



UNIVERSIDAD MESOAMERICANA  
FACULTAD DE MEDICINA  
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

### **DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES OSTOMIZADOS**

Estudio descriptivo transversal sobre la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con colostomías e ileostomías atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque en el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2019.

María Fernanda Archila Mendoza

Carné: 201516059

AR673

Quetzaltenango, Coatepeque, agosto de 2021.



UNIVERSIDAD MESOAMERICANA  
FACULTAD DE MEDICINA  
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

### DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES OSTOMIZADOS

Estudio descriptivo transversal sobre la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con colostomías e ileostomías atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque en el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2019.

Cristhian David Castro Muñoz  
Psicólogo Clínico  
Col. 6708

Vo. Bo. Licdo. Cristhian Castro  
Asesor de Investigación

Vo. Bo. Dra. Emilia Méndez  
Asesora de investigación

Vo. Bo. Licda. Hanea Calderón  
Revisora

María Fernanda Archila  
Carné: 201516059

Quetzaltenango, Coatepeque, 17 de Diciembre de 2021.



---

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Una Ostomía o estoma, es un tratamiento quirúrgico que se ofrece a pacientes con distintas patologías, tiene como objetivo desviar el bolo fecal de forma temporal o permanente según el caso. De acuerdo con la localización que esta tenga en la pared abdominal, y la parte intestinal expuesta, recibirá el nombre de colostomía o ileostomía. Es relevante mencionar que se ha observado un cambio en el estado de ánimo en los pacientes posterior al tratamiento, comúnmente, estados de depresión y ansiedad.

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con colostomías e ileostomías, atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque, en el periodo enero de 2013 a diciembre de 2019.

**MÉTODOS Y MATERIALES:** Se aplicó un estudio descriptivo con secuencia de tipo transversal, en el que participaron 100 pacientes. Para obtener los resultados se aplicaron los siguientes instrumentos: Test de Ansiedad de Zung, Test de Depresión de Beck, Quality of life- Ostomy (QOL-O) y entrevistas; para evaluar la calidad de vida y frecuencia de ansiedad o depresión.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Los resultados de la presente investigación evidencian que dichos pacientes, posterior a la cirugía, han desarrollado algún trastorno emocional: depresión en un 72% y ansiedad en 54%, en diferentes grados. Por lo tanto, se concluye que el tratamiento biopsicosocial es de suma importancia, ya que el grupo mayormente afectado se encuentra en edades relativamente jóvenes de 15 a 39 años, quienes, por falta de un abordaje psicológico, pueden llegar a presentar como consecuencia, falta de sentido de la vida con intentos de suicidio derivados de esta situación.

**PALABRAS CLAVE:** Ostomía, Colostomía, Ileostomía, Depresión, Ansiedad.



## AUTORIDADES UNIVERSIDAD MESOAMERICANA

### CONSEJO DIRECTIVO

Dr. Félix Javier Serrano Ursúa	Rector
Mgtr. Luis Fernando Cabrera Juárez	Vicerrector
Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales	Tesorero
Mgtr. María Teresa García Kennedy-Bickford	Secretaria
Mgtr. Juan Gabriel Romero López	Vocal I
Mgtr. José Raúl Vielman Deyet	Vocal II
Mgtr. Luis Roberto Villalobos Quesada	Vocal III

### CONSEJO SUPERVISOR

Dr. Félix Javier Serrano Ursúa	Rector
Mgtr. José Raúl Vielman Deyet	Director General
Mgtr. Miriam Verónica Maldonado Reyes	Directora Académica
Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales	Directora Financiera
Mgtr. Carlos Mauricio García Arango	Decano Facultad de Arquitectura
Mgtr. Juan Estuardo Deyet	Director del Departamento de Redes y Programas
Dra. Alejandra de Ovalle	Consejo Supervisor

### AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Mgtr. Juan Carlos Moir Rodas	Decano Facultad de Medicina
Mgtr. Jorge Antonio Ramos Zepeda	Coordinador Área Hospitalaria



Quetzaltenango, 17 de diciembre de 2021.

El trabajo de investigación con el título: **“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES OSTOMIZADOS”** Estudio descriptivo transversal sobre la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con colostomías e ileostomías atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque en el periodo de marzo a noviembre de 2019. Presentado por la estudiante María Fernanda Archila Mendoza que se identifica con el carné número 201516059, fue aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada.

Vo.Bo.

Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda  
Coordinador Área Hospitalaria



Vo. Bo.

Dr. Juan Carlos Moir Rodas  
Decano  
Facultad de Medicina







Quetzaltenango, 11 de diciembre de 2021.

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.  
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario  
Facultad de Medicina  
Universidad Mesoamericana  
Ciudad.

Respetables doctores:

YO, María Fernanda Archila Mendoza estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, me identificó con el carné número 201516059, de manera expresa y voluntaria manifiesto que soy la autora del trabajo de investigación denominado **“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES OSTOMIZADOS”** Estudio descriptivo transversal sobre la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con colostomías e ileostomías atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque en el periodo de marzo a noviembre de 2019, el cual presento como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada. En consecuencia, con lo anterior, asumo totalmente la responsabilidad por el contenido del mismo, sometiéndome a las leyes, normas y disposiciones vigentes.

Sin otro particular

Atentamente,

María Fernanda Archila Mendoza  
Carné Número 201516059



Quetzaltenango, 11 de diciembre de 2021

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.  
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario  
Facultad de Medicina  
Universidad Mesoamericana  
Ciudad.

Respetables Doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que **asesoré** el trabajo de investigación designado con el título “**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES OSTOMIZADOS**” Estudio descriptivo transversal sobre la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con colostomías e ileostomías atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque en el periodo de marzo a noviembre de 2019. Realizado por la estudiante María Fernanda Archila Mendoza quien se identifica con el carné número 201516059 como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

*Cristhian David Castro Muñoz*  
*Psicólogo Clínico*  
*Col. 6708*

Atentamente

Licdo. Christian David Castro Muñoz  
Asesor del Trabajo de Investigación



UNIVERSIDAD Mesoamericana

Quetzaltenango, 11 de diciembre de 2021.

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.  
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario  
Facultad de Medicina  
Universidad Mesoamericana  
Ciudad.

Respetables Doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que asesoré el trabajo de investigación designado con el título “**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES OSTOMIZADOS**” Estudio descriptivo transversal sobre la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con colostomías e ileostomías atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque en el periodo de marzo a noviembre de 2019. Realizado por la estudiante María Fernanda Archila Mendoza quien se identifica con el carné número 201516059 como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Atentamente

Dra. Emilia María Méndez Samayoa  
Asesora del Trabajo de Investigación







Quetzaltenango, 11 de Diciembre de 2021

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.  
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario  
Facultad de Medicina  
Universidad Mesoamericana  
Ciudad.

Respetables Doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que revisé el trabajo de investigación designado con el título **“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES OSTOMIZADOS”** Estudio descriptivo transversal sobre la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con colostomías e ileostomías atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque en el periodo de marzo a noviembre de 2019. Realizado por la estudiante María Fernanda Archila Mendoza quien se identifica con el carné número 201516059 como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Atentamente,

Mgr. Hanea Elizabeth Calderón Velásquez  
Revisora del Trabajo de Investigación





## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN .....	12
II.	JUSTIFICACIÓN .....	13
III.	MARCO TEÓRICO .....	14
A.	Anatomía general de colon, recto y ano.....	14
1.	Colon .....	14
2.	Recto y ano .....	15
b.	Fisiología de colon, ano y recto .....	15
1.	Colon .....	15
2.	Ano y recto .....	17
c.	Ostomías .....	18
1.	Ileostomía.....	18
□	ileostomía terminal.....	21
□	ileostomía continente o reservorio (pouch) tipo kock.....	22
2.	Colostomía .....	23
d.	Trastornos emocionales.....	29
1.	Depresión .....	30
2.	Ansiedad .....	44
IV.	OBJETIVOS .....	56
V.	MÉTODOS, MATERIALES Y TÉCNICAS A EMPLEAR .....	57
a.	Tipo de estudio.....	57
b.	Universo .....	57
c.	Población.....	58
d.	Técnicas .....	58
e.	Criterios de inclusión y exclusión.....	58



---

criterios de inclusión .....	58
f. Variables .....	59
g. Proceso de investigación .....	64
h. Aspecto ético.....	65
VI. RESULTADOS.....	66
VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	78
VIII. CONCLUSIONES .....	81
IX. BIBLIOGRAFÍA .....	83
X. ANEXOS .....	91



## I. INTRODUCCIÓN

Las estomas de eliminación, actualmente, son el tratamiento efectuado en algunos trastornos intestinales que requieren una descompresión del intestino grueso y/o desviación del tránsito intestinal.

La técnica de colostomía o ileostomía, es el tratamiento empleado según la patología que lo requiere; las principales indicaciones de la realización de esta técnica son tumores de colon y recto, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn y diverticulitis, o en casos de trauma cerrado de abdomen que ameritan una desviación del tránsito intestinal, en los que se ven requeridos estos tratamientos definitivos o temporales, conforme la evolución del paciente.

Diversos estudios publicados a nivel internacional, han observado que trastornos emocionales como depresión y ansiedad, se han manifestado frecuentemente en pacientes Ostomizados, con predominio en pacientes de género masculino.

En Guatemala, se realizó un estudio por el Dr. Nery Hernández (2018) quien observó que, en el medio, la ostomía más realizada fue la ileostomía, seguida de la colostomía. Respecto a la edad los pacientes están comprendidos entre 28 y 37 años, explicado por la incidencia de complicaciones derivadas de la apendicitis aguda; los pacientes mayores de 67 años a quien se le realizó ostomía, la incidencia más alta corresponde a neoplasias con el 15%.

En el Hospital Juan José Ortega de Coatepeque, en los últimos cinco años se han realizado 148 colostomías e ileostomías, lo que significa que es un número considerable de personas que han sido sometidos a este tipo de cirugías. La investigación de tipo descriptiva tuvo como objetivo identificar la calidad de vida después de haber sido expuestos a este tratamiento, de esta manera, aportar datos reales sobre la sintomatología depresiva y ansiosa, que estos pacientes sufren por la dificultad para adaptarse a este nuevo estilo de vida. por lo que se considera de suma importancia la realización de la presente investigación, debido a que, un diagnóstico diferencial del Trastorno depresivo mayor es el Trastorno de adaptación.



## II. JUSTIFICACIÓN

Las estomas de eliminación se efectúan en el tratamiento de algunos trastornos intestinales que requieren la realización de una abertura al exterior del intestino, a través de la pared abdominal, para descomprimir el intestino grueso y/o desviar el tránsito intestinal (American Cancer Society, 2017).

En un estudio publicado por la revista chilena de cirugía, se observó que el impacto de la ostomía en el paciente y su entorno, afectó mayormente a pacientes con un promedio de edad 59 años, sufriendo cambios psicológicos y depresivos en el que el sexo masculino es el más afectado, con un 66% del total de la población, nivel educacional distribuido entre media y básica respectivamente (46 y 38%) (Brito, 2004).

En el Hospital Juan José Ortega de Coatepeque, se ha brindado el tratamiento quirúrgico de Ostomías a más de 100 personas en los últimos 5 años, pacientes a quienes no se les ofrece un tratamiento multidisciplinario. El presente trabajo, pretende determinar la frecuencia de depresión y ansiedad con la que cursan estos pacientes después de realizar el tratamiento quirúrgico, ya que la falta de un abordaje emocional, puede ser una barrera en la adecuada evolución y seguimiento clínico, su desarrollo emocional y social.

Los datos que se obtengan van a ser de mucha importancia para el departamento de Cirugía, con lo cual se va a demostrar que estos pacientes, en cualquier momento de su vida pueden desarrollar un problema psicológico y depresivo, y pone la relevancia darles seguimiento y atención, con el departamento de Psicología y Trabajo Social. Cabe resaltar que, hasta el momento, no se ha realizado un estudio igual o similar, por lo que cobra mayor preeminencia.





### III. MARCO TEÓRICO

#### A. Anatomía General de Colon, Recto y Ano

##### 1. Colon

De acuerdo con Morales (2017, pág. 1214):

El colon es la última parte del tubo digestivo; es una víscera hueca que se extiende desde la porción terminal del íleon hasta el ano y rodea a las asas de intestino delgado a manera de un arco. Tiene una longitud variable, en promedio de 150cm, y su diámetro disminuye en una manera gradual de 7.5 cm en el ciego hasta 2.5cm en el sigmoides.

El límite entre el ciego y el colon ascendente es el borde superior de la válvula de Bauhin. El colon ascendente termina en el ángulo hepático, línea que conecta el punto de flexión externo con el interno. El colon descendente comprende desde el ángulo esplénico hasta la cresta iliaca o la línea terminal. El colon sigmoides se extiende desde la cresta iliaca o la línea terminal hasta el promontorio o la tercer verterá sacra. El recto inicia a nivel de la tercera vertebra sacra hasta atravesar el musculo elevador del ano para convertirse en conducto anal.

El colon es una estructura que forma parte del sistema digestivo, que se caracteriza por la presencia de haustras y tenias. Este se divide anatómicamente en tres porciones o segmentos, ascendente, transverso y descendente.

Esta última porción del sistema digestivo, cumple funciones como la extracción de agua y sales, procesos de fermentación que darán como resultado la formación y transporte de lo que será el bolo fecal.



## 2. Recto y Ano

A juzgar por Mulas (2015):

Representa la porción más distal del intestino grueso. Desciende a lo largo de la concavidad sacra unos 12-15 cm, finalizando unos 3 cm por debajo de la punta del coxis, y angulándose a este nivel para sobrepasar la musculatura elevadora del ano y dar lugar al canal anal.

Según los anatomistas, el canal anal anatómico o embriológico tiene una longitud de tan sólo 2 cm. El canal anal quirúrgico o funcional es más largo, con una longitud de unos 4 cm, y se extiende desde el margen anal hasta la unión anorrectal, a la altura del músculo elevador del ano.

El recto y ano son las estructuras finales del sistema digestivo, las cuales tendrán como función principal, mediante un sistema complejo de relación de estímulos y esfínteres, la eliminación del bolo fecal.

## B. Fisiología de Colon, ano y recto

### 1. Colon

La cantidad total de líquido que se absorbe cada día en el intestino es igual a la del líquido ingerido (alrededor de 1.5 lts) más el contenido en las distintas secreciones gastrointestinales (alrededor de 7 lts), lo que presenta un total de 8 a 9 lts, salvo 1.5lts diarios que atraviesan la válvula ileocecal en dirección al colon. (Hall PhD & Guyton, 2012)

En contraste con lo citado por Vallejo (2019):

La absorción de agua y electrolitos, secreción de electrolitos y moco. El intestino grueso controla el nivel de agua fecal, de los 1500 a 2000 cm<sup>3</sup> que fluyen a través de la válvula ileocecal solo 100 a 150 cm<sup>3</sup> aparecen en las heces. Además, se absorbe agua, sodio y cloro en forma activa y secreta potasio y bicarbonato en forma pasiva.



Casi toda la absorción en el intestino grueso tiene lugar en la mitad proximal del colon, lo que justifica el nombre de colon absorbente, mientras que el colon distal funciona principalmente como un depósito de heces hasta su correspondiente excreción, por lo que suele conocerse como colon de depósito. (Vallejo, Zambrano, & Vallejo, 2019)

De acuerdo con lo escrito por Vallejo “Los tres metabolitos finales de la fermentación de los polisacáridos en el intestino grueso son: acetato, propionato y butirato, los cuales se absorben con rapidez por los colonocitos y proveen el 7% de los requerimientos metabólicos del ser humano”. (Vallejo et al., 2019)

A juzgar por Hall Phd (2012):

Otras sustancias que se forman como consecuencia de la actividad bacteriana son la vitamina k, la vitamina B12, tiamina, riboflavina y diversos gases que contribuyen a la flatulencia del colon; los más abundantes son el anhídrido carbónico, el gas hidrogeno y el metano. La vitamina k producida por las bacterias reviste especial importancia, ya que la cantidad diaria que se ingiere con los alimentos suele ser insuficiente para mantener una coagulación sanguínea adecuada.

Por lo expuesto, es de vital importancia conocer los valores aceptados o parámetros que se consideran normales en cuanto a volumen de agua del bolo fecal, absorción de los diferentes electrolitos, la producción normal o esperada a expensas de la actividad bacteriana de los diferentes micronutrientes, para poder entender posteriormente patologías que pueden ser secundarias a una deficiencia o exceso de estas.

El conocimiento anatómico fisiológico, permite predecir las complicaciones, deficiencias electrolíticas o las necesidades de suplementación con micronutrientes a las que se enfrentara un paciente que requiera de tratamiento quirúrgico en determinado segmento de colon, como Ostomías, las cuales pueden ser colostomías o ileostomías.



## 2. Ano y recto

Queralt (2016) la describe como:

La fisiología normal anorrectal se relaciona con los siguientes factores; incontinencia anal, consistencia de la materia fecal, capacidad de reservorio y adaptabilidad la cual se refiere a la capacidad del recto para distenderse. Presiones esfintericas y sensibilidad, que tiene componentes de importancia crítica para que el individuo cuente con un tiempo satisfactorio de reacción al bolo fecal o al gas que llega al recto.

En complemento, Torres, Dugarte & Salinas (2008) indican que:

El mecanismo de la continencia fecal es un proceso complejo. Hay diversos métodos para el diagnóstico de las enfermedades anorrectales, entre los cuales están: ultrasonido endoanal, electromiografía (EMG), latencia motora terminal del nervio pudendo (PNTML), manometría anal, cinedefecografía.

Los estudios de laboratorio de la fisiología anorrectal se aplican para demostrar la etiología y lograr planes subsecuentes para el tratamiento de diversas enfermedades funcionales como la incontinencia fecal, la constipación y los llamados síndromes de dolores anales.

Para determinar una fisiología normal anorrectal, se requiere de la evaluación de múltiples factores que se resumirán en el tiempo y/o la reacción del individuo al bolo fecal. Las molestias o imposibilidades que se den como consecuencia de un tiempo prolongado o falta de reacción ante el bolo fecal, pueden ser estudiadas con el método de laboratorio que se adecúe a la causa de una anormalidad en la fisiología.

En pacientes con patologías que requieren tratamiento quirúrgico como lo son las distintas colostomías, es de importancia el conocimiento de los parámetros fisiológicos para la colocación del asa intestinal en el exterior con una manometría similar a la fisiológica normal para que el paciente tenga una defecación satisfactoria.



## C. Ostomías

El Centro Médico Quirúrgico de Enfermedades Digestivas (2017) la define como:

La ostomía es una exteriorización del intestino en la pared del abdomen realizada con el objetivo de poder evacuar las heces debido a un problema médico que impida eliminarlas por el ano. Las principales son la colostomía y la ileostomía dependiendo de en qué porción está ubicada, colon o el intestino delgado.

En coherencia con American Society of Colon & Rectal Surgeons (s/f):

Una ostomía, o estoma, es una abertura creada quirúrgicamente entre los intestinos y la pared abdominal. Los tipos más comunes de ostomía conectan el intestino delgado (ileostomía o yeyunostomía) o el intestino grueso (colostomía) a la pared abdominal. Las ostomías pueden ser temporales o permanentes.

Una Ostomía, llamada también estoma, es la abertura intestinal en la pared abdominal, creada por un cirujano ante la necesidad de desviar el bolo fecal de forma temporal o permanente según lo requiera la patología preexistente. De acuerdo con la localización que esta tenga en la pared abdominal, y la parte intestinal expuesta, recibirá el nombre de colostomía o ileostomía.

### 1. Ileostomía

Morales (2017, pág. 1318) indica que:

Su formación puede ser temporal o permanente. Las temporales se utilizan de manera principal para desviar la corriente fecal de una anastomosis distal con alto riesgo de fuga, sepsis perianal grave en la enfermedad de Crohn compleja o después de una lesión traumática rectal.

La ileostomía permanente se utiliza si un procedimiento de restauración no es posible, como en una proctocolectomía total para la enfermedad inflamatoria intestinal como la colitis ulcerosa crónica inespecífica o un paciente con poliposis adenomatosa familiar y el cáncer del tercio inferior del recto, en donde no es posible llevar a cabo una cirugía preservadora de esfínteres.





