestiva 7ta del servicio de gastroenterología

	Frecuencia	Porcentaje
ansiedad nula	10	8,0
ansiedad leve	19	15,2
ansiedad moderada	45	36,0
ansiedad intensa	39	31,2
ansiedad severa	12	9,6
total	125	100,0

Figura 7:

Consolidado de ansiedad en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología



En la Tabla 7, Figura 7, se observa que; de 125(100 %), 51(40.8 %) de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del hospital “Guillermo Kaelin de la Fuente”, tienen ansiedad intensa o severa.

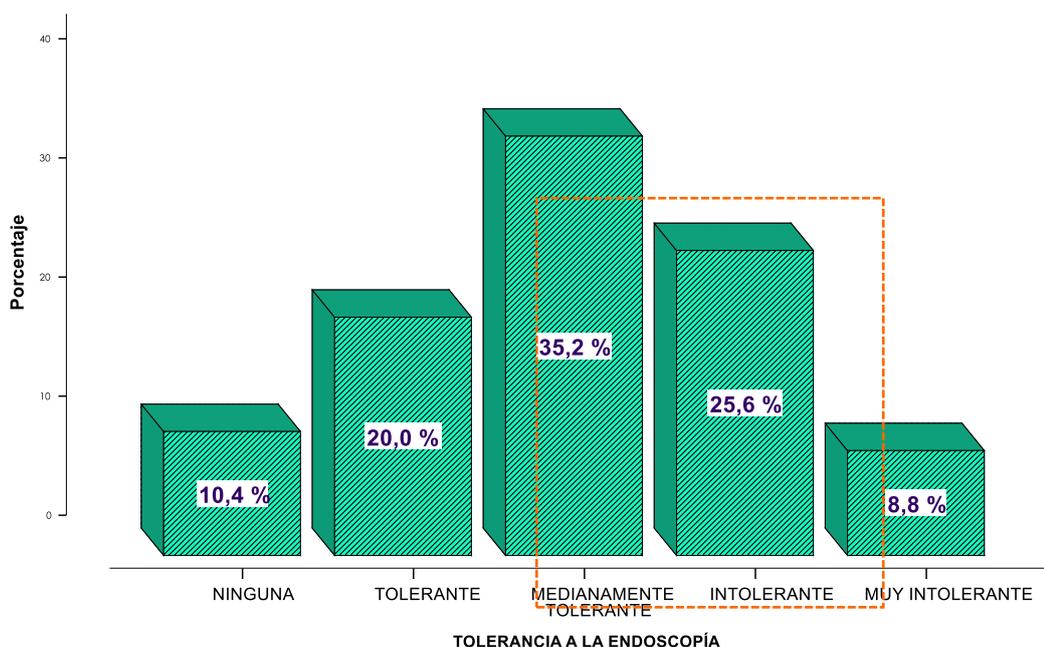
Tabla 8:

Consolidado de tolerancia a la endoscopia digestiva alta, en pacientes del servicio de gastroenterología

	Frecuencia	Porcentaje
ninguna	13	10,4
tolerante	25	20,0
medianamente tolerante	44	35,2
intolerante	32	25,6
muy intolerante	11	8,8
total	125	100,0

Figura 8:

Consolidado de tolerancia a la endoscopia digestiva alta, en pacientes del servicio de gastroenterología



En la Tabla 8, Figura 8, se observa que; de 125(100 %), 43(34.4 %) de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta del servicio de gastroenterología del hospital “Guillermo Kaelin de la Fuente”, perciben a la endoscopia como una experiencia intolerante o muy intolerante.

