



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“NIVELES DE ANSIEDAD Y RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO EN
PACIENTES ONCOLÓGICOS”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Pérez Villavicencio, Marco Gabriel

Tutora: Psi. Cl. Valencia Cepeda, María Cristina Mg.

Ambato – Ecuador

Abril, 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Proyecto de Investigación sobre el tema: **“NIVELES DE ANSIEDAD Y RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”** de Pérez Villavicencio Marco Gabriel, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, enero del 2018

LA TUTORA

Ps. Cl. Valencia Cepeda, María Cristina Mg.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: **“NIVELES DE ANSIEDAD Y RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, enero del 2018

EL AUTOR

Pérez Villavicencio, Marco Gabriel

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, enero del 2018

EL AUTOR

Pérez Villavicencio Marco Gabriel

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“NIVELES DE ANSIEDAD Y RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”**, de Marco Gabriel Pérez Villavicencio, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, abril del 2018

Para constancia firman:

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

A mis padres Marco y Margarita por ser el pilar fundamental en mi formación personal y profesional y además por ser mi apoyo y soporte en mi educación, por ser incondicionales motivándome, aconsejándome y respetando mis decisiones, siendo ejemplos de valentía, humildad, dedicación, perseverancia.

A mi familia Villabril por su apoyo incondicional, por sus consejos y por darme ánimos para ser mejor cada día.

A mis amigos de la Universidad Christian, Marlon, David, William, Stuart, Alejita, Elyta, Pamela, Andy gracias por su apoyo incondicional y por las vivencias, risas y anécdotas que hemos compartido juntos. De igual forma a Stephanie por ser incondicional en los buenos y malos momentos, alentándome a persistir y luchar por lograr mis metas.

Marco Gabriel Pérez Villavicencio

AGRADECIMIENTO

A Dios por todas las bendiciones recibidas.

Agradezco a mi alma mater la Universidad Técnica de Ambato por ser parte de mi formación profesional.

Al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Unidad Oncológica Solca que, por medio de sus directivos y personal administrativo, me brindaron y me dieron la apertura necesaria para realizar mi investigación.

A los docentes de la carrera de Psicología Clínica en especial a la Ps. Cl. Mayra Rodríguez, Ps. Cl. Fanny Gavilanes, Ps. Cl. Fernanda Flores, Ps. Cl. Javier López, Ps. Cl. Yanet Díaz y Ps. Cl. Juan Sandoval, Ps. Cl. Carolina García y Dra. Sandra Villacís quienes estuvieron siempre a mi lado apoyándome, alentándome, guiándome y sobre todo formándome de manera profesional y personal.

Agradezco de manera especial a mi tutora Ps. Cl. María Cristina Valencia Cepeda por la paciencia y la dedicación para realizar el presente trabajo, su tiempo, su apoyo y guía, sus consejos, su confianza puesta en mí.

Índice de contenidos

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA.....	2
1.1 Tema.....	2
1.2 Planteamiento del Problema.....	2
1.2.1 Contexto.....	2
1.2.2 Formulación del problema.....	11
1.3 Justificación.....	11
1.4 Objetivos.....	12
1.4.1 Objetivo General.....	12
1.4.2 Objetivos Específicos.....	13
CAPÍTULO II.....	14
MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 Estado del Arte.....	14
Niveles de ansiedad.....	14

Respuestas de afrontamiento.....	18
2.2 Fundamento Teórico.....	21
Ansiedad.....	21
Clasificación de la ansiedad.....	23
Semiología de la ansiedad.....	25
Modelo cognitivo de Beck.....	28
Respuestas de afrontamiento.....	30
Clasificación de las estrategias de afrontamiento.....	31
División de las respuestas de afrontamiento.....	34
Tipos de respuestas de afrontamiento cognitivas y conductuales.....	34
Modelo transaccional de Coping.....	35
Estrés.....	40
2.3 Hipótesis o Supuestos.....	41
CAPÍTULO III.....	42
MARCO METODOLÓGICO.....	42
3.1 Nivel y Tipo de Investigación.....	42
3.2 Selección del área o ámbito de estudio.....	42
3.3 Población.....	42
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	43
3.5 Diseño muestral.....	43
3.6 Operacionalización de Variables.....	45
3.7 Descripción de reactivos.....	49
3.8 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información.....	51
3.9 Aspectos éticos.....	52

CAPÍTULO IV.....	56
ANÁLISIS E INTEPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	56
4.1. Análisis e interpretación de HAS Escala de Ansiedad de Hamilton.....	56
4.2. Análisis e interpretación de CRI-A Inventario de Respuestas de Afrontamiento para adultos.....	57
4.3. Verificación de Hipotesis.....	61
CAPÍTULO V.....	66
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	66
5.1 Conclusiones.....	66
5.2 Recomendaciones.....	68
Referencias bibliográficas.....	69
Bibliografía.....	69
Linkografía.....	71
Referencias bibliográficas de la base de datos UTA.....	76

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de niveles de ansiedad.....	45
Tabla 2. Operacionalización de respuestas de afrontamiento.....	47
Tabla 3. Análisis general de frecuencia y porcentaje de los niveles de Ansiedad.....	56
Tabla 4. Análisis general de Respuestas de Afrontamiento Cognitivo.....	57
Tabla 5. Análisis general de Respuestas de Afrontamiento Conductual.....	59
Tabla 6. Correlación de Pearson Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento Cognitivo.....	61
Tabla 7. Tabla de Contingencias Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento Cognitivo.....	62
Tabla 8. Correlación de Pearson Niveles de Ansiedad con Respuestas de Afrontamiento Conductual.....	63
Tabla 9. Tabla de Contingencias Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento Conductual.....	64

Índice de figuras

Figura 1. Modelo Cognitivo para Ansiedad de Beck.....	28
Figura 2. Modelo transaccional de Coping de Rudolf Moos.....	35
Figura 3. Análisis general de los Niveles de Ansiedad.....	56
Figura 4. Análisis general de Respuestas de Afrontamiento Cognitivo.....	58
Figura 5. Análisis general de Respuestas de Afrontamiento Conductual.....	60
Figura 6. Relación entre Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento Cognitivas.....	63
Figura 7. Relación entre Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento Conductuales.....	65

Índice de Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado.....	78
Anexo 2. Ficha de Selección de la Población.....	79
Anexo 3. Escala de Ansiedad de Hamilton.....	80
Anexo 4. Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A)	82

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
“NIVELES DE ANSIEDAD Y RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO EN
PACIENTES ONCOLÓGICOS “

Autor: Pérez Villavicencio, Marco Gabriel

Tutora: Ps. Cl. Valencia Cepeda, María Cristina Mg.

Fecha: Enero, 2018

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre los niveles de ansiedad y las respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos del Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Unidad Oncológica Solca de la provincia de Tungurahua, estuvo conformada por 100 pacientes postquirúrgicos del género femenino con edades comprendidas entre 30 a 40 años. Los reactivos aplicados fueron la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A). Vale la pena mencionar que los niveles de ansiedad influyen en las respuestas de afrontamiento, estableciendo que a mayor nivel de ansiedad es menor la respuesta de afrontamiento y a menor nivel de ansiedad es mayor la respuesta de afrontamiento, además, se concluyó que las respuestas de afrontamiento con mayor prevalencia en el afrontamiento cognitivo es la aceptación y resignación, en cuanto para el afrontamiento conductual es la descarga emocional, ambas son estrategias de evitación, en el cual se mantienen centrados en una emoción y refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicaciones, o para manejar el efecto asociado al mismo.

PALABRAS CLAVES: ANSIEDAD, RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO, PACIENTES ONCOLÓGICOS, COGNITIVO, CONDUCTUAL

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**“ANXIETY LEVELS AND COPING RESPONSES IN ONCOLOGICAL
PATIENTS”**

Author: Pérez Villavicencio, Marco Gabriel

Tutor: Ps. Cl. Valencia Cepeda, Maria Cristina Mg.

Date: January, 2018

SUMMARY

The present investigation was designed to determine the relation between anxiety levels and coping responses in oncology patients at Dr. Julio Enrique Paredes C. Hospital Solca Oncology Unit Solca of the province of Tungurahua, was conformed of 100 postsurgical patients of the female gender with ages between 30 to 40 years. The reagents applied were Hamilton Anxiety Scale and the Coping Response Inventory for adults (CRI-A). It is worth mention that the levels of anxiety influence coping responses, establishing that the higher the level of anxiety the less the coping response and the lower the level of anxiety the greater the coping response, in addition, it was concluded that coping responses with more prevalence in cognitive coping is acceptance and resignation, as for the behavioral coping is the emotional discharge, both are avoidance strategies, in which they stay focused in an emotion and reflect cognitive and behavioral attempts to avoid thinking about a stressor and its implications, or to manage the effect associated with it.

KEYWORDS: ANXIETY, COPING RESPONSES, ONCOLOGY PATIENTS, COGNITIVE, BEHAVIOR.

INTRODUCCIÓN

Ecuador muestra una de las tasas más altas en Latinoamérica de cáncer de tiroides, aunque reporta una baja mortalidad y un pronóstico favorable afectando en mayor grado a las mujeres por las variaciones hormonales y alteraciones en la autoinmunidad durante las diferentes etapas de la vida.

Además, al hablar sobre respuestas afrontamiento, se hace referencia a la forma como los seres humanos responden a circunstancias externas o internas, según como sean evaluadas por ellos mismos, se puede decir, que en el momento en que una persona se enfrenta a una situación excedente de su alcance, en este caso la enfermedad crónica, se ponen de manifiesto todas las habilidades y capacidades del sujeto para hacerle frente. La adaptación a esta nueva condición de vida tanto para las pacientes como para sus familias implica un esfuerzo psicológico para aceptar el diagnóstico, los trámites para la atención clínica, el sometimiento a exámenes o exploraciones médicas, consultas con el especialista y el tratamiento con todos sus efectos colaterales que casi siempre resultan aversivos.

Es en el transcurso de esta investigación se evidencian las respuestas de afrontamiento que cada paciente emplea para enfrentar la enfermedad todo esto con el fin de alcanzar el equilibrio o bien para disminuir la ansiedad producida por el evento estresante.

El propósito de entender este estudio de manera más profunda se realizó una investigación orientada a identificar el nivel de ansiedad en las respuestas de afrontamiento más empleadas por un grupo de mujeres de la Unidad Oncológica SOLCA y a partir de los hallazgos será fue posible elaborar una propuesta de intervención psicológica orientada a fortalecer las respuestas de afrontamiento favorecedoras del proceso de recuperación de las pacientes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos.

1.2 Planteamiento del Problema

1.2.1 Contexto

Niveles de Ansiedad

En datos estadísticos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) en 12 países (Australia, Dinamarca, Inglaterra, Noruega, Finlandia, Italia Francia, Escocia, Suecia, Japón, Corea, y Estados Unidos) los estudios estiman que más de 470.000 mujeres y 90.000 hombres podrían haber sido diagnosticados de cáncer de tiroides. Además, en una población de los Estados Unidos se estima que para el año 2018 se diagnosticarían aproximadamente 64.000 pacientes nuevos con cáncer de tiroides, comparado con más de 240.000 pacientes con cáncer de mama y 135.000 pacientes con cáncer de colon. Sin embargo, menos de 2.000 pacientes mueren de cáncer de tiroides cada año. En el año 2013, el último año para el cual se dispone de estadísticas, más de 630.000 pacientes vivían con cáncer de tiroides en los Estados Unidos.

En la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO, 2014) de Alemania se reportaron que casi un tercio de los más de 2.100 pacientes con cáncer entrevistados en centros de atención hospitalaria y ambulatoria experimentaron un nivel clínicamente significativo de angustia mental o emocional que cumple con los estrictos criterios diagnósticos para trastornos mentales incluyendo trastornos de ansiedad, cabe indicar que la prevalencia de estos problemas variaba según el tipo de cáncer. Dentro

del estudio se encontró que la mayor prevalencia se localiza entre los pacientes con cáncer de tiroides con un 42% y cáncer de mama con el 41%, la menor prevalencia se observó entre los pacientes con cáncer de próstata con el 22%, cáncer de estómago con el 21% y cáncer de páncreas con un 20%.

El Instituto Nacional de Cáncer (INCAN, 2015) de México efectuó un informe estadístico para detectar los niveles de ansiedad que presentan los pacientes al ser diagnosticados con cáncer, empleando el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) también a la subescala de ansiedad de HADS, y con la participación de 250 pacientes del INCAN, de los cuales 112 eran mujeres y 138 eran hombres, con un promedio de edad de $46,6 \pm 14,3$ años, en los cuales se halló síntomas como: preocupación, miedo o temor, anticipación de peligro o amenaza, palpitaciones, enuresis, sequedad de boca y sudoración excesiva.

Asimismo el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñís (INPRFM, 2015) de México diseñó un informe estadístico para detectar los síntomas de ansiedad que se encuentran entre los principales problemas de salud mental en pacientes con cáncer de tiroides. Estos síntomas afectan la adherencia al tratamiento, y están asociados con otros síntomas y estancias hospitalarias más largas, durante la investigación se emplearon instrumentos psicométricos como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, en el cual participaron 400 pacientes los cuales 226 eran mujeres y 174 hombres, con una edad media de $47,4 \pm 14,1$ años.

Respuestas de Afrontamiento

El Instituto Valenciano de Oncología (IVO, 2015) de España desarrolló un estudio descriptivo conformado por 150 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, quienes fueron evaluadas la semana de haber sido intervenidas quirúrgicamente. Se empleó el

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) obteniendo como resultado en la escala de búsqueda de apoyo social un 50% para los 11 ítems que la componen, la escala de evitación un 20% en sus 11 ítems y la de solución de problemas con 30% en sus de 11 ítems.

Del mismo modo el Complejo Asistencial de Salamanca (CASALAMANCA, 2014) de España utilizó el cuestionario de afrontamiento del dolor crónico (CAD) en la que participaron 103 pacientes oncológicos que padecen dolor crónico. Resultando la distracción como la estrategia de afrontamiento que menos utilizan, las 6 estrategias de afrontamiento según orden de utilización decreciente quedan de la siguiente manera: autoafirmación, religión, búsqueda de información, catarsis, autocontrol mental y distracción.

El Instituto Nacional de Oncología Médica (INOM, 2013) de México publicó un informe estadístico sobre los estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de tiroides, en el que participarían 33 pacientes en tratamiento y 28 en seguimiento del servicio de Oncología Médica. Se utilizó el instrumento de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, entre los resultados se identificaron los estilos: dirigido al problema, flexibilidad, pensamiento mágico y revaloración positiva, siendo mayores en el grupo de seguimiento y tratamiento.

De igual manera el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS, 2014) de México realizó un estudio descriptivo y de correlación, en el que participarían 98 pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides, el promedio de la edad fue de 57+12 años, el sentimiento más prevalente al establecer el diagnóstico, fue el temor en el 28,6%, seguido de la tristeza 23,5%; y las estrategias de afrontamiento que presentaron alto

puntaje fueron la resolución de problemas, el apoyo social, y pensamiento desiderativo; y los más bajos la retirada social y la autocrítica.