Afín con la American Cancer Society (2019):

Una ileostomía es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se hace mediante una cirugía. Por lo general, se necesita una ileostomía porque un problema está causando que el íleon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse. El extremo terminal del íleon (la parte más baja del intestino delgado) es reubicado a través de esta abertura para formar una estoma, usualmente en el lado inferior derecho del abdomen. Es posible que una ileostomía solo se necesite por poco tiempo (temporal), tal vez durante 3 a 6 meses, porque esa parte del colon necesita tiempo para estar inactiva y sanar de un problema o enfermedad. Pero a veces una enfermedad, como el cáncer, es más grave y puede ser necesaria una ileostomía durante el resto de la vida de una persona (permanente).

Con diferencia del ano, la estoma no tiene válvula o músculo de cierre. Esto significa que usted no podrá controlar el paso de la materia fecal que provenga de la estoma. No hay terminaciones nerviosas en la estoma; por lo que la estoma en sí no duele ni incomoda.

Ileostomía, es el nombre que recibe la apertura del íleon en la pared abdominal, es una anastomosis distal, por lo cual se encuentra ubicada en el cuadrante inferior derecho de la pared abdominal. De acuerdo a la indicación de la misma, esta puede ser de uso temporal, de 3 a 6 meses o de uso permanente.

a) Causas e indicaciones

En condiciones normales se crea para proteger una anastomosis distal, aliviar una obstrucción distal o desviar el contenido intestinal. Existen diversas indicaciones, pero las principales son:

Tabla No. 1

Indicaciones de Ileostomía

Ileostomía en asa	Ileostomía terminal
Cáncer rectal/ anastomosis coloanal	Proctocolectomía
Tratamiento de fuga de anastomosis	Poliposis adenomatosa familiar
Liberación de obstrucción distal (diverticulitis, proceso tumoral, estenosis posradiación)	Cáncer de colon
Enfermedad de Crohn grave	Cáncer rectal
Traumatismo rectal	Enfermedad de Crohn
Gangrena de Fournier	
Fascitis necrosante perineal	

Nota: la presente tabla describe las distintas patologías que requieren tratamiento quirúrgico y el tipo de ileostomía a realizar en cada una de ellas. Fuente: elaboración propia, obtenido de Morales Saavedra. (2017, pág. 1318)

b) Fisiología de las ileostomías

El gasto de la ileostomía se relaciona con la localización de esta en cuanto al ángulo de Treitz, entre más proximal sea esta menor será el área de absorción de agua y electrolitos, con aumento del riesgo de que el paciente se deshidrate.

Al inicio el gasto es totalmente líquido, conforme se va reanudando la dieta el gasto va aumentando la consistencia. El gasto de una ileostomía varía de 500 a 700ml por día. Durante el ayuno la cantidad del gasto puede ser menor o reducirse hasta la mitad. Una ileostomía funcional tiene casi siempre un gasto en 24H de 1000 a 1500 ml. Un gasto mayor a 1500ml se considera excesivo e incrementa de manera significativa el riesgo de deshidratación y desequilibrio electrolítico. (Morales, 2017, pág. 1320).



Actividades diarias como comer y beber, las cuales varían según los hábitos de cada paciente, pueden obtener un incremento o deficiencia en el gasto líquido. Otros factores que pueden ayudar a retardar el tránsito son los fármacos como el difenoxilato de atropina, loperamida, codeína o tintura de opio, que actúan a nivel de la mucosa intestinal relajando del musculo liso en la pared del intestino delgado, lo cual es de utilidad ya que el tiempo extra en que las sustancias permanecen en el intestino, permite aumentar la absorción de agua. Si se tratara de una deficiencia lo correcto es calcular el requerimiento de líquidos al día y aumentar la ingesta de acuerdo a los requerimientos individuales de los pacientes.

Una ileostomía no debe interferir en el estado nutricional del paciente, en términos generales, si el íleon distal permanece intacto. Si se reseca 1 o 2 cm de íleon terminal, la absorción de grasa, vitaminas liposolubles y ácidos biliares se imposibilita, induciendo deficiencia de vitamina B12 y anemia macrocítica o perniciosa, por lo que se requiere un tratamiento intramuscular de Vit. B12 mensual adyuvante. Del mismo modo el fracaso de absorber sales biliares puede predisponer a una colelitiasis. La colestiramina puede ser útil en esta situación, la urolitiasis puede ser consecuencia de la deshidratación crónica y la acidificación de la orina. Esta alteración se puede evitar si el paciente ingiere una adecuada cantidad de líquidos y 4g de bicarbonato de sodio a la dieta para alcalinizar la dieta. (Morales, 2017, pág. 1320).

c) Técnica quirúrgica

▪ Ileostomía terminal

Se practica en el íleon terminal a unos 20cm de la válvula ileocecal y se conserva suficiente mesenterio para posibilitar su vascularización adecuada.

Se crea una pequeña incisión circular a la derecha y por debajo del ombligo, y se reseca la piel en un diámetro aproximado a 2cm; la medida varía de acuerdo con el tamaño de la porción del íleon. Se llega a la aponeurosis y se incide en forma de cruz; se disecciona de manera cuidadosa el musculo recto del abdomen y se corta el peritoneo para llegar a la cavidad abdominal. (Morales, 2017).

El mesenterio del íleon debe movilizarse bien y se ligan y cortan sus vasos con material de sutura no absorbible, con cuidado de no dejarlo sin irrigación. El intestino delgado se corta y el cabo distal se cierra con una sutura para evitar fugas que contaminen la cavidad abdominal, o en su defecto con una engrapadora lineal; el cabo proximal del íleon cortado se cubre con una gasa antes de sacarlo para reducir el riesgo de contaminación de la herida. El íleon se fija a la piel, de preferencia con suturas no absorbibles; es aconsejable que haya suficiente altura entre ellas y el borde de la ileostomía (4 a 5 cm), con el propósito de que los dispositivos utilizados se adhieran perfectamente a la piel y sobre todo evitar fugas de contenido intestinal que pueden aumentar el riesgo de complicaciones periestomales. (Morales, 2017, pág. 1322).

- Ileostomía en asa

La técnica de Morales está descrita de la siguiente forma:

Se obtiene un segmento de intestino intacto de la abertura en la pared abdominal. Se prefiere suturar el intestino a la piel con suturas absorbibles de absorción ultra lenta, se pasa a través del mesenterio un embolo de jeringa de insulina con la finalidad de fijar mejor la estoma y evitar que se retraiga, que habrá de retirarse una semana después. La estoma debe madurarse de forma primaria, lo cual se consigue al dividir el intestino de manera transversal y evertir la mucosa, de tal suerte que la porción que se busca desfuncionalizar (porción distal) quede apenas más hundida y cerrada y la porción funcional o asa proximal más elevada. (Morales, 2017, pág. 1322).

- Ileostomía continente o reservorio (pouch) tipo kock

Este procedimiento se efectúa con menor frecuencia; su indicación es una proctocolectomía. Morales describe su técnica, de la siguiente forma:

Con la utilización de 45cm terminales de íleon se crea un reservorio peristáltico y se forma un reservorio continente en "S". se puede realizar con material de sutura absorbible o sintético. (Morales Saavedra, 2017, pág. 1325).



El íleon justo distal al reservorio se lleva a la pared abdominal; aquí se fija el reservorio al peritoneo y no solo la porción distal exteriorizada a la piel. La continencia se mantiene por intususcepción de algunos centímetros del íleon terminal en el reservorio. La intususcepción se asegura con suturas no absorbibles en forma de bolsa de tabaco tipo Stamm.

El extremo del íleon se saca a continuación por la pared abdominal. La estoma se sutura a ras de piel. Se aplica en el reservorio un tubo Fr 24 con varias aberturas, para permitir el drenaje en el periodo posoperatorio. El drenaje se logra al intubar el reservorio tres veces por día. (Morales, 2017, pág. 1325).

## 2. Colostomía

“Abertura creada quirúrgicamente en el intestino grueso (colon) a través de la pared abdominal. Esto resulta en un cambio de la función corporal normal para permitir la eliminación del contenido intestinal después de la enfermedad o lesión”. (Lenneberg, Mendelssohn, & Gross, 2004)

En contraste, Castejón (1975) define colostomía de la siguiente manera:

Abocamiento del intestino grueso hacia el exterior, practicado quirúrgicamente con miras a derivar parcial o totalmente el tránsito intestinal. Cuando la derivación de este tránsito hacia el exterior se produce en forma espontánea o secundariamente a un traumatismo, hablamos de fístula estercorácea. El segmento de colon abocado al exterior, determina el nombre de la colostomía (cecostomía, transversostomía, etc.) En algunas oportunidades es preferible derivar el tránsito no hacia el exterior, sino hacia otro segmento del intestino. Algunos autores las llaman también colostomías internas.

Las colostomías pueden ser sólo parcialmente derivantes del tránsito en cuyo caso las denominamos laterales, ya que asientan exclusivamente en la pared del ano, o pueden derivar totalmente el tránsito. Para que esto ocurra, todo el lumen intestinal debe estar exteriorizado. Estas colostomías se denominan circunferenciales y pueden ser terminales o en asa según se seccione o no toda la pared intestinal.





Por lo anterior, colostomía es el nombre que recibe la exteriorización del colon a través de la pared abdominal con la finalidad de interrumpir el tránsito normal del bolo fecal, y de esta manera evitar que este llegue hasta el recto y ano. Este tratamiento quirúrgico puede ser temporal o permanente, según lo requiera el caso de cada paciente.

a) Causas e Indicaciones para la formación de una colostomía:

Saavedra (2017, pág. 1320) indica que:

Una colostomía terminal se construye de manera característica en pacientes en los que un procedimiento de restauración del tracto intestinal no es posible; el ejemplo más representativo es el Cáncer de recto de los tercios medio o inferior, el cual invade los esfínteres que requieren una resección abdominoperineal. Enfermedad diverticular complicada (diverticulitis de Hinchey IV o peritonitis fecal), que representan una emergencia quirúrgica. Una colostomía terminal también se utiliza en pacientes con incontinencia anal después de la reconstrucción fallida del esfínter o neoesfínter.

Una colostomía en asa se emplea para desfuncionalizar el colon luego de una anastomosis rectal baja o para desviar la corriente fecal de una obstrucción distal, sepsis pélvica, o lesión rectal o esfintericas, también se usa en casos de infección pélvica, o perineal, como gangrena de Fournier o fascitis necrosante del peritoneo.

Tabla No. 2

Principales indicaciones para la formación de una colostomía

Colostomía en Asa	Colostomía terminal
Anastomosis coloanal	Resección abdominoperineal
Liberación de obstrucción distal	Resección anterior ultrabaja
Traumatismo rectal/lesión esfinterica	Procedimiento de Hartmann
Incontinencia fecal	Incontinencia fecal
Fistula recto vaginal compleja	Proctitis por radiación
Fascitis necrosante perineal	
Gangrena de Fournier	

Nota: En la presente tabla se puede observar las principales patologías que requieren la formación de una Colostomía, las cuales son subclasificadas en las dos principales técnicas quirúrgicas establecidas para la realización de Colostomía. Fuente: Morales Saavedra, 2017, pág. 1320.

b) Fisiología de la colostomía

Como se menciona anteriormente la función del colon son absorber agua, nutrientes, transportar las heces hacia el ano y almacenarlas hasta que sea necesario evacuar. Cuando es necesario realizar procesos quirúrgicos como una colostomía, se interrumpe el funcionamiento normal del colon, ya que en algún punto anatómico del colon el pasaje de las heces es interrumpido, lo cual tendrá como consecuencia disminución o aumento de absorción de agua, electrolitos o distintos nutrientes, el lugar y tiempo de almacenamiento también se ve alterado por dicho procedimiento.

Entre más alto en el colon sea hecha la colostomía, menos tiempo tiene el intestino para absorber agua y mayor probabilidad que las heces sean más líquidas (o blandas). Por lo tanto, una colostomía en el colon transversal desechará heces más blandas y voluminosas y hará necesario el uso de una bolsa de colostomía. Una colostomía más abajo en el colon, cerca del recto, desechará heces que han estado más tiempo en el colon, y quitando los efectos de la enfermedad, los medicamentos u otras formas de tratamiento, puede producir heces mejor formadas. (Lenneberg, et al, 2004).

De manera característica, el contenido de una colostomía será definido por el punto anatómico en el que esta sea realizada, según lo expresado por Lenneber y en contraste con Morales “Cuanto más proximal este formada la colostomía, menor será la superficie de absorción de agua y más líquidos habrá en su contenido, como en el caso de las colostomías del ascendente que son infrecuentes”. (Morales, 2017, pág. 1320).

El resultado de una colostomía en un punto anatómico alto, como el colon transverso, será heces líquidas, como consecuencia de un tiempo disminuido de almacenamiento. En un paciente con una colostomía por debajo de la válvula ileocecal, que sería un punto anatómico bajo, tendrá mayor tiempo de almacenamiento que permite llevar a cabo la absorción de líquidos lo cual tendrá como resultado heces de características semisólidas.

#### c) Tipos de colostomías

Una colostomía puede ser temporal o permanente y puede realizarse en cualquier porción del intestino grueso (colon).

- Colostomía transversa:

La colostomía transversa está en la parte superior del abdomen, ya sea en el medio o hacia el lado derecho del cuerpo. Algunos padecimientos como la diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, Cáncer, obstrucción, herida o defectos congénitos pueden llevar hacia una colostomía transversa. Se puede crear una colostomía transversa por un periodo de tiempo para prevenir que pasen las heces a través de la sección del colon que esta inflamada, infectada, enferma o recién operada y así permitir la curación.

Se realiza una colostomía transversa permanente cuando la porción inferior del colon tiene que retirarse o descansar permanentemente. Tal tipo de colostomía provee una salida permanente para las heces y no se cerrará a futuro. Existen dos tipos de colostomías transversas: colostomía transversa en asa y colostomía transversa de doble barril. (Lenneberg, et al., 2004).

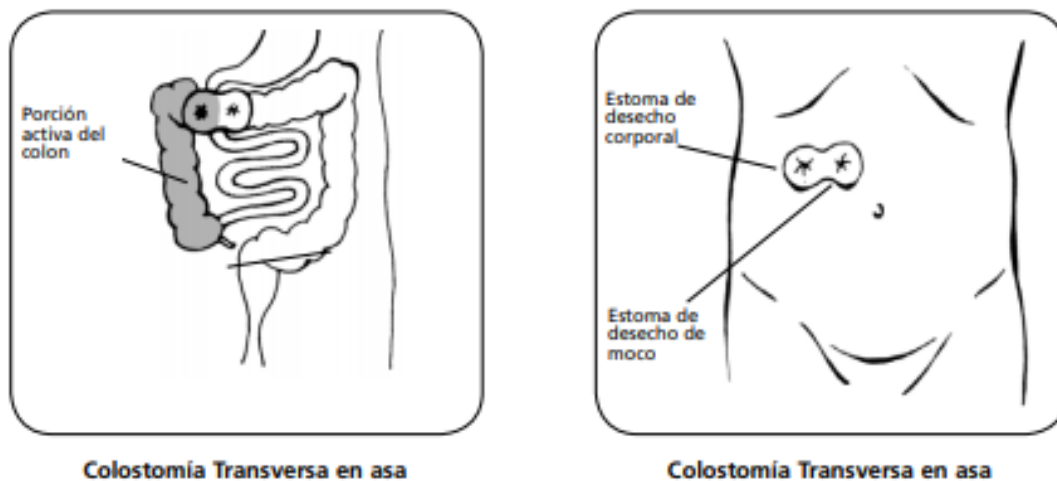
- Colostomía transversa en asa:

La colostomía transversa en asa puede aparentar ser una estoma muy grande. Sin embargo, realmente tiene dos aberturas. Una abertura desecha las heces, mientras la otra desecha solamente moco. El colon normalmente produce pequeñas cantidades de moco para protegerse del contenido intestinal.

El moco pasa junto con las heces y generalmente pasa desapercibido. A pesar de la colostomía la porción del colon en descanso continua a producir moco que saldrá por el estoma o recto, lo cual es normal y esperado. (Lenneberg, et al, 2004).

Figura No. 1

### Colostomía Transversa en Asa



Nota: La presente figura muestra en el lado izquierdo, la visualización intracorpórea, con un remarque de color gris, la porción funcional del colon después de realizada la Colostomía en Asa.

En el lado derecho, se observan las dos aperturas en la pared abdominal, por las cuales serán exteriorizados los desechos fecales y el moco. Fuente: Lenneberg, et al. (2004).

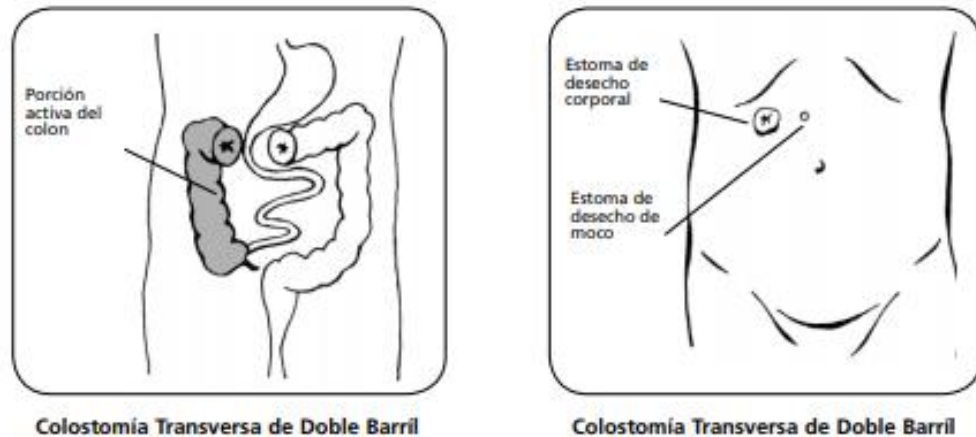
- Colostomía transversa de doble barril:

Al crear una colostomía transversa de doble barril el cirujano divide por completo el colon. Cada abertura es llevada a la superficie como una estoma separada; pueden estar o no separados por la piel. Aquí también una desecha las heces mientras otra el moco, la cual es llamada como fistula mucosa. Ocasionalmente durante la cirugía se cierra la fistula mucosa y permanece dentro del abdomen. En tal caso, solamente una

estoma sería visible en el abdomen (colostomía de barril único). El moco de la porción del intestino en descanso sale a través del recto. (Lenneberg, et al, 2004).

Figura No.2

### Colostomía Transversa de Doble Barril



Nota: En la presente figura, del lado izquierdo, se observa el resultado final del procedimiento intracorpóreo, en el cual la porción anatómica sombreada en gris es la parte funcional. En el lado derecho, es el resultado en pared abdominal, donde se observa una estoma de mayor tamaño, en el que se drenará el desecho fecal y la segunda estoma de menor tamaño, se encargará de la exteriorización de moco. Fuente: Lenneberg et al. (2004)

- Colostomía ascendente:  
“La colostomía ascendente se localiza en el lado derecho del abdomen. El desecho es muy líquido. Este tipo de colostomías es raramente usado dado que una ileostomía es una mejor estoma cuando el desecho es muy líquido”. (Lenneberg, et al., 2004)
- Colostomías sigmoideas o descendentes:  
La colostomía descendente se encuentra en el lado inferior izquierdo del abdomen. Generalmente, el desecho es firme y puede ser regulado. Tanto las colostomías descendentes como las sigmoideas pueden tener aberturas de barril único o de



doble barril. La de barril único, o colostomía terminal, es el tipo más común. La estoma de la colostomía terminal se fija al ras de la piel o se dobla sobre sí misma.

El colon espástico, colon irritable y algunos tipos de indigestión son padecimientos en los cuales el paciente tiene brotes de constipación o evacuaciones sueltas. Una persona que ha tenido tal condición en el pasado, antes de estar enfermo, puede no alcanzar la regularidad mejor con una colostomía que sin una. (Lenneberg et al., 2004)

#### D. Trastornos Afectivos

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2019):

Se caracterizan por una alteración significativa en el estado de ánimo de las personas afectadas. Los estudios calculan que aproximadamente el 25% de la población mundial sufrirá alguno de ellos en algún momento de su vida. La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países.

Por su parte, Center For Paren Information & Resources (2014), lo define como:

Una condición que exhibe una o más de las siguientes características a través de un periodo de tiempo prolongado y hasta un grado marcado que afecta adversamente el rendimiento académico del niño: Una inhabilidad de aprender que no puede explicarse por factores intelectuales, sensoriales o de la salud. Una inhabilidad de formar o mantener relaciones interpersonales satisfactorias con sus pares y maestros. Conducta o sentimientos inapropiados bajo circunstancias normales.