4.2. Prueba de normalidad

4.2.1. Prueba de normalidad

Tabla 9.:

Normalidad de los datos de ansiedad y tolerancia a la endoscopia, en pacientes del servicio de gastroenterología

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov			S
	Estadístico	l	g	
Ansiedad en pacientes sometidos a endoscopia	,092	25	1	,194*
tolerancia a la endoscopia	,097	25	1	,196*

En la Tabla 9, se tiene una significancia bilateral (p value) = 0.194; para el conjunto de datos de la variable “Ansiedad en pacientes sometidos a endoscopia”, este valor es ampliamente mayor a 0.05; por lo tanto, se afirma que los datos analizados poseen normalidad. De forma similar; se tiene una significancia bilateral (p value) = 0.196; para el conjunto de datos de la variable “Tolerancia a la endoscopia”, este valor es ampliamente mayor a 0.05; por lo tanto, se afirma que los datos analizados poseen normalidad. Debido a que el conjunto de datos, para ambas variables poseen normalidad; lo pertinente es emplear pruebas paramétricas para los diversos análisis estadísticos.

4.4.2. Prueba de hipótesis

4.4.2.1 Hipótesis general

H1: “A mayor ansiedad; menor tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios del hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en el 2021”

Tabla 10:

Coefficiente de correlación de Pearson entre la ansiedad y la tolerancia a la endoscopia digestiva alta

Correlaciones		TOLERANCIA A LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
	Correlación de Pearson	-,457**
ANSIEDAD	Sig. (bilateral)	,000
	N	125

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

En la Tabla 10, se tiene un coeficiente r de Pearson = -0.457. este resultado indica que existe una asociación moderada negativa entre las variables analizadas; asimismo, se ha obtenido una significancia bilateral o “p value” = 0.000 que es numéricamente menor a 0.05; esto evidencia que el valor del coeficiente r de Pearson muestral es muy similar o igual al coeficiente ρ de Pearson poblacional.

4.2.2.2 Hipótesis Específicas

H1: La relación entre la ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva y la tolerancia a la endoscopia digestiva alta es que: a mayor ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva; menor tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en el 2021.

Hipótesis específicas 1

Tabla 3:

Vivencia subjetiva

			<i>Correlaciones</i>	
			TOLERANCIA A LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	
ANSIEDAD REFERENCIA VIVENCIA SUBJETIVA	EN A LA	LA	Correlación	-,471**
			de Pearson	
			Sig. (bilateral)	,000
			N	125

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

En la Tabla 11, se tiene un coeficiente r de Pearson = -0.471. este resultado indica que existe una asociación moderada negativa entre las variables analizadas; asimismo, se ha obtenido una significancia bilateral o “ p value” = 0.000 que es numéricamente menor a 0.05; esto evidencia que el valor del coeficiente r de Pearson muestral es muy similar o igual al coeficiente ρ de Pearson poblacional y nos permiten afirmar que; ante un aumento de la ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva; se reduce la tolerancia a la endoscopia digestiva alta; por consiguiente, queda comprobada la hipótesis planteada.

Hipótesis específica 2:

H2: “A mayor ansiedad en referencia a la dificultad funcional; menor tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios del hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en el 2021”

Tabla 4:
Dificultad funcional

Correlaciones		TOLERANCIA A LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
	Correlación de Pearson	-,428**
ansiedad en referencia a la dificultad funcional	Sig. (bilateral)	,000
	N	125

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

En la Tabla 11, se tiene un coeficiente r de Pearson = -0.428. este resultado indica que existe una asociación moderada negativa entre las variables analizadas; asimismo, se ha obtenido una significancia bilateral o “p value” = 0.000 que es numéricamente menor a 0.05; nos permiten afirmar que; ante un aumento de la ansiedad en referencia a la dificultad funcional; se reduce la tolerancia a la endoscopia digestiva alta; por consiguiente, queda comprobada la hipótesis planteada.

