



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

INFORME DE INVESTIGACION SOBRE:

“QUIMIOTERAPIA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE ANSIEDAD DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL ÁREA DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C. SOLCA AMBATO”.

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Rodríguez Ortiz, Noemi Viviana

Tutor: Psc. Bonilla Flores, Flavio Rolando

Ambato – Ecuador

Marzo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“QUIMIOTERAPIA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE ANSIEDAD DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL ÁREA DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C. SOLCA AMBATO” de Noemi Viviana Rodríguez Ortiz 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 de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2014

EL TUTOR

.....

Psc. Bonilla Flores, Flavio Rolando

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“QUIMIOTERAPIA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE ANSIEDAD DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL ÁREA DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C. SOLCA AMBATO”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2015

LA AUTORA

.....

Rodríguez Ortiz, Noemi Viviana

DERECHOS DE AUTOR

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

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto del 2015

LA AUTORA

.....
Rodríguez Ortiz, Noemi Viviana

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“QUIMIOTERAPIA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE ANSIEDAD DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL ÁREA DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C. SOLCA AMBATO.”** de Noemi Viviana Rodríguez Ortiz, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Marzo del 2015

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios, a mis padres y a mi hermana.

A Dios por ser mi fortaleza en todo momento, por ser la luz que guía mis pasos. A mis padres que han sido un apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida, que me han sabido guiar con sabiduría y amor, fomentando en mí valores y principios morales. A mi hermana por ser una gran amiga y un gran apoyo a lo largo de mi vida.

Noemi Rodríguez

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato especialmente a la Facultad de Ciencias de la Salud por fomentar en mí los valores humanos y la responsabilidad que debe tener un profesional de la salud, a mis maestros por haberme instruido de la mejor forma como una profesional y por brindarme todos sus conocimientos a lo largo de mi Carrera Universitaria. Agradezco a Dios por todas las bendiciones recibidas. A mis padres por brindarme todo su apoyo y amor incondicional. Agradezco finalmente a los pacientes involucrados en este proyecto de investigación, al hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato por abrirme las puertas de la institución brindándome apoyo, guía y apertura para mi trabajo. A mi Tutor guía Psc. Flavio Bonilla por su excelente labor y su valiosa ayuda en este trabajo investigativo.

Noemi Rodríguez

INDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
INDICE	viii
RESUMEN.....	xi
SUMMARY	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	2
1. 1 TEMA	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	2
1.2.2 ANALISIS CRÍTICO.....	7
1.2.3 PROGNOSIS.....	8
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES.....	9
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN	9
1.3 JUSTIFICACIÓN	10
1.4 OBJETIVOS	12
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	12
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
CAPITULO II	13
MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	13
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	16
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL	17
2.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	18
2.5 HIPÓTESIS.....	56

2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES	56
CAPITULO III.....	57
MARCO METODOLÓGICO	57
3.1 ENFOQUE	57
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	57
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	57
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	57
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	57
3.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: QUIMIOTERAPIA	57
3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE: ANSIEDAD	60
3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	62
3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	64
CAPITULO IV.....	65
ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	65
4.1.- Análisis e Interpretación De La Variable Dependiente.....	65
4.2.- Análisis e Interpretación De La Variable Independiente	66
4.3 Verificación de Hipótesis.....	85
CAPITULO V	90
5.2 RECOMENDACIONES	91
CAPÍTULO VI.....	92
PROPUESTA.....	92
6.1 DATOS INFORMATIVOS	92
6.1.1 Título	92
6.1.2 Datos informativos:	92
6.1.3 Beneficiarios:	92
6.1.4 Ubicación	92
6.1.5 Tiempo estimado de la ejecución	92
6.1.6 Equipo técnico responsable	92
6.1.7 Costo	93
6.2 Antecedentes de la propuesta	93
6.3 Objetivos	93

6.3.1 Objetivo general:	93
6.3.2 Objetivos específicos:	93
6.4 Justificación.....	94
6.5 Fundamentación técnica.....	94
6.5.1 Psicoprofilaxis en pacientes oncológicos en quimioterapia	95
6.6 Metodología	114
CAPITULO VII	122
MARCO ADMINISTRATIVO.....	122
7.1 RECURSOS	122
7.1.1 RECURSOS INSTITUCIONALES	122
7.1.2 RECURSOS HUMANOS	122
7.1.3 RECURSOS FÍSICOS	122
7.2 PRESUPUESTO	122
7.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	123
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
BIBLIOGRAFÍA:	124
LINKOGRAFÍA:	125
ANEXOS.....	128

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

“QUIMIOTERAPIA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE ANSIEDAD DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL ÁREA DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C. SOLCA AMBATO.”