Niveles de Ansiedad

La Sociedad Latinoamericana de Oncología Pediátrica (SLAOP, 2015) de Chile en sus estudios sobre el cáncer y su incidencia en quienes padecen esta enfermedad catastrófica, el cual es una de las principales causas de muerte, esta enfermedad constituye una situación grave y estresante provocando estados emocionales que generan malestar psicológico como ansiedad, el estudio planteo como objetivo de investigación evaluar los síntomas ansiosos en pacientes con cáncer, controlando las variables de sexo, edad y tiempo transcurrido desde el diagnóstico, y para el cual se empleó el inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger, en el que participarían 65 personas (36 de sexo masculino y 29 de sexo femenino), en los resultados se encontraron diferencias en ansiedad estado y el tiempo transcurrido desde el momento de ser diagnosticado.

El Seguro Social de Salud (ESSALUD, 2014) de Perú su investigación en temáticas como el cáncer y ansiedad, el cual tenía como objetivo primordial buscar la relación existente entre estas dos variables en pacientes oncológicos, para el desarrollo de la investigación la muestra estuvo conformada por 66 pacientes ambos sexos (22 hombres y 44 mujeres), obteniendo como resultado que el cáncer si tiene relación con la ansiedad y dentro de la muestra conformada el género femenino mantiene un índice más elevado de ansiedad a diferencia del género masculino.

El Instituto de Biomedicina (IB, 2013) de Venezuela elaboró un informe en la que se evaluó la presencia de ansiedad empleando el Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo de Spielberger, en el que participaron 26 pacientes con cáncer de tiroides con edad

promedio de 48 ± 11 años. Para el estudio, ocho pacientes participaron durante 5 días en un programa de intervención psicosocial, y se midió ansiedad antes y una semana después de participar en el programa, en este grupo estaba integrado por mujeres con diferentes tipos de diagnóstico, asimismo, en el grupo de pacientes había mujeres que solo habían sido sometidas a cirugía, mientras que otras además habían recibido quimioterapia, pero en este caso, hacía por lo menos 3 meses que no recibían el tratamiento. Con respecto a la frecuencia de ansiedad cabe destacarse que el 53% de las pacientes presentó simultáneamente ansiedad estado y ansiedad rasgo.

El Instituto Nacional de Cancerología (INC, 2015) de Colombia desarrolló un estudio descriptivo, cuyo objetivo fue determinar los índices de malestar emocional, ansiedad, depresión y examinar su relación con la competencia percibida en pacientes con cáncer, en el que participaron 42 pacientes, a los cuales se les empleó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y la Escala de Competencia Percibida, para dicho estudio se consideró la edad promedio de 49 ± 10.6 años, y el diagnóstico más frecuente fue de cáncer de tiroides 83.9%, el resto de diagnósticos se dividen en patologías de mama, colon y pulmón; las puntuaciones en malestar emocional, ansiedad y depresión fueron bajas-medias, y las de CP fueron moderadas.

Respuestas de Afrontamiento

En datos estadísticos ofrecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013) en tres países (Brasil, Paraguay y Uruguay) en un estudio sobre las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer, en la cual se aplicó el Cuestionario de Afrontamiento del Dolor Crónico a una muestra de 300 personas con cáncer de diversa etiología, obteniendo como resultado que las personas utilizan estrategias adaptativas relacionadas con las categorías: esperanza, autoinstrucciones,

distracción cognitiva, es decir la confianza, la ayuda y la visión de un futuro sin dolor; se destacan como conductas desadaptativas la castrofización y fe y plegarias.

En el Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU, 2013) de Colombia se estudió las estrategias de afrontamiento en pacientes afectadas por cáncer de tiroides, contando con una población de 24 mujeres, cuyas edades oscilaban entre los 34 y 64 años, en este grupo de pacientes el 70% fue sometido a la cirugía con el propósito de controlar la enfermedad y el 30% restante no pasó por dicho procedimiento, fue empleada la Escala de Estrategias de Coping Modificada, las cuales evaluaron estrategias de afrontamiento, obteniendo como resultados en que las estrategias de afrontamiento más empleadas por el grupo fueron la religión, la solución de problemas, negación y evitación cognitiva, en cuanto a las estrategias de afrontamiento menos empleadas fueron la autonomía, expresión de la dificultad de afrontamiento y finalmente la reacción agresiva.

El Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA, 2013) de Argentina en su estudio sobre pacientes con cáncer cuyo objetivo fue detectar las estrategias de afrontamiento en este tipo de pacientes, para lo cual fue administrado el Inventario de Respuestas de Afrontamiento, contando con 79 pacientes con una media de 55 años y quienes se encontraban en la realización de alguno de los siguientes tratamientos de quimioterapia, tales como, pulmón, colon, tiroides, mama y piel; obteniendo como resultado utilizando en su mayoría las respuestas de afrontamiento fueron menos empleadas, a excepción de las respuestas de análisis lógico y descarga emocional las cuales son las dos más utilizadas.

En el Hospital de la Frontera (UFRO, 2014) de Chile se seleccionó una muestra por conveniencia de 25 mujeres que se encontraban asistiendo a la corporación contra el

cáncer de tiroides, el instrumento empleado fue el Inventario de Estrategias de Afrontamiento formado por 40 ítems, el mismo que evalúa el grado de utilización de estrategias de afrontamiento activo y de afrontamiento pasivo y se encuentra compuesto por 8 escalas primarias, de las cuales cuatro corresponden a estrategias de afrontamiento activas y cuatro a estrategias de afrontamiento pasivas. Es posible apreciar dos estrategias de afrontamiento activo (apoyo social y reestructuración cognitiva) y dos estrategias de afrontamiento pasivo (autocrítica y retirada social).

Niveles de Ansiedad

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2015) el Ecuador exhibe una de las tasas anuales más altas de cáncer en Latinoamérica 16 por cada 100.000 habitantes, en las provincias de Manabí y el Oro reportan 31 mujeres de cada 100.000 casos de cáncer de tiroides. Los resultados demuestran que entre los tratamientos más comunes están la cirugía, el tratamiento con yodo radiactivo, terapia de hormona tiroidea, radioterapia con haces externos y quimioterapia, en estudios se han usado la Escala de Ansiedad hospitalaria, y se observó que la radioterapia genera un empeoramiento clínico de la ansiedad que se manteniendo un aumento significativo antes durante y después del procedimiento invasivo.

En la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA, 2013) en la ciudad de Loja se registraron 3.673 egresos hospitalarios de tumor maligno de tiroides, además, las estadísticas indican que las mujeres afectadas con cáncer de tiroides acuden al hospital en etapas tempranas y esto aumenta la probabilidad de salvar sus vidas, en cambio el cáncer de seno es la principal causa de muerte y 14 de cada 100 ecuatorianas murieron de cáncer. En esta ciudad es una de las de mayor incidencia en cáncer de tiroides en el

Ecuador, indicando que 26 de cada 100.000 lojanas fueron diagnosticadas con este tipo de cáncer.

El Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS, 2015) de la ciudad de Cuenca en su estudio para determinar la prevalencia y los factores de riesgo de ansiedad en pacientes con cáncer, llevado a cabo en 365 pacientes hospitalizados con diagnóstico de cáncer, en el cual se utilizó la escala para ansiedad hospitalaria, y un formulario sociodemográfico, la media de edad fue de 60 años, la prevalencia de ansiedad fue de 21,1% y el tipo de cáncer más frecuente fue el de tiroides con el 17%; el tratamiento más frecuente quimioterapia con el 54,8%; de igual manera el 54,8% de los pacientes poseían el diagnóstico entre 0 a 11 meses; el 20% de la población vivía sola con un 50,1% de apoyo familiar.

En el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (HTMC, 2014) de la ciudad de Guayaquil se produjeron 940 defunciones a causa del cáncer, de ellas 106 corresponde a cáncer de tiroides. Este tumor ocupa el primer lugar en prevalencia en mujeres. El nivel de instrucción como un elemento que refleja la condición socio económica del paciente refuerza la conocida relación del cáncer de tiroides y la pobreza. La tasa de incidencia en analfabetos es seis veces mayor que la de los que tienen instrucción superior.

Respuestas de Afrontamiento

La Fundación Jóvenes contra el Cáncer (FJCC, 2016) de la ciudad de Quito en su informe estadístico identificó los estilos de afrontamiento de pacientes oncológicos, se empleó el inventario de recursos de afrontamiento Coping Resources Inventory, obteniendo como resultado en los estilos de afrontamiento se encontró que cerca del 60% de los pacientes tuvo un estilo de afrontamiento superior quienes utilizaron los

recursos emocionales en un 38,6% y los recursos espirituales con un 34,2% para hacer frente a la enfermedad, además, en la mayoría de los pacientes se evidenció un nivel de estilo de afrontamiento superior, los recursos de afrontamiento más utilizados fueron los emocionales y los espirituales.

La Asociación de Enfermos Incurables (AEI, 2014) de ciudad de Cuenca procedió a escoger una población de 20 pacientes terminales con edades estimadas de 30 - 40 años, con el fin de emitir un informe descriptivo en el cual se podrá determinar el estilo de afrontamiento, para el primer objetivo se aplicó el Inventario de Estilos de Afrontamiento, teniendo como resultado el estilo de afrontamiento, expresión emocional abierta, búsqueda de apoyo social, solución de problemas, religión, el estilo focalizado en la solución del problema, el estilo de evitación, reevaluación positiva.

El Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM, 2015) de ciudad de Quito en su estudio descriptivo conformado por 30 pacientes que estuvieron internados en hospitalización el servicio de oncología, se desarrolló en hombres y mujeres. El instrumento utilizado fue el COPE-28, obteniendo como resultados de las estrategias de afrontamiento más frecuentes las que se encuentran centradas en el problema que son afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva, aceptación y el humor; seguido por afrontamiento afectivo integrado por apoyo social, apoyo emocional, desahogo y religión y las centradas en problema, demostrándose la diversidad de estrategias usadas.

El Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón (HAGP, 2013) de la ciudad de Guayaquil realizó su estudio en pacientes con cáncer de tiroides, el instrumento utilizado fue el cuestionario de afrontamiento ante el dolor, en el que participarían un grupo de mujeres entre 35 a 55 años de edad. Como resultados se obtuvieron en la categoría de búsqueda

de apoyo social con un 51%, en cambio, el 49% prefieren aislarse, en el autocontrol mental el 51%, el otro 49% aún tendría que trabajar en esta área, la autoafirmación denota el nivel de 86% respondió de manera positiva, el 14% restante respondió negativamente, en la búsqueda de información el 66% busca información con el objetivo de disminuir el dolor y el 34% busca la información de una manera más confiable a través del médico.

1.2.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son los niveles de ansiedad que predominan en las respuestas de afrontamiento en los pacientes con cáncer de tiroides del Hospital Dr. Julio Enríquez Paredes C. Unidad Oncológica Solca?

1.3 Justificación

La presente investigación estuvo encaminada a determinar la relación entre los niveles de ansiedad y las respuestas de afrontamiento en pacientes de la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua.

Además, se efectúa el estudio debido a que el cáncer provoca un alto nivel de sufrimiento tanto físico como psicológico en los pacientes oncológicos, incluso antes del momento del diagnóstico existe la preocupación y el temor asociado a la expectación de los resultados de los exámenes y todo esto conlleva un sufrimiento emocional. Durante el tratamiento se genera preocupación debido a las expectativas de la eficacia del mismo, el desconocimiento de muchos procesos médicos, las dudas referentes a su enfermedad y los efectos secundarios que se generan, esto en conjunto genera un sufrimiento psicológico en el paciente pudiendo afectar su disposición para realizarse el tratamiento o generarse una actitud negativa hacia el mismo.

El tema es novedoso por cuanto en el lugar no se ha considerado esta problemática y no se han realizado las investigaciones y estudios referentes al mismo y es oportuno, que con este estudio las personas beneficiadas tendrían mejor salud mental, emocional, social y además de verificar sus tipos de respuesta de afrontamiento cognitiva y conductual.

El estudio que se lleva a cabo es trascendental para la sociedad, por el motivo de que la ansiedad en la actualidad es considerada un problema de salud pública que afecta a un elevado porcentaje de la población con una tasa de incidencia y prevalencia, razón más que suficiente para asumirla y afrontarla individualmente para manejar la situación según el caso, con el fin de mejorar el rendimiento, adaptación al medio social, laboral y académico de los pacientes oncológicos, el aporte científico de este trabajo estará basado en el manejo de las respuestas de afrontamiento específicas que influyen en el estado de ansiedad de la población en estudio.

Se considera de vital importancia realizar la presente investigación en función de movilizarse frente a situaciones amenazantes, con el fin de hacer lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo y afrontarlo adecuadamente analizar cuáles son las implicaciones que repercuten en su nivel de ansiedad.

Con la participación de las personas evaluadas y los resultados que se adquieran en esta investigación, se implantan estrategias de promoción, prevención e intervención con el objetivo de promover una mejor calidad de vida y de salud mental en los pacientes oncológicos a través de un mejor entendimiento de su enfermedad.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Identificar la relación entre los niveles de ansiedad y las respuestas de afrontamiento en los pacientes del servicio de Oncología.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar el nivel de ansiedad predominante que tienen los pacientes del servicio de Oncología.
- Analizar las distintas respuestas de afrontamiento de los pacientes del servicio de Oncología.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del arte

Niveles de Ansiedad

Aristizabal y Betancourt (2013) desarrollaron una investigación acerca del cáncer de tiroides y su relación con la ansiedad y depresión en las pacientes que asisten al Hospital Oncológico Padre Machado de Venezuela, evaluando a 40 pacientes con rango de edad de 40 a 50 años, los resultados obtenidos fueron que el 57,5% presentó trastorno de ansiedad y depresión, en un 25% hubo ausencia del trastorno y un 17,5% trastorno no especificado según la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Llegando a la conclusión que el diagnóstico, tratamiento y evolución del cáncer de tiroides es un predictor de ansiedad y depresión.

Moreno, Krikorian y Palacio (2015) en sus estudios sobre el malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes del servicio de psicología de una institución oncológica de Colombia, en el cual contaron con 42 pacientes con edades comprendidas entre los 10 a 50 años de edad y para este estudio se empleó la Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton, del cual se obtuvieron las puntuaciones en malestar emocional, ansiedad y depresión fueron bajas-medias, sin embargo, la correlación entre ansiedad o depresión no fue significativa, concluyendo de tal manera que las creencias de control generales mantienen una relación estrecha con el estado emocional.

Meliz, Feixas y Varlotta (2013) en su estudio para evaluar conflictos cognitivos en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad del Centro de Salud Mental San Joaquín de Chile contando con la participación de 45 pacientes con rango de edad entre los 17 y 57 años, obteniendo como conclusión que el trastorno de ansiedad

diagnosticado con mayor frecuencia fue el Trastorno de Angustia sin Agorafobia, cabe indicar que se excluyeron del grupo control a los sujetos tratamiento psiquiátrico y/o psicológico en el último año y/o que hubieran reflejado sintomatología ansiosa significativa (mayor o igual a 15 puntos) en el Test para la Ansiedad de Hamilton.