Hipótesis específica 3:

H3:

“A mayor ansiedad en referencia a la respuesta neurovegetativa; menor tolerancia a la endoscopia digestiva alta en usuarios del hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en el 2021”

Tabla 13:

Respuesta neurovegetativa

		<i>Correlaciones</i>	
		TOLERANCIA A LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	
		Correlación de Pearson	-,473**
ANSIEDAD EN REFERENCIA A LA RESPUESTA NEUROVEGETATIVA		Sig. (bilateral)	,000
		N	125

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

En la Tabla 13, se tiene un coeficiente r de Pearson = -0.473. este resultado indica que existe una asociación moderada negativa entre las variables analizadas; asimismo, se ha obtenido una significancia bilateral o “p value” = 0.000 que es numéricamente menor a 0.05; nos permiten afirmar que; ante un aumento de la ansiedad en referencia a la respuesta neurovegetativa; se reduce la tolerancia a la endoscopia digestiva alta; por consiguiente, queda comprobada la hipótesis planteada.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En esta investigación, se encontró que el 40.8 % de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta tienen ansiedad intensa o severa; esto indica que más de la tercera parte de los pacientes tienen una sensación incómoda de nerviosismo o preocupación antes y durante el proceso de la endoscopia; cuando los pacientes piensan subjetivamente en los peligros que se exponen en la endoscopia les sobreviene la ansiedad que se manifiesta como sentimientos de incomodidad y preocupación, algunos creen que al momento de la endoscopia les puede producirse una muerte inminente. la ansiedad surge ante una amenaza imaginaria.

De acuerdo con Inmaculate (2019) La educación preoperatoria debe incluir información relevante sobre el tipo de procedimiento endoscópico y la modificación del estilo de vida de los pacientes, a los que se enfrentarán en los periodos perioperatorios. La preparación de un paciente para cualquier procedimiento quirúrgico incluye educación preoperatoria, que es una característica muy importante y común y siempre brinda resultados beneficiosos para el paciente. La intervención puede realizarse mediante relajación, música, imágenes guiadas, enseñanza asistida por video. La mayoría de los pacientes se sienten ansiosos antes de someterse a un procedimiento de gastroendoscopia superior.

Para Mirzaee et al. (2010), comprueban que el 57.1 % de los pacientes que recurren a una endoscopia tienen ansiedad; el procedimiento de endoscopia puede causar ansiedad, sensación de daño, inseguridad y malestar. Además, creencias falsas como el dolor, la asfixia o la exacerbación de preocupaciones fundamentales, como la posibilidad de

transmisión de la infección a través del endoscopio, exacerbaban el miedo y la ansiedad de los pacientes y disminuyen su cooperación en el proceso.

Por otro lado, Saunbury et al. (2020) refiere que se ha demostrado que la aprehensión previa al procedimiento es un fuerte predictor de mala tolerancia, sin mencionar la falta de voluntad para someterse a un procedimiento repetido. Dada la naturaleza invasiva de la endoscopia, identificar formas de mejorar la experiencia subjetiva no solo reduce la carga para los pacientes, sino que también tiene el beneficio secundario de aumentar la probabilidad de que acepten un procedimiento repetido si es necesario en el futuro. Para mejorar y monitorear la experiencia de la gastroscopia para los pacientes, es importante describir objetivamente qué tan bien tolerado es un procedimiento.

Del mismo modo, Benvenuto et al. (2018) sostiene que La implementación de sedantes y analgésicos basados en la evidencia puede mejorar la calidad de la práctica de la sedación y reducir la incidencia de eventos adversos relacionados con la sedación. Se requiere la combinación de experiencia y conocimientos básicos en la administración de sedantes para una inducción y mantenimiento seguros y efectivos. La anestesia equilibrada implica la administración de una mezcla de pequeñas cantidades de varios sedantes o analgésicos. Según Gonzales et al., (2019) constatan que el 31.7% de los pacientes a los que se les realizó una endoscopia expresaron su intolerancia al procedimiento, algunas personas evitan someterse a endoscopia digestiva debido a una fuerte ansiedad antes del procedimiento. La sedación aumenta la tasa de éxito de la endoscopia y la satisfacción del paciente durante el procedimiento endoscópico, pero la sedación puede aumentar la probabilidad de complicaciones, como hipotensión y depresión respiratoria. La sedación, que puede definirse como una depresión del nivel de conciencia inducida por fármacos, es una parte importante de la endoscopia gastrointestinal. La sedación ayuda a los pacientes a

tolerar procedimientos incómodos al aliviar la ansiedad, el malestar y el dolor. También disminuye el riesgo de lesión física del paciente durante los procedimientos endoscópicos, al tiempo que proporciona al endoscopista un buen ambiente para un examen óptimo. Existen algunos sedantes y analgésicos que se pueden usar para lograr los niveles adecuados de sedación para la endoscopia gastrointestinal. Aunque existen se beneficia del uso de sedantes y analgésicos en procedimientos de endoscopia gastrointestinal, la sedación retrasa la recuperación y el alta del paciente. La sedación también aumenta el costo general y el riesgo de complicaciones cardiopulmonares