Autora: Rodríguez Ortiz, Noemi Viviana
Tutor: Psc. Bonilla Flores, Flavio Rolando
Fecha: Agosto del 2014

RESUMEN

El presente trabajo de investigación situado en la parroquia “Izamba” - Ambato trata la problemática de los pacientes oncológicos en quimioterapia en relación con las variables “Quimioterapia y Ansiedad”.

El enfoque del trabajo realizado fue cuanti-cualitativo, aplicando la investigación bibliográfica-documental y de campo con un nivel de asociación de variables. El campo de conocimiento de la investigación es salud mental, el área es trastornos de ansiedad y el aspecto a estudiar es: Ansiedad. La delimitación espacial de la investigación es el Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato.

Los datos son obtenidos a través de la aplicación del test estandarizado “Escala de Valoración de la Ansiedad de Max Hamilton” y la Encuesta Estructurada “7 QT”. Los mismos fueron procesados estadísticamente y no dan resultado de correlación. Finalmente se presenta una propuesta terapéutica como psicoprofilaxis en pacientes oncológicos en quimioterapia dirigida a la reducción de los niveles de ansiedad en dichos pacientes oncológicos.

El objetivo general de la investigación es determinar la relación de la quimioterapia con los niveles de ansiedad de pacientes oncológicos en el área de quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato.

Los objetivos específicos son: Determinar los factores relacionados con la quimioterapia (factores sociodemográficos, tipo de diagnóstico, el estadio de la enfermedad, duración de la quimioterapia, los efectos secundarios); detectar los niveles de ansiedad en los pacientes oncológicos en quimioterapia y por ultimo proponer un modelo psicoterapéutico enfocado en psicoprofilaxis para los pacientes en quimioterapia.

PALABRAS CLAVES: QUIMIOTERAPIA, ANSIEDAD, ONCOLOGÍA, CÁNCER

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF SCIENCES OF HEALTH
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**"CHEMOTHERAPY AND ITS RELATIONSHIP WITH ANXIETY LEVELS OF
ONCOLOGY PATIENTS IN THE AREA OF CHEMOTHERAPY
OUTPATIENT IN HOSPITAL DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C. SOLCA
AMBATO."**

Author: Rodriguez Ortiz, Noemi Viviana
Tutor: Psc. Bonilla Flores, Flavio Rolando
Date: Agosto, 2014

SUMMARY

This research situated in the parish "Izamba" - Ambato is the problem of cancer chemotherapy patients in relation to "Chemotherapy and Anxiety" variables.

The focus of the work was performed quantitative-qualitative, applying the literature-documentary and field research with a level of association of variables. The field of research knowledge is mental health, the area is anxiety disorders and appearance to study is: Anxiety. The spatial delimitation of investigation is the Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato.

The data is obtained through the application of standardized test "Rating Scale Hamilton Anxiety Max" and Structured Survey "7 QT". They were processed statistically and give no correlation result. Finally, a therapeutic proposal is presented as psicoprofilaxis in cancer patients in chemotherapy led to reduced anxiety levels in these cancer patients.

The general objective of the research is to determine the relationship of chemotherapy with anxiety levels of cancer patients in the ambulatory chemotherapy in the hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato.

The specific objectives are: To determine the factors associated with chemotherapy (sociodemographic factors, type of diagnosis, stage of disease, duration of treatment, side effects); detect levels of anxiety in cancer patients of chemotherapy and finally propose a psychotherapeutic model focused on psicoprofilaxis for chemotherapy patients.

KEY WORDS: CHEMOTHERAPY, ANXIETY, ONCOLOGY, CANCER

INTRODUCCIÓN

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas, pero también afecta a las células normales, debido a la potencia de los fármacos usados, provocando diversos efectos secundarios en los pacientes tanto física como psicológicamente siendo por así causa de ansiedad en los pacientes oncológicos, que puede influir negativamente en el tratamiento médico así como en la progresión de la enfermedad.

La ansiedad es una forma peculiar de tener miedo. El miedo propiamente dicho se desencadena ante un estímulo o situación concreta, mientras que la ansiedad tiene que ver con la anticipación temerosa de situaciones que se darán en el futuro. Hay que diferenciar entre ansiedad normal y una ansiedad exagerada que produce pánico, ya que ésta puede provocar una actitud negativa hacia el tratamiento e inhibir una conducta de curación. En el cáncer es importante detectar los estados de angustia ya que dichos estados repercutirán en conductas inadecuadas para la curación del paciente y dificultarán la lucha contra el cáncer.

Al detectar los niveles de ansiedad existentes en los pacientes oncológicos se puede establecer y plantear adecuadamente una propuesta de tratamiento psicológico enfocado en reducir los niveles de ansiedad en pacientes oncológicos en quimioterapia, tomando en cuenta los datos y análisis recabados mediante la presente investigación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. 1 TEMA

Quimioterapia y su relación con los niveles de ansiedad de pacientes oncológicos en el área de quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Establecer qué relación existe entre la quimioterapia y los niveles de ansiedad de pacientes oncológicos en el área de quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato.