Por lo anterior, un trastorno afectivo, se define como todo estado de ánimo o conducta que afecta significativamente la capacidad de un ser humano para expresarse o actuar apropiadamente ante distintas circunstancias, en un tiempo determinado.



1. Depresión
  - a) Definición

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2019) lo define como un “trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres”.

El Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMS), lo define como:

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Coordinación Técnica de Excelencia Clínica del IMS, 2015).

La depresión es más común entre personas con enfermedad física crónica y la relación entre ambas es recíproca, ya que los problemas físicos pueden exacerbar la depresión y a su vez la depresión puede afectar negativamente al curso de la patología física. La depresión también es un factor de riesgo para algunas patologías físicas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares. (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Avalia, 2014).

La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto. La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos. (Biblioteca de guías de práctica clínica, 2017)





En consecuencia, se comprende a la depresión, como una patología que se caracteriza por un estado emocional mayormente de tristeza, el cual se refleja con anhedonia, aislamiento o alejamiento social, presentando signos de tipo cognitivo, volitivo y somático, es una patología que se presenta con mayor frecuencia en edades adultas y en pacientes con enfermedades de tipo crónicas.

b) Causas y factores de riesgo

La depresión no es provocada por un solo factor; lo habitual es que en ella intervengan varios elementos. Aunque la causa exacta de la depresión no está clara, la investigación ha mostrado que en muchos casos puede ir asociada a una carencia o desequilibrio de varios neurotransmisores, incluyendo la serotonina y la noradrenalina. No está claro por qué algunas personas se deprimen y otras no. En algunos casos sucede sin razón aparente, y en otros se ve desencadenada por un acontecimiento determinado, por un hecho negativo, o por la suma de una serie de golpes psicológicos o traumáticos para el individuo. Las personas cuyos parientes cercanos han sufrido depresión, son más propensas a tener esta enfermedad. Por otra parte, la depresión afecta aproximadamente al doble de mujeres que de hombres. (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Actualmente, no se ha establecido una causa de depresión, sin embargo, se ha visto que es una patología multifactorial, es decir, es causada por una suma de eventos sucedidos a lo largo de la vida del paciente, quien puede desarrollar esta patología por predisposición genética, enfermedades que alteren la producción o captación de neurotransmisores como serotonina y noradrenalina, o verse afectado por diversos eventos emocionales que lo lleven a presentar dicha patología. A continuación, se mencionarán los principales factores que se han identificado que predisponen o exacerban el padecimiento de dicha patología:

- Factores personales

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en



hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres.

Se ha observado que pacientes, fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. Dicha correlación no se ha encontrado con otros trastornos mentales. Además, se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña. También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinemia, parecen aumentar el riesgo de depresión. (Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, 2013)

Las mismas guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, hacen referencia de que el simple hecho de ser paciente de sexo femenino, otorga un 50% más de carga y predisposición de padecer depresión, en relación a los pacientes de sexo masculino, sin embargo, también resalta que estos pacientes al tener antecedentes de pánico tienen mayor riesgo de depresión. Por lo que se vuelve importante indagar sobre antecedentes de enfermedades psicológicas y endocrinas, mayormente en pacientes de sexo masculino, en quienes se considere un posible diagnóstico de depresión.

- Factores sociales

En conforme con la información brindada por la OMS (2018):

El aislamiento; las dificultades en las relaciones interpersonales; los problemas de comunicación; y los conflictos con la familia, los compañeros de trabajo u otras personas, pueden contribuir a la depresión. Las dificultades económicas y otros factores de estrés de la vida diaria tienen igualmente un efecto importante.

La cantidad y calidad del apoyo que la persona recibe en sus relaciones personales puede protegerle del estrés y de los problemas de la vida cotidiana, limitando así las reacciones físicas y emocionales a los mismos, entre ellas la depresión. Por otro lado, la ausencia de una relación estrecha y de confianza, ya sea cónyuge, con una pareja o con una amistad, aumenta el peligro de depresión.



Esta situación puede combinarse con otros factores, como el maltrato. Está demostrado que el matrimonio, hasta cierto punto, protege de la depresión tanto a las mujeres como a los hombres. La tasa de depresión aumenta tras la pérdida del cónyuge.

El abuso del alcohol puede provenir del intento de una persona de "enmascarar" sus síntomas depresivos y termina por agravar un episodio de depresión. En todo caso, el abuso del alcohol puede desencadenar depresión en personas vulnerables. Si se consumen cantidades excesivas de alcohol, en combinación con otras sustancias adictivas, existe el riesgo de interacción que acentúe la depresión o genere otros efectos nocivos. (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

El bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales, personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia. En un estudio de cohortes prospectivo publicado recientemente se desprende que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

De acuerdo con lo citado por la OMS y el Ministerio de Sanidad de España, ambos concuerdan en que, el tener compañía disminuye el riesgo de cursar con dicha patología o el que esta progrese a una depresión mayor. Tener una relación estrecha y que brinde confianza promueve la estabilidad emocional, pero si el tipo de relación es conflictiva puede generar estrés, ansiedad y en consecuencia depresión.

- Factores cognitivos

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. (Guías de Práctica clínica del Sistema Nacional de Salud, 2013)

- Factores Hereditarios

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. (Ministerio de sanidad y consumo, 2008).

Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas. De entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor. Este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepresivo. (World Health Organization, 2013).

Con lo citado anteriormente, se puede concluir la importancia de saber si los familiares en primera y segunda línea padecen de este trastorno, ya que puede ser un factor determinante para padecer depresión, lo cual también explica la respuesta a los tratamientos antidepresivos que tienen su base farmacológica con la serotonina.



- Riesgo de suicidio

La depresión es uno de los factores más asociados a la conducta suicida. Se ha estimado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión en comparación con la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave. (Alcántar Escalera, 2002).

La conducta suicida es el resultado de un diagnóstico tardío, un tratamiento insuficiente o mal dirigido, falta de apoyo o acompañamiento, etc. El resultado de distintas situaciones y factores que se combinaron entre sí y generaron esta conducta que inicia desde un pensamiento o ideación hasta el suicidio consumado o realizado como tal.

En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio). El riesgo de suicidio se puede incrementar durante el episodio de depresión y en el período de remisión parcial. Algunos de los factores que se han asociado con mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión son: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, niveles más graves de depresión, presencia de desesperanza y trastornos comórbidos, especialmente ansiedad y abuso de alcohol y otras drogas. Otros factores que se han asociado al suicidio en pacientes con depresión son el trastorno límite de la personalidad y niveles altos de impulsividad y agresividad. (Alcántar, 2002)

c) Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Versión 5, American Psychiatric Association, 2013.



- Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10, 2013)

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:

1. ánimo depresivo
2. pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
3. aumento de la fatigabilidad (Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, 2013).

Tabla No. 3

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

<p>El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</p>
<p>El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</p>
<p>Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta</li></ul></li><li>✓ Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Empeoramiento matutino del humor depresivo</li><li>✓ Presencia de enlentecimiento motor o agitación<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Pérdida marcada del apetito</li></ul></li></ul></li><li>✓ Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Notable disminución del interés sexual</li></ul></li></ul>

Nota: En la presente tabla se determinan los principales criterios establecidos por la CIE-10 para hacer el diagnóstico de un episodio depresivo, en los cuales el paciente debe de cursar con al menos dos de los criterios mayores o más de cinco de los criterios menores. Fuente: Adaptado de OMS, 2018.



Tabla No. 4

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo
❖ El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
❖ El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
❖ Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
❖ Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:
❖ Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
❖ Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
❖ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

Tabla No.4 (Continuación)

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

❖ Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
❖ Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
❖ Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
❖ Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
D. Puede haber o no síndrome somático
Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.



Nota: En la presente tabla, se describen los criterios de gravedad para un diagnóstico de depresión grave, se indica cuántos de estos deben estar presentes según la clasificación de estos síntomas. En la parte final de la tabla se encuentra la clasificación del episodio, de acuerdo con la suma de los síntomas presentados. Fuente: Adaptado de OMS, 2018

- Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Versión 5, American Psychiatric Association, 2013.

El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el episodio de depresión mayor, la característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada. (Guías de Práctica clínica del Sistema Nacional de Salud, 2013).



Tabla No. 5

Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es:

- ✓ Estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de placer.
- ✓ Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- ✓ Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
- ✓ Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días
- ✓ Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- ✓ Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- ✓ Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- ✓ Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- ✓ Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- ✓ Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Tabla No. 5

Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: En la presente tabla se describen los criterios mayores y menores para el diagnóstico de depresión mayor, de acuerdo con lo establecido por el DSM-5. Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Versión 5, American Psychiatric Association, 2013.

En conclusión, Tanto en la CIE-10 como en el DSM-5, la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional que pueden llegar a presentar los pacientes. En ambos, se toman en cuenta los diferentes contextos y eventos en los que puede estar cada paciente.

d) Diagnóstico diferencial

“El diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si la etiología es idiopática o puede estar relacionada con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o alguna medicación prescrita”. (Guías de Práctica clínica del Sistema Nacional de Salud, 2013)

En la siguiente tabla se presentan las principales enfermedades que pueden manifestarse con sintomatología depresiva. Es importante tener en cuenta su posible presencia con el fin de realizar las pruebas pertinentes que orienten a estas patologías.

Tabla No.6

Diagnóstico diferencial de la depresión

Patologías médicas	Trastornos mentales
Endocrino/Metabólicas: Patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Adisson, Porfiria	Trastorno angustia/ansiedad Trastorno obsesivo compulsivo Trastorno bipolar Distimia
Infecciosas: Tuberculosis, infección por virus del Epstein-Barr, VIH, sífilis terciarias	Trastornos adaptativos Síntomas negativos de la Esquizofrenia
Neurológicas: Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia.	Consumo de tóxicos
Neoplasias: Carcinomatosis, cáncer páncreas.	
Otros: Lúes, dolor crónico.	

Nota: En la presente tabla se describen las principales patologías físicas y mentales a tomar en cuenta ante un diagnóstico diferencial de depresión. Además de los fármacos y sustancias como drogas que pueden causar estos síntomas y se deben de tomar en cuenta al momento de realizar este diagnóstico. Fuente: Guías de Salud, 2013.

e) Tratamiento

Los fármacos antidepresivos son la primera elección terapéutica, sin embargo, su eficacia es limitada ya que en promedio la tercera parte de los pacientes no responden a él. Otras estrategias clínicas incluyen a la terapia electroconvulsiva, la estimulación del nervio vago, la estimulación cerebral profunda o la estimulación magnética transcraneal. ( Cruzblanca, Lupercio & Collas, Salud Mental, 2016)

Tabla No. 7

Clasificación de Antidepresivos

Inhibidores selectivos de la recaptura de 5-HT (SSRIs)	Fluoxetina, citalopram
Inhibidores selectivos de la recaptura de la NA (NSRIs):	Desipramina, reboxetina
Inhibidores tricíclicos	Imipramina, nortriptilina
Inhibidores de la MAO-A	tranilcipromina, selegilina

Nota: En la presente tabla se observan los diferentes tipos de antidepresivos que existen de acuerdo a su farmacodinamia. Fuente: Cruzblanca et al., 2016.

2. Ansiedad

a) Definición

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesiva, siendo más los días en que está presente que ausente en  $\geq 6$  meses, en relación con ciertas actividades o episodios. La causa es desconocida, aunque habitualmente coexiste en personas con abuso de alcohol, depresión mayor o trastorno de pánico (crisis de angustia). (Barnhill, 2018).

De acuerdo con J. Reyes (2010), existen distintos conceptos y/o contextos para definir el termino ansiedad, los cuales son:

- Ansiedad como sentimiento: es una sensación normal de tensión provocado por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas.
- Ansiedad como síntoma (ej. "siento como si me van a dar una mala noticia" o "como un mal presentimiento", "nerviosismo", "ansias", "temor a no sé qué", etc.) forma parte de cualquier enfermedad psiquiátrica y constituye el componente psicológico esencial de los trastornos de ansiedad. El síntoma ansiedad es al





trastorno por ansiedad lo que la tristeza es al trastorno por depresión. (Reyes, 2010).

- Ansiedad como síndrome: es el conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiologías. El síndrome ansioso puede ser secundario a intoxicación, abuso, abstinencia o efecto secundario de sustancias; hipertiroidismo, hipoglicemia, insuficiencia cardíaca, epilepsia, o bien ser producido por cualquier trastorno de ansiedad (Reyes, 2010).
- Ansiedad como enfermedad: es cuando el cuadro clínico ansioso está claramente definido, tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento. Es por lo tanto un trastorno primario (ej. trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por fobia social, etc.). (Reyes, 2010).

La ansiedad, es una experiencia emocional que todo ser humano se siente familiarizado con ella, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es una preocupación exagerada que afecta a la persona en sus distintos ámbitos, personales, sociales, biológicos, ya que tienen respuestas anormales o exageradas ante situaciones o contextos generalmente normales.

#### b) Factores de riesgo

En el pasado, los trastornos de ansiedad solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje.

#### ▪ Factores Biológicos

Una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. (Reyes, 2010).



- Factores psicosociales

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales.

De acuerdo con Reyes, "problemas de relaciones interpersonales, académicos y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. Se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada." (Reyes, 2010).

- Factores traumáticos

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático. (Reyes, 2010).

Además de los eventos traumáticos antes mencionados, se pueden agregar enfermedades crónicas o terminales que pueden tardar en ser aceptadas y generar desestabilidad emocional que conlleve a la ansiedad.

- Factores psicodinámicos

La ansiedad, se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo.

La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivo-compulsivos. Se ha visto que los pacientes con trastornos de ansiedad, previo a la primera crisis, presentan conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia. (Reyes, 2010).



- Factores cognitivos y conductuales

La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales.

Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso de estar a punto de morir de un infarto del miocardio. También, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás. (Rojas, 2013).

c) Diagnóstico

Para reconocer los trastornos de ansiedad, el profesional de salud debe tener en cuenta lo siguiente:

- Tener presente este tipo de trastorno, ya que es muy frecuente en atención primaria, al menos uno de cada diez pacientes que asisten a consulta médica tienen un algún tipo de trastorno de ansiedad.
- Tener presente que la queja más frecuente de presentarse en un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo es el síntoma dolor, especialmente el de espalda, rodillas, cadera, de cabeza, abdominal y torácico.
- Los síndromes funcionales (ej. Colon irritable, fibromialgias, dispepsias, fatiga crónica) tienen más probabilidad de tener subyacente un trastorno ansioso o depresivo. (Reyes, 2010).

De acuerdo con Reyes, 2010:

Las quejas con que suelen consultar con más frecuencia son las somáticas; Dolor de cabeza de predominio occipital y dolorimiento y tensión muscular difusa en otras áreas del cuerpo, molestias torácicas como opresión precordial, ahogo, palpitaciones y taquicardia, molestias digestivas que se van a manifestar como sensación de estorbo al tragar, náuseas, meteorismo, diarrea y dolores abdominales. Además, pueden referir dificultad para conciliar el sueño, sudoración y quejas psíquicas como preocupación excesiva, dificultad para concentrarse, problemas para memorizar, olvidos. Irritabilidad, temor a que algo grave esté por



sucedarle (enfermarse, morir, enloquecerse o perder el control), nerviosismo, sobresaltos.

Para realizar un adecuado diagnóstico de ansiedad, es necesario tener en cuenta la frecuencia con la que estos se presentan, además de los síntomas físicos que suelen aparecer y ser secundarios a una preocupación excesiva, que puede ser indicio de una ansiedad que lleva a consultar a los distintos servicios de salud.

Reyes (2010) da una serie de pasos para poder hacer el diagnóstico:

Paso 1 Escuchar: Conceder al paciente el tiempo necesario para que describa los síntomas, las circunstancias en que aparecen, los factores que la agravan, la evolución y lo que él cree que le está pasando.

Paso 2 Preguntar: En la primera parte ya ha podido detectar síntomas somáticos que se describe en forma difusa, pero con mucha aprensión. Por lo que se procede a obtener información adicional, usando preguntas abiertas y guiadas como por ejemplo, "¿Cuénteme un poco más sobre las molestias del pecho y del estómago?", "¿En qué circunstancias se le agravan o disminuyen?", "¿Está afrontando problemas, familiares, académicos, laborales o económicos?", "¿Ha sido visto por otros médicos por lo mismo?", "¿Que medicamentos toma?", "¿Estos síntomas son continuos o vienen en forma de crisis sin causa aparente?", "¿Tiene algún familiar cercano que padezca de lo mismo o parecido a lo que usted tiene?". Se debe recordar que el paciente deja temas importantes cuando ha logrado tener confianza con el médico, así que no deberá olvidar hacer las siguientes preguntas: "¿Hay alguna cosa más que me quiera comentar?", "¿Que cree usted que le está pasando?". Los pacientes que no padecen de trastornos de ansiedad comunican en forma típica pocos síntomas. (Reyes Ticas, 2010).

Paso 3 Evaluar: Realizar el examen mental y hacer hincapié en buscar un estado de intranquilidad, nerviosismo, movimientos estereotipados, discurso apresurado, habla entrecortada, labilidad afectiva, ansiedad y tristeza. Investigar que pensamientos negativos preceden a las crisis. Explorar la presencia de ideas fóbicas, hipocondríacas, obsesiones, compulsiones y temores.

Paso 4 Explorar: Realizar un examen físico buscando enfermedades coexistentes y el efecto de la ansiedad en los órganos y sistemas. La exploración física tranquiliza al paciente al comprobar que sus preocupaciones se toman en serio.

Es oportuno ordenar las pruebas de laboratorio indicadas para el patrón de quejas y preocupaciones del paciente y para los hallazgos físicos. (Reyes Ticas, 2010).

Paso 5 Informar: Una vez terminada la entrevista y la exploración física informar al paciente de los hallazgos psíquicos y somáticos. En caso de que existan síntomas y signos de ansiedad informarle que en primera instancia se le encuentra un síndrome general de ansiedad que espera clarificar después de tener los resultados de los exámenes de laboratorio. Explore y aclare las creencias y opiniones que tenga el paciente acerca de la posibilidad de tener un trastorno de ansiedad. Evite frases como "no tiene nada", "todo está en su cabeza", "esta normal". En todo caso, si la exploración y los exámenes de laboratorio salieron bien, comuníquesele, pero dándole a comprender que en los trastornos por ansiedad hay síntomas cardiorrespiratorios, musculoesqueléticos, gastrointestinales y del sistema nervioso muy molestos, pero que no necesariamente entrañan algún tipo de lesión.

Paso 6 Concluir: Una vez detectados los síntomas y signos que conforman el síndrome general de ansiedad se procede a establecer el diagnóstico específico de trastorno de ansiedad.

d) Diagnóstico diferencial

Debido a que la frecuencia de síntomas subjetivos como el dolor, se presentan en estos pacientes, y la somatización que pueden llegar a presentar estos pacientes el diagnóstico diferencial es de gran utilidad para hacer una correcta valoración de una enfermedad con respecto a otras parecidas, con las que pudiera confundirse dicho trastorno y poner en riesgo la vida del paciente. "Es una valoración clínica que corresponde exclusivamente a los especialistas, en ningún caso a los pacientes. En muchos casos requiere de pruebas y exploraciones complementarias que han de solicitarse a los servicios médicos pertinentes en cada caso". (First, Frances, & Pincus, 2002)

Tabla No.8

Diagnóstico Diferencial de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	Los síntomas se explican por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad (p. ej. hipertiroidismo).
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	Existe una sustancia; droga, medicamento o tóxico, que provoca los síntomas de ansiedad. (P. ej. gran ansiedad tras la ingesta de excesiva cafeína.)
Ansiedad en otros trastornos mentales	La inquietud excesiva se relaciona con la posibilidad de sufrir un ataque de pánico, trastorno de angustia, con pasarlo mal en público, fobia social, engordar, anorexia nerviosa, temor a padecer una grave enfermedad, hipocondría, presentar múltiples síntomas físicos, trastorno de somatización, o con la preocupación, en la infancia, por el bienestar de los seres queridos o por el hecho de estar alejado de ellos o del hogar, trastorno de ansiedad por separación.
Ideas obsesivas en el trastorno obsesivo compulsivo	No son sencillas preocupaciones por problemas cotidianos, sino, más bien, pensamientos intrusos, importunos, que suelen ir acompañados de rituales compulsivos para reducir la ansiedad que generan.