En esta investigación, hemos hallado un coeficiente de correlación de Pearson moderado negativo entre la ansiedad; y la tolerancia a la endoscopia digestiva alta ($r = -0.457.$); este resultado revela que, dado un incremento de la ansiedad, disminuye la tolerancia a la endoscopia; esto podría deberse a que, el paciente con ansiedad tiene dificultad para concentrarse y no puede seguir las indicaciones del personal de salud y no consigue ofrecer una colaboración efectiva al momento de realizar la endoscopia; además el paciente ansioso esta irritable y tiene actitudes hostiles hacia el personal que da atención de salud llegando a generar un clima hostil que podría frustrar el procedimiento endoscópico.

La inquietud e inseguridad del paciente ansioso, le induce a realizar múltiples preguntas y a tener un comportamiento reactivo al procedimiento en sí. En otros casos el paciente ansioso siente palpitaciones, sudoración y sensación de ahogamiento al momento del procedimiento que lo dirige a creer que la endoscopia podría significar un riesgo fatal para su salud; otros pacientes pueden presentar mucha rigidez muscular, espasmos, temblores y cefalea que dificultan la realización de los procedimientos; estas situaciones exacerbaban el dolor y la incomodidad del procedimiento endoscópico. De esta forma la ansiedad se vincula con la baja tolerancia a la endoscopia.

Yang et al. (2019) evidencian que la ansiedad es un predictor de la tolerancia a la endoscopia (OR = 4.58); el riesgo de malestar severo aumenta con la ansiedad previa a la endoscopia. Es la forma en que el paciente piensa sobre la endoscopia lo que tiene una poderosa influencia sobre si se siente ansiosa o relajada. La ansiedad se centra en la noción de vulnerabilidad, como la percepción que tiene el paciente de ser sujeto a peligros internos o externos sobre los cuales su control carece o es insuficiente para brindarle una sensación de seguridad. La evaluación de la endoscopia como amenaza implica una perspectiva errónea en la que se sobrestima en gran medida la probabilidad de que ocurra un daño durante el procedimiento; es mucho más probable que los pacientes temerosos sobreestimen la intensidad de la amenaza de la endoscopia, lo que luego conduce a un comportamiento de evitación. Al mismo tiempo, los pacientes ansiosos no perciben los aspectos de seguridad de las situaciones evaluadas como amenazas y tienden a subestimar su capacidad para hacer frente al daño o peligro que representa la endoscopia. La percepción de peligro frente a la endoscopia activa un “sistema de alarma” que involucra procesos conductuales, fisiológicos y cognitivos que llevan a la intolerancia de la endoscopia.

Por su parte ElSayed et al. (2019) hallan que la participación de la intervención conductual reduce en 4,3 veces la ansiedad que favorece la tolerancia a la endoscopia en los pacientes (RR = 4.3); la importancia de la preocupación, la rumia ansiosa, las imágenes de amenaza y los recuerdos traumáticos provocan ansiedad; la persona ansiosa malinterpreta situaciones inocuas como amenazantes. La ansiedad se caracteriza por una atención mejorada y altamente selectiva al riesgo, amenaza o peligro personal que se percibe como que tiene un impacto negativo grave en los intereses vitales y el bienestar. La ansiedad implica una evaluación inexacta de los recursos personales para hacer frente, lo

que resulta en una subestimación de la capacidad personal para hacer frente a la endoscopia como amenaza percibida.