Sánchez, Figueroa, Cacho y Robles (2016) en su investigación acerca de la relación entre síntomas autonómicos con niveles de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de tiroides elaborada en México, en el cual les representa como una amenaza debido al estrés que confrontan las mujeres, y en el cual les generan ansiedad, depresión e incluso, desregular el funcionamiento autonómico; para el estudio se evaluaron a 59 mujeres a quienes se les aplicó el perfil de síntomas autonómicos (PSA) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), obteniendo como resultado que el 69% de las mujeres obtuvieron puntajes de moderado a severo para ansiedad y depresión respectivamente; además de una correlación positiva entre ansiedad y depresión.

Ornelas y Delgado (2013) desarrollaron una investigación relacionado con la ansiedad y depresión en pacientes oncológicos y la competencia percibida ejecutada en Argentina , participaron con 216 pacientes mujeres quienes padecían de cáncer de tiroides y se encontraban en tratamiento con quimioterapia, se empleó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, en la que hallaron una prevalencia de ansiedad y depresión, las pacientes que se encontraban deprimidas presentaron más efectos secundarios que las que no lo estaban, además de evidenciar los síntomas físicos de pacientes con cáncer y sus expresiones de ansiedad y depresión.

Neipp, López, Terol y Pastor (2014) elaboraron un estudio en Uruguay acerca de los cambios en las creencias de control, status emocional y adaptación psicosocial en pacientes con cáncer, encontraron que el mejor predictor del estado emocional fue la

creencia en salud, asimismo, las creencias generales y específicas de control tuvieron capacidad predictiva en la adaptación, un estudio adicional llevado a cabo por el mismo grupo de investigadores, acerca de autoeficacia y ansiedad en pacientes crónicos y con cáncer, obtuvieron como resultado una correlación negativa significativa entre ansiedad y autoeficacia, además algunos resultados obtenidos en el estudio correlacionaron de manera inversa con el malestar emocional.

Costa y Ballester (2013) efectuaron una investigación en España sobre la influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico, en la cual se halló una mayor prevalencia de síntomas ansiosos que depresivos en pacientes oncológicos hospitalizados, los cuales tienden a disminuir en la trayectoria de enfermedad, mientras que los síntomas depresivos tienden a mantenerse o incluso a incrementar en el postratamiento o al avanzar la enfermedad, para la investigación se utilizó un cuestionario específico para el malestar emocional y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, en la que se evidenció la mayor proporción de malestar emocional en pacientes oncológicos se situó en un rango del 67% en mayores a 50 años de edad, un 33% de malestar emocional en el grupo de edad menor de 50 años.

Finck y Forero (2013) en su investigación acerca de la ansiedad y depresión en pacientes con cáncer y su relación con la espiritualidad y/o religiosidad en Perú, contaron con 61 pacientes diagnosticadas con diversos tipos de cáncer, se utilizó la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, hallando que dentro del estudio realizado no se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión, los principales hallazgos se encontraron en cuanto a los valores religiosos y la ansiedad en las pacientes. En cuanto a la relación entre los tratamientos oncológicos y los

niveles de ansiedad y depresión de las pacientes con cáncer, no se encontraron diferencias significativas.

Fernández, Villoria y Peláez (2013) en su estudio teniendo como objetivo analizar la evolución de los síntomas físicos y emocionales y la influencia de la ansiedad y la depresión en el estado físico de los pacientes con cáncer de mama y tiroides a lo largo del tratamiento con quimioterapia realizado en España, contando con la participación de 66 pacientes de los cuales 29 pacientes con cáncer de mama y 37 pacientes con cáncer de tiroides, concluyendo que la ansiedad se redujo significativamente al finalizar el tratamiento. En el desarrollo del tratamiento se incrementó significativamente síntomas como la astenia, la disnea y las náuseas; el insomnio disminuyó a lo largo del tiempo en los pacientes con cáncer de tiroides y se incrementó en los pacientes con cáncer de mama.

Muñoz y Bernal (2016) abordaron la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer elaborado en Guatemala, refiriéndose así en que el diagnóstico de cáncer es considerado como un potente estresor provocando reacciones emocionales e incluso trastornos emocionales, por ejemplo, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o trastornos adaptativos. Para el estudio se contó con una población de 40 pacientes, en el que emplearon métodos para reducir la ansiedad tales como el mindfulness y la relajación, demostrando así su eficacia para reducir la ansiedad e incluso conseguir otros beneficios como la reducción de sintomatología ansiosa asociado al nuevo diagnóstico de cáncer o asociado a las intervenciones relacionadas con el cáncer.

Respuestas de Afrontamiento

Sierra, Güichá y Salamanca (2014) en su investigación sobre los estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer desarrollada en Colombia con una población de 120 individuos, de los cuales 85 eran mujeres y 35 eran varones, con un rango de edad de 18 a 33 años, según los resultados conseguidos manifiestan mayor puntaje en solución de problemas, apoyo social, apoyo profesional, evitación cognitiva y reevaluación positiva; algo relevante es el sexo en donde como característica primordial que más emplean como estrategia de afrontamiento en las mujeres es el apoyo social, mientras que los hombres la de solución de problemas

Ilabaca y García (2013) efectuaron un estudio con el fin de examinar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento utilizadas frente a los dolores existentes en el cáncer y el bienestar psicológico llevado a cabo en Chile, en el que se contó con una muestra de 227 personas, tanto hombres y mujeres, empleando el Inventario de Estrategias de Afrontamiento y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, evidenciando resultados como una relación positiva entre las estrategias de afrontamiento de evitación, búsqueda de apoyo social y expresión emocional con el bienestar psicológico; a la vez, se examina una relación negativa de la autocrítica y el pensamiento desiderativo.

Sepúlveda, Romero y Jaramillo (2013) en sus estudios sobre las estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad elaborado en México, la muestra estuvo conformada por 112 sujetos en quienes se aplicaron los inventarios de depresión y ansiedad de Beck y el de estrategias de afrontamiento, en los resultados se identificó depresión en 49.6%, ansiedad en 35.4% y el 15% restante no presentó ningún

trastorno, además, dos de las subescalas de afrontamiento pasivas se asociaron con depresión y tres de ellas con ansiedad.

Vásquez, Álvarez y Alvarado (2013) en su estudio acerca de la ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer de tiroides en tratamiento y periodo de seguimiento del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia, contando con 49 pacientes que se encontraban en tratamiento y 84 pacientes en periodo de seguimiento, se emplearon los Inventarios de ansiedad y depresión de Beck y el Instrumento de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, finalmente se identificaron mayores niveles de ansiedad y depresión en el grupo de pacientes en tratamiento, además, se identificó una relación inversamente proporcional entre los estilos de afrontamiento positivos y menores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en ambos grupos.

Ticona, Santos y Siqueira (2015) en su publicación sobre diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con carcinoma papilar de tiroides que reciben quimioterapia presentado en Brasil, cuyo objetivo fue identificar las estrategias de afrontamiento y las variables clínicas y sociodemográficas que influyen sobre el estrés de pacientes con cáncer en quimioterapia, contando con una muestra 100 pacientes y utilizando la escala de Estrés Percibido e Inventario de estrategias de coping, obteniendo como resultado una influencia positiva al estrés percibido en la enfermedad y empleando estrategias de dominio del afrontamiento, aceptación de responsabilidad.

Garzón, Méndez y Camargo (2013) investigaron acerca de la relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima efectuado en Honduras, en un grupo de 17 pacientes con cáncer de tiroides, aplicando la escala de autoestima de Rosemberg, la escala hospitalaria de ansiedad y depresión y la escala de estrategias

de coping modificada, obteniendo como resultado una correlación entre los niveles de ansiedad y los niveles de autoestima y entre los niveles de ansiedad y las estrategias de afrontamiento de solución de problemas, reevaluación positiva, al igual que una correlación significativa entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento de solución de problemas, negación y la expresión de la dificultad de afrontamiento.

Ceballos, Echeverri, Jiménez y Villamizar (2014) diseñaron una investigación sobre el uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada de Bolivia, con el fin de mejorar el proceso de adaptación a la enfermedad, logrando modificar esquemas y comportamientos en relación a su salud, estuvo conformada por 30 pacientes en total, de los cuales 22 eran portadores del VIH y 8 eran pacientes con Cáncer, obteniendo como resultado que los pacientes con VIH al igual que los de cáncer, no cuentan con la capacidad para afrontar la situación adversa que presenta.

Tuñño, Sierra y Riveros (2013) en sus estudios sobre el afrontamiento en pacientes con cáncer de tiroides realizado en México, el reactivo empleado fue la escala COPE breve y en la que estuvo conformada por 203 pacientes de un hospital público, en virtud de la importancia que reviste el afrontamiento del estrés que generan las enfermedades crónicas en general y el cáncer en particular, el propósito del estudio fue analizar la confiabilidad y validez del inventario Brief COPE, concluyendo así que el inventario empleado es adecuado para evaluar respuestas de afrontamiento ante una situación específica de estrés, como ocurre con las mujeres con cáncer de tiroides en tratamiento.

Juárez, Hernández, González y Bernal (2016) en su tema sobre la variación diurna del cortisol y su relación con estrés, optimismo y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer realizado en Argentina, en el que se utilizaron reactivos para el estrés percibido, optimismo disposicional y estrategias de afrontamiento contando con una muestra de 17 mujeres con cáncer, arrojando resultados en la cual las pacientes presentan un ritmo diurno de cortisol normal y no difieren significativamente en los niveles de cortisol, respecto a las variables psicológicas, solo difieren en la variable de optimismo, las estrategias de afrontamiento como espíritu de lucha y evitación cognitiva son las variables con mayor prevalencia.

Haro, Gallardo, Martínez, Paredes (2014) en su estudio realizado en Uruguay sobre los factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de tiroides en pacientes y estuvo conformada por 98 pacientes entre seis y doce meses de evolución, se aplicó el inventario de estrategias de afrontamiento, obteniendo como resultado en el sentimiento con mayor frecuencia al recibir el diagnóstico fue el temor y la estrategia de afrontamiento más empleada fue la resolución de problemas.

2.2. Fundamentación teórica

Ansiedad

Es un fenómeno psíquico subjetivo que implica la presencia de sensaciones de aprehensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad; miedo a manera de anticipación de un peligro ante una amenaza más o menos objetiva que supone una forma de miedo ante algo o ante nada, diferente del miedo a un peligro o amenaza real que puede servir para la adaptación a la vida, es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros (Long, 2002).

Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente, incluye sentimientos de incertidumbre, impotencia, y activación fisiológica, en la que se presenta un alto grado de sensibilidad, vigilancia o prontitud para prestar atención a potenciales peligros o amenazas (Long, 2002).

Se la define también como una respuesta emocional o conjunto de respuestas que se manifiestan en cuatro áreas del individuo: conductual, motora, cognitiva o de pensamiento y psico-fisiológica. Las manifestaciones de ansiedad pueden ser provocadas por estímulos externos, como son sucesos que le ocurren a la persona que se transforman en pensamientos distorsionados, o por ideas o imágenes mentales que son percibidos por el sujeto como amenazantes. (Gándara y Fuentes, 1999)

Desde el modelo cognitivo-conductual al valorar la ansiedad, la situación es percibida por el individuo y sometida a un proceso de evaluación de las implicaciones que la situación tiene para sí mismo, si el resultado de dicha valoración de la situación supone cualquier tipo de amenaza para el sujeto, entonces, se iniciará una reacción de ansiedad, aunque dicha reacción estará mediada por otros procesos cognitivos de afrontamiento que intentarán reducirla (Fernández y Cano, 1997).

Los modelos cognitivos más recientes conciben a la ansiedad como una serie de sesgos cognitivos o tendencias relacionadas con la interpretación de la situación. Cuando esta tendencia o sesgo es muy exagerada tiende a producir reacciones de ansiedad muy intensas que pueden llegar a ser patológicas (Eysenck, 1997)

Las mujeres sufren más problemas de ansiedad que los hombres o al menos se quejan más, no obstante, los autores opinan que no solamente es un problema de

quejarse más, de que las mujeres sean más débiles o vulnerables, más bien ocurre lo contrario; las mujeres en muchos momentos verdaderamente angustiantes saben mantener la calma mejor que los hombres, pues no en vano las enseñanzas y los exámenes de la vida suelen ser más duros para las mujeres. Entonces ellas saben percibir mejor los estados emocionales y también expresarlos, y es seguro que las mujeres se conectan más con los síntomas y signos de ansiedad. (Gándara y Fuentes, 1999)

Clasificación de la Ansiedad

Ansiedad Reactiva o Exógena

Es motivada por un desencadenante con una relación comprensible, con un suceso o anticipación de algo; puede ser normal y servir para enfrentarse a ella, o anormal y dificultar la adaptación. Desde el punto de vista psicológico, la ansiedad se percibe como un estado anímico relacionado con un desencadenante, cuando nos sentimos ansiosos tendemos a buscar una explicación que justifique ese estado en algo que nos ha pasado o nos está ocurriendo en ese momento o que esperamos que suceda. En este caso la relación entre un estímulo (amenaza) y una respuesta (ansiedad), nos parece evidente, aunque en el fondo las cosas siempre son más complejas de lo que parecen (Rojas, 2014).

Ansiedad Endógena

Aparentemente inmotivada, surge sin razón o causa comprensible, como una manifestación del carácter de la persona, excesiva y poco o nada adaptativa. La ansiedad también puede “nacer de adentro”, surgir dentro de nosotros mismos con o sin razón aparente; afirmamos “estoy nervioso y no sé por qué”. Ese estado de inquietud, desasosiego, nerviosismo, es aún más doloroso que cuando es algo concreto

lo que motiva nuestra respuesta de ansiedad. No encontramos una explicación para ello, y por tanto nos cuesta entenderlo, asumirlo, controlarlo o anularlo. Es evidente que este tipo de ansiedad es algo peculiar de cada uno de nosotros y que hay personas que tienen mucha tendencia a sentirla o padecerla (Rojas, 2014).

Ansiedad Aguda

En este estado, la mujer empieza a sentirse enferma atemorizada por minutos, a veces presupone que ha sufrido una catástrofe, predominan en ella síntomas físicos como: disnea, palpitaciones, dolor en el pecho, abdominal, temblor o parestesias, calambres; ante el examen físico presenta inquietud, sudoración, reflejos tendinosos, profundos, hiperactividad, hipertensión sistólica, puede reconocer un experimento emocional, sin embargo no sabe que algo anda mal, puesto que este nivel de ansiedad pasa en minutos, horas o en su defecto en uno a dos días. La característica de esta forma de ansiedad es el reconocimiento de la misma por la familia antes que por la persona que la padece (Peurifoy y Reneau, 2003).

Ansiedad Crónica

La mujer viene quejándose de: temor, preocupación constante, nerviosismo, cansancio, incapacidad para descansar debidamente, se vuelve irritable a tal punto que impacta en los que le rodean, su conducta rígida o inquieta, achaques físicos y sin enfermedad orgánica, expresados en cefaleas, trastornos gastrointestinales, fatiga; al examen físico se reporta signos similares que la ansiedad aguda, sin embargo, en este caso la paciente se reconoce enferma, pero únicamente enferma en su estado físico, entonces la habilidad y capacidad profesional del médico y del psicólogo está en reconocer su estado de ansiedad, sin dejar de buscar o detectar la enfermedad orgánica (Peurifoy y Reneau, 2003).