Tabla No. 8 (Continuación)

Diagnóstico Diferencial de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Trastorno por estrés postraumático	si la ansiedad generalizada sólo se da en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático, se diagnostica, únicamente, éste último.
Trastorno adaptativo con ansiedad	sólo se establece este diagnóstico cuando no se cumplen los criterios para el diagnóstico del resto de trastornos de ansiedad, se debe, además a un estresante, y no se prolonga más allá de 6 meses desde la desaparición del estresante.
Ansiedad en trastornos del estado de ánimo y en trastornos psicóticos	La ansiedad aparece sólo en el transcurso de éstos. Además, existen otros síntomas específicos de cada uno de estos dos grupos.
Ansiedad no patológica	Las preocupaciones son más controlables (p. ej. se pueden posponer) e interfieren menos en la actividad diaria de la persona. Son además menos intensas, menos perturbadoras y duraderas, y se relacionan más con factores desencadenantes. No suelen acompañarse de síntomas físicos como tensión muscular, irritabilidad, o impaciencia. Aunque en niños es más frecuente que se den este tipo de síntomas físicos.





Nota: En la presente tabla se describen las distintas patologías que, por sus síntomas y signos similares a la ansiedad, deben tomarse en cuenta al momento de pensar en un diagnóstico diferencial. Fuente: Reyes Ticas, 2010.

e) Tratamiento

Conforme a Reyes (2010) los pasos que deben darse para un tratamiento efectivo son:

Paso 1 - Establecer una buena relación médico-paciente:

Una forma eficaz de iniciar una excelente relación médico-paciente es el saludo y la presentación.: “Buenos días, soy la Dra. Alicia Paz”. “¿Tiene la amabilidad de decirme su nombre?” En seguida le pregunta: “¿En qué puedo servirle?”.

Escuchar las quejas con atención y sin interrupción, como también permitir expresar sus emociones (llanto, enojo). Hay que recordar que el paciente además de sus dolencias lleva a la consulta sus temores y los sinsabores de trámites administrativos y de largas horas de espera. Considerar la finalización de la consulta como un acto muy importante ya que es el momento en que vuelve a acrecentarse los temores en el paciente y en la familia. (Reyes, 2010).

Siguiendo la línea de Reyes (2010) los pasos que deben darse para un tratamiento efectivo son:

Paso 1 - Establecer una buena relación médico-paciente:

Una forma eficaz de iniciar una excelente relación médico-paciente es el saludo y la presentación.: “Buenos días, soy la Dra. Alicia Paz”. “¿Tiene la amabilidad de decirme su nombre?” En seguida le pregunta: “¿En qué puedo servirle?”.

Escuchar las quejas con atención y sin interrupción, como también permitir expresar sus emociones (llanto, enojo). Hay que recordar que el paciente además de sus dolencias lleva a la consulta sus temores y los sinsabores de trámites administrativos y de largas horas de espera. Considerar la finalización de la consulta como un acto muy importante ya que es el momento en que vuelve a acrecentarse los temores en el paciente y en la familia. (Reyes Ticas, 2010)

Paso 2 Establecer una alianza terapéutica:

La alianza terapéutica se basa en la confianza y comprensión.



Para ello pueden utilizarse las siguientes estrategias de valoración:

1. Antecedentes: ¿Que está pasando en su vida?
2. Afecto: ¿Como se siente acerca de esto?, ¿Como está su estado de ánimo?
3. Problemas: ¿Qué es lo que más le aflige de esta situación?
4. Afrontamiento: ¿Como está afrontando su situación?
5. Comprensión: Esto debe ser muy difícil para usted. (Reyes Ticas, 2010)

Paso 3 Psicoeducación: Es importante dar explicaciones sencillas de lo que el paciente tiene, los factores biológicos y psicosociales que han intervenido y que se espera del tratamiento. Evitar siempre decirle “No tiene nada”.

Paso 4 Técnicas de relajación: Una forma sencilla de relajarse es a través de la respiración. Enséñele a inspirar lentamente por la nariz, contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5. La inspiración debe provocar que el abdomen se infle como un globo. Luego se expira el aire lentamente por la boca contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5. (Reyes Ticas, 2010)

Paso 5 Psicoterapia: Todo médico se convierte en psicoterapeuta al establecer una buena relación médico paciente y una buena alianza terapéutica. Escuchar, explicar y atender las preocupaciones y sentimientos de los pacientes son los componentes esenciales de cualquier psicoterapia. El médico puede realizar una psicoterapia de apoyo fortaleciendo la capacidad de afrontar la situación difícil que presentan los pacientes, ayudarlos a entender sus reacciones emocionales ante los problemas y a que obtenga conocimientos prácticos para la resolución de estos. Otra técnica al alcance del médico es el entrenamiento en la resolución de problemas, la cual consta de los siguientes pasos:

1. Identificación de los factores desencadenantes de la preocupación excesiva.
2. Conocer las acciones que está realizando el paciente para enfrentarlos.
3. Reforzar las cosas que está haciendo con éxito.
4. Planificar tareas que el paciente puede hacer en el transcurso de las próximas semanas para resolver las situaciones estresantes.

Existen otras técnicas como intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos, debriefing, técnica conductual de desensibilización que el médico puede emplearlas en casos especiales. (Reyes Ticas, 2010)



Paso 6 Tratamiento farmacológico: Debe considerarse como parte de un plan terapéutico. Una vez realizado el diagnóstico específico del trastorno de ansiedad se debe considerar el empleo de medicamentos ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores de humor y neurolépticos.

Paso 7 Remisión al especialista en psiquiatría: En el caso que el paciente presente comorbilidad psiquiátrica, haya refractariedad al tratamiento, intolerancia a los psicofármacos, riesgo de suicidio, riesgo de abuso de sustancias o requiera atención por conflictos psicológicos especiales, el médico general tiene la oportunidad de solicitar una interconsulta con un especialista en psiquiatría.

- Tratamiento no farmacológico

Se clasifica en tres puntos:

Psicoeducación: explicar la relación de los síntomas con los conflictos (ej. La tensión que le provoca el problema de su esposo a María Elena y que de ninguna manera es debido a su "debilidad de carácter" o por pereza).

Técnicas de relajación: Enseñar al paciente técnicas respiratorias y de relajación muscular para el manejo de la ansiedad.

Método estructurado: Enseñar un método estructurado para resolución de problemas, como el cuadro siguiente. (Villareal, 2012).

- Terapia cognitivo-conductual

La prescripción de medicación debe realizarse si las recomendaciones arriba mencionadas no han funcionado y se debe remitir al especialista en psiquiatría si encuentra riesgo de suicidio o el cuadro persiste por más de 6 semanas.

A juzgar por Villareal Vallejo, 2012 El esquema terapéutico depende de la predominancia de síntomas " de la condición comórbida:



- Tratamiento farmacológico

Predominancia de pensamientos intrusivos, excitación, hostilidad o impulsividad, administrar solo o combinados los siguientes medicamentos:

Carbamacepina 200 a 400 mgs TID.

Valproato 500 BID.

Litio de 600 a 900 mgs. diarios.

Propranolol de 40 a 120 mgs. diarios.

Predominancia de síntomas de ansiedad, sin marcada depresión, intrusivismo y evitación, prescribir:

Buspirona de 5 a 10 mgs. TID.

Clonazepan de 0.5 BID.

Alprazolam 0.25 o 0.5 mgs. TID.

Predominancia de síntomas depresivos:

Antidepresivos tricíclicos como imipramina, amitriptilina o clomipramina a dosis de 75 a 150 mgs diarios.

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (sertralina, 50 a 100 mgs diarios, fluoxetina: 20 a 40 mgs./día. Citalopran: 20 a 40 mgs./día, fluvoxamina: 100 a 200 mgs./día.), estimuladores de la recaptura de serotonina (tianeptina: 12.5 mgs TID) o inhibidores reversibles de la MAO (Moclobemida: 300 a 600 mgs./día). (Villareal Vallejo, 2012)

Predominancia de síntomas psicóticos, escoger uno de los siguientes:

Tioridazina de 100 a 400 mgs.

Clorpromazina de 100 a 400 mgs.

Sulpiride de 200 a 600 mgs.

Ziprazidona 80 160 mgs.

Olanzapina 5 a 20 mgs. diarios.

Quetiapina de 200 a 600 mgs./día.

Risperidona de 2 a 6 mgs./día.



## IV. OBJETIVOS

### **General**

Determinar la frecuencia de depresión y ansiedad, en pacientes Ostomizados que fueron atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque, en el periodo de enero 2013 a diciembre 2019.

### **Específicos**

1. Determinar el perfil epidemiológico de pacientes con depresión y ansiedad post Ostomizados.
2. Identificar el sexo y la edad en la que se presenta con mayor frecuencia la depresión y ansiedad en pacientes post Ostomizados.
3. Establecer el grado de depresión y ansiedad de los pacientes tras la realización de una Ostomía.
4. Conocer el número de pacientes Ostomizados que han recibido apoyo psicológico de seguimiento.



## V. MÉTODOS, MATERIALES Y TÉCNICAS A EMPLEAR

### A. Tipo de estudio

La investigación se realiza desde un seguimiento descriptivo. Este tipo de alcance “Busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población”. (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Bsptista Lucio, 2014).

El enfoque de la presente investigación, es de tipo descriptivo con secuencia temporal de tipo transversal, lo cual según Hernández y García (2018) refieren que “Los datos de cada sujeto representan un momento en el tiempo, no puede establecerse relaciones causales porque el factor y enfermedad se recoge simultáneamente”.

El estudio pretende analizar las Ostomías y la depresión en sus diferentes niveles socioeconómicos, edades, géneros y otras variables (se evaluará el acompañamiento familiar y grado de Depresión, entre otras).

La presente investigación se realiza con base en los datos obtenidos en las encuestas y cuestionarios realizados a los pacientes que hayan sido sometidos al ya mencionado procedimiento quirúrgico, en el periodo de estudio de enero 2013 a diciembre de 2019.

### B. Universo

Sampieri (2014) lo define como “*el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones*” (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Bsptista Lucio, Metodología de la Investigación, 2014, pág. 174).

En la presente investigación se toma en cuenta a la Población en General.



### C. Población

Sampieri (2014) lo define como “*el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones*” (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Bsptista Lucio, Metodología de la Investigación, 2014, pág. 174).

La población en cuenta, corresponde a 100 pacientes a quienes se les realizó procedimiento de colostomía o ileostomía, en el Departamento de Cirugía en el Hospital Juan José Ortega, del municipio de Coatepeque, en el periodo de enero 2013 a diciembre de 2019.

### D. Técnicas

La presente investigación se realiza con base en los datos que se obtengan en el Test de Zung, el cual es de apoyo en la evaluación de síntomas y grado de ansiedad presentada por los pacientes. Seguido del Test de Beck el cual evalúa síntomas y clasifica el grado de Depresión cursado por los pacientes. Y por último se evalúa la calidad de vida en pacientes ostomizados específicamente, gracias al Test QOL-O.

Se aplica una modalidad híbrida para la realización de los Test antes, ya que se dará opción a responderlo en línea mediante un link que será otorgado a cada paciente que cumpla con los criterios establecidos en dicha investigación. A pacientes que no tengan acceso o presenten alguna dificultad para realizarlo en línea, se les asignara una fecha para la realización de una visita domiciliaria en la cual se entrevistara y evaluara para la resolución de dicho Test.

### E. Criterios de Inclusión y Exclusión

#### Criterios de Inclusión

- Pacientes con historia o antecedentes de Ostomía.
- Pacientes ingresados al Departamento de Cirugía del Hospital Juan José Ortega, por alguna complicación de la ileostomía o de la colostomía.
- Pacientes que tengan al menos dos meses de realizada una colostomía o ileostomía.

#### Criterio de exclusión

- Pacientes que no tengan antecedentes de Ostomía e Ileostomía.

## F. Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operativa	Naturaleza de la variable	Escala de la medición	medio de verificación
<b>Ostomía</b>	Es un procedimiento quirúrgico en el que se realiza una apertura (estoma) para un órgano hueco. Se presentan varios casos a nivel del sistema digestivo en la pared abdominal, (duodenostomía, yeyunostomía, ileostomía, y colostomía) para dar salida al contenido intestinal.	colostomía ileostomía	Cualitativa	Nominal porcentual	Historia Clínica y Entrevista.



<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operativa</b>	<b>Naturaleza de la variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>medio de verificación</b>
<b>Depresión</b>	es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Depresión Leve Depresión Moderada Depresión grave. Según Test de Beck.	Cualitativa y Cuantitativa	Nominal porcentual	Historia Clínica y Test de Beck.
<b>Ansiedad</b>	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.	No se aprecia ansiedad leve Ansiedad Moderada Ansiedad Severa. Según Test de Ansiedad de Zung	Cualitativa y Cuantitativa	Nominal porcentual	Historia Clínica y Test de Zung.

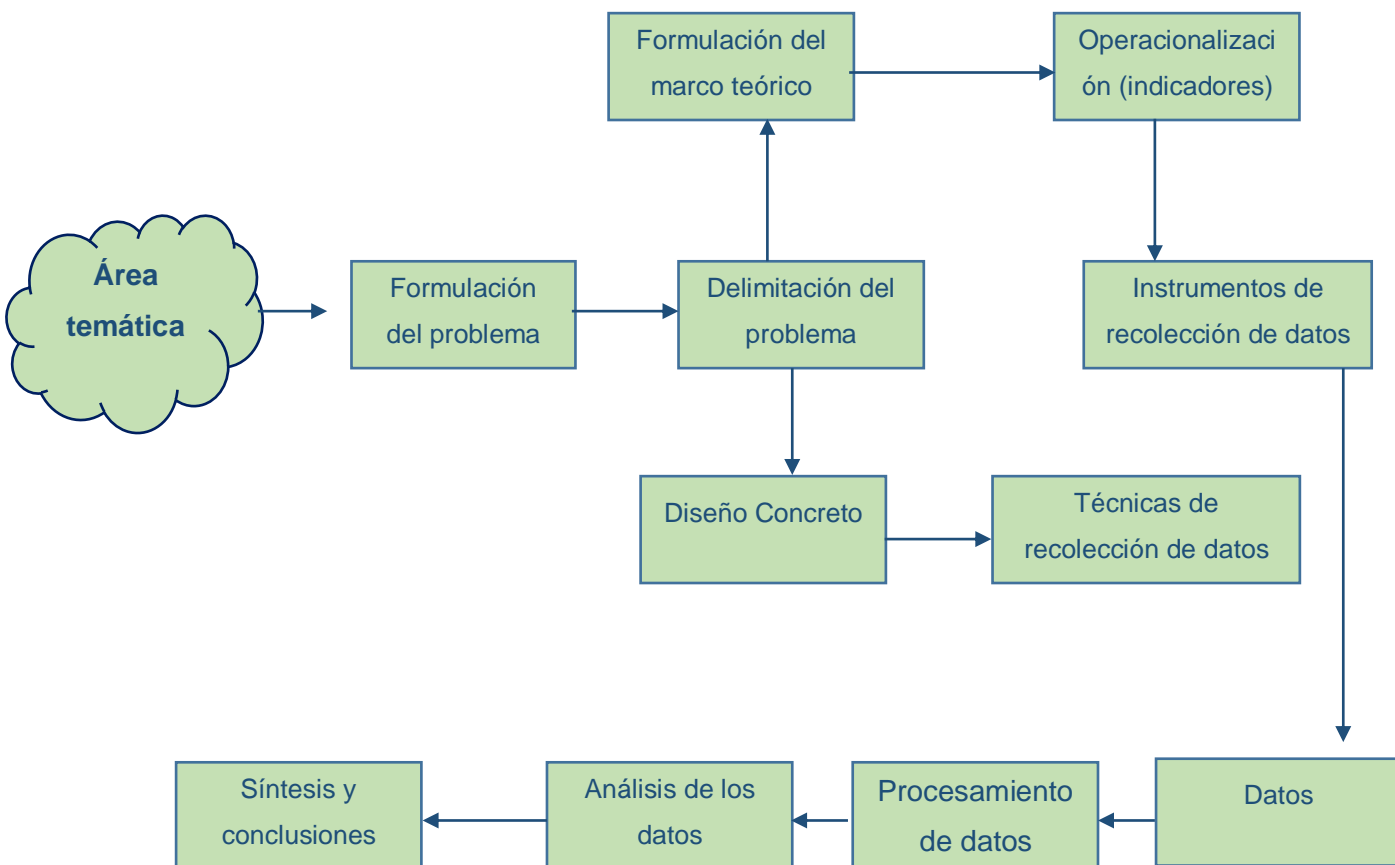
<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operativa</b>	<b>Naturaleza de la variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>medio de verificación</b>
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.	Pacientes comprendidos en las edades de 18 a 80 años	Cuantitativa	Numérica continua o porcentual	Historial Clínico y Entrevista.
<b>Sexo</b>	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.	Sexo femenino (F) o masculino (M).	Cualitativa	Nominal o porcentual	Historial Clínico y Entrevista.
<b>Ocupación</b>	El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o que hacer.	Agricultor. Albañil. Deportistas. Mecánico. Ama de casa Otros.	Cualitativa	Nominal o porcentual	Historial Clínico y Entrevista.

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operativa</b>	<b>Naturaleza de la variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>medio de verificación</b>
<b>Actividades laborales</b>	Labor de las personas, o a su trabajo o actividad legal remunerada.	Nunca Ocasionalmente 1-3 veces a la semana Diariamente.	Cuantitativa	Escala de Likert	Resultados obtenidos en entrevista.
<b>Calidad de Vida</b>	Conjunto de Condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social.	Excelente Buena Calidad Aceptable Mala Muy mala	Cualitativa	Escala de Likert	Resultados obtenidos en Test QOL-O.
<b>Apoyo psicológico</b>	Asesoramiento brindado por un profesional de la salud mental que ayuda a las personas a manejar la mezcla de emociones acerca de los desafíos de la vida y a	Nunca 1-2 veces al mes 1 vez a la semana Más de 3 veces a la semana.	Cuantitativa y cualitativa	Escala de Likert	Resultados obtenidos de Test QOL-O.

	responder a ellas.				
<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operativa</b>	<b>Naturaleza de la variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>medio de verificación</b>
<b>Apoyo familiar</b>	Presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros.	Nada satisfecho Poco Satisfecho Neutral Muy Satisfecho Totalmente satisfecho	Cuantitativa y cualidad	Escala de Likert	Resultados obtenidos de Test QOL-O.
<b>Síntomas</b>	Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.	Severos Moderados Leves.	Cualitativa	Escala de Likert	Resultados obtenidos De Test de Beck y Zung.

<b>Ansio lítico s</b>	Medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central reduciendo la angustia y la ansiedad del paciente.	Benzodiazepinas Buspirona Alprazolam Diazepam Lorazepam Bromazepam Cloracepato Antihistamínicos.	Cuantitativo y Cualitativo	Nominal o Porcentual	Resultados obtenidos de entrevista.
-------------------------------	--	---	----------------------------	----------------------	-------------------------------------

### G. Proceso de investigación



Fuente: Elaboración propia (2019).

#### H. Aspecto ético

Durante la presente investigación, se ha llevado un proceso el cual ha ampliado el conocimiento y ayudado a resolver interrogantes existentes en dicho tema, ya que en este proceso se ha involucrado a seres humanos, que implica un análisis ético el cual está basado en tres principios básicos: respeto a las personas, búsqueda del bien y justicia.