Los estados de ansiedad se caracterizan por un procesamiento inhibido o muy restringido de señales e información de seguridad que transmiten una menor probabilidad y gravedad de una amenaza o peligro percibido. Durante la ansiedad, el pensamiento y el razonamiento elaborativo más constructivo, lógico y realistas son de difícil acceso y, por lo tanto, se utilizan de manera ineficaz para reducir la ansiedad. La ansiedad implica una mezcla de procesos cognitivos automáticos y estratégicos que son responsables de la naturaleza involuntaria e incontrolable de la ansiedad

VI. CONCLUSIONES

- Cuando se incrementa la ansiedad en referencia a la vivencia subjetiva; se reduce la tolerancia a la endoscopía digestiva alta (coeficiente de correlación de Pearson moderado positiva; -0,471).
- Cuando se incrementa la ansiedad en referencia a la dificultad funcional; se reduce la tolerancia a la endoscopía digestiva alta (coeficiente de correlación de Pearson moderado positiva; -0,428).
- Cuando se incrementa la ansiedad en referencia a la respuesta neurovegetativa; se reduce la tolerancia a la endoscopía digestiva alta (coeficiente de correlación de Pearson moderado positiva; -0, 473).
- Cuando se incrementa la ansiedad; se reduce la tolerancia a la endoscopía digestiva alta (coeficiente de correlación de Pearson moderado positiva; -0, 457).

VII. RECOMENDACIONES

- Es favorable implementar un programa que disminuya a las vivencias subjetivas, con sensaciones de temor indefinido, inseguridad o tensión; esto posibilitará una mayor tolerancia a la endoscopia que favorecerá la salud del paciente.
- Es conveniente desarrollar un programa que aminore la dificultad funcional, con inhibición motriz e inquietud; esto permitirá una mejor tolerancia a la endoscopia que dará mayor salud y bienestar al paciente.
- Es indispensable concretar un programa que mitigue a las respuestas neurovegetativas, con cambios fisiológicos cardiacos, respiratorios y digestivos; esto coadyuvará una mayor tolerancia a la endoscopia que mejorará la salud del paciente.
- De forma general, es favorable plasmar un programa que reduzca la ansiedad; atenuando el estado displacentero de tensión, la hiperactividad simpática y la dificultad motora antes y durante el proceso endoscópico, de esta manera se incrementará la tolerancia a la endoscopia y se favorecerá a la salud y el bienestar del paciente.

VIII. REFERENCIAS

- Abuksis G, Mor M, Segal N, Shemesh I, Morad I. (2019). Patient education program is cost-effective for preventing failure of endoscopic procedures in a gastroenterology department. *The American Journal of Gastroenterology*, 96(6), 1786 – 1790.
- Anwar S, Abdelaziz A, Selim M., (2018). Relation between Knowledge and Anxiety Level of Patients Undergoing Upper Gastrointestinal Endoscopy at Tanta University Hospital. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 15(2), 25 - 57.
- Asmundson, G., & Katz, J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depression and Anxiety*, 26(10), 888-901. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/1965511761>
- Bacchera M, Gadini E. (2020). “Drop in” gastroscopy outpatient clinic experience after 9 months. *BMC Gastroenterology*, 12(1), 12 - 31.
- Bair, M., Wu, J., Damush, T., Sutherland, J., & Kroenke, K. (2008). Association of Depression and Anxiety Alone and in Combination with Chronic Musculoskeletal Pain in Primary Care Patients. *Psychosomatic Medicine*, 70(8), 890-897. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2049101564>
- Beekman, A., Beurs, E., Balkom, A., Deeg, D., & Dyck, R. (2000). Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Communality of Risk Factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2129795806>
- Bekhuis, E., Boschloo, L., Rosmalen, J. G., & Schoevers, R. (2015). Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 116-122. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2017578859>