Semiología de la Ansiedad

Según Taylor (1986) la ansiedad como tal, es un síntoma que puede presentarse y sentirse en numerosas situaciones tanto normales como patológicas, la cuestión es saber “qué es lo que siente” o percibe la persona cuando dice que “se encuentra ansiosa”, se ha constatado que raramente una persona dice tal cosa, en su lugar expresa diferentes quejas que son las que percibe inmediatamente y con mayor claridad; esas quejas, percepciones, esos sentimientos son los que se examinan y se conocen como síntomas de ansiedad.

Cognitivos

Se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores entre los más frecuentes están:

- preocupación
- miedo o temor
- inseguridad: persona con alta ansiedad, tiene pensamientos negativos
- aprensión: respuestas de miedo, pero en términos físicos
- pensamientos negativos: inferioridad, incapacidad
- anticipación de peligro o amenaza
- dificultad para concentrarse
- dificultad para tomar decisiones
- sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada por dificultad para pensar con claridad.

Fisiológicos

Son consecuencia de la actividad y alteración de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano:

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

Observables o Motores

Se refieren a comportamientos observables consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica:

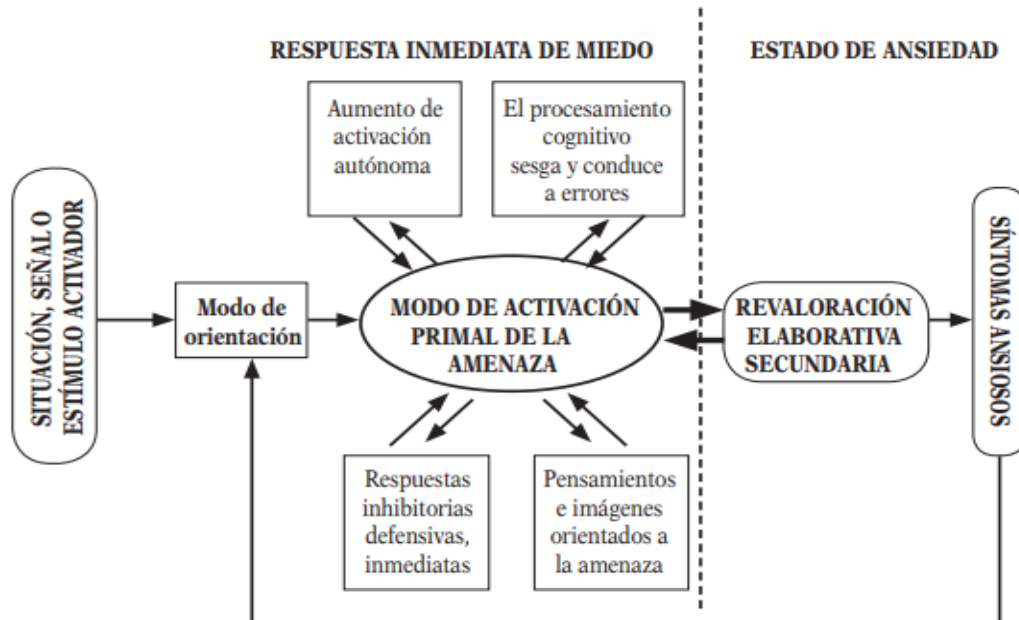
- hiperactividad
- paralización motora
- movimientos repetitivos
- movimientos torpes y desorganizados
- tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal

Además, tener en cuenta que habitualmente suelen manifestarse sólo algunos de los síntomas, bien de un grupo, bien de varios, pero que raramente una persona presenta todos los síntomas ni de todos los grupos. Es decir, que cada uno presenta un patrón relativamente uniforme de síntomas, que suele ser peculiar de cada persona y que tiene tendencia a repetirse a lo largo del tiempo. Otra cuestión importante que permite su reconocimiento por cada persona es que la ansiedad puede manifestarse con sentimientos preferentemente psíquicos (Ansiedad psíquica) o con síntomas somáticos como (dolores, somatizaciones, hipocondría, etc.). (Taylor, 1986)

Por último, la ansiedad puede ser una manifestación semiológica inespecífica, es decir, de un síntoma presente en numerosas enfermedades o trastornos, tanto mentales como somáticos (por ejemplo, Ansiedad como síntoma de depresión o de un hipertiroidismo), bien un síndrome específico, es decir, un conjunto de síntomas típicos, peculiares, que se presentan a un tiempo o bien sucesivamente en una misma persona (por ejemplo, síndromes ansiosos presentes en situaciones de estrés o secundarios al uso de sustancias) o incluso manifestarse como una forma de enfermar típica, perfectamente delimitable (por ejemplo, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo) (Rocañín, 1999).

Modelo Cognitivo de Beck

Figura N°1 Modelo Cognitivo para Ansiedad de Beck



Nota: Obtenido de la fuente "Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad", autores Clark y Beck (1988)

En la terapia cognitiva para la ansiedad, a los pacientes se les enseña un refrán: "El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento". Esta sencilla afirmación es el fundamento de la teoría cognitiva y la terapia de los trastornos emocionales y, sin embargo, los individuos muchas veces no logran reconocer el modo en que sus pensamientos afectan sobre su estado anímico. Dada la experiencia de activación fisiológica intensa e incontrolable que suele ocurrir durante la ansiedad aguda, es comprensible por qué quienes la padecen no reconocen sus bases cognitivas. A pesar de esta falta de reconocimiento, la cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el afecto, tal y como se indica en el siguiente diagrama:

Situación provocadora → Pensamiento/Valoración ansiosa → Sentimiento de ansiedad

La revaloración elaborativa secundaria se produce inmediatamente como resultado de la valoración primaria de la amenaza, y en estados de ansiedad amplifica la percepción inicial de la amenaza. En consecuencia, la intensidad de un estado de ansiedad depende del equilibrio entre la propia valoración inicial de la amenaza y la valoración secundaria de la capacidad de afrontamiento y de la seguridad. El nivel o intensidad de la ansiedad puede expresarse del siguiente modo:

Ansiedad elevada = ↑ Probabilidad/gravedad de la amenaza + ↓ afrontamiento/seguridad

Ansiedad baja = ↓ Probabilidad/gravedad de la amenaza + ↑ afrontamiento/seguridad

Ansiedad moderada = ↔ Probabilidad/gravedad de la amenaza + ↔ afrontamiento/seguridad

A pesar de la importancia de la movilización conductual y la activación fisiológica, la responsable de provocar la ansiedad es la valoración primaria inicial de la amenaza combinada con la valoración secundaria de inadecuación personal y de escasa seguridad. En este sentido, la cognición falsa es necesaria pero no suficiente para generar un estado de ansiedad. (Clark y Beck, 1988).

El modelo cognitivo considera la ansiedad como una reacción ante la evaluación inapropiada y exagerada de vulnerabilidad personal derivada de un sistema defectuoso de procesamiento de información que contempla como amenazantes situaciones o señales neutrales. Sobre la base del concepto de vulnerabilidad, se ilustran las estructuras, procesos y productos del sistema de procesamiento de información participantes en la experiencia de la ansiedad (Beck, 1985).

Respuestas de afrontamiento

Según Maldonado y Reich (2013) mencionan que afrontamiento son habilidades innatas que los individuos poseen con el objetivo de responder ante exigencias de su vida diaria, las cuales cambian según la prioridad de cada persona y la situación que se le presente, a la vez varían en tiempo y forma dependiendo la situación, es decir es una manera de reacción del ser humano de forma cognitiva y conductual mediante exigencias internas y externas, las cuales están en cambio continuo y necesitan un esfuerzo mayor de la persona para su solución.

Se define a las estrategias de afrontamiento como resultado de un proceso en el cual el individuo examina la situación presente, evalúa las alternativas de solución y escoge la más eficaz y apropiada, mediante experiencia y resultado del análisis anteriormente realizado. Las estrategias pueden variar dependiendo la necesidad del individuo y el evento desencadenante. En el proceso de afrontamiento incide la interacción social, familiar y laboral, mediante el tipo de interacción que mantenga con su entorno lo que puede ser directa e indirectamente (Viveros y Salgado, 2010).

Según Cano, Rodríguez y García (2007) mencionan que las estrategias de afrontamiento utilizadas tanto cognitivas como conductuales pueden clasificarse de dos maneras:

- **Activas:** Se busca acceder al problema para encontrar una solución viable, en donde se planifica lo que se puede hacer, reúne y valora los esfuerzos requeridos para emplear una solución, dar un nuevo significado a lo ocurrido y buscar ayuda.
- **Pasivas:** no se confronta al problema, sino que se espera a que el mismo pase o cambie de condiciones, aquí la persona tiende a escapar del problema, hace los

esfuerzos necesarios por postergar las decisiones, evita mantener contacto para no tomar decisiones y utiliza a otras personas para solucionar el problema.

Clasificación de las estrategias de afrontamiento según Lazarus y Folkman (1984)

- Focalizado en la situación o problema

El ser humano se concentra la mayor parte del tiempo en identificar el problema. Es importante que una vez identificado el problema, buscar el origen, causas e inicios del mismo, identificando aquellas situaciones que lo activas y evidenciar como estos aumentan o disminuyen dependiendo la situación. Después de identificado el origen es necesario hacer un proceso de diferenciación entre las situaciones que se presenten, diferenciando situaciones propias y situaciones de los demás, cuando nos encontremos envueltos por otras personas, por ejemplo:

1. Identificar el origen del problema
2. Seguir guías establecidas
3. Originar un plan de intervención
4. Dialogar con todas las personas inmiscuidas
5. Ejecutar acciones específicas
6. Deliberar de manera minuciosa los pasos que se van a realizar

- Auto-Focalización-Negativa

El ser humano tiende a percibir y focalizarse en los aspectos negativos de sí mismo, se hace daño constantemente, se enfrasca en pensamientos negativos propios que no le permiten generar estrategias de afrontamiento adecuadas, por lo que el problema termina siendo cada vez más grande, no se encuentra una solución

y termina por volcarse sobre la persona de una manera aparentemente descomunal.

Por ejemplo

1. Persuadirse a sí mismo de manera negativa
2. Quedarse sin hacer nada debido a que las cosas mismas ya son malas
3. Culparse a sí mismo
4. Creer ser indefenso en relación a la situación presentada
5. Convencerse y adoptar la incapacidad como forma de enfrentar la situación
6. Conformarse con el no poder tener soluciones para el problema.

- Re Evaluación Positiva

Existen momentos en la vida de las personas en las cuales la elección y utilización de comportamientos apropiados no dependen de sí mismos, existen circunstancias inesperadas que aparecen y desestabilizan a la persona influyendo en su forma de evaluar la situación, procesarla y por ende emitir una respuesta adecuada en la persona se genera estrés por el suceso y le obliga a cambiar su forma de afrontar la situación, generando alteraciones en su forma de comportarse y alteraciones en sus emociones. Esta estrategia se encuentra en personas que tienen focalizada su vida personal y que afrontan de manera positiva la situación, asumiendo el evento como un evento que los fortalece. Por ejemplo:

1. Visualizar las características positivas de la situación
2. Extraer lo positivo del evento
3. Evidenciar que existen personas buenas
4. Entender que existen cosas mayor prioridad
5. Lo negativo también genera algo positivo

6. El convencerse de que la situación pudo ser peor
7. Saber que de todo lo que ocurre se obtiene un aprendizaje

- Expresión Emocional Abierta

El ser humano cree y se convence que la mejor forma que existe para afrontar una situación es mostrando de manera constante y poco eficaz su desagrado con ira, enojo, y tristeza, siendo esta una forma poco conveniente y dañina para la persona ya que se enfrasca en las emociones negativas generadas. Se convierte es positiva cuando la persona es capaz de entender sus emociones asimilarlas positivamente, organizar su forma de pensar y sentir de manera asertiva, tomando conciencia propia de lo sucedido sin tener que involucrar a otras personas para hacer daños, siendo esta una forma de auto alivio mediante la expulsión de sentimientos. Por ejemplo:

1. Librarme de mi estado negativo de ánimo con los demás
2. Denigrar a los demás
3. Actuar de manera amenazante
4. Hacer daño físico a otros
5. Ser poco tolerante con los demás
6. Enfrentarse a los demás para aliviar mis emociones.

La terapia cognitiva, además, ayuda al paciente en dos formas:

- Disminuir la intensidad y frecuencia del estado de ansiedad, mediante la reducción de la intensidad de sus creencias subyacentes.
- Enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos.

División de las respuestas de afrontamiento según Moos (1995)

- El Afrontamiento de Aproximación: se focaliza en el problema y refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresores vitales.
- El Afrontamiento por Evitación: tiende a estar centrado en una emoción; refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicaciones, o para manejar el efecto asociado al mismo.

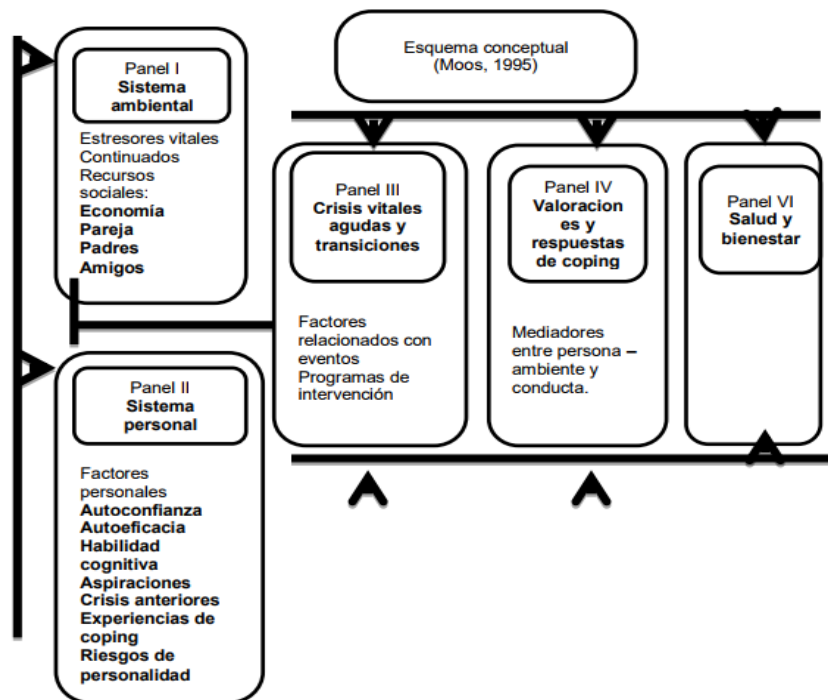
Tipos de estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales según Llaneza (2008)

- Estrategias enfocadas en el problema y que son de tipo cognitivo: Son aquellas estrategias que la persona realiza para intentar hacer frente la situación y tratar de controlar la manera en que el evento puede ser percibido. Los recursos que pueden ser utilizados pueden ser la atención selectiva, en donde la persona dirige su foco atencional a las circunstancias positivas del problema; el dar otro significado o definición a aquellos eventos perturbadores que son analizados en un principio como amenazantes; además de dar un significado positivo al evento, en donde se lo puede plantear como una oportunidad para mejorar y no como una situación perturbadora.
- Estrategias enfocadas en la emoción y que son de tipo conductual: Son aquellas manifestaciones conductuales que tratan de apaciguar la carga emocional que el problema genera sobre la persona. Algunas de las estrategias pueden ser el buscar a personas cercanas para dialogar sobre lo sucedido, el hablar sarcásticamente con los demás, fumar o beber como una descarga conductual y el indagar información que le permita entender la problemática.