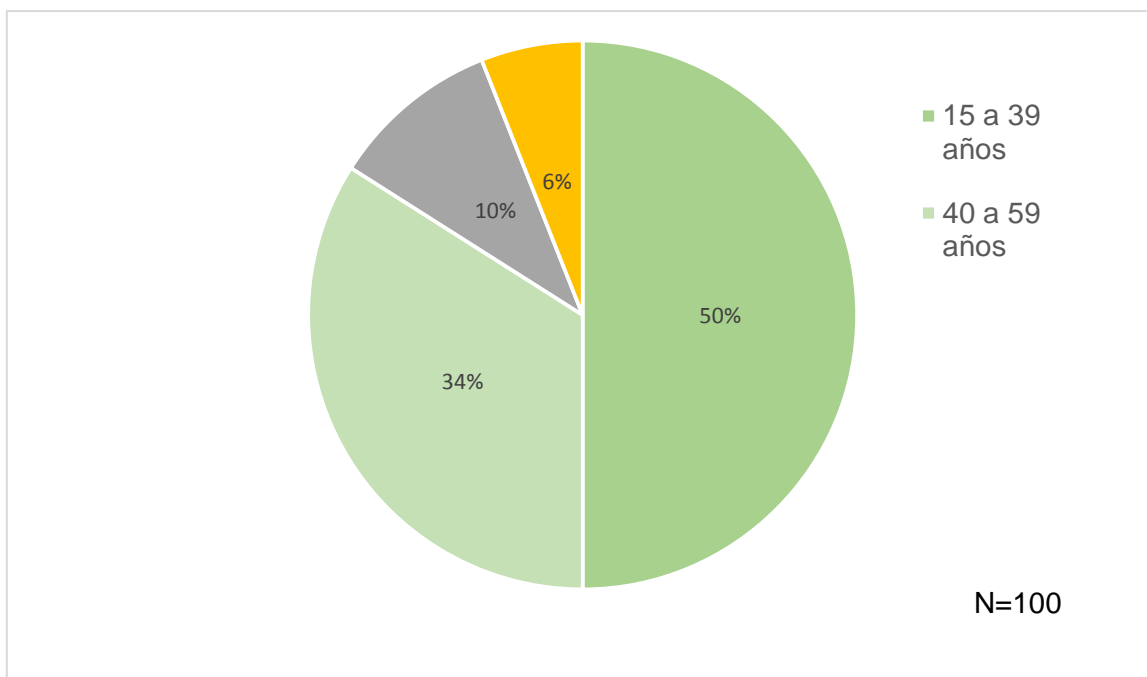
Cofré lo define como: “tratar con el debido respeto, por su capacidad de autodeterminación, a quienes tienen la capacidad de considerar detenidamente los pros y contra de sus decisiones”. La búsqueda del bien la define como “Lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación.” Y, por último, la Justicia la describe como “Tratar a cada persona de acuerdo con lo que es moralmente correcto y apropiado”. (Cofré D., s/f)

Para la obtención de datos, se utilizan estrategias cualitativas como, test psicométricos, y entrevistas profundas a pocas personas, lo cual implica intrusión en privacidad por lo que se requiere consentimiento informado y confidencialidad de los datos, su uso será anónimo, sólo para lo que el paciente ha autorizado y con fines estrictamente educativos.

## VI. RESULTADOS

Gráfica No.1

Distribución según edad de pacientes Ostromizados, atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.



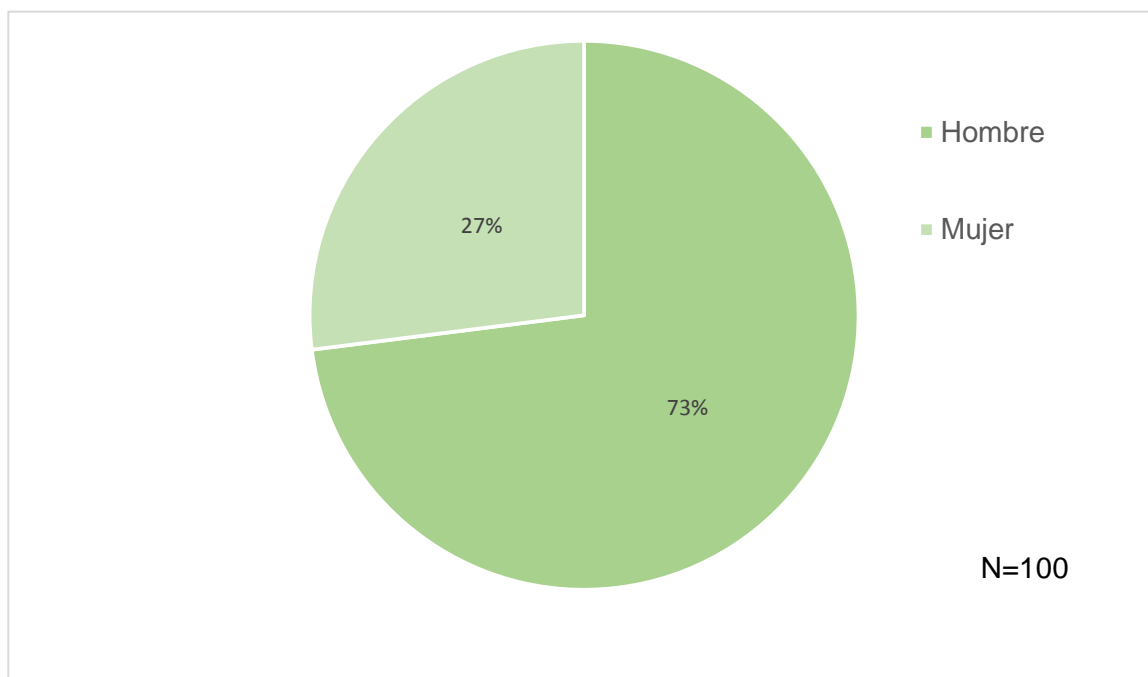
Fuente: Encuesta realizada a pacientes Ostromizados en el Hospital Nacional de Coatepeque. (2021)

Análisis:

De las 100 encuestas realizadas a los pacientes Ostromizados en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque, se pudo observar que 50% de la población, se encontraba en el rango de edad de 15 a 39 años, seguido de un 34%, que se encuentra de 40 a 59 años; y, por último, mayor a 80 años con un 6% de la población en total.

Gráfica No. 2

Distribución según el sexo de pacientes Ostomizados atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.



Fuente: Encuesta realizada a pacientes Ostomizados en el Hospital Nacional de Coatepeque. (2021)

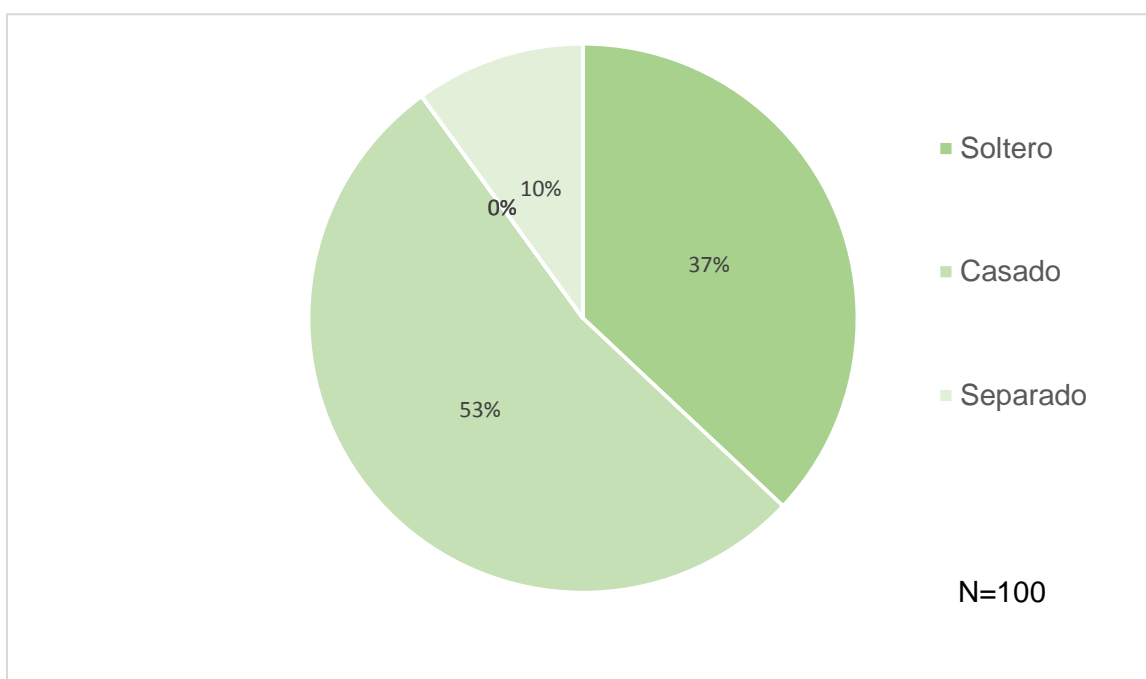
Análisis:

De los 100 pacientes Ostomizados en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque, se pudo observar que el 73 % son de sexo masculino y un 26% femenino.



Gráfica No. 3

Distribución según estado civil de pacientes Ostromizados previo a la cirugía, atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.



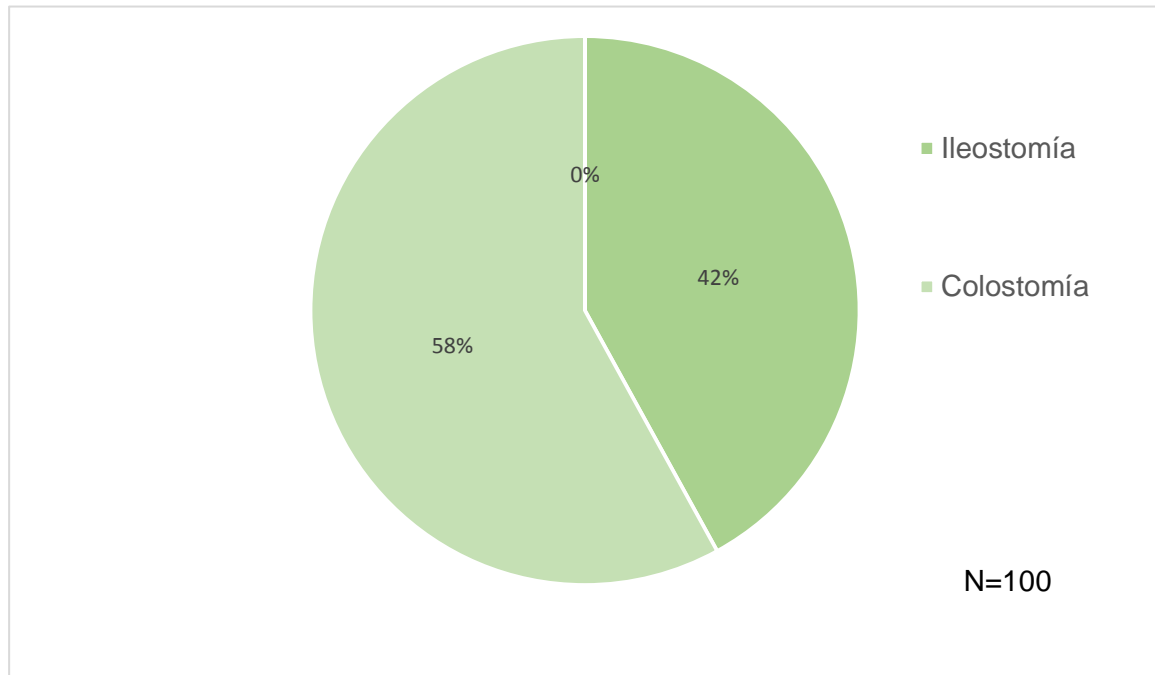
Fuente: Encuesta realizada a pacientes Ostromizados en el Hospital Nacional de Coatepeque. (2021)

Análisis:

En la presente gráfica, se puede observar que el estado civil antes de la realización del tratamiento de la ostromía es un 53% casado, seguido de un 37% soltero y por último en un 10% separado. Resultados que son de relevancia al ser comparados con la gráfica no.7.

Gráfica No. 4

Frecuencia de Técnica de Ostomía en pacientes atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.



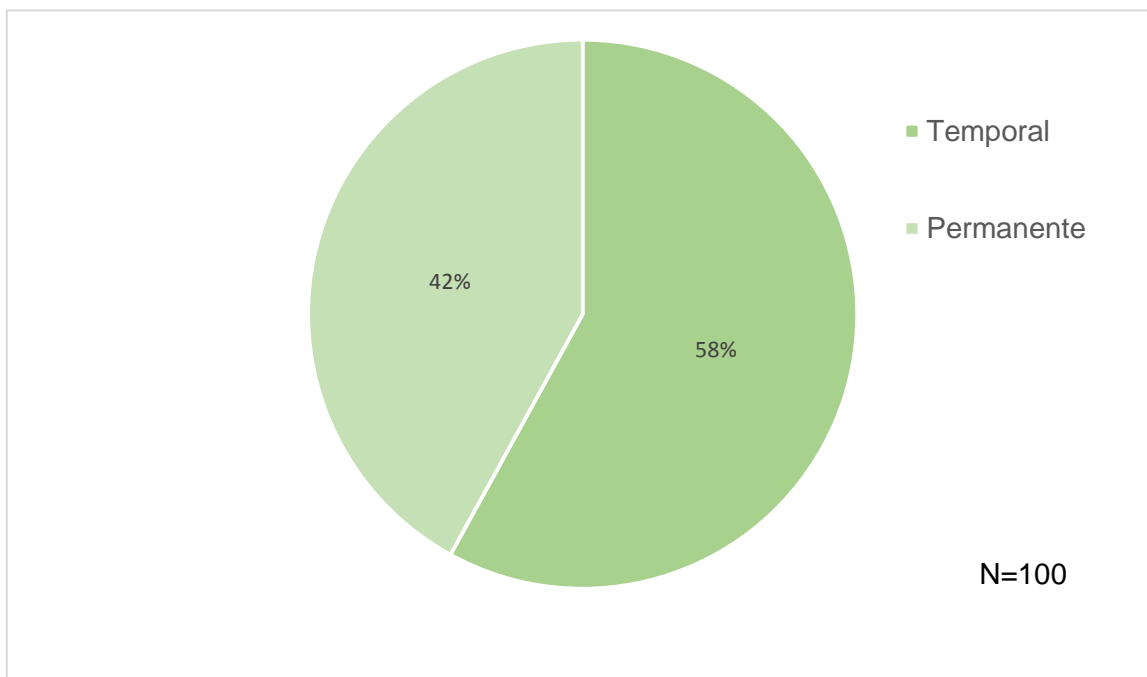
Fuente: Encuesta realizada a pacientes Ostomizados en el Hospital Nacional de Coatepeque. (2021)

Análisis:

En la presente gráfica se puede observar que la técnica de ostomía realizada con mayor frecuencia es la Colostomía en un 58%, lo que representa a 58 pacientes de la población total N=100.

Grafica No. 5

Distribución de Ostromías según el tiempo en pacientes atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.



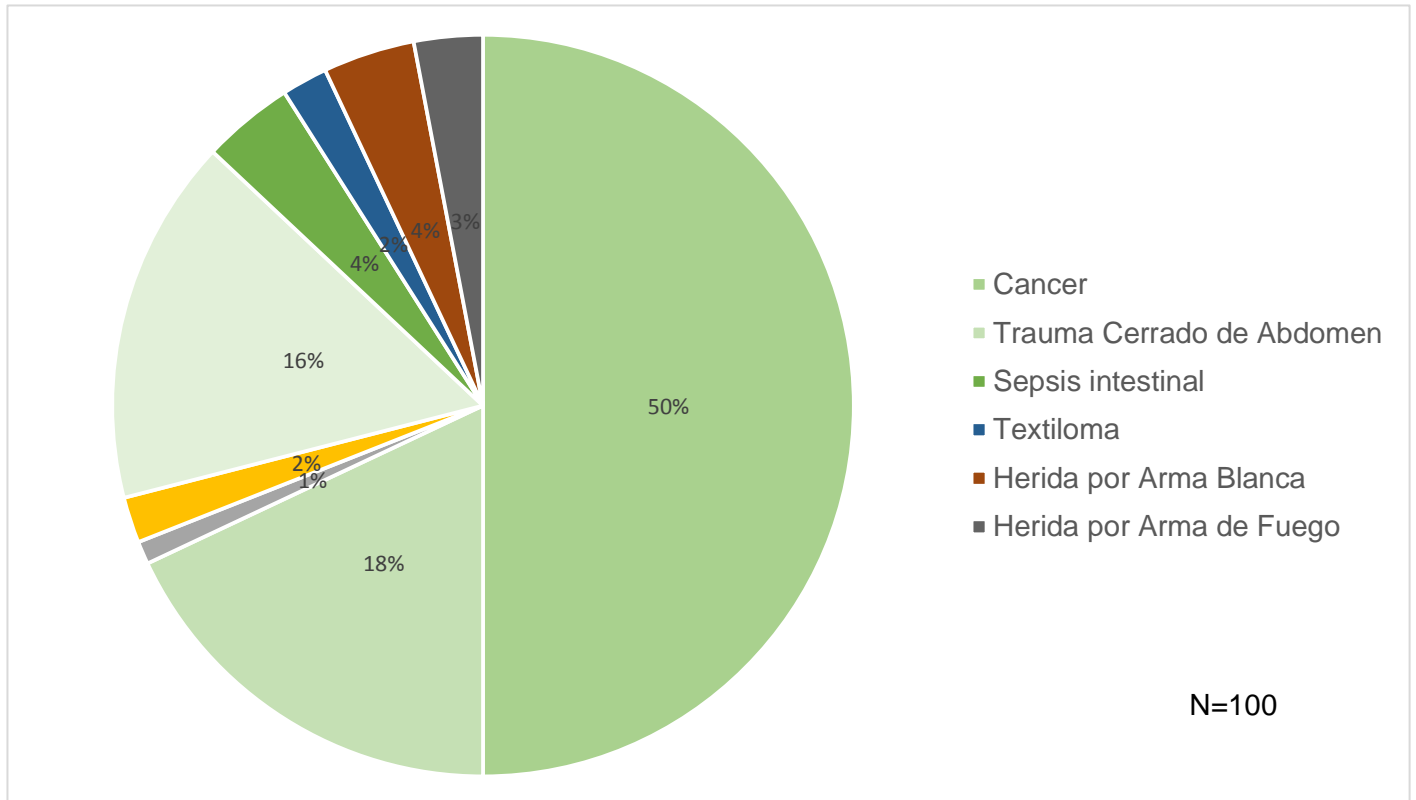
Fuente: Encuesta realizada a pacientes Ostromizados en el Hospital Nacional de Coatepeque. (2021).

Análisis:

En la presente gráfica, se puede observar que el 58% de la población total (N=100) hace uso de una colostomía temporal.

Gráfica No. 6

Distribución según la causa de la Ostomía en pacientes atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.



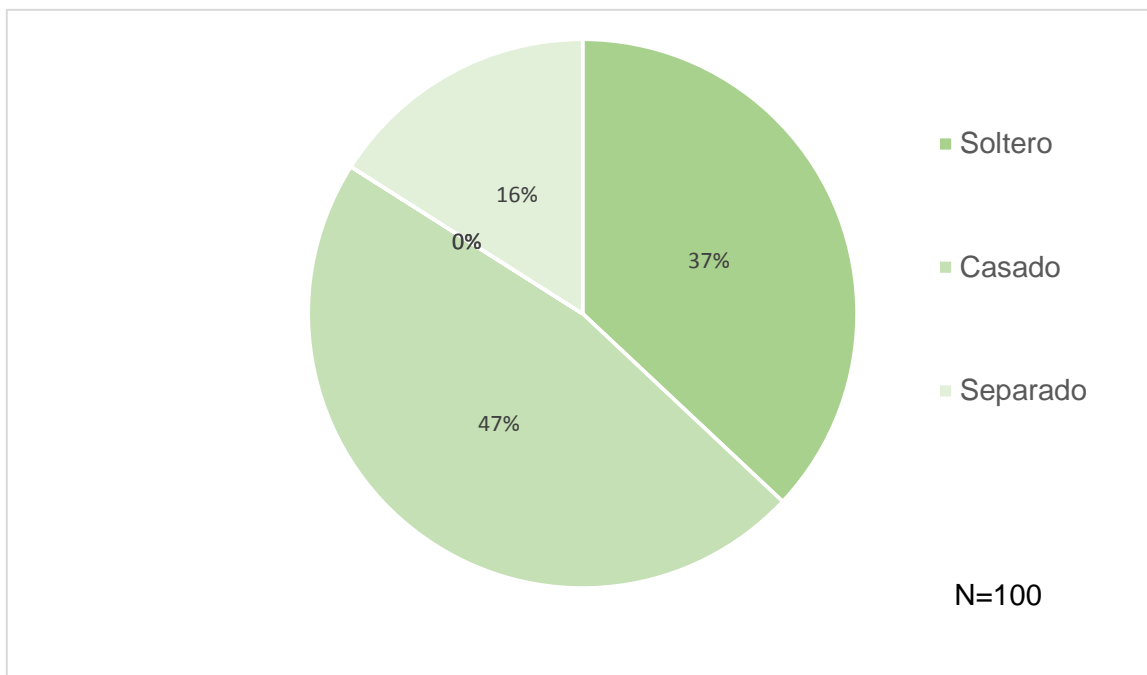
Fuente: Encuesta realizada a pacientes Ostomizados en el Hospital Nacional de Coatepeque, 2021.