- Benvenuto A, Marcellus S, Ikawari D,. (2018). Sedation in Gastrointestinal Endoscopy. *The Indonesian Journal of Gastroenterology*, 19(2), 97 - 101.
- Bersani, G., Rossi, A., Suzzi, A., & Ricci, G. (2004). Comparison between the Two Systems to Evaluate the Appropriateness of Endoscopy of the Upper Digestive Tract. *The American Journal of Gastroenterology*, 99(11), 2128-2135. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2052285136>
- Campo, R., Brullet, E., Montserrat, A., Calvet, X., & Moix, J. (1999). Identification of factors that influence tolerance of upper gastrointestinal endoscopy. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 11(2), 201-204. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/1989535564>
- Choi, H., Moon, J., Lee, Y., Kim, H., Ha, J., Lee, T., & Cha, S. (2015). Direct insertion of an ultra-slim upper endoscope for cholangioscopy in patients undergoing choledochoduodenostomy. *Digestive Endoscopy*, 27(7), 771-774. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/1909249465>
- Clarke, D., & Currie, K. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *The Medical Journal of Australia*, 190(7), 123 - 127. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2942007706>
- Curtin, B., Strongin, A., Surana, P., & Farooqi, R. (2019). Patient characteristics associated with easy and poor tolerance of moderate sedation during endoscopy. *GastroHep*, 1(3), 124-133. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2935732428>
- Dawson B, T. R. (2005). *Bioestadística médica* (4º ed.). México DF: Manual Moderno.
- DeJean, D., Giacomini, M., Vanstone, M., & Brundisini, F. (2013). Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ontario*

health technology assessment series, 13(16), 1-33. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2121186094>

ElSayed S, Ramadan S. (2019). The Effectiveness of Behavioral Intervention on Anxiety and Distress Levels among Upper Gastroscopy Patients. *American Journal of Nursing Research*, 7(1), 58 - 64.

Faulx, A., Catanzaro, A., Zyzanski, S., & Cooper, G. (2002). Patient tolerance and acceptance of unsedated ultrathin esophagoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 55(6), 620-623. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2170110985>

Felley C, Perneger T, Goulet I, Rouillard C. (2018). Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial. *BMC Gastroenterology*, 8(1), 22 - 32.

Garrido J, Soto T. (2018). *Ansiedad en pacientes sometidos a endoscopia y manifestaciones de dolor*. [Tesis], Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina.

Gebbensleben B, Rohde H. (2020). Anxiety before gastrointestinal endoscopy is a significant problem. *Dtsch Med Wochenschr*, 115(41), 1539 - 1544.

Goenjian, A., Steinberg, A., Najarian, L., Fairbanks, L., Tashjian, M., & Pynoos, R. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 911-916. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2107676391>

González N, Martínez S, González P,. (2019). Percepciones de dolor y/o molestias recordadas por los pacientes tras la realización de una endoscopia digestiva alta. *Enferm Endosc Dig*, 6(1), 24 - 30.

- Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F., & Jensen, T. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 14(2), 1- 8. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2123007238>
- Herring, M., O'Connor, P., & Dishman, R. (2010). The Effect of Exercise Training on Anxiety Symptoms Among Patients: A Systematic Review. *JAMA Internal Medicine*, 170(4), 321-331. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2088436478>
- Hong N. (2020). *The Effect of Music on Anxiety of the Endoscopic Client in a Private Hospital in Ho Chi Minh City Vietnam*. [Tesis], University of Northern Colorado, School of Nursing.
- Immaculate M, Malarvizhi S, Samson R, Santhi A, Ravichandran K,. (2019). Effect of video assisted teaching on anxiety among patients undergoing upper gastro endoscopy. *International Journal of Health Sciences & Research*, 9(7), 87 - 94.
- Kannan V, Sundar S, Manikanda S, Ezhumalai G. (2020). Estimation of the effects of music therapy on the anxiety and patient's perception during an upper gastrointestinal endoscopy procedure: a randomised controlled trial. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 8(7), 2594 - 2600.
- Katon, W., Lin, E., & Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29(2), 147-155. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2024439382>
- Kunik, M., Roundy, K., Veazey, C., Soucek, J., & Richardson. (2005). Surprisingly High Prevalence of Anxiety and Depression in Chronic Breathing Disorders. *Chest*, 127(4), 1205-1211. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/1999957902>
- Kutluturkan S, Gorgulu U, Fesci H, Karavelioglu A. (2018). The Effects of providing pre-gastrointestinal endoscopy written educational material on patients' anxiety: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(9), 1066 - 1073.