- Estrategias enfocadas en la emoción y que son de tipo cognitivo: Corresponden al empleo de distintas estrategias que son empleadas para poder controlar a las perturbaciones emocionales que el evento desencadenante pueda generar.
- Estrategias enfocadas en la emoción y que son de tipo conductual: Son aquellas manifestaciones conductuales que tratan de apaciguar la carga emocional que el problema genera sobre la persona. Algunas de las estrategias pueden ser el buscar a personas cercanas para dialogar sobre lo sucedido, el hablar sarcásticamente con los demás, fumar o beber como una descarga conductual y el indagar información que le permita entender la problemática.

Modelo transaccional de Coping de Rudolf Moos

Figura N°2 Modelo transaccional de Coping de Rudolf Moos



Nota: Obtenido de la fuente "Inventario de Respuestas de Afrontamiento-Adultos (CRI-A), autor Moos (1995)

En el esquema expuesto, todos los paneles pueden influir por las variables comprendidas en los otros paneles, produciendo un feedback entre todos ellos, además, este es el carácter transaccional del modelo la salud y el bienestar pueden estar influenciados directamente por las variables estables de tipo personal, así como por las de tipo ambiental (paneles I y II) y también por la valoración y las respuestas de Coping (panel IV) activadas por las condiciones adversas (panel III). Ello implica que los recursos sociales y personales y el estilo de afrontamiento tienen valor en cuanto que son variables que pueden estabilizar la salud y el bienestar, y que las conductas específicas de Coping (panel IV) pueden ser más o menos efectivas en situaciones de crisis en función de las influencias de los demás paneles (Moos, 1995).

El mismo autor expresa que ha identificado las principales conductas de valoración de estresor:

- a) experiencia sobre el conflicto,
- b) previsión de ocurrencia,
- c) tiempo de preparación para afrontar,
- d) percepción del problema como amenaza o como reto-desafío,
- e) causalidad personal o ajena en el problema,
- f) percepción de consecuencias como beneficios obtenidos,
- g) solución del problema

Asimismo, un modelo de afrontamiento que contempla el cruce de dos dimensiones: foco y método.

El foco se refiere a la orientación que le sujeto toma hacia la solución del problema: aproximación frente a evitación, la aproximación es una forma activa de resolver los

conflictos; la evitación es una forma más pasiva de alejamiento de los problemas y de focalización con el control de las emociones generadas por el estresor. (Moos, 1995).

Del mismo modo, los esfuerzos activos, cognitivos o conductuales el sujeto los emplea para definir y comprender una situación y para resolver o dominar un estresor buscando apoyo y comprometiéndose en actividades de solución de problemas. (Moos, 1995).

Asimismo, se ha definido a la evitación como conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que tienen como objetivo evitar pensar sobre el estresor y sus consecuencias, aceptar o resignarse frente a una situación, buscar actividades alternativas o expresar directamente la emoción como forma de manejo de la atención.

El método se refiere al tipo de esfuerzos que realiza la persona; cognitivos o conductuales. Los esfuerzos cognoscitivos equivalen a estrategias mentales y al uso del lenguaje interno; en cambio, los esfuerzos conductuales se refieren a acciones o actividades concretas. (Moss,1995).

El cruce de estas dos dimensiones da lugar a cuatro tipos de Coping:

- a) aproximación cognoscitiva,
- b) aproximación conductual,
- c) evitación cognoscitiva,
- d) evitación conductual.

Clasificación de las estrategias de afrontamiento según Moos (1995):

Las subescalas que corresponden a las estrategias de aproximación son:

- Análisis Lógico,
- Revalorización Positiva,
- Resolución de Problemas,
- Búsqueda de Orientación y Apoyo

y las subescalas que son pertenecientes a las estrategias de evitación son:

- Evitación Cognitiva,
- Aceptación/Resignación,
- Búsqueda de Gratificaciones Alternativas
- Descarga Emocional.

En relación al método de afrontamiento las estrategias que corresponden a la representación cognitiva son:

- Análisis Lógico,
- Revalorización Positiva,
- Evitación Cognitiva,
- Aceptación/Resignación

Y las estrategias correspondientes a la representación conductual son:

- Resolución de Problemas,
- Búsqueda de Orientación y Apoyo,
- Búsqueda de Gratificaciones Alternativas
- Descarga Emocional

Para poder evaluar las estrategias de afrontamiento, el mencionado autor, elabora el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos que evalúa 8 maneras de afrontamiento:

- 1) **Análisis Lógico.** - Corresponde a los esfuerzos que realiza la persona para intentar entender y alistarse de manera mental ante la presencia de un estresor para hacerlo frente junto a las consecuencias resultantes.
- 2) **Reevaluación Positiva.** - Esfuerzos mentales para intentar elaborar y rediseñar el problema desde una perspectiva positiva hasta que la persona se haga a la realidad y acepte la situación.
- 3) **Búsqueda de Orientación y Apoyo.** - Esfuerzos conductuales que realiza la persona para encontrar apoyo, orientación e información.
- 4) **Solución de Problemas.** - Esfuerzos para hacer frente de manera directa al problema mediante acciones conductuales.
- 5) **Evitación Cognitiva.** - Esfuerzos que la persona realiza para evitar de manera cognitiva el pensar en el evento estresor
- 6) **Aceptación/Resignación.** -Esfuerzos cognitivos de la persona ante el problema para intentar aceptarlo cuando no encuentra otra alternativa
- 7) **Búsqueda de Recompensas Alternativas.** - Esfuerzos que la persona realiza por tratar de inmiscuirse en diferentes actividades que sustituyan el evento estresor para generar nuevas formas y fuentes de satisfacción.
- 8) **Descarga Emocional.** - La persona intenta disminuir mediante acciones conductuales la tensión, mediante la expresión negativa de sentimientos.

Estrés

El estrés es la reacción normal del organismo que ocurre ante un hecho o exigencia desconocida o percibida como peligrosa o amenazante para la integridad física o emocional (Cólica, 2010).

Lazarus y Folkman (1986) definen el concepto de estrés refiriéndose a las interrelaciones que se producen entre la persona y su contexto, en el que está inserto. El estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal. Por medio se encuentra la evaluación cognitiva que realiza el sujeto; pero, además, tiene en cuenta el elemento emocional que conlleva esta situación.

Más adelante, este autor nos aporta un nuevo concepto, el Afrontamiento del Estrés. Lo que plantea Lazarus es que, ante situaciones estresantes, las personas despliegan esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986, p.164). Estos mecanismos de afrontamiento, a la vez que sirven para manipular el problema en sí, son esenciales para regular las respuestas emocionales que pueden aparecer ante circunstancias estresantes.

Según el autor, cada persona tiene una manera determinada de afrontar el estrés. Son muchos los factores que pueden llegar a determinar los mecanismos de afrontamiento. Por un lado, puede estar influenciado por recursos relacionados con el estado de salud o con la energía física con la que se cuenta; pero también entran en juego otros factores como las creencias existenciales que se tengan, religiosas o no; las creencias generales relativas al control que podemos ejercer sobre el medio y sobre nosotros mismos; el

aspecto motivacional también puede favorecer el afrontamiento, así como las capacidades para la resolución de problemas o las habilidades sociales; además, Lazarus añade el apoyo social y los recursos materiales como otros factores que hay que tener presentes (Lazarus y Folkman, 1986).

2.3. Hipótesis General

Hipótesis Alterna (H1)

Los niveles de ansiedad influyen en las respuestas de afrontamiento de los pacientes del Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Unidad Oncológica Solca.

Hipótesis Nula (H0)

Los niveles de ansiedad no influyen en las respuestas de afrontamiento de los pacientes del Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Unidad Oncológica Solca.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo transversal descriptivo y correlacional debido a que la investigación está centrada en analizar el nivel de la variable ansiedad y el estudio se llevará a cabo por una sola ocasión, se trabajó con un enfoque cuantitativo por los reactivos de evaluación la escala de ansiedad de Hamilton(HAS) y el inventario de respuestas de afrontamiento (CRI-A). Es de tipo bibliográfico debido a que la información que se usó para realizar la teoría fueron adquiridos de libros, artículos científicos, es de campo por que se acudió al lugar donde se realizó el estudio para corroborar los datos alcanzados.

3.2 Selección del área o ámbito de estudio

La presente investigación se llevará a cabo en la Provincia de Tungurahua, en el Cantón Ambato. La institución que se tomó como ámbito de estudio es el Hospital Dr. “Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica Solca Tungurahua

3.3 Población

La población a ser parte de la investigación está conformada por 100 pacientes posquirúrgicos del servicio de oncología del Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Unidad Oncológica Solca, de los cuales todos los pacientes son del género femenino.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Pacientes de Género Femenino (debido a que la patología tiroidea se caracteriza por un predominio en la mujer a causa de las variaciones hormonales y alteraciones en la autoinmunidad durante las diferentes etapas de la vida).
- Pacientes que presenten un nivel mínimo de escolaridad primaria.
- Pacientes con diferentes patologías en glándula tiroides en sus tipos (papilar, folicular, medular y anaplásico)
- Pacientes posquirúrgicos.
- Pacientes que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado.

Exclusión

- Se limita a pacientes que pertenezcan a otras unidades oncológicas.
- Pacientes que hayan sufrido de traumatismos craneoencefálicos.
- Pacientes que se encuentren bajo tratamiento con psicofármacos.
- Pacientes que posean discapacidad visual y auditiva total, o discapacidad mental.
- Pacientes menores de 18 años de edad.

3.5 Diseño muestral

No se procedió a aplicar la fórmula para la obtención de la muestra debido a que no todos los pacientes del hospital oncológico, cumplían con las características necesarias para formar parte de la población, es por ello que para su selección se utilizaron los criterios de inclusión y exclusión.

El proceso de obtención de la población necesaria para la investigación, se realizó mediante dos tamizajes que permitieron seleccionar el número de pacientes que cumplen con condiciones específicas para ser incluidos en el estudio. El primer tamizaje se lo llevó a cabo por medio de un listado de pacientes proporcionados por el personal de estadística de SOLCA, en el cual se utilizaron los criterios de inclusión y exclusión tales como: género, rango de edad y tipo de patología para su selección, además por medio del departamento estadístico del hospital, quienes me permitieron el acceso a historias clínicas de los pacientes, se verificó los pacientes que se encuentran con tratamiento psicofarmacológico para de igual forma ser excluidos; en base a los mencionados criterios el número de población que cumplió con los mismos fue de 130. El segundo tamizaje se lo realizó mediante la elaboración de una ficha, debido a que el hospital no poseía datos informativos de los últimos pacientes que llegaban a consulta, quienes eran necesarios para satisfacer los criterios de inclusión y exclusión restantes; la ficha fue aplicada de manera individual. En base a los resultados obtenidos en la ficha, se procedió a elegir aquellas personas que cumplan con las condiciones necesarias, seleccionando finalmente 100 pacientes para el estudio, por tal motivo en base a la cantidad de pacientes con las condiciones apropiadas para su evaluación, no se procedió a sacar la muestra y se optó por trabajar con las 100 pacientes.

	<p>un peligro o amenaza real que puede servir para la adaptación a la vida, es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros (Long, 2002).</p>	<p>COGNITIVOS</p>	<p>subjetiva y fisiológica como la hiperactividad, la paralización motora y movimientos repetitivos</p> <p>Se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores entre los más frecuentes están preocupación, miedo o temor, inseguridad, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones.</p>	
--	--	-------------------	---	--

Nota: Obtenido de la fuente Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos Solca, autor Pérez (2018)

Tabla N° 2 Operacionalización de la variable Respuestas de afrontamiento

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Instrumentos
<p>Respuestas de afrontamiento</p>	<p>Son aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o</p>	<p>El Afrontamiento de Aproximación:</p>	<p>Se focaliza en el problema y refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresores vitales. De los cuales se subdivide en: Cognitivos (análisis lógico y reevaluación positiva). Conductuales (búsqueda de guía y apoyo y solución de problemas)</p>	<p>Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A). Presenta un alto grado de confiabilidad y validez con valores alfa de 0,92 para cada una de las dimensiones.</p>

	<p>desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).</p>	<p>El Afrontamiento por Evitación:</p>	<p>Tiende a estar centrado en una emoción; refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicaciones, o para manejar el efecto asociado al mismo.</p> <p>De los cuales se subdivide en:</p> <p>Cognitivos (evitación cognitiva y aceptación y resignación).</p> <p>Conductuales (búsqueda de recompensas alternativas y descarga emocional).</p>	
--	--	--	---	--

Nota: Obtenido de la fuente Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos Solca, autor Pérez (2018)

3.7 Descripción de reactivos

Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS)

Identificación

- Nombre Original: Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)
- Autor: Hamilton. M
- Versiones: Versión reducida (CAS), versión computarizada, versión en video
- Año: 1986

Descripción

- Tipo de Instrumento: Escala de Observación
- Objetivos: Permite determinar el grado/nivel de ansiedad global del paciente
- Población: Población general
- Número de Ítems: 14; escala compuesta por 13 ítems referentes a síntomas ansiosos y uno referido al comportamiento durante la entrevista

Se califica sumando todas las respuestas, una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad, obteniendo los siguientes niveles:

- -Ansiedad normal: 1 a 14
- -Ansiedad leve: 15 a 20
- -Ansiedad moderada: 21 a 45
- -Ansiedad grave: 46 a 56

Aplicación

- Tiempo de Administración: 15-30 minutos
- Normas de Aplicación: el terapeuta debe evaluar la conducta que ha tenido la persona durante la entrevista en una escala de 0(ausencia de síntomas) a 4 (ansiedad máxima).
- Corrección e Interpretación: Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto

la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. La puntuación (suma de las puntuaciones de los ítems) oscila entre 0 y 56, y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona.

- Momento de Aplicación: evaluación, pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento.

Propiedades Psicométricas

- Fiabilidad: Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).
- Validez: La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi 18, 19 ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck 20 ($r = 0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton 21, 22 ($r = 0,62-0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento.

Nombre: Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A)

Autor: Moos, H.

Año: TEA ediciones 2010

Tiempo: 10 a 15 minutos a manera de cuestionario y de 15 a 30 minutos como entrevista estructurada

Forma de aplicación: individual y colectiva

Validez y Confiabilidad:

Presenta un alto grado de confiabilidad y validez, con una fiabilidad de test – retest con un lapso de 4 semanas, presentándose una consistencia en las respuestas.

Presenta una alta validez convergente con valores alfa de 0,92 para cada una de las dimensiones.

La prueba contiene preguntas sobre cómo se enfrenta el sujeto a los problemas importantes que surgen en su vida. Consta de 2 partes. En la parte 1 deberá describir el problema relevante o la situación más difícil que haya vivido en los últimos 12 meses. Seguidamente tendrá que indicar su grado de acuerdo en 10 preguntas que se le formulan acerca de cómo valora el problema. En la parte 2 deberá responder a 48 preguntas, expresando en cada una la frecuencia con la que actúa de la manera en que se indica.