Análisis:

De los 100 pacientes Ostomizados en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque, se pudo observar que la principal causa de Ostomía es el Cáncer con un 50% del total de la población, seguido por el trauma cerrado y accidente de tránsito con un 18 y 16% respectivamente.

Gráfica No. 7

Distribución según estado civil de pacientes Ostromizados después de la cirugía atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.



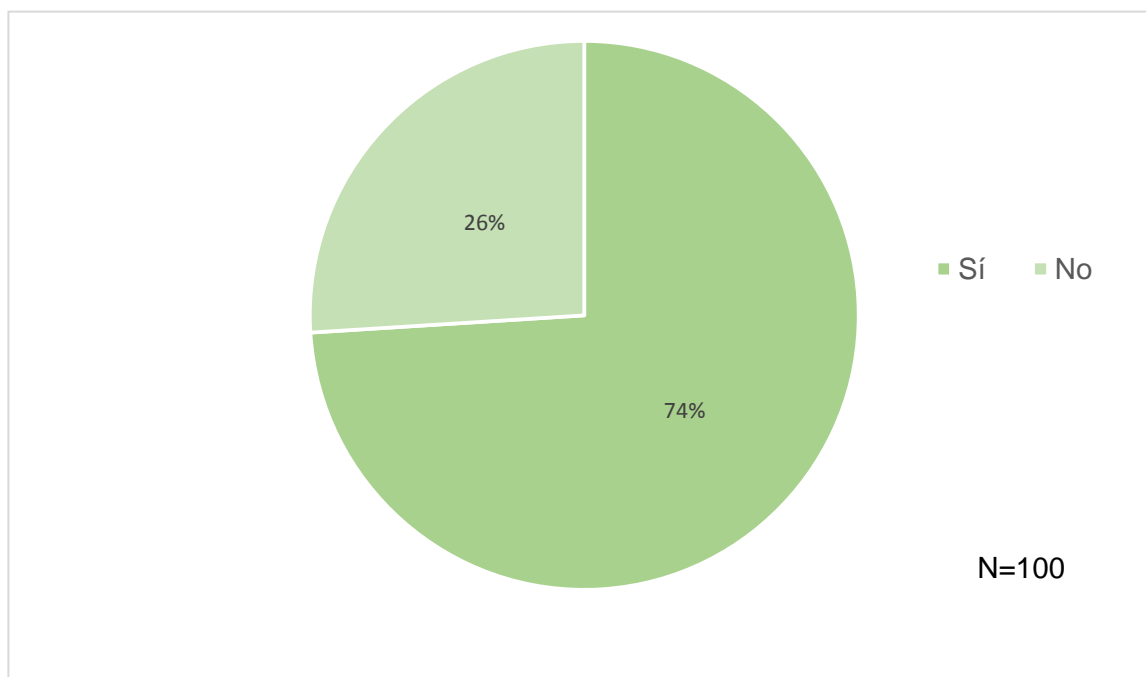
Fuente: Encuesta realizada a pacientes Ostromizados en el Hospital Nacional de Coatepeque, 2021.

Análisis:

En la presente gráfica, se puede observar que el estado civil después de la realización del tratamiento de la ostromía es de 47% casado, seguido de un 37% soltero y por último, en un 16% separado. Resultados que demuestran un impacto en un 6% de la población, que su estado civil era casado y tuvo un cambio a separado después de la realización de dicho tratamiento.

Grafica No. 8

Respuesta a pregunta ¿Después de la ostomía, experimentó tristeza de manera reiterada? A los pacientes Ostomizados atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a



noviembre de 2019.

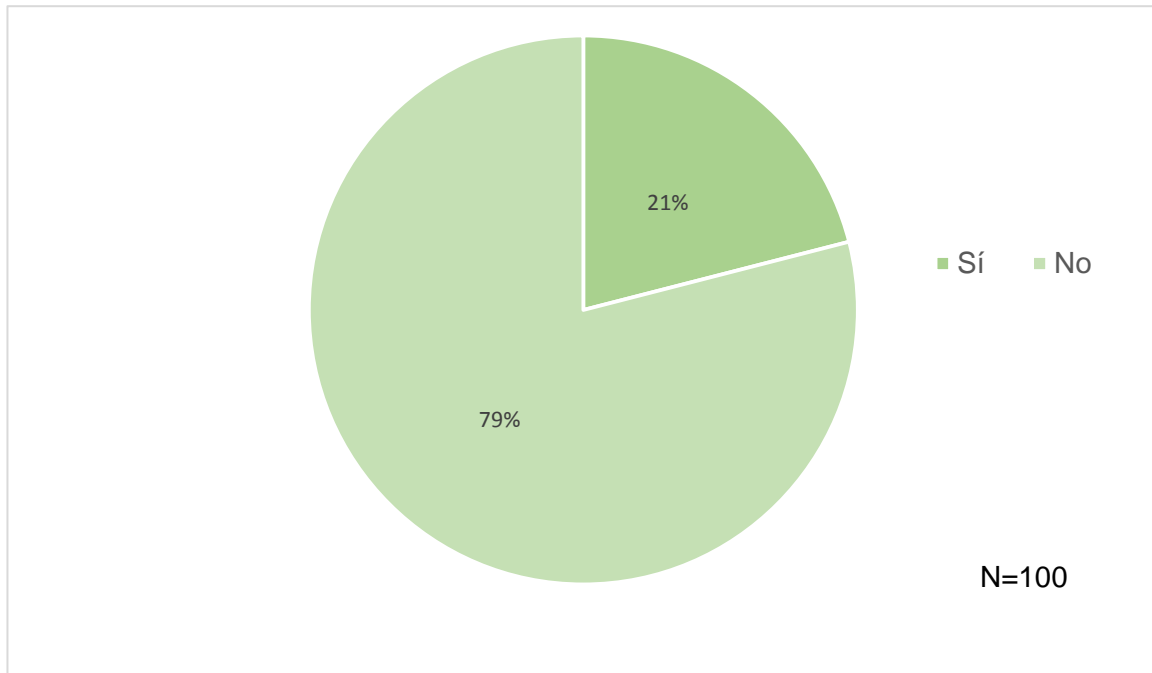
Fuente: Encuesta realizada a pacientes Ostomizados en el Hospital Nacional de Coatepeque, 2021.

Análisis:

De los 100 pacientes Ostomizados en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque, se pudo observar que el 74% del total de la población afirmó experimentar estados constantes de tristeza después de la ostomía, en contraste un 26% negó estar deprimido después de dicho procedimiento.

Gráfica No. 9

Respuesta a pregunta ¿ha cometido algún intento de suicidio? A los pacientes Ostomizados atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.



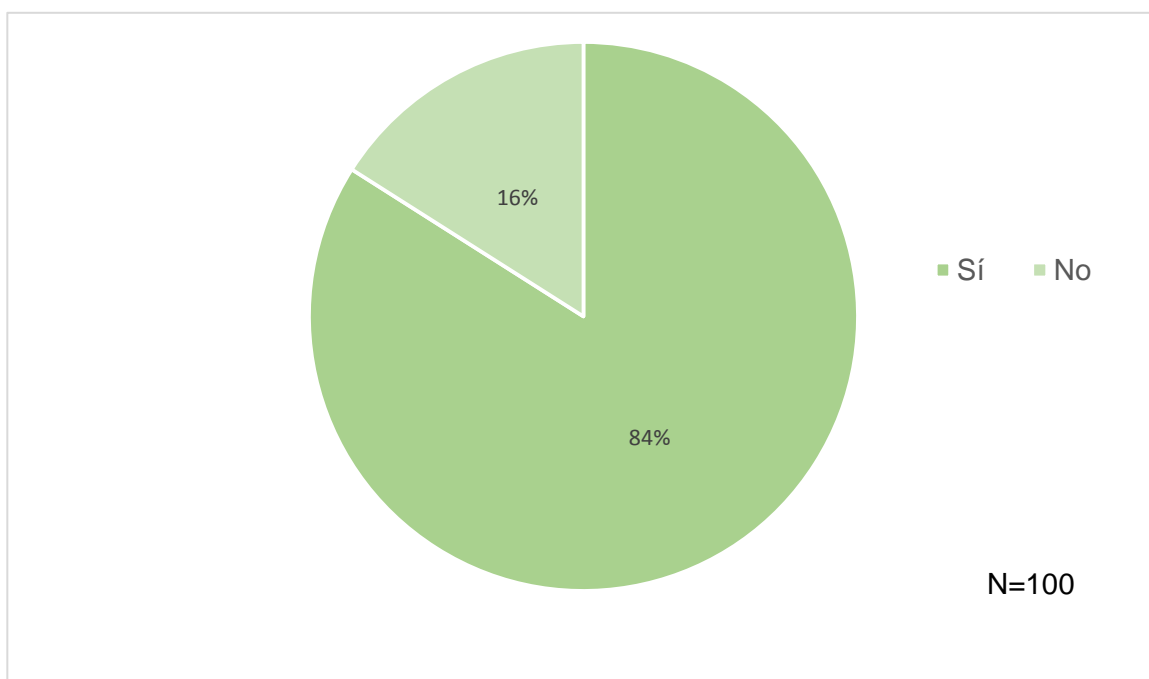
Fuente: Encuesta realizada a pacientes Ostomizados en el Hospital Nacional de Coatepeque, 2021.

Análisis:

De los 100 pacientes Ostomizados en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque, se pudo observar que el 79% del total de la población, negó intento de suicidio y el 21% de la población, afirmó haber tenido al menos un intento de suicidio después de haber sido sometidos al tratamiento quirúrgico de Ostomía.

Gráfica No. 10

Distribución según asistencia a un grupo de apoyo por los pacientes Ostomizados atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.



Fuente: Encuesta realizada a pacientes Ostomizados en el Hospital Nacional de Coatepeque, 2021.

Análisis:

De los 100 pacientes Ostomizados en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque, se pudo observar que el 84% del total de la población asiste a un grupo de apoyo para Ostomizados y un 16% negó asistir a alguno.



Tabla No. 9

Índice e interpretación de Test de Ansiedad de Zung, aplicado a pacientes Ostomizados atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.

Índice EAA	Interpretación Global	Frecuencia	Porcentaje de la Población
<b>Menos de 50</b>	Dentro de los límites normales	46	46%
<b>50-59</b>	Leve a moderada	28	28%
<b>60-69</b>	Moderada a Intensa	11	11%
<b>70 a más</b>	Intensa	15	15%

Fuente: Olivera, 2014.

Test de ansiedad Zung, realizado a pacientes Ostomizados en el Hospital Nacional de Coatepeque, 2021.

Análisis:

De los 100 pacientes Ostomizados en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque, se pudo observar que el 54% cursa con ansiedad, distribuyéndose en nivel leve a moderado con 28%, moderada a Intensa 11% e intensa en un 15%. Y el 46% de la población en general, se encuentra dentro de los límites normales.

Tabla No.10

Índice e interpretación de Escala de Depresión de Beck, aplicado a pacientes Ostomizados atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.

Punteo	Interpretación	Frecuencia	Porcentaje de la Población
<b>0-9</b>	Dentro de los límites normales	28	28%
<b>10-13</b>	Distimia	29	29%
<b>Hasta 19</b>	Depresión Leve	27	27%
<b>Más de 29</b>	Depresión Severa	16	16%

Fuente: Scribd Company, 2017.

Escala de Depresión de Beck, realizado a pacientes Ostomizados en el Hospital Nacional de Coatepeque. 2021.

Análisis:

De los 100 pacientes Ostomizados en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque, se pudo observar que 72%, cursa con cierto grado de depresión, distribuyéndose en: Distimia con un 29%, leve 27% y severa en un 16%. El 28% de la población, se encuentra dentro de los límites normales.



## VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de los test de Depresión de Beck, Test de Ansiedad de Zung, Test Quality of life – Ostomy (QOL-O) y entrevistas realizadas a pacientes Ostomizados, del Hospital Nacional Juan Jose Ortega de Coatepeque, durante el periodo enero de 2013 a diciembre de 2019.

Para llevar a cabo un análisis de forma más clara, se realizó el vaciado de los datos y resultados obtenidos en tablas y gráficas. El tamaño de la muestra fue de 100 encuestados, de los cuales 73 fueron hombres y 27 mujeres. Resultados que corroboran lo publicado en 2015, por la revista chilena, titulado: Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile, donde igualmente se observó que el sexo masculino es el más afectado. Sin embargo, las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, en el 2019, estableció que, de 300 millones de afectados por depresión a nivel mundial, la mayor prevalencia se encontró en el sexo femenino. Lo anterior, puede indicar que, frente a una enfermedad, existe mayor prevalencia de sufrir depresión en el sexo masculino.

Entre la población encuestada, se encontró que el 50% tenía entre 15 y 39 años, seguidos por un 34% en el rango de 40 a 59 años. La Biblioteca de Guías de Práctica Clínica en 2017, publica sus hallazgos de depresión, cuyos resultados presentaron mayor prevalencia entre los 15 y 45 años, resultados que se reafirman en este estudio, al determinarse una población relativamente joven, por lo que tiene un alto impacto.

Del total de los encuestados, el 53% eran casados previos a la ostomía, de los cuales el 6% después de la realización de la ostomía, cambió su estado civil a separado, formándose parte del 16% del total de la población.



La técnica de ostomía, principalmente realizada en el Hospital Nacional de Coatepeque es la colostomía en un 58%, resultados que rectifican los obtenidos por el Dr. Nery Hernández (2018) quien observó una frecuencia mayor de Ileostomías de un 39% seguida de la colostomía, con una población total N= 365. Así mismo, se encontró que el 58% de la población total hace uso de una colostomía temporal; resultados que no apoyan los obtenidos por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte, en el año 2017 con el estudio realizado por Cintia Galvão Queiroz, et. al titulado Autoestima en mujeres con ostomías intestinales, quien observó en un 66.6 % de su población la colostomía de tipo definitivo o permanente.

Se pudo determinar que la principal causa de Ostomía es el Cáncer, en un 50%, seguido por el trauma cerrado de abdomen y accidente de tránsito con un 18 y 16% respectivamente. Resultados que apoyan lo descrito por Morales Saavedra en 2017, en su libro titulado Tratados de Cirugía General, donde establece que la principal indicación y causa de Ostomía es Cáncer.

Los hallazgos publicados por la American Cancer Society en 2019, indican que la mayor parte de las ostomías son temporales, debido a la necesidad de inactivar y sanar un problema causado por un trauma de abdomen, en contraste con la necesidad de inactivar y sanar enfermedades como el cáncer que requieren de una ostomía permanente. Lo cual se reafirma con los datos obtenidos en la encuesta realizada, donde un 58% del total de la población tiene una ostomía de tiempo temporal por indicación de trauma de abdomen y accidente de tránsito principalmente; y un 42%, hace uso de una ostomía de tiempo permanente con la principal indicación de distintos tipos de Cáncer.

Finalmente, se realizó y calificó el test psicológico para ansiedad de Zung, en el cual 28% se encuentra en una ansiedad leve a moderada, 11% moderada a intensa y 15% se encuentra en ansiedad intensa. Los resultados que se obtuvieron son relativos a los estudios realizados y publicados por la Organización Mundial de la Salud en el 2019, que calculan que aproximadamente el 25% de la población mundial sufrirá de ansiedad en algún momento de su vida.



Por su parte, el test psicológico de depresión de Beck, evidenció a un 29% de pacientes con depresión en grado distimia, un 27% en depresión leve y finalmente, 16% en Depresión Severa. Resultados que llevaron a realizar la pregunta sobre intentos suicidas, a lo cual el 79% de la población negó tener algún intento suicida, mientras el 21% afirmó haber tenido al menos un intento suicida. Los resultados que se obtuvieron constatan las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud en el 2019, que calculan 300 millones a nivel mundial de personas que cursan con Depresión. Así también se confirma que la depresión es más común entre personas con enfermedad física crónica como lo publica la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia, 2014.

Durante el proceso de recolección de datos, la principal limitación que se encontró fue la disponibilidad de dichos pacientes para realizar los test y entrevistas, debido a que ellos manifestaban sentirse “expuestos” ante la sociedad.

## VIII. CONCLUSIONES

- Una ostomía es una intervención quirúrgica que tiene por objetivo la desviación del bolo fecal, por medio de la exteriorización de una porción de intestino a la pared abdominal. La principal técnica de ostomía realizada es la Colostomía temporal en un 58%, lo cual es de importancia por el impacto emocional en relación a la esperanza de una mejoría a corto plazo.
- La principal causa o indicación de una ostomía es el cáncer en un 50% de la población en total, seguido del trauma cerrado de abdomen con un 18% y la indicación menos habitual es por una enfermedad congénita llamada poliposis familiar en 1% del total. Es de importancia conocer la causa, para preparar al paciente previo a la intervención quirúrgica, conocer la esperanza de vida, calidad de vida y tratamientos adicionales a los que debe de ser sometido el paciente.
- El 50% de la población en total de pacientes ostomizados, se encuentra entre los 15 y 39 años de edad, estableciéndose como los más afectados, el género masculino. Lo cual tiene un alto impacto, ya que la mayoría se encuentra en una etapa activa para la sociedad y relativamente joven, por lo que no considera una edad vulnerable a presentar síntomas depresivos o ansiosos que pueden afectar su desarrollo psico biosocial.
- El estado civil en la población casada tuvo un impacto después del tratamiento, viéndose afectado el 6%, que cambió su estado civil a separado, lo cual repercute en la esfera emocional al tener un comportamiento de aislamiento y soledad, lo que provoca inestabilidad emocional que puede concluir en síntomas depresivos.
- La frecuencia de ansiedad en los pacientes ostomizados, es de un 54%. Toma relevancia en cuanto al aumento de síntomas, como temor a que la enfermedad vuelva o se complique, fatiga, nerviosismo y despersonalización.
- La frecuencia de depresión en los pacientes es de un 72% del total de los 100 encuestados. Lo cual es un número significativo ya que 7 de cada 10 pacientes cursan con este trastorno emocional, que, si no es tratado adecuadamente, puede llevar a la muerte a dichos pacientes. El grado de depresión presentado por los pacientes que se encontró fue un 29% en distimia, 27% depresión leve y un 16% en depresión severa. lo cual es de relevancia para adecuar el tratamiento en conjunto que estos pacientes deben de recibir.



## IX. RECOMENDACIONES

- El médico tratante debe prestar mayor importancia al paciente que requiere de una ostomía permanente, ya que esto se vuelve relevante al momento de ser abordado por un profesional de la salud mental, siendo este el principal diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad.
- Los médicos tratantes deben considerar muy especialmente la causa de una ostomía, debido a que, si el paciente sufrió ataque o Herida por Proyectoil de Arma de Fuego, puede desarrollar Trastorno de Estrés Agudo o Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y no se debe confundir con otros síntomas ansiosos.
- Médicos y demás profesionales de salud, conviene realizar campañas de concientización y prevención de accidentes a la población de Coatepeque, ya que son causas modificables de ostomías, y aumentar el tamizaje e información sobre cáncer para evitar etapas avanzadas que los lleven a una Ostomía.
- Los Médicos tratantes de aquellos pacientes que requieren el tratamiento quirúrgico de una Ostomía abdominal, deben referirlos con un profesional de la salud mental, para que pueda brindar apoyo integral y un adecuado abordaje técnico que les permita ver su situación biológica como una nueva oportunidad de vida y no como una situación incapacitante.
- Médicos tratantes y profesionales de la salud mental, deben incluir a la familia en el proceso de recuperación, dándoles a conocer los daños y secuelas emocionales experimentadas por las pacientes secundarias al tratamiento quirúrgico, para que puedan entender y tener una adecuada reacción ante episodios inadecuados que puedan perjudicar la buena comunicación y relación familiar.
- Se recomienda la creación de grupos de apoyo para pacientes Ostomizados por medio del departamento de Cirugía, ya que es un medio por el cual se puede cambiar la forma en la que los pacientes perciben su enfermedad o proceso, y de esta manera poder evitar el retraimiento o aislamiento social como indicio de estos trastornos emocionales, así mismo se brinda una mayor atención y enseñanza para mitigar el dolor emocional y convertirlo en valentía con apoyo a los demás pacientes que están en la misma posición.