- Lauriola M, Tomai M, Palma R. (2019). Intolerance of Uncertainty and Anxiety-Related Dispositions Predict Pain During Upper Endoscopy. *Frontiers in Psychology, 10*(1), 1 - 13.
- McWilliams, L., Cox, B., & Enns, M. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain, 106*(1), 127-133. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2033438673>
- Mirzaee M, Monfared A, Mansour F, Kazemnezhad E,. (2021). Damask Rose Aromatherapy and the Anxiety of Endoscopic Candidate Patients: A Clinical Trial. *J Holist Nurs Midwifery, 31*(3), 203 - 211.
- Niles, A., Dour, H., & Stanton, A. (2015). Anxiety and Depressive Symptoms and Medical Illness Among Adults with Anxiety Disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 78*(2), 109-115. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/1992157559>
- Nolen, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 504-511. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2009735175>
- Ohayon, M., & Roth, T. (2003). Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research, 37*(1), 9-15. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2146284752>
- Pasricha, P., Fleischer, D., & Kalloo, A. (1994). Endoscopic Perforations of the Upper Digestive Tract: A Review of Their Pathogenesis, Prevention, and Management. *Gastroenterology, 106*(3), 787-802. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/1679617338>
- Raymond, J., & Beyssac, E. (1996). Patient's opinion following an upper digestive endoscopy in ambulatory care. Results of a national survey (II). *Gastroenterologie Clinique Et Biologique, 20*(2), 570-574. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2237314726>

- Rowshon A, Mohammad E, Rahim S. (2018). Tolerance of Gastro-Intestinal Endoscopy without Sedation: An Experience in a Tertiary Level Hospital in Bangladesh. *Journal of National Institute of Neurosciences Bangladesh*, 4(2), 141-144.
- Saunbury E, Betteridge F, Taylor G, Collepriest B., (2020). The bath gastroscopy toleration score: A validated comfort score for gastroscopy toleration. *Annals of Gastroenterology and the Digestive System*, 3(1), 1 - 8.
- Scott, K., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., & Alonso, J. (2007). Depression–anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103(1), 113-120. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2067984600>
- Sherbourne, C., Wells, K., Meredith, L., & Jackson, C. (1996). Comorbid Anxiety Disorder and the Functioning and Well-being of Chronically Ill Patients of General Medical Providers. *Archives of General Psychiatry*, 53(10), 889-895. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/1967677689>
- Sogabe M, Okahisa T, Fukuya A. (2020). Effects of audio and visual distraction on patients' vital signs and tolerance during esophagogastroduodenoscopy: a randomized controlled trial. *BMC Gastroenterology*, 20(1), 1 - 13.
- Sogabe M, Okahisa T, Fukuya A, Kagemoto K., (2020). Effects of audio and visual distraction on patients' vital signs and tolerance during esophagogastroduodenoscopy: a randomized controlled trial. *BMC Gastroenterology*, 20(1), 1 - 13.
- Tolosa S. (2019). State anxiety in patients referred to endoscopy unit. *Endoscopy gastrointestinal*, 3(1), 1302 - 5422.
- Tsang, A., Korff, M., Lee, S., & Alonso, J. (2008). Common Chronic Pain Conditions in Developed and Developing Countries: Gender and Age Differences and Comorbidity With Depression-

Anxiety Disorders. *The Journal of Pain*, 9(10), 883-891. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2054285377>

Yang M, Lu L, Zhao M, Liu J. (2019). Associations of anxiety with discomfort and tolerance in Chinese patients undergoing esophagogastroduodenoscopy. *PLoS ONE*, 14(2), 1 - 12.