3.8 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información

1. Aprobación de las solicitudes por parte de la Directora Médica y Departamento de Docencia del Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Unidad Oncológica Solca para trabajar con los pacientes del mismo instituto.
2. Informar sobre el tema del proyecto, objetivos y el procedimiento del mismo a los directores de la Unidad Oncológica, personal hospitalario y pacientes.
3. Verificar los criterios de inclusión y exclusión.

4. Obtención de listados de pacientes con patología de Tiroides.
5. Aplicación de Fichas con criterios de inclusión y exclusión.
6. Aplicar el test: Escala de Ansiedad de Hamilton
7. Aplicar el test: Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A).
8. Calificar los test aplicados
9. Tabular los resultados obtenidos
10. Realizar las conclusiones y recomendaciones en base a los resultados.

3.9 Aspectos éticos

La presente investigación se basa en el código de ética de la Universidad Técnica de Ambato, la misma que plantea en su Capítulo II en lo que corresponde a los Principios Y valores Éticos lo siguiente:

Art. 3.- Principios. - Las y los servidores, trabajadores públicos y estudiantes desempeñarán sus competencias, funciones, atribuciones y actividades sobre la base de los siguientes principios:

1. Derechos Humanos. - derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición.
2. Eficiencia. - la capacidad de describir a una persona eficaz de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado, utilizar los medios disponibles de manera racional para llegar a una meta.
3. Eficacia. - la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción.
4. Efectividad. - la capacidad o habilidad que puede demostrar una persona para obtener determinado resultado a partir de una acción.

5. Calidad. - superioridad o excelencia de algo o de alguien, conjunto de propiedades inherentes a un individuo que permite caracterizarlo y valorarlo con respecto a los restantes de su especie.

6. Hacer el bien. - Lo que en sí mismo tiene el complemento de la perfección, o lo que es objeto de la voluntad, lo que es favorable, conveniente, lo que enseña la moral que se debe hacer, o lo que es conforme al deber.

7. Decir siempre la verdad. - Expresar verbalmente el pensamiento, asegurando, opinando y denotando muestras de reflexión con uno mismo expresando la realidad, la existencia real de una cosa.

Art. 4.- Valores éticos. - Las y los servidores, trabajadores públicos y estudiantes desempeñarán sus competencias, funciones, atribuciones y actividades sobre la base de los valores éticos:

1.- Integridad. - hacer lo correcto, por las razones correctas, del modo correcto todo aquello que consideramos bien para nosotros y que no afecte los intereses de las demás personas, totalidad, plenitud, rectitud.

2.- Pertenencia. - que pertenece a alguien determinado. Integración en un conjunto, grupo o asociación, circunstancia de ser algo propiedad de una persona.

3.- Transparencia. - cualidad de las personas que actúan de una manera franca, abierta, mostrándose tal cual son y sin ocultar nada, cualidad moral de un individuo que busca actuar con claridad y se adapta a cierto conjunto de reglas y estándares de conducta.

4.- Responsabilidad. - el cumplimiento de las obligaciones o cuidado al hacer o decidir algo, hecho de ser responsable de alguna persona, obligación de responder ante ciertos actos o errores.

5.- Lealtad. - el cumplimiento de lo que exigen las leyes de la fidelidad y las del honor, sentimiento de respeto y fidelidad a los propios principios morales, a los compromisos establecidos o hacia alguien.

6.- Honestidad. - la compostura, moderación, respeto a la conducta moral y social que se considera apropiada, recato, decencia y rectitud de comportamiento.

7.- Respeto. - la consideración, acompañada de cierta sumisión, con que se trata a una persona por alguna cualidad, situación o circunstancia que las determina y que lleva a acatar lo que dice o establece o a no causarle ofensa o perjuicio, consideración de que algo es digno y debe ser tolerado.

8.- Beneficencia. - la ayuda social o económica desinteresada que se presta a las personas en virtud de hacer el bien, la práctica de obras buenas.

9.- Solidaridad. - la adhesión o apoyo incondicional a causas o intereses ajenos, especialmente en situaciones comprometidas o difíciles, el sentimiento de una persona basado en metas o intereses comunes.

10.- Vocación de servicio. - la tendencia de una persona hacia un oficio, una actividad o un cierto estado, al acto y la consecuencia de servir: estar a disposición de alguien, ser útil para algo, la predisposición de un individuo para satisfacer las necesidades de otro.

11.- Disciplina. - el conjunto de reglas o normas cuyo cumplimiento de manera constante conducen a cierto resultado, para mantener el orden y la subordinación entre los miembros de un cuerpo o una colectividad en una profesión o en una determinada colectividad.

Además, es importante mencionar que dentro del Capítulo III en lo que corresponde a los Derechos y Responsabilidades, encontramos dentro del Art. 10 las responsabilidades de las y los estudiantes el literal 11 en donde se plantea lo siguiente: Contribuir a la

investigación básica, aplicada y/o experimental para la generación de nuevos conocimientos o para la transferencia y uso de conocimientos científicos y tecnológicos en todas las áreas del conocimiento. De igual forma este proyecto se encuentra basado en el Capítulo IV De las Relaciones con la Comunidad, en relación al Art. 13.- De los proyectos de investigación. Los proyectos de investigación deben diseñarse para:

1. Impulsar la investigación formativa y generativa;
2. Responder a las necesidades prioritarias de la Universidad y de la población de la zona central del Ecuador;
3. Articular capacidades y acciones institucionales conjuntas que impulsen actividades de investigación, desarrollo e innovación;
4. Fortalecer el progreso bioético:
 - a) Aplicar el consentimiento informado
 - b) Enmarcarse en los principios de la bioética
 - c) Tomar en cuenta las normas éticas internacionales para la investigación en seres humanos
4. Diseñar, elaborar y ejecutar proyectos en el marco de las directrices del Consejo de Educación Superior, Ministerio de Salud Pública, el Plan Nacional del Buen Vivir, la Matriz Productiva y el Reglamento de la Dirección de Investigación y Desarrollo de la Universidad.
5. Conformar Comité de Bioética según la normativa del Ministerio de Salud Pública.
6. Todos los trámites pertinentes a los proyectos de investigación utilizarán la normativa y formatos establecidos por el Comité de Bioética.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTEPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de HAS Escala de Ansiedad de Hamilton

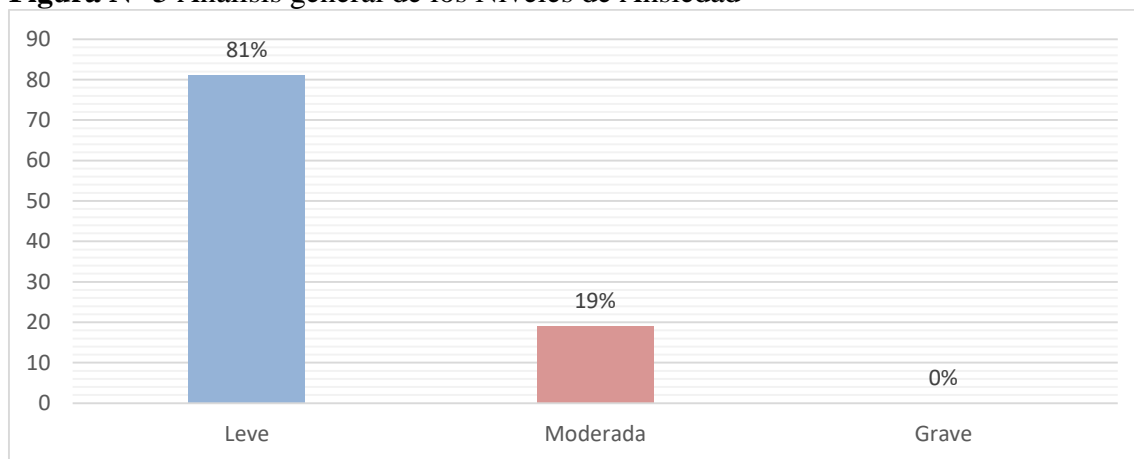
Tabla N° 3 Análisis general de frecuencia y porcentaje de los Niveles de Ansiedad.

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Leve</i>	81	81%
<i>Moderado</i>	19	19%
<i>Grave</i>	0	0%
TOTAL	100	100%

Nota: Obtenido de la fuente Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos Solca, autor Pérez (2018)

Análisis: De la población de estudio de 100 mujeres, 81 representan el nivel leve de ansiedad mientras que 19 muestran el nivel moderado de ansiedad.

Figura N° 3 Análisis general de los Niveles de Ansiedad



Nota: Obtenido de la fuente Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos Solca, autor Pérez (2018)

Interpretación:

En la figura N°3 se puede observar en cuanto a los niveles de ansiedad de los 100 pacientes evaluados el 81% presenta un nivel leve de ansiedad, es decir, que los pacientes logran controlar los síntomas de la ansiedad en cuanto tiene que ver a la parte somática y psíquica; el 19% restante se encuentran en ansiedad moderada, es decir, que los pacientes necesitan atención y tratamiento en cuando es el manejo de la ansiedad, presentando sensaciones de aprehensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad; miedo a manera de anticipación de un peligro ante una amenaza más o menos objetiva que supone una forma de miedo ante algo o ante nada, dolores musculares, taquicardia, diaforesis entre otros síntomas característicos de la ansiedad.

4.2. Análisis e interpretación de CRI-A Inventario de Respuestas de Afrontamiento para adultos

4.2.1. Respuestas de Afrontamiento Cognitivo

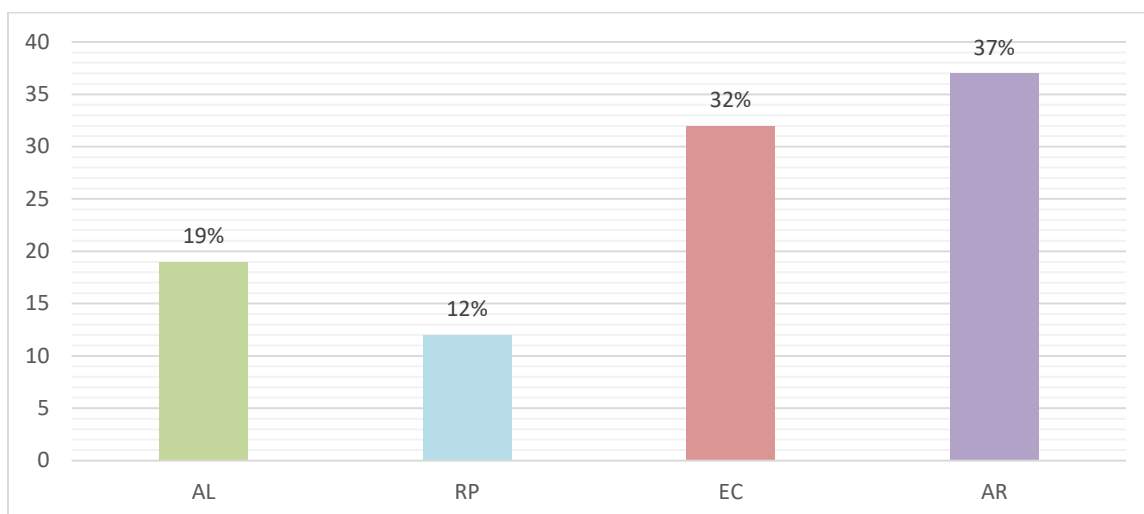
Tabla N° 4 Análisis general de Respuestas de Afrontamiento Cognitivo.

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Análisis lógico (Al)</i>	19	19%
<i>Reevaluación positiva (Rp)</i>	12	12%
<i>Evitación cognitiva (Ec)</i>	32	32%
<i>Aceptación-resignación (Ar)</i>	37	37%
TOTAL	100	100%

Nota: Obtenido de la fuente Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos Solca, autor Pérez (2018)

Análisis: De la población de estudio de 100 mujeres 37 emplean la respuesta de aceptación y resignación, 32 utilizan la respuesta de evitación cognitiva, 19 muestran como respuesta de afrontamiento el análisis lógico, 12 pacientes responden con reevaluación positiva.

Figura N° 4 Análisis general de Respuestas de Afrontamiento Cognitivo



Nota: Obtenido de la fuente Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos Solca, autor Pérez (2018)

Interpretación

En la figura N°4 se observa en cuanto a las respuestas de afrontamiento cognitivas se obtuvo un 37% en aceptación –resignación, es decir, que este grupo realiza esfuerzos cognitivos ante el problema para intentar aceptarlo cuando no encuentra otra alternativa; el 32% con evitación cognitiva, es decir, que las personas realizan esfuerzos para evitar de manera cognitiva el pensar en el evento estresor; un 19% de los pacientes presentan análisis lógico, es decir, que en este grupo corresponden a quienes realicen esfuerzos para intentar entender y alistarse de manera mental ante la presencia de un estresor para hacerlo frente junto a las consecuencias resultantes. y finalmente un 12% en reevaluación positiva, es decir, que aquí los pacientes realizan esfuerzos mentales para intentar elaborar y rediseñar el problema desde una perspectiva positiva hasta que la persona se haga a la realidad y acepte la situación.

4.2.2. Respuestas de Afrontamiento Conductual

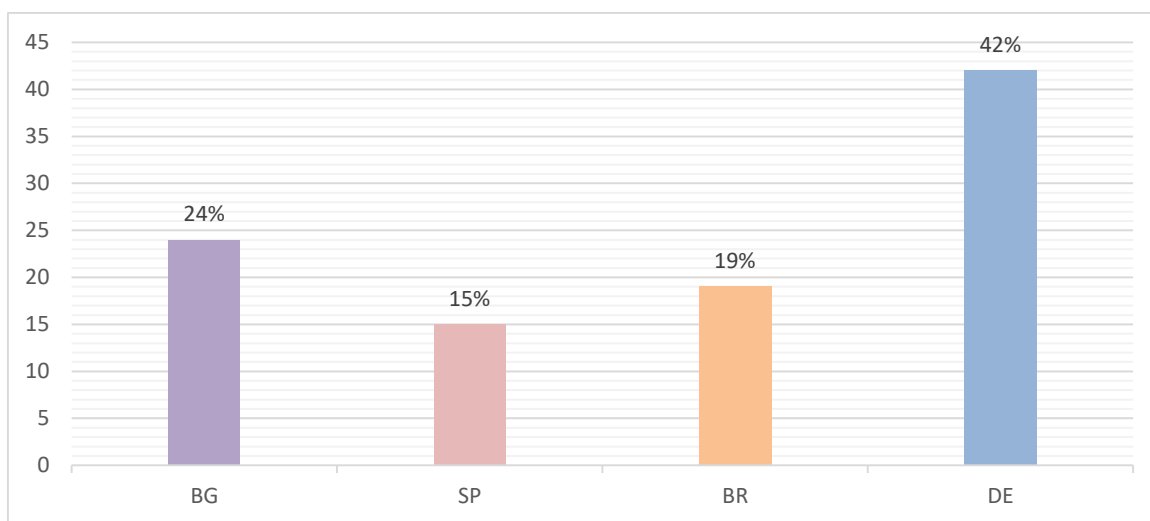
Tabla N° 5 Análisis general de Respuestas de Afrontamiento Conductual.