## X. BIBLIOGRAFÍA

- Cruzblanca Hernández, H., Lupercio Coronel, P., & Collas Aguilar, J. (1 de enero de 2016). *Salud mental*. Obtenido de Salud mental: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2016/sam161g.pdf>
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia. (2014). *MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD*. Obtenido de MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD: MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
- Alcántar Escalera, M. (2002). *Universidad Nacional Autónoma de México*. Obtenido de Universidad Nacional Autónoma de México: [http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina\\_contenidos/tesis/tesis\\_isabel\\_alcantar.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_isabel_alcantar.pdf)
- American Cancer Society. (2 de Junio de 2017). *American Cancer Society*. Obtenido de American Cancer Society: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/colostomia/que-es-una-colostomia.html>
- American Cancer Society. (16 de Octubre de 2019). *American Cancer Society*. Obtenido de American Cancer Society: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/ileostomia/que-es-una-ileostomia.html>
- American Society of Colon & Rectal Surgeons . (s/f). *American Society of Colon & Rectal Surgeons* . Obtenido de American Society of Colon & Rectal Surgeons : <https://fascrs.org/patients/diseases-and-conditions/a-z/ostomia>
- Anaraki, F., Vafaie, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmailpour, S., & Safaee, A. (5 de 2012). *Gastroenterology and Hepatology From Bed to Bench*. Obtenido de Gastroenterology and Hepatology From Bed to Bench: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4017481/>
- Barnhill, J. (Julio de 2018). *Manual MSD para profesionales*. Obtenido de Manual MSD para profesionales: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el->





estr%C3%A9s/trastorno-de-ansiedad-generalizada-  
tag?query=Trastorno%20de%20ansiedad%20generalizada

BECKMAN RESEARCH INSTITUTE. (2012). *BECKMAN RESEARCH INSTITUTE*.  
Obtenido de BECKMAN RESEARCH INSTITUTE:  
<https://www.midss.org/sites/default/files/ost-47.pdf>

Biblioteca de guías de práctica clínica. (2017). *guiasalud.es*. Obtenido de *guiasalud.es*:  
<https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-definicion/>

Brito R, J. (Febrero de 2004). *Revista Chilena de Cirugia*. Obtenido de Revista Chilena de Cirugia:  
[http://www.cirujanosdechile.cl/revista\\_anteriores/PDF%20Cirujanos%202004\\_01/Rev.Cir.1.04.\(07\).AV.pdf](http://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202004_01/Rev.Cir.1.04.(07).AV.pdf)

Castejón, M. (1975). *Revisión Médica Hondureña*. Obtenido de Revisión Médica Hondureña: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-2-1975-4.pdf>

Center for Parent Information & Resources. (13 de Mayo de 2014). *Center for Parent Information & Resources*. Obtenido de Center for Parent Information & Resources:  
[https://www.parentcenterhub.org/emocional/#:~:text=IDEA%20define%20el%20trastorno%20emocional%20como%3A&text=\(A\)%20Una%20inhabilidad%20de%20aprender,con%20sus%20pares%20y%20maestros](https://www.parentcenterhub.org/emocional/#:~:text=IDEA%20define%20el%20trastorno%20emocional%20como%3A&text=(A)%20Una%20inhabilidad%20de%20aprender,con%20sus%20pares%20y%20maestros).

*Central California TMS Guatemala*. (16 de febrero de 2016). Obtenido de Central California TMS Guatemala: [https://depresionclinica.com/test/gad-7/#:~:text=Escala%20de%20Trastorno%20de%20Ansiedad%20Generalizada%20\(GAD%20%E2%80%93%207\),-Posted%20on%20junio&text=Encuesta%20de%20autoevaluaci%C3%B3n%20para%20valorar,amplio%20uso%20a%20nivel%20mundial](https://depresionclinica.com/test/gad-7/#:~:text=Escala%20de%20Trastorno%20de%20Ansiedad%20Generalizada%20(GAD%20%E2%80%93%207),-Posted%20on%20junio&text=Encuesta%20de%20autoevaluaci%C3%B3n%20para%20valorar,amplio%20uso%20a%20nivel%20mundial).

Centro Médico Quirúrgico de Enfermedades Digestivas. (07 de Octubre de 2017). *Centro Médico Quirúrgico de Enfermedades Digestivas*. Obtenido de Centro Médico Quirúrgico de Enfermedades Digestivas: [https://www.cmed.es/actualidad/ostomia-causas-dieta-y-cuidados\\_186.html](https://www.cmed.es/actualidad/ostomia-causas-dieta-y-cuidados_186.html)



- Clara. (5 de Octubre de 2017). *MyTherapy*. Obtenido de MyTherapy: <https://www.mytherapyapp.com/es/blog/dia-mundial-del-ostomizado-2017>
- Cofré D., C. (s/f de s/f de s/f). *Universidad De los Andes, Santiago Chile* . Obtenido de Universidad De los Andes, Santiago Chile : [https://www.uandes.cl/wp-content/uploads/2019/01/aspectos\\_eticos\\_ccofre.pdf](https://www.uandes.cl/wp-content/uploads/2019/01/aspectos_eticos_ccofre.pdf)
- coordinacion tecnica de excelencia clinica. (2 de Diciembre de 2015). *Instituto Mexicano del seguro social*. Obtenido de Instituto Mexicano del seguro social: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>
- Cruzblanca Hernández, H., Lupercio Coronel, P., Collas Aguilar, J., & Castro Rodríguez, E. (febrero de 2016). *Salud Mental*. Obtenido de Salud Mental: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252016000100047](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000100047)
- DeGuate.com. (12 de enero de 2019). *DeGuate.com*. Obtenido de DeGuate.com: <https://www.deguate.com/municipios/pages/quetzaltenango/coatepeque/historia.php>
- Díaz Villa, B., & González González, C. (2012). *Revista latinoamericana de Psiquiatria*. Obtenido de Revista latinoamericana de Psiquiatria: <https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>
- EspectroAutista.Info. (30 de abril de 2016). *EspectroAutista.Info*. Obtenido de EspectroAutista.Info: <http://espectroautista.info/GAD7-es.html>
- Facultad de Psicología . (Diciembre de 2019). *IDOC PUB*. Obtenido de IDOC PUB: <https://idoc.pub/documents/escala-ansiedad-de-zung-ficha-tecnica-3no71dex3eld>
- First, M., Frances, A., & Pincus , H. (2002). *Clinica de la ansiedad*. Obtenido de Clinica de la ansiedad: <https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-generalizada/ansiedad-generalizada-diagnostico-diferencial/>
- Fundacion MF. (2017). *Fundacion MF*. Obtenido de Fundacion MF: [https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod\\_producto=3226](https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=3226)



- Galvão Queiroz, C., Pinheiro de Medeiros, L., & Medeiros Melo, M. (Junio de 2017). *sCielo*. Obtenido de *sCielo*: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100007)
- Grant, M., Ferrell, B., Dean, G., & Uman, G. (3 de mayo de 2019). *Measurement Instrument Database for the Social Sciences*. Obtenido de *Measurement Instrument Database for the Social Sciences*: <https://www.midss.org/content/quality-life-questionnaire-patient-ostomy-qol-o>
- Guías de Práctica clínica del Sistema Nacional de Salud. (10 de diciembre de 2013). *Guiasalud.es*. Obtenido de *Guiasalud.es*: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-definicion/>
- Hall PhD, J., & Guyton, A. (2012). *Compendio de Fisiología Medica 12 edicion* . España: ELSEVIER.
- Hall, J. (2011). *Tratado de Fisiología médica*. Barcelona, España: ELSEVIER.
- Hernandez Martinez, N. (Enero de 2018). *Biblioteca USAC*. Obtenido de *Biblioteca USAC*: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10815.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10815.pdf)
- Hernández Martínez, N. (Enero de 2018). *Biblioteca USAC*. Obtenido de *Biblioteca USAC*: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10815.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10815.pdf)
- Hernández Rivas, J., & García Ortiz, L. (22 de Octubre de 2018). *Universidad Autonoma de México*. Obtenido de *Universidad Autonoma de México*: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/ss/wp-content/uploads/2018/10/22.pdf>
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Caballo, C., & Bautista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mexico D.F.: McGRAW-HILL.
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Bsptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México, D.F: McGrawHill.
- L. Spitzer, R. (2005). *Mdcalc*. Obtenido de *Mdcalc*: <https://www.mdcalc.com/gad-7-general-anxiety-disorder-7>



- Lenneberg, E., Mendelssohn, A., & Gross, L. (2004). *Guía de Colostomía*. Obtenido de Guía de Colostomía: [https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/02/uoa\\_colostomy\\_esguide.pdf](https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/02/uoa_colostomy_esguide.pdf)
- López-Ibor Aldiño, J., & Valdez Miyar, M. (2002). *MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES*. Barcelona: MASSON,S.A.
- Martí Rague, J. (29 de Septiembre de 2009). *Pacientes ostomizados y su Problemática*. Obtenido de Pacientes ostomizados y su Problemática: [https://www.asociaciondeostomizados.com/pdf/documentos/conferencia\\_dr\\_marti\\_dia\\_mundial\\_ostomizado.pdf](https://www.asociaciondeostomizados.com/pdf/documentos/conferencia_dr_marti_dia_mundial_ostomizado.pdf)
- Matveikova, I. (2011). *Inteligencia Digestiva*. España: Cofás.
- Matveikova, I. (s.f.). *Inteligencia d*.
- Ministerio de sanidad y consumo. (2008). *Guía de practica clinica sobre el manejo de la depresion en el adulto*. Obtenido de Guia de practica clinica sobre el manejo de la depresion en el adulto: <http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/documentos/archivos/formacion-residentes/residentes-2012-2013/17-oct-residentes-2012.pdf>
- Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014). *Guías de practica clinica en el SNS*. Obtenido de Guías de practica clinica en el SNS: [https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia\\_t201306GPCdepression\\_adulto.pdf](https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia_t201306GPCdepression_adulto.pdf)
- Morales Saavedra, J. (2017). *Tratado de Cirugía General*. Mexico: EL manual moderno, S.A de C.V.
- Mulas Fernández, C. (2015). *Universidad De Valencia*. Obtenido de Universidad De Valencia: <https://core.ac.uk/download/pdf/71044279.pdf>
- Muñiz, J., & Fernández Hermida, J. (2010). *Consejo General de colegios oficiales de Psicologos*. Obtenido de Consejo General de colegios oficiales de Psicologos: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Murillo, E. (2019). *StuDocu*. Obtenido de StuDocu: <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-privada-de-tacna/psicologia->



de-la-motivacion-y-afectividad/essays/manual-zung-ansiedad-y-depresion/8381515/view

Olivera, Q. (3 de Enero de 2014). *SCRIBD*. Obtenido de SCRIBD: <https://es.scribd.com/document/195583899/Clave-Para-Calificar-La-Escala-de-Automedicion-de-Ansiedad-de-Sung>

OPS,Guatemala. (9 de Octubre de 2012). *OPS,Guatemala*. Obtenido de OPS,Guatemala: [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_content&view=article&id=610:diamundial-de-salud-mental-depresion-una-crisis-global&Itemid=405](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=610:diamundial-de-salud-mental-depresion-una-crisis-global&Itemid=405)

*Organización Mundial de la Salud*. (1 de marzo de 2012). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/tools/whoqol>

Organización Mundial de la Salud. (22 de Marzo de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (28 de noviembre de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Panamericana de la Salud. (Diciembre de 2018). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia08.pdf>

Psicoterapia . (2012). *Psicoterapia*. Obtenido de Psicoterapia: [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/070\\_psicoterapias1/material/inventario\\_beck.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf)

Queralt, M. (3 de noviembre de 2016). *Advance Medical*. Obtenido de Advance Medical: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/enfermedades-mayores/anatomia-y-fisiologia-ano-rectal/>

Repić, G., Ivanović, S., Stanojević, Č., & Trgovčević, S. (7 de abril de 2018). *doiSerbia*. Obtenido de doiSerbia: <http://www.doiserbia.nb.rs/Article.aspx?ID=0042-84501600357R#.XVWRyegzblU>



- Revista Chilena de Neuro- Psiquiatria . (22 de marzo de 2015). *Revista Chilena de Neuro- Psiquiatria* . Obtenido de Revista Chilena de Neuro- Psiquiatria : [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272012000100002#:~:text=El%20PHQ%2D9%20permite%20detectar,un%20eficiente%20instrumento%20de%20diagn%C3%B3stico.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272012000100002#:~:text=El%20PHQ%2D9%20permite%20detectar,un%20eficiente%20instrumento%20de%20diagn%C3%B3stico.)
- Reyes Ticas, J. (2010). *Guia practica para diagnostico y tratamiento de la ansiedad*. Obtenido de Guia practica para diagnostico y tratamiento de la ansiedad: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Rojas Gomez, M. (Mayo de 2013). *Biblioteca USAC*. Obtenido de Biblioteca USAC: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_9100.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9100.pdf)
- Sanz, J., Gutiérrez, S., & Gesteira, C. (2004). *CRITERIOS Y BAREMOS PARA INTERPRETAR EL BDI-II*. Obtenido de CRITERIOS Y BAREMOS PARA INTERPRETAR EL BDI-II: <https://www.pearsonclinical.es/Portals/0/DocProductos/13714632903.pdf>
- Scribd Company. (Octubre de 2017). *Slideshare*. Obtenido de Slideshare: <https://www.slideshare.net/viben1/inventario-beck-depresion>
- Societat Catalana de Digestologia . (Junio de 2018). *Societat Catalana de Digestologia* . Obtenido de Societat Catalana de Digestologia : [http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/anatomia\\_fisio\\_es.pdf](http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/anatomia_fisio_es.pdf)
- Torres Dugarte, C., & Salinas, P. (Abril de 2008). *Medigraphic*. Obtenido de Medigraphic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/proctologia/c-2008/c081d.pdf>
- Universidad de Cantabria. (12 de Junio de 2017). *Universidad de Cantabria*. Obtenido de Universidad de Cantabria: <https://ocw.unican.es/mod/page/view.php?id=571>
- Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. (8 de Marzo de 2016). *Articulos Scielo*. Recuperado el 27 de abril de 2020, de Articulos Scielo: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100007)
- Vallejo Valdivieso, P., Zambrano, G., & Vallejo, K. (2019). *BASES MORFOFISIOLOGICAS DEL APARATO DIGESTIVO*. Mexico: Editoreal área de innovación y Desarrollo, D.S.L.



---

Villareal Vallejo, V. (2012). *Universidad Central del Ecuador*. Obtenido de Universidad Central del Ecuador:  
[https://www.academia.edu/25897200/TrastornoAnsiedad\\_SEXTO](https://www.academia.edu/25897200/TrastornoAnsiedad_SEXTO)

wordpress.com. (24 de octubre de 2011). *culturapeteneraymas*. Obtenido de culturapeteneraymas:  
<https://culturapeteneraymas.wordpress.com/2011/10/24/coatepeque/>

World Health Organization. (2013). *World Health Organization*. Obtenido de World Health Organization.: <http://www.who.int/topics/depression/en/>

Zimmerman, M., & Chelminski, M. (2005). *J Nerv Ment Dis*. Obtenido de J Nerv Ment Dis:  
<https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>

## XI. ANEXOS

### A. Boleta de recolección de datos.

Datos Generales:	
Nombre:	Sexo:
Edad:	Estado Civil:
1. ¿Qué tipo de ostomía tienes?	
2. Si tiene una Colostomía, ¿De qué tipo es, temporal o permanente?	
3. ¿Qué enfermedad o diagnóstico motivo su necesidad de una Ostomía?	
4. Si el cáncer fue el motivo de su ostomía, especifique el tipo de cáncer	
5. ¿Durante cuántos meses / años ha tenido su ileostomía o colostomía?	
6. ¿Cuál era su estado civil antes de la cirugía?	
7. ¿Después de la ostomía, experimentó tristeza de manera reiterada?	
8. Desde que se sometió a su ostomía, ¿alguna vez ha considerado o intentado ¿suicidio?	
9. ¿Pertenece a un grupo de apoyo para ostomías?	
10. Muchas personas han compartido historias sobre sus vidas con una ostomía. Por favor comparta con nosotros el mayor desafío que ha encontrado al someterse a una ostomía y lo positivo que ha encontrado durante este proceso.	

Fuente: Elaboración propia, 2021





## Modelo Test de Depresión de Beck (BDI-2)

### Datos Generales:

Nombre..... Estado Civil..... Edad..... Sexo....

Ocupación ..... Educación..... Fecha.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

### 1. Tristeza

- |   |   |
|---|---|
| 0 | No me siento triste   |
| 1 | Me siento triste gran parte del tiempo                          |
| 2 | Me siento triste todo el tiempo.                                |
| 3 | Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo. |

### 2. Pesimismo

- |   |   |
|---|---|
| 0 | No estoy desalentado respecto del mi futuro.                              |
| 1 | Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. |
| 2 | No espero que las cosas funcionen para mí.                                |
| 3 | Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.     |

### 3. Fracaso

- |   |   |
|---|---|
| 0 | No me siento como un fracasado.               |
| 1 | He fracasado más de lo que hubiera debido.    |
| 2 | Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. |
| 3 | Siento que como persona soy un fracaso total  |

## Continuidad Modelo Test de Depresión de Beck (BDI-2)

### 4. Pérdida de placer

- |   |   |
|---|---|
| 0 | Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.    |
| 1 | No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.                      |
| 2 | Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.               |
| 3 | No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar. |

### 5. Sentimientos de Culpa

- |   |   |
|---|---|
| 0 | No me siento particularmente culpable.  |
| 1 | Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. |
| 2 | Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.                              |
| 3 | Me siento culpable todo el tiempo.  |

### 6. Sentimientos de

#### Castigo

- |   |   |
|---|---|
| 0 | No siento que este siendo castigado     |
| 1 | Siento que tal vez pueda ser castigado. |
| 2 | Espero ser castigado.                   |
| 3 | Siento que estoy siendo castigado       |

### 7. Disconformidad con uno mismo

- |   |   |
|---|---|
| 0 | Siento acerca de mí lo mismo que siempre. |
| 1 | He perdido la confianza en mí mismo.      |
| 2 | Estoy decepcionado conmigo mismo.         |
| 3 | No me gusta a mí mismo.                   |



## Continuidad Modelo Test de Depresión de Beck (BDI-2)

### 8. Autocritica

- |   |   |
|---|---|
| 0 | No me critico ni me culpo más de lo habitual            |
| 1 | Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo |
| 2 | Me critico a mí mismo por todos mis errores             |
| 3 | Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.        |

### 9. Pensamientos o deseos suicidas

- |   |   |
|---|---|
| 0 | No tengo ningún pensamiento de matarme.             |
| 1 | He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría |
| 2 | Querría matarme                                     |
| 3 | Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.    |

### 10. Llanto

- |   |  |
|---|--|
| 0 | No lloro más de lo que solía hacerlo.  |
| 1 | Lloro más de lo que solía hacerlo      |
| 2 | Lloro por cualquier pequeñez.          |
| 3 | Siento ganas de llorar, pero no puedo. |

### 11. Agitación

- |   |   |
|---|---|
| 0 | No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.  |
| 1 | Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.   |
| 2 | Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto                          |
| 3 | Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo. |



## Continuidad Modelo Test de Depresión de Beck (BDI-2)

### 12. Perdida de interés

- |   |   |
|---|---|
| 0 | No he perdido el interés en otras actividades o personas.   |
| 1 | Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. |
| 2 | He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.  |
| 3 | Me es difícil interesarme por algo.                         |

### 13. Indecisión

- |   |   |
|---|---|
| 0 | Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.              |
| 1 | Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones        |
| 2 | Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. |
| 3 | Tengo problemas para tomar cualquier decisión.                  |

### 14. Desvalorización

- |   |   |
|---|---|
| 0 | No siento que yo no sea valioso                                       |
| 1 | No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme |
| 2 | Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.                  |
| 3 | Siento que no valgo nada.   |

### 15. Perdida de energía

- |   |  |
|---|--|
| 0 | Tengo tanta energía como siempre.                |
| 1 | Tengo menos energía que la que solía tener.      |
| 2 | No tengo suficiente energía para hacer demasiado |
| 3 | No tengo energía suficiente para hacer nada.     |