Yohannes, A., Willgoss, T., Baldwin, R., & Connolly, M. (2010). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1209-1221. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2077034916>

Yoshinaga, S., Hilmi, I., Kwek, B., Hara, K., & Goda, K. (2015). Current status of endoscopic ultrasound for the upper gastrointestinal tract in Asia. *Digestive Endoscopy*, 27(2), 2-10. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/1870515143>

ANEXOS

Anexo A

Operalización de variable

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
Ansiedad	Es un estado displacentero de tensión, hiperactividad simpática y dificultad motora que experimenta una persona antes de someterse a un procedimiento clínico.	Vivencia Subjetiva	Es la sensación de temor indefinido, inseguridad o tensión	Estado ansioso Tension Temor
		Dificultad Funcional	Son manifestaciones conductuales, observables en forma de inhibición motriz, o más frecuentemente inquietud o agitación y problemas para dormir	Humor depresivo Insomnio Funciones intelectuales o cognitivas Comportamiento durante examen
		Respuesta Neurovegetativa	Son los cambios fisiológicos periféricos, mediatizados por el sistema nervioso neurovegetativo y por una activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal	Síntomas Somaticos musculares Síntomas Somaticos sensoriales Síntomas Cardiovasculares Síntomas Respiratorios

Síntomas gastrointestinal

Síntomas genitourinarios

Síntomas del sistema nervioso
autónomo

Operalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Indicadores
Tolerancia a la endoscopia digestiva alta	Es soportar sin efectos dañinos el paso del endoscopio por la orofaringe y el esófago.	Náuseas / Vómitos Necesidad de moverse Sensación de ahogo Dolor Debilidad y mucho frío Necesidad de extracción urgente del tubo

Anexo B
Instrumento de Ansiedad

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

SEXO:

Femenino

Masculino

EDAD: _____ años.

NIVEL EDUCATIVO

Analfabeto

Primaria

Secundaria

Superior técnico

Superior profesional

ESTADO CIVIL

Soltero (a)

Conviviente

Casado (a)

Viudo (a)

Divorciado (a)

ESCALA HAMILTON

ESCALA HAMILTON						Pu ntuacion
		Estado ansioso				
		Tension				
		Temor				
		Insomnio				
		Funciones intelectuales o cognitivas				
		Humor depresivo				
		Sintomas Somaticos musculares				
		Síntomas Somaticos sensoriales				
		Síntomas Cardiovasculares				
0		Síntomas Respiratorios				
1		Síntomas gastrointestinales				
2		Síntomas genitourinarios				
3		Síntomas del sistema nervioso autónomo				
4		Comportamiento durante examen				
PUNTUACION TOTAL						

BAREMOS

De 0 a 11.2	ANSIEDAD NULA
De 11.3 a 22.4	ANSIEDAD LEVE

33.6	De 22.5 a	ANSIEDAD MODERADA
44.8	De 33.7 a	ANSIEDAD INTENSA
56	De 44.9 a	ANSIEDAD SEVERA

CUESTIONARIO DE TOLERANCIA A LA ENDOSCOPIA

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentan preguntas sobre el malestar experimentado durante el examen endoscópico realizado, marca la opción que más se ajusta al malestar percibido.

0	Ninguna
1	Poco
2	De forma moderada
3	Mucho
4	Intolerable

1. ¿Tienes sensación nauseosa y/o vómitos durante el procedimiento?	1	2	3	4
2. ¿Tienes la necesidad de moverte durante el procedimiento?	1	2	3	4
3. ¿Tienes la sensación que te ahogas durante el procedimiento?	1	2	3	4
4. ¿Sientes dolor que necesitas decirlo durante el procedimiento?	1	2	3	4
5. ¿Has sentido debilidad y mucho frío durante el procedimiento?	1	2	3	4

6. ¿Has sentido la necesidad de extraerte el tubo de endoscopia?		1	2	3	4
--	--	---	---	---	---

BAREMOS

De 0 a 4	Ninguna
De 5 a 9	Tolerante
De 10 a 14	Medianamente tolerante
De 15 a 19	Intolerante
De 20 a 24	Muy intolerante