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Búsqueda de guía (Bg)</i>	24	19%
<i>Solución de problemas (Sp)</i>	15	12%
<i>Búsqueda de recompensas (Br)</i>	19	19%
<i>Descarga emocional (De)</i>	42	42%
TOTAL	100	100%

Nota: Obtenido de la fuente Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos Solca, autor Pérez (2018)

Análisis: De la población de estudio de 100 mujeres, 42 exhiben la respuesta de descarga emocional, 24 utilizan como respuesta de afrontamiento la búsqueda de guía, 19 emplean búsqueda de recompensas y finalmente 15 muestran en solución de problemas.

Figura N° 5 Análisis general de Respuestas de Afrontamiento Conductual



Nota: Obtenido de la fuente Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos Solca, autor Pérez (2018)

Interpretación:

En la figura N°5 se puede observar en cuanto a las respuestas de afrontamiento conductuales se obtuvo un 42% en descarga emocional, es decir, que las personas intentan disminuir mediante acciones conductuales la tensión, mediante la expresión negativa de sentimientos; un 24% con búsqueda de guía, es decir, aquí los pacientes realizan esfuerzos conductuales para encontrar apoyo, orientación e información; un 19% presentan búsqueda de recompensas alternativas, es decir, que la persona realiza esfuerzos por tratar de inmiscuirse en diferentes actividades que sustituyan el evento estresor para generar nuevas formas y fuentes de satisfacción y finalmente un 15% con solución de problemas, es decir, que los pacientes proceden hacer frente de manera directa al problema mediante acciones conductuales.

4.3. Verificación de la hipótesis Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento en pacientes oncológicos

4.3.1. Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento Cognitivo

Tabla N° 6 Correlación de Pearson Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento Cognitivo.

Correlación de Pearson Niveles de Ansiedad con Respuestas de Afrontamiento Cognitivo			
		Afrontamiento cognitivo	Ansiedad
Afrontamiento cognitivo	Correlación de Pearson	1	,815**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
Ansiedad	Correlación de Pearson	,815**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Nota: Obtenido de la fuente Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos Solca, autor Pérez (2018)

Interpretación: La tabla muestra que existe una correlación positiva de 0,01 entre las variables niveles de ansiedad - respuesta de afrontamiento cognitivo con un coeficiente de 0,000.

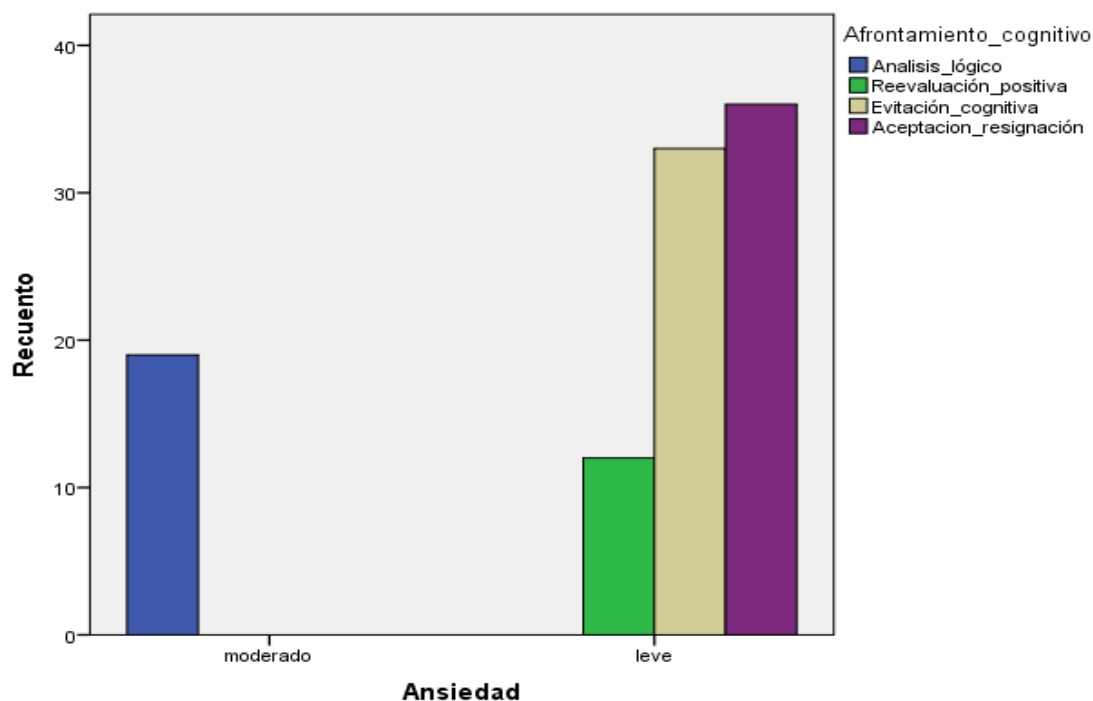
Tabla N° 7 Tabla de Contingencias Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento Cognitivo.

Tabla de contingencia Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento Cognitivo				
Recuento				
		Ansiedad		Total
		Leve	Moderado	
Afrontamiento cognitivo	Análisis lógico	0	19	19
	Reevaluación positiva	12	0	12
	Evitación cognitiva	32	0	32
	Aceptación resignación	37	0	37
Total		81	19	100

Nota: Obtenido de la fuente Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos Solca, autor Pérez (2018)

Interpretación: De un total de 100 mujeres evaluadas 37 presentan aceptación y resignación representando además el nivel de ansiedad leve, 32 pacientes exhiben la evitación cognitiva las mismas que presentan ansiedad leve, 19 muestran análisis lógico manifestando un nivel de ansiedad moderada y finalmente 12 muestran la reevaluación positiva nivel las mismas que exhiben un nivel de ansiedad leve.

Figura N° 6 Relación entre Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento Cognitivas.



Nota: Obtenido de la fuente Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos Solca, autor Pérez (2018)

4.3.2. Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento Conductual.

Tabla N° 8 Correlación de Pearson Niveles de Ansiedad con Respuestas de Afrontamiento Conductual

Correlación de Pearson Niveles de Ansiedad con Respuestas de Afrontamiento Conductual			
		Afrontamiento Conductual	Ansiedad
Afrontamiento conductual	Correlación de Pearson	1	,711**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
Ansiedad	Correlación de Pearson	,711**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Nota: Obtenido de la fuente Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos Solca, autor Pérez (2018)

Interpretación: La tabla muestra que existe una correlación positiva de 0,01 entre las variables niveles de ansiedad - respuesta de afrontamiento conductual con un coeficiente de 0,000.

Tabla N° 9 Tabla de Contingencias Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento Conductual.

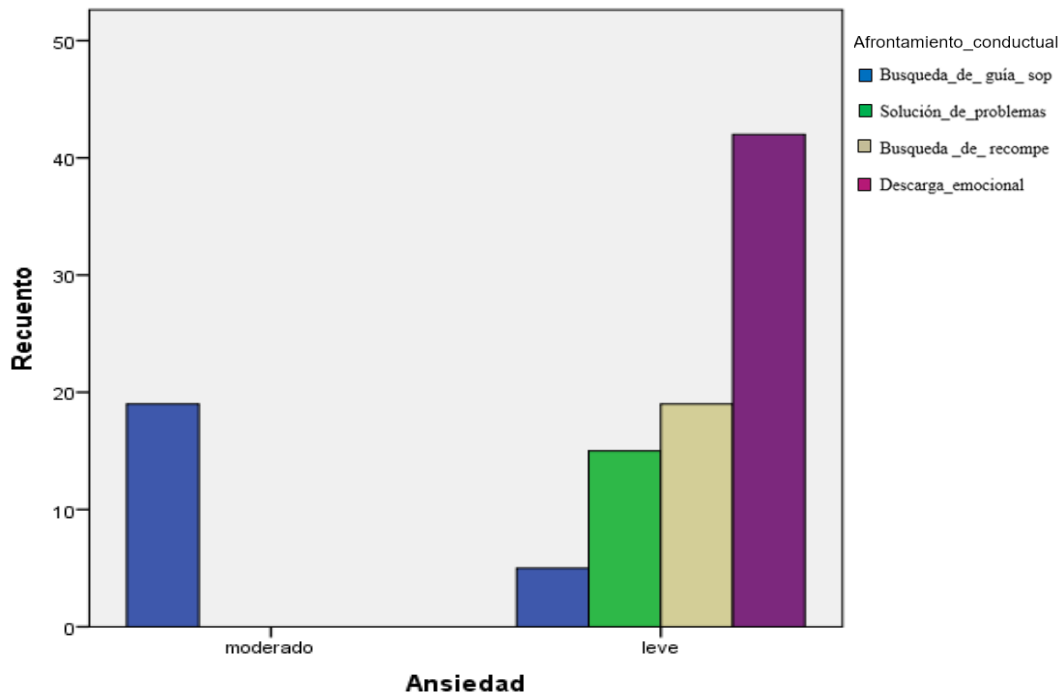
Tabla de contingencia Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento Conductual				
Recuento				
		Ansiedad		Total
		Leve	Moderado	
Afrontamiento Conductual	Búsqueda de guía soporte	5	19	24
	Solución de problemas	15	0	15
	Búsqueda de recompensas alternativas	19	0	19
	Descarga emocional	42	0	42
Total		81	19	100

Nota: Obtenido de la fuente Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos Solca, autor Pérez (2018)

Interpretación: De un total de 100 mujeres evaluadas 42 pacientes presentan descarga emocional en quienes se encuentran en el nivel leve de ansiedad, 24 pacientes emplean la estrategia de búsqueda de guía y soporte de las cuales 19 muestran un nivel de ansiedad moderada y 5 exhiben nivel de ansiedad leve, 19 mujeres exhiben la búsqueda de

recompensas alternativas y las mismas que se encuentran en el nivel leve de ansiedad y finalmente 15 pacientes muestran solución de problemas los mismos que representan un nivel de ansiedad leve.

Figura N° 7 Relación entre Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento Conductuales.



Nota: Obtenido de la fuente Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento en pacientes oncológicos Solca, autor Pérez (2018)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se ha llegado a la conclusión por la comprobación de la hipótesis mediante la prueba de Pearson en el cual, si existe una correlación significativa positiva 0,01 entre las variables Niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento, con un coeficiente de 0,000; por lo que se acepta la hipótesis H_1 y se descarta la hipótesis H_0 .
- Las respuestas de afrontamiento cognitivas más frecuentes de la población en estudio son: aceptación – resignación y evitación cognitiva, lo que indica que la manera cognitiva que la población utiliza para afrontar una dificultad se da por intentar aceptar y adaptarse a su realidad cuando no encuentra otra alternativa; en donde se obtuvo un coeficiente de 0,000
- Las respuestas de afrontamiento conductuales más frecuentes de la población en estudio son: descarga emocional y búsqueda de guía y apoyo, es decir, la manera conductual que tiene las pacientes oncológicas afrontan sus dificultades es mediante la expresión de sus sentimientos con el fin de liberar la tensión de tal manera generando satisfacción; en donde se obtuvo un coeficiente de 0,000.

- De acuerdo a la Escala de ansiedad de Hamilton se demuestra que el 81% de los pacientes oncológicos se encuentran en el nivel leve de ansiedad, en cuanto al 19% restante de los pacientes oncológicos se encuentran en el nivel moderado de ansiedad, en los resultados obtenidos se evidencia que los pacientes oncológicos empiezan con una ansiedad moderada, a medida que transcurre el tiempo en el tratamiento disminuye a leve.
- Para el análisis de las respuestas de afrontamiento se consideraron los puntajes elevados de cada una de las ocho escalas del test, en el cual se evidenció el uso de estrategias de evitación lo que indica que la manera que la población afronta una dificultad es encontrarse centrado en la emoción, reflejando intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicaciones, o para manejar el efecto asociado al mismo.
- Así mismo dentro de los resultados se comprobó que existen dos respuestas de afrontamiento menos empleadas por la población estudiada tales como reevaluación positiva y solución de problemas lo que indica que la población no afronta una dificultad es debido a que no focaliza en el problema y no refleja esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresores vitales.

5.2 Recomendaciones

- En base a los resultados obtenidos de las necesidades reales del entorno dar a conocer a las autoridades de la Unidad Oncológica Solca la realidad de la población oncológica y proponer la creación de protocolos psicoterapéuticos que permitan a la población en general encontrar el equilibrio entre la diversidad de situaciones estresantes que enfrentan cotidianamente y su relación con su calidad de vida.
- Realizar un plan terapéutico con el personal del departamento de psicología de la Unidad Oncológica para disminuir los altos niveles de ansiedad en la población encontrada, empleando la teoría cognitiva conductual utilizando técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, el biofeedback, tomando en cuenta poblaciones pre y post quirúrgicas que les permitirá disminuir el malestar psicológico, mantener el equilibrio emocional y hacer frente a los sucesos del diario vivir.
- Se recomienda trabajar en el aumento de las respuestas de afrontamiento solución de problemas y la reevaluación positiva y además en la adherencia hacia los distintos tipos de tratamientos que se utilizan en cáncer de tiroides, abordando de tal manera los miedos de los pacientes oncológicos y fomentando un adecuado apoyo familiar.
- Aplicar nuevos reactivos que permitan comparar las puntuaciones con las ya obtenidas para corroborar los resultados obtenidos. Además, se sugiere que, para futuras investigaciones, es necesario evaluar el estado emocional en los pacientes con cáncer, además de hacer una valoración inicial en búsqueda de los factores asociados para poder abordar a este tipo de pacientes de mejor manera.

Referencias bibliográficas

Bibliografía

- Aristizabal, Y., Betancourt, R. (2013). *Salud Mental del adolescente de Mérida*
Venezuela.
- Beck, A. (1985). *Cognitive Therapy. Science and Practice*. United States of America.
- Clark, D., Beck, A. (1988). *Psicoterapias Cognitivas de la Ansiedad*.
Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer. Bilbao-Madrid.
- Cólica, P. (2010). *Estrés Laboral y Bournout: El Síndrome de Estrés de los Call Center*.
Argentina.
- Eysenck, H. (1997). *Anxiety and the natural history of neurosis, Stress and Anxiety*.
Washington, DC: Hemisphere.
- Fernández, C., Villoria, E., Peláez, I. (2013). Influencia del estado emocional en la
sintomatología referida por paciente con cáncer de mama y tiroides durante el
tratamiento con quimioterapia. *Medicina Paliativa*, 20(3), 85-92.
- Fernández, G., Cano, A. (1997). *Actividad cognitiva. / Cognitive activity*. Manual de
Motivación y Emoción (pp. 113-160). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Folkman, S., Lazarus, R. (1984). Si cambia, debe ser un proceso: Un estudio de la
emoción y afrontamiento durante tres etapas de un examen de la universidad.
Revista de Personalidad y Psicología Social.
- Gándara, M., Fuertes, J. (1999). Angustia y ansiedad: causas, síntomas y tratamiento.
Pirámide, 9-43. Madrid – España.
- Ilabaca, L., García, E. (2013). Estilos y estrategias de afrontamiento: *Motivación y
emoción*, 190 – 195. Madrid – España.
- Juárez, G., Hernández., González, L., Bernal, P. (2016). Relación entre funcionalidad

- familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. *Ciencia y Cuidado*, 9(2), 11-39.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986): Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Llaneza, J. (2008). *Formación superior en Prevención de Riesgos Laborales. 3ª Edición*. España.
- Moos, R.H. (2010). Inventario de Respuestas de Afrontamiento-Adultos (CRI-A). España: Tea Ediciones, pp. 10-55.
- Peurifoy, Z., Reneau (2003). Cómo vencer la ansiedad: *Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente*, 4 (1), 170 – 176. España.
- Sepúlveda, L., Romero, A., Jaramillo, E. (2013) Evaluación de las estrategias de afrontamiento al dolor. España.
- Sierra, M., Güicha, O., Salamanca, E. (2014). Estudio sobre las escalas, estilos y estrategias de afrontamiento. *Compilaciones estilos y estrategias de afrontamiento*. 190 – 195. España.
- Viveros, L., Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psicología avances de la disciplina*, 4(1), 63-70. Colombia.