## Continuidad Modelo Test de Depresión de Beck (BDI-2)

### 16. cambios en los hábitos de sueño

- |    |  |
|----|--|
| 0  | No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.       |
| 1A | Duermo un poco más que lo habitual.                              |
| 1B | Duermo un poco menos que lo habitual.                            |
| 2A | Duermo mucho más que lo habitual.                                |
| 2B | Duermo mucho menos que lo habitual                               |
| 3A | Duermo la mayor parte del día                                    |
| 3B | Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme |

### 17. Irritabilidad

- |   |  |
|---|--|
| 0 | No estoy tan irritable que lo habitual.    |
| 1 | Estoy más irritable que lo habitual.       |
| 2 | Estoy mucho más irritable que lo habitual. |
| 3 | Estoy irritable todo el tiempo.            |

### 18. Cambios en el apetito

- |    |  |
|----|--|
| 0  | No he experimentado ningún cambio en mi apetito. |
| 1A | Mi apetito es un poco menor que lo habitual      |
| 1B | Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.     |
| 2A | Mi apetito es mucho menor que antes.             |
| 2B | Mi apetito es mucho mayor que lo habitual        |
| 3A | No tengo apetito en absoluto.                    |
| 3B | Quiero comer todo el día.                        |



## Continuidad Modelo Test de Depresión de Beck (BDI-2)

### 19. Dificultad de concentración

- |   |   |
|---|---|
| 0 | Puedo concentrarme tan bien como siempre.                 |
| 1 | No puedo concentrarme tan bien como habitualmente         |
| 2 | Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. |
| 3 | Encuentro que no puedo concentrarme en nada.              |

### 20. Cansancio o fatiga

- |   |  |
|---|--|
| 0 | No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.                                       |
| 1 | Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.                                   |
| 2 | Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.     |
| 3 | Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer. |

### 21. Pérdida de interés en el sexo

- |   |  |
|---|--|
| 0 | No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. |
| 1 | Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.     |
| 2 | Estoy mucho menos interesado en el sexo.                       |
| 3 | He perdido completamente el interés en el sexo.                |

Puntaje Total: \_\_\_\_\_

Fuente: adaptación propia. Tomado de Psicoterapia , 2012



## Modelo Test de Ansiedad de Zung

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de Evaluación: \_\_\_\_\_

Guía para la puntuación de la escala de autovaloración de la ansiedad EAA	NUNCA Ó CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	PUNTAJE
1. Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre	1	2	3	4	
2. Me siento atemorizado sin motivo	1	2	3	4	
3. Me altero o angustio fácilmente	1	2	3	4	
4. Siento como si me estuviera deshaciendo a pedazos	1	2	3	4	
5. Creo que todo esta bien y que no va a pasar nada malo.	4	3	2	1	
6. Me tiemblan los brazos y las piernas.	1	2	3	4	
7. Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda	1	2	3	4	
8. Me siento débil y me canso fácilmente	1	2	3	4	
9. Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto	4	3	2	1	
10. Siento que el corazón me late más rápido	1	2	3	4	
11. Sufro de mareos	1	2	3	4	
12. Me desmayo o siento que me voy a desmayar	1	2	3	4	



### Continuidad Modelo Test de Ansiedad de Zung

13. Puedo respirar fácilmente	4	3	2	1
14. Se me adormecen las manos y los dedos	1	2	3	4
15. Sufro dolores de estomago e indigestión	1	2	3	4
16. Orino con mucha frecuencia	1	2	3	4
17. Generalmente tengo las manos secas y calientes	4	3	2	1
18. La cara se me pone caliente y roja.	1	2	3	4
19. Duermo fácilmente y descanso bien por las noches.	4	3	2	1
20. Tengo pesadillas	4	3	2	1

Fuente: Murillo, 2019)





Modelo Test QOL- O

INFORMACION DEMOGRAFICA

A continuación, se presentan algunas preguntas sobre usted.

1. ¿Qué tipo de ostomía tienes? (Marque (√) todo lo que corresponda)  
ileostomía \_\_\_\_\_ colostomía \_\_\_\_\_ derivación urinaria \_\_\_\_\_
2. Si tiene una colostomía, ¿es permanente? \_\_\_\_\_ o temporal? \_\_\_\_\_
3. Si tiene una derivación urinaria, ¿usa bolsa en todo momento? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_
4. ¿Qué enfermedad o diagnóstico motivó su necesidad de una ostomía? \_\_\_\_\_
5. Si el cáncer fue el motivo de su ostomía, especifique el tipo de cáncer.  
\_\_\_\_\_
6. ¿Durante cuántos meses / años ha tenido su ileostomía? \_\_\_\_\_ colostomía? \_\_\_\_\_ ¿derivación urinaria? \_\_\_\_\_
7. ¿Cuál es su género? Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_
8. Cual es tu edad actual? \_\_\_\_\_
- 9 ¿Cuál es su altura? \_\_\_\_\_
10. Cual es tu peso actual? \_\_\_\_\_
11. Cual es tu etnia?  
Afroamericano \_\_\_\_\_ Indio americano \_\_\_\_\_ Asiático \_\_\_\_\_ Negro \_\_\_\_\_  
Caucásico \_\_\_\_\_ Hispano \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
especifique \_\_\_\_\_
12. ¿Cuál era su estado civil antes de la cirugía de su ostomía?  
Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_
13. ¿Cuál es su estado civil ahora?  
Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_



Continuidad Modelo Test QOL- O

Para las siguientes preguntas, responda NO, SÍ o NA (NO APLICABLE) colocando un cheque marque (✓) en la columna correspondiente

ARTICULOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO	SÍ	NO	N/A
14. ¿Trabaja a tiempo completo?			
15. ¿Trabaja a tiempo parcial?			
16. ¿Estas jubilado?			
17. ¿Trabaja en la misma ocupación que tenía antes de su ostomía?			
18. ¿Si no está trabajando en la misma ocupación que antes de su ostomía, fue el cambio relacionado con tener una ostomía?			



Continuidad Modelo Test QOL- O

Seguro de Salud	SI	NO	N/A
19. ¿Tiene actualmente seguro médico?			
20. ¿Ha tenido dificultades para obtener un seguro médico?			
21. ¿Ha tenido dificultades para mantener su seguro médico?			
22. ¿Su seguro paga todos los costos de los suministros de ostomía?			
23. ¿Su seguro paga parte de los costos de sus suministros de ostomía?			
Actividad Sexual	SI	NO	N/A
24. ¿Era sexualmente activo antes de la ostomía?			



Continuidad Modelo Test QOL- O

25. ¿Ha reanudado la actividad sexual desde que se sometió a la ostomía?			
26. ¿Tu actividad sexual es satisfactoria?			
27. Si es hombre, ¿tiene algún problema para lograr una erección o mantener una ¿erección?			
Apoyo Psicológico/ Preocupaciones	SI	NO	N/A
28. ¿Estuvo deprimido después de la ostomía?			
29. Desde que se sometió a su ostomía, ¿alguna vez ha considerado o intentado ¿suicidio?			
30. ¿Pertenece a un grupo de apoyo para ostomías?			



Continuidad Modelo Test QOL- O

31. ¿Pertenece a otro tipo de grupo de apoyo?			
32. ¿Ha tenido la oportunidad de hablar con alguien más que iba tener o tener una nueva ostomía?			
Ropa	SI	NO	N/A
33. ¿La ubicación de su ostomía le causa problemas?			
34. ¿Ha cambiado el estilo de ropa que usa debido a su ostomía?			
Dieta	SI	NO	N/A
35. ¿Ajusta su dieta debido a su ostomía?			
36. ¿Cambia su dieta para evitar pasar gases en público?			



Continuidad Modelo Test QOL- O

Responda las siguientes preguntas en relación con el tiempo transcurrido desde la cirugía de su ostomía. Sus opciones son MESES, AÑOS o NUNCA. Coloque una marca de verificación (√) en la columna correspondiente

	Meses	Años	Nunca
37. ¿Cuánto tiempo pasó antes de que se sintiera cómodo con su ostomía diaria? ¿cuidado?			
38. ¿Cuánto tiempo pasó antes de que se sintiera cómodo con su dieta?			
39. ¿Cuánto tiempo pasó antes de que volviera el apetito?			
Para las siguientes preguntas, responda NO, SÍ o NA (NO APLICABLE, lo que significa que no beba ni coma estos alimentos) colocando una marca de verificación (√) en la columna correspondiente			
Grupos de Comida	SI	NO	N/A



Continuidad Modelo Test QOL- O

40.Evito beber bebidas carbonatadas.			
41.Evito comer productos lácteos.			
42.Evito comer frutas.			
43.Evito comer bocadillos.			
44.Evito comer verduras			
A continuación, se presentan algunas preguntas relacionadas con el cuidado de su ostomía. Escriba sus respuestas.			
45. En promedio, ¿cuánto tiempo se tarda en realizar el cuidado diario de su ostomía? _____			
46. Si usa una bolsa, identifique el nombre de la marca. _____			
47. Si usa una bolsa Y ha tenido algún problema con ella, explique cuáles son esos problemas son / fueron.			



## Continuidad Modelo Test QOL- O

Direcciones: Nos interesa saber cómo la experiencia de tener una ostomía afecta su calidad de vida.

Responda todas las siguientes preguntas basándose en su vida en este momento.

Encierre en un círculo el número del 0 al 10 que mejor describa sus experiencias. Por ejemplo:

¿Qué tan difícil es para ti subir escaleras?

Nada difícil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremadamente difícil

Dar vueltas (2) significa que tiene alguna dificultad, pero no mucha, para subir escaleras.

En relación con su ostomía, ¿en qué medida los siguientes son un problema para usted?

1.Fuerza física

ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

2.Fatiga

ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

3.Piel que rodea la ostomía

ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

4.Trastornos del sueño

ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

5.Dolores o molestias

ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

6.Gas

ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

7.Olor

ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

Continuidad Modelo Test QOL- O

8.Estreñimiento



ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

9. Diarrea

ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

10. Fugas de la bolsa (o alrededor del aparato)

ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

11. Bienestar físico general

ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

12. ¿Qué tan difícil ha sido para usted adaptarse a su ostomía?

para nada

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho

13. ¿Qué tan útil te sientes?

para nada

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho

14. ¿Cuánta satisfacción o disfrute en la vida siente?

ninguno en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho

15. ¿Cuánto le da vergüenza su ostomía?

para nada

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremadamente

avergonzado

16. ¿Qué tan buena es su calidad de vida en general?

extremadamente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 excelente

pobre

17. ¿Cómo es tu capacidad para recordar cosas?

extremadamente pobre 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 excelente

18. ¿Qué tan difícil es mirar su ostomía?

para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremadamente difícil

19. ¿Qué tan difícil es para usted cuidar su ostomía?

para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremadamente difícil

Continuidad Modelo Test QOL- O



20. ¿Sientes que tienes el control de las cosas en tu vida?  
para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente
21. ¿Qué tan satisfecho estás con tu apariencia?  
para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremadamente satisfecho
22. ¿Cuánta ansiedad tienes?  
ninguno en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 grave
23. ¿Cuánta depresión tienes?  
ninguno en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 grave
24. ¿Tiene miedo de que su enfermedad regrese?  
para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremadamente temeroso
25. ¿Tiene dificultad para conocer gente nueva?  
para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremadamente difícil
26. ¿Cuánta carga financiera resultó de su enfermedad o tratamiento?  
ninguno en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremo
27. ¿Qué tan angustiada ha sido su enfermedad para su familia?  
para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremadamente angustiada
28. ¿Cuánto interfiere su ostomía con su capacidad para viajar?  
para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente
29. ¿Su ostomía ha interferido con sus relaciones personales?  
para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente
30. ¿Cuánto aislamiento causa su ostomía?  
Ninguno 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho
31. ¿Es suficiente el apoyo de amigos y familiares para satisfacer sus necesidades?  
para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremadamente
32. ¿Su ostomía ha interferido con sus actividades recreativas / deportivas?  
para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho

Continuidad Modelo Test QOL- O

33. ¿Su ostomía ha interferido con sus actividades sociales?

para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho

34. ¿Su ostomía ha interferido con su capacidad para tener intimidad?

para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho

35. ¿Tiene suficiente privacidad en casa para realizar el cuidado de su ostomía?

para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho

36. ¿Tiene suficiente privacidad cuando viaja para realizar el cuidado de su ostomía?

para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho

37. ¿Cuánta incertidumbre sientes sobre tu futuro?

ninguno en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremo

38. ¿Sientes una razón para estar vivo?

para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho

39. ¿Tiene una sensación de paz interior?

para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho

40. ¿Qué tan esperanzado te sientes?

para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremadamente

41. Es el apoyo que recibe de actividades espirituales personales como la oración o la mediación, suficiente para satisfacer sus necesidades?

para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente

42. ¿Es el apoyo que recibe de actividades religiosas como ir a la iglesia o la sinagoga suficiente para satisfacer sus necesidades?

para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente

43. ¿Tener una ostomía ha hecho cambios positivos en su estilo de vida?

para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho

**Fuente:** Grant, Ferrell, Dean, & Uman, 2019



B. Consentimiento Informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**Datos del estudio para el que se otorga el consentimiento:**

Investigador principal: María Fernanda Archila Mendoza

Título proyecto: Estudio Depresión y Ansiedad en pacientes Ostomizados

**Datos del participante/paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_

1. Declaro que he recibido y leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado. 2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo. 3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción. 4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos. 5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

**DOY**

**NO DOY**

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto Firmo por duplicado, quedándome con una copia

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del participante/paciente

C. Visitas Domiciliarias

Imagen No.1

Visita domiciliaria a paciente Ostomizada atendida en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.



Entrevista realizada a la paciente Sonia Ortiz de 59 años de edad quien hace 7 años vivió un ataque donde recibió una herida por proyectil de arma de fuego en el área de la columna lo cual tuvo como resultado una paraplejia, por un año presento incontinencia urinaria y fecal, lo cual era totalmente incomodo y desesperante para ella. Motivo por el cual le fue brindada la opción de recibir una cistostomía y una ileostomía.

Durante la entrevista se realizó la evaluación con los test de depresión de Beck, la paciente obtuvo un puntaje de 9 puntos, lo que se analiza dentro de los limites normales. El test de ansiedad de Zung la clasifica dentro de los rangos normales ya que la paciente obtuvo un total de 42 puntos.

La paciente manifiesta que para ella la bolsita ha sido una maravilla, porque ha hecho de su vida algo más cómodo, ya que por su paraplejia es muy difícil cambiarse de pañal a cada cierto tiempo y solicitar ayuda extra, lo cual la hacía sentir como un peso más para sus hijos, ahora que cuenta con la ileostomía, ella puede hacer sus cambios de bolsa y aseo personal sola en el cuarto.

## Imagen No.2

Visita domiciliaria a paciente Ostomizada atendida en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.



Entrevista realizada a la paciente Sonia García de 57 años de edad quien hace 5 años presento dolor abdominal intenso y generalizado, motivo por el cual consultó y fue estudiada en el Hospital Nacional de Coatepeque, donde fue diagnosticada con cáncer a nivel de sigmoides. Lo cual fue indicación para recibir tratamiento con ileostomía, además de ser referida a INCAN para tratamiento con quimioterapia.

Durante la evaluación con los test de depresión de Beck, la paciente obtuvo un puntaje de 5 puntos, lo que se considera dentro de los límites normales. El test de ansiedad de Zung lo clasifica con una ansiedad leve, ya que el punteo obtenido es de 54 puntos.

Durante la entrevista la paciente manifestó que al recibir la noticia y el tratamiento la hizo sentir triste, desvalorizada, inútil porque no podía levantar ni hacer las mismas actividades que solía realizar, por lo que se encerró en su cuarto por mucho tiempo, su esposo e hija se hacían cargo de ella y le platicaban para que se levantara y saliera a sentar a la sala, no la dejaban dormir por mucho tiempo, adecuaron los alimentos para que no salieran casi enteros o le causaran un olor más fuerte en la bolsa, la llevaron con otros pacientes



Ostomizados donde ella aprendió a cuidar y valorar la bolsa, lo cual ella empezó a ver y decir “ la bolsita es vida”, actualmente se encuentra recibiendo ciclos de quimioterapia y trabajando haciendo ventas de comida con lo que es muy feliz y agradecida con Dios.

### Imagen No.3

Visita domiciliaria a paciente Ostomizada atendida en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.



Entrevista realizada a la paciente América Pinzón Morales de 48 años de edad quien hace 4 años presentó dolor abdominal generalizado, motivo por el cual acudió al Hospital Nacional de Coatepeque donde fue diagnosticada con Cáncer de colon, por lo que requirió tratamiento con Ileostomía y ciclos de quimioterapia.

Durante la entrevista se realizaron los test de depresión de Beck, la paciente obtuvo un puntaje de 9 puntos, lo que se analiza dentro de los límites normales. Y el test de ansiedad de Zung lo clasifica con una ansiedad leve ya que la paciente obtuvo un total de 50 puntos.

La paciente manifestó que al inicio del tratamiento el principal problema fue el cuidado de la bolsa, no tenía conocimiento alguno, lo que la llevo a sufrir de irritación en la piel periostomal, lo que la desanimaba cada vez más, tuvo pensamientos negativos y de culpa como “¿Por qué me pasa esto solo a mí?, porque solo a mí, hasta cuando se ira a terminar esto, entre otros. Conforme fue a sus citas al hospital y se refirió a grupos de apoyo, empezó a tener amistades con el mismo problema, a escuchar consejos para el





---

cuidado de la ostomía, como mejorar su dieta para evitar malos olores o ver comida casi completa en la bolsa. Entre muchas otras cosas, que fueron cambiando y mejorando, por lo que actualmente acepta su nueva imagen con la bolsa, se adapta a su tipo de dieta, continua con sus ciclos de quimioterapia y espera poder volver a trabajar.

Imagen No.4

Visita domiciliaria a paciente Ostomizada atendida en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Coatepeque “Juan José Ortega”, en el periodo de marzo a noviembre de 2019.



Entrevista realizada al paciente Rodolfo De León Bámaca de 56 años de edad quien inicio hace 1 año con vómitos de contenido sanguinolento en abundante cantidad, por lo que consulto al Hospital Nacional de Coatepeque, donde fue estudiado y diagnosticado con cáncer de colon, motivo por el cual decidieron darle tratamiento con la realización de colostomía y referirlo a INCAN para quimioterapia. Durante la evaluación con los test de depresión de Beck, el paciente obtuvo un puntaje de 26 puntos, lo que se analiza como una depresión moderada, lo cual es relativo a la falta de cuidado personal evidente, la pérdida de apetito y la falta de interés por continuar en su trabajo y salir con sus amigos, según lo manifestado por el mismo paciente.

El test de ansiedad de Zung lo clasifica con una ansiedad moderada ya que el paciente obtuvo un total de 64 puntos, lo cual con lo platicado con el paciente es debido al miedo que tiene de volver a vomitar contenido hemorrágico en cantidades abundantes y a la pérdida de peso que tuvo últimamente.



UNIVERSIDAD MESOAMERICANA  
FACULTAD DE MEDICINA  
INVESTIGACIÓN

YO, María Fernanda Archila Mendoza con número de Carnet 201516059, Teléfono: 35787918 actualmente realizando la rotación de Pediatría en Hospital Nacional Juan José Ortega de Coatepeque.

**SOLICITO APROBACIÓN**

para realizar investigación del tema, Título: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES OSTOMIZADOS. Subtitulo: Estudio Descriptivo Transversal sobre la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con colostomía e ileostomías atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque en el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2019, para el cual propongo como Asesor a: Licdo. Cristhian Castro teniendo previsto que se lleve a cabo en Hospital Nacional de Coatepeque y abarcará el período de abril de 2019 a enero de 2020.

Quetzaltenango, 12 de febrero de 2019

Cristhian David Castro Muñoz  
Psicólogo Clínico  
C.O. 5708  
*[Firma manuscrita]*  
Firma y sello Asesor Propuesto

*[Firma manuscrita]*  
Firma estudiante

Fecha recepción en la Universidad

Fecha entrega al estudiante

USO DE LA UNIVERSIDAD

TEMA APROBADO

TEMA RECHAZADO

AMPLIAR INFORMACIÓN

OBSERVACIONES:

---



---

Revisor Asignado

*[Firma manuscrita]*  
Vo. Bo. Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda



Por Comité de Investigación

*[Firma manuscrita]*