Linkografía

Asociación de Enfermos Incurables (2014). *Enfermedades crónicas*. Cuenca.

Recuperado de <http://www.fundacionabei.org/items.php?seccion=Noticias#item>.

Cano, F., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.

Recuperado de:

http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32140003/INTRUMENTO_DE_AFRONTAMIENTO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1481080417&Signature=Mpb1XoAEdfkk9qeVk14%2F1hDyO54%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSpanish_version_of_the_Coping_Strategies.pdf

Ceballos, M., Echeverri, G., Jiménez, F., Villamizar, W. (2015). Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. España: Tesis Doctoral. Recuperado de:

<https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/902/2009FERN%C3%81NDEZ%20MART%3%8DNEZ,%20MAR%C3%8DA%20ELENA.pdf?sequence=1>.

Complejo Asistencial de Salamanca (2014) *Afrontamiento del dolor crónico*. España.

Recuperado de:

<https://www.saludcastillayleon.es/CASalamanca/es/publicaciones>

El Instituto Nacional de Cáncer (2015) *Estudios acerca de niveles de ansiedad y oncología*. México. Recuperado de:

<https://www.cancer.gov/espanol/noticias/comunicados-de-prensa/2015Finck>, C.

& Forero, M. J. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y

- su relación con la espiritualidad/religiosidad. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1), 7-27. Recuperado de:
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/10610/10035>.
- Fundación Jóvenes contra el Cáncer (2016) *Oncológica y psicología*. Quito. Recuperado de: <https://jovenescontraelcancer.org/wp-content/uploads/2016/05/IR-2016.pdf>
- Hospital Carlos Andrade Marín (2015) *Informe anual atención de oncología*. Quito-Ecuador. Recuperado de: <http://bibliotecahcam.iess.gob.ec/>
- Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (2014) *Prevalencia sobre el cáncer*. Guayaquil. Recuperado de:
<https://drive.google.com/drive/folders/0B0g9oorSk0GOMEFVNzVIUmRxMjQ>
- Hospital de la Frontera (2014) *Uso del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. Chile. Recuperado de: <http://www.ufro.cl/revistas/cancer-temuco/>
- Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2015) *Informe sobre factores de riesgo de ansiedad*. Cuenca. Recuperado de:
<https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/rendicion-de-cuentas-2015>
- Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón (2013) *Hipertiroidismo*. Guayaquil. Recuperado de: <https://www.hagp.gob.ec/index.php/docencia-investigacion/investigacion-cientifica/investigaciones-en-salud>.
- Hospital Interzonal General de Agudos (2013) *Afrontamiento al cáncer*. Argentina. Recuperado de: <http://www.hjunin.ms.gba.gov.ar/hjunin/sihos.php>
- Hospital Pablo Tobón Uribe (2013) *Pacientes afectadas por cáncer de tiroides*. Colombia. Recuperado de: <https://www.hptu.org.co/unidades-de-apoyo>
- Instituto de Biomedicina (2013) *Ansiedad de Spielberg*. Venezuela. Recuperado de:
<http://www.ucv.ve/vrac/investigacion-cientifica-ucv.html>

Instituto Mexicano de Seguro Social (2014) *Cáncer de tiroides*. México. Recuperado de:
<http://www.imss.gob.mx/transparencia/comite-informacion-fp>

Instituto Nacional de Cancerología (2015) *Índices de malestar emocional, ansiedad, depresión y examinar su relación con la competencia percibida en pacientes con cáncer*. Colombia. Recuperado de:
<http://www.cancer.gov.co/informes-externos>

Instituto Nacional de Oncología Médica (2013) *Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de tiroides*. México. Recuperado de:
https://issuu.com/rodrigosotomoreno/docs/libro_cancer

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñis (2015) *Ansiedad hospitalaria*. México. Recuperado de:
<http://inprf.gob.mx/psicosociales/index.html>

Instituto Valenciano de Oncología (2015) *Afrontamiento al cáncer de mama*. España. Recuperado de: <http://www.ivo.es/investigacion/ensayos-clinicos/>

Long, A. (2002). El concepto de ansiedad / [Mensaje en un blog]. Recuperado de:
<http://analiaforticounselor.blogspot.com/2010/03/el-concepto-de-ansiedad-html>

Maldonado, I. y Reich, M. (2013). Estrategias de afrontamiento y miedo a hablar en público en estudiantes universitarios a nivel de grado. *Prensa Médica Latinoamericana*, 7(2), 165- 182. Recuperado de:
<http://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/1058/1047>

Ministerio de Salud Pública (2015) *Informe sobre el Cáncer*. Ecuador. Recuperado de:
<http://www.salud.gob.ec/biblioteca/>

Moos, R. (1995). Life Stressors and Social Resources Inventory Psychological Assessment Resources. Inc. Florida. USA. Recuperado de:
http://www4.parinc.com/WebUploads/samplerpts/LISRES_CRI_bib_2.pdf

Organización Mundial de la Salud (2016) *Estadísticas sobre cáncer de tiroides*.

Recuperado de: <http://www.who.int/gho/publications/es/>

Organización Panamericana de la Salud (2013) *Estrategias de afrontamiento en pacientes*

con cáncer. Recuperado de: <http://www.paho.org/journal/>

Rocañín, A. (1999). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Recuperado de:

http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/apartado06/tratamiento_ansiedad.html#a61

Rojas, E. (03 de diciembre de 2014). *Pilares de la Ansiedad*. Recuperado de:

<http://www.elperiodico.com/es/sanidad/20141201/los-pilares-de-la-ansiedad-3737182>

Seguro Social de Salud (2014) *Cáncer y Ansiedad*. Perú. Recuperado de:

http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/index.htm

Sociedad Americana de Oncología Clínica (2014) *Relación del cáncer, ansiedad y malestar emocional*. Alemania. Recuperado de: <https://www.asco.org/research-progress/reports-studies>

Sociedad de Lucha contra el Cáncer (2013) *Informe mensual sobre el cáncer*. Loja.

Recuperado de: <http://www.solca.med.ec/revista-oncologica>

Sociedad Latinoamericana de Oncología Pediátrica (2015) *Estudios sobre el cáncer y su incidencia en malestar psicológico*. Chile. Recuperado de:

<http://www.slaop.org/articulos-y-publicaciones/revista-slaop/>

Taylor, M. (1986) *Más de Terapia Cognitivo Conductual en la Clínica Sintomática*.

[Mensaje en un blog]. Recuperado de:

<http://marisaimaz.blogspot.com/2014/02/de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-salud.html>

Ticona, M., Santos, E., Siqueira, D. (2015). *Oncología, Cáncer de mama*. Rio de Janeiro:

Ediciones American Cancer Society (2012). Recuperado de:

<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>

Tufiño, M., Sierra, C., Riveros, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y

familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*,

30(1). Recuperado de:

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051/6906>

Referencias bibliográficas de la base de datos UTA

PROQUEST: Garzón, E., Méndez, L., Camargo, J. (2013). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(1), 77-83.

Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/1793564172/859C8DB21C104924PQ/5?accountid=36765>

PROQUEST: Haro, M., Gallardo, L., Martínez, J., Paredes, H. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento en el cáncer en pacientes recién diagnosticados. *Psicooncología*, 11(1). Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/1432297015/fulltextPDF/88C0789D63CB4AA6PQ/4?accountid=36765>

PROQUEST: Meliz, M., Feixas, A., Varlotta, L. (2013). La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer. *Psicooncología desde Chile*, 4(1).

Recuperado de:

<http://search.proquest.com/docview/748460824/fulltext/AF94CCBBD0B4450CPQ/1?accountid=36765>

PROQUEST: Moreno, M., Krikorian, C., Palacio, J. (2015). Angustia y estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1). Recuperado de:

<http://search.proquest.com/docview/1435590715/AC6B070AE93446D3PQ/18?accountid=36765>.

PROQUEST: Muñoz, M., Bernal, P. (2016). Abordaje de la Ansiedad en Pacientes Diagnosticados de Cáncer. *Psicooncología*, 13(3). Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/1867932653/fulltextPDF/E52A23060B4D4DE0PQ/1?accountid=36765>

PROQUEST: Ornelas, A., Delgado, A. (2009). Cáncer: Etiología, patología y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1). Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/748427382/fulltextPDF/859C8DB21C104924PQ/7?accountid=36765>

PROQUEST: Sánchez, J., Figueroa, G., Cacho, E., Robles, S. (2016). Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*, 13(3). Recuperado de:

<http://search.proquest.com/docview/1546005424/82673D3835C34D2BPQ/1?accountid=36765>

PROQUEST: Vázquez, O., Álvarez, M., Alvarado, S. (2013). Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer de tiroides en tratamiento y periodo de seguimiento. *Psicooncología*, 10(1). Recuperado de:

<http://search.proquest.com/docview/1525787601/82673D3835C34D2BPQ/2?accountid=36765>

SCOPUS: Costa, E., Ballester, T. (2013). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 10(2), 245-257. Doi 10.1590/1809-9823.2009.00008

SCOPUS: Neipp, M., López, L. Terol, C., Pastor, D. (2014). Estudio sobre el bienestar subjetivo, psicológico en hospitalización de Montevideo – 2012. *Revista Oncológica*, 56 (3), 45-57. Doi:10.1001/archpsyc.1983.01790030019002

Anexos

Anexo 1 Consentimiento Informado

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Consentimiento informado**

Yo, _____ con Cédula de Identidad _____ autorizo al Sr. Marco Gabriel Pérez Villavicencio hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle para la realización de su proyecto de investigación que tiene por tema “Niveles de Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento” de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera Psicología Clínica, la misma que se llevará a cabo en la Unidad Oncológica Solca Tungurahua.

He sido informado y conozco que:

1. La participación en esta investigación es definitivamente de forma voluntaria. Esto quiere decir que si yo lo deseo puedo negarme a participar en estudio en el momento que quiera sin tener que rendir cuentas.
2. No recibiré ningún beneficio directo del estudio realizado, pues los datos proporcionados tienen como finalidad producir conocimientos que podrían ser usados para elaborar estrategias de entrenamiento y manejo en cuanto a la ansiedad, en complemento con tratamiento psicoterapéutico.

Finalmente cabe recalcar que el estudio no produce ningún daño o riesgo y que se garantiza total discreción y confidencialidad en la información obtenida.

Con el fin de agilizar la investigación se procederá a hacer un acompañamiento donde se emitirá una explicación previa, antes de que conteste las baterías de evaluación, para un mejor desenvolvimiento.

Firma del evaluado: _____ Firma del evaluador: _____

CC: _____

CC: _____

Fecha: _____

Anexo 2 Ficha de Selección de la Población

Nº Historia Clínica

¿En la actualidad consume algún tipo de sustancia psicotrópica?					Si	No
Señale cual/es						
Marihuana ()	Heroína ()	Cocaína ()	Metanfetaminas ()	Base de cocaína ()		
¿Alguna vez ha sufrido algún tipo de accidente cerebrovascular?					Si	No
¿Alguna vez ha sufrido algún traumatismo craneoencefálico que haya requerido de intervención y tratamiento médico?					Si	No
¿Indique cuál es su grado de instrucción?						
Ninguno ()	Primaria	Secundaria	Superior	Otra.....		
	Completa ()	Completa ()	Completa ()			
	Incompleta ()	Incompleta ()	Incompleta ()			
¿Actualmente forma parte de algún taller, área o grupo terapéutico?					Si	No
Escriba cual/es						
¿Presenta alguna discapacidad?					Si	No
Física ()		Mental ()			Intelectual ()	

Anexo 3 Escala de Ansiedad de Hamilton

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA					
DATOS INFORMATIVOS: Nº Historia Clínica: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> / Mujer <input type="checkbox"/> Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> / Casado <input type="checkbox"/> / Divorciado <input type="checkbox"/> / Unión libre <input type="checkbox"/> Ocupación: _____					
SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4

10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborignos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasarse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Anexo 4 Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A).

Instrucciones

Este ejemplar contiene preguntas sobre cómo se enfrenta a los problemas importantes que surgen en su vida. Consta de dos partes. En la PARTE 1 deberá describir el problema más importante o la situación más difícil que haya tenido que haya vivido en los últimos 12 meses. Ejemplos de estas situaciones pueden ser problemas con familiares y amigos, la enfermedad o muerte de un ser querido, un accidente o problemas de salud, dificultades financieras o de trabajo... Si no ha vivido ningún problema importante, piense en un problema de menor importancia que haya tenido que resolver.

Seguidamente tendrá que indicar su grado de acuerdo en 10 preguntas que se le formulan acerca de cómo valora este problema, siguiendo este criterio:

SN:	Si su respuesta es SEGURO QUE NO
GN:	Si su respuesta es GENERALMENTE NO
GS:	Si su respuesta es GENERALMENTE SI
SS:	Si su respuesta es SEGURO QUE SI

En la PARTE 2 deberá responder a 48 preguntas expresando en cada una la frecuencia con la que actúa de la manera que se indica. Deberá marcar:

N:	Si su respuesta es NO, NUNCA
U:	Si su respuesta es UNA O DOS VECES
B:	Si su respuesta es BASTANTES VECES
S:	Si su respuesta es SI, CASI SIEMPRE

Trate de responder a todas las preguntas de la forma más precisa que pueda. Recuerde que sus respuestas son confidenciales y que no hay ni contestaciones ni buenas ni malas, sencillamente siga su criterio personal. Si quiere corregir alguna respuesta, tache bien la primera y redondee la segunda respuesta. Antes de empezar no olvide anotar sus datos de identificación en la parte superior de esta página.

PARTE 1: Por favor piense en el problema más importante o la situación más difícil que haya vivido en los últimos 12 meses. Brevemente, describa este problema en el siguiente espacio:

Puntee del 1 al 10 (1: casi nada, 10: muchísimo) la intensidad de estrés que le ha generado ()

Puntee del 1 al 10 (1: casi nada, 10: muchísimo) el grado en que controlaba el problema ()

A continuación responda a las siguientes 10 preguntas y rodee su contestación en el espacio indicado.

SN	GN	GS	SS
SEGURO NO	QUE GENERALMENTE NO	GENERALMENTE SI	SEGURO QUE SI