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

Para comprender el alcance del problema sobre la quimioterapia y su relación con los niveles de ansiedad de pacientes oncológicos en el área de quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato es necesario contextualizar y describir el problema, tanto en el ámbito Internacional, de Latinoamérica y Nacional.

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental los trastornos de ansiedad afectan a aproximadamente 40 millones de adultos estadounidenses de 18 años de edad o más (aproximadamente el 18%) cada año, llenando a personas de miedo e incertidumbre. A diferencia de la ansiedad relativamente leve y transitoria causada por un evento estresante, los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar

si no se los trata. Los trastornos de ansiedad ocurren comúnmente junto con otras enfermedades mentales o físicas, incluyendo abuso del consumo de alcohol o sustancias, lo cual puede enmascarar los síntomas de la ansiedad o empeorarlos. En algunos casos, estas otras enfermedades necesitan ser tratadas antes de que una persona pueda responder a un tratamiento para el trastorno de ansiedad. (Instituto Nacional de la Salud Mental, NIMH, 2009)

Según la revista científica The Lancet Oncology Comision las enfermedades no transmisibles, incluido el cáncer, están sobrepasando a las enfermedades infecciosas como la principal amenaza de salud en los países de ingresos medios y bajos. Los países de América Latina y el Caribe tienen dificultades para responder al aumento de la morbilidad y la mortalidad producidas por las enfermedades en fase avanzada. En estos países los ministerios de la salud y los sistemas de atención de la salud se enfrentan a muchos desafíos referentes a la atención de pacientes con cáncer avanzado: financiación insuficiente, distribución no equitativa de los recursos y servicios; escasez y la capacitación y distribución inadecuadas del personal y equipo destinado a los servicios de salud; falta de una atención adecuada a muchas poblaciones debido a factores socioeconómicos, geográficos, étnicos y otros; y el hecho de que los sistemas actuales se encuentran orientados a las necesidades del sector minoritario de la población urbana de alto poder adquisitivo a expensas del resto de la población. Este problema emergente del cáncer amenaza con causar un gran sufrimiento y serias consecuencias económicas para los países de América Latina. (The Lancet Oncology Comision, 2013)

El Catalogo Universal de Servicios de Salud Causes Mexico 2010 establece que la ansiedad como enfermedad se caracteriza por una preocupación excesiva, lo cual está fuera de la proporción del impacto del evento o circunstancia motivo de la preocupación. Estos trastornos pueden comenzar en cualquier momento, incluso en la niñez. Los trastornos de ansiedad en conjunto, alcanzan una magnitud semejante a la de los trastornos afectivos y tienden a la cronicidad produciendo diversos grados de discapacidad, complicándose con episodios depresivos.

El trastorno de pánico: La prevalencia de este trastorno es 1.10% de la población total, de estos el 20% son casos severos que requieren atención médica ambulatoria, y solo el 0.19% de ellos requieren además hospitalización.

En el trastorno de ansiedad generalizada: La prevalencia de este trastorno es 0.70% de la población total, de estos el 20% son casos severos que requieren atención médica ambulatoria, y solo el 1.41% de ellos requieren además hospitalización.

Trastorno de estrés postraumático: La prevalencia de este trastorno es 0.60% de la población total, de estos el 15% son casos severos que requieren atención médica ambulatoria, y solo el 0.53% de ellos requieren además hospitalización.

Trastorno adaptativo: La prevalencia de este trastorno es 2.10% de la población total y de estos el 5% son casos severos que requieren atención médica ambulatoria. (Catalogo Universal de Servicios de Salud Mexico, CAUSES, 2010)

Según la Organización Mundial de la Salud ha existido logros sanitarios importantes en Salud Pública en Ecuador entre ellos figuran un aumento del presupuesto del Ministerio

de Salud Pública, el cual entre 2007 y 2010 invirtió US\$ 3.433 millones, y la gratuidad progresiva de la atención en los servicios de salud, incluidos los medicamentos. Para 2009, el gasto público en salud alcanzó a 2,9% del producto interno bruto, mientras que el gasto nacional en salud para el mismo período fue de 7%. (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2013)

De acuerdo al Ministerio De salud Pública entre 2008 y 2010 las cinco primeras causas asociadas con la salud mental fueron la depresión, que aumentó 108 a 113 casos por 100.000 habitantes, la ansiedad, 66 a 99, la epilepsia, 47,8 a 63,2 y el retardo mental, 25,2 a 37 (Ministerio De salud Pública, MSP, 2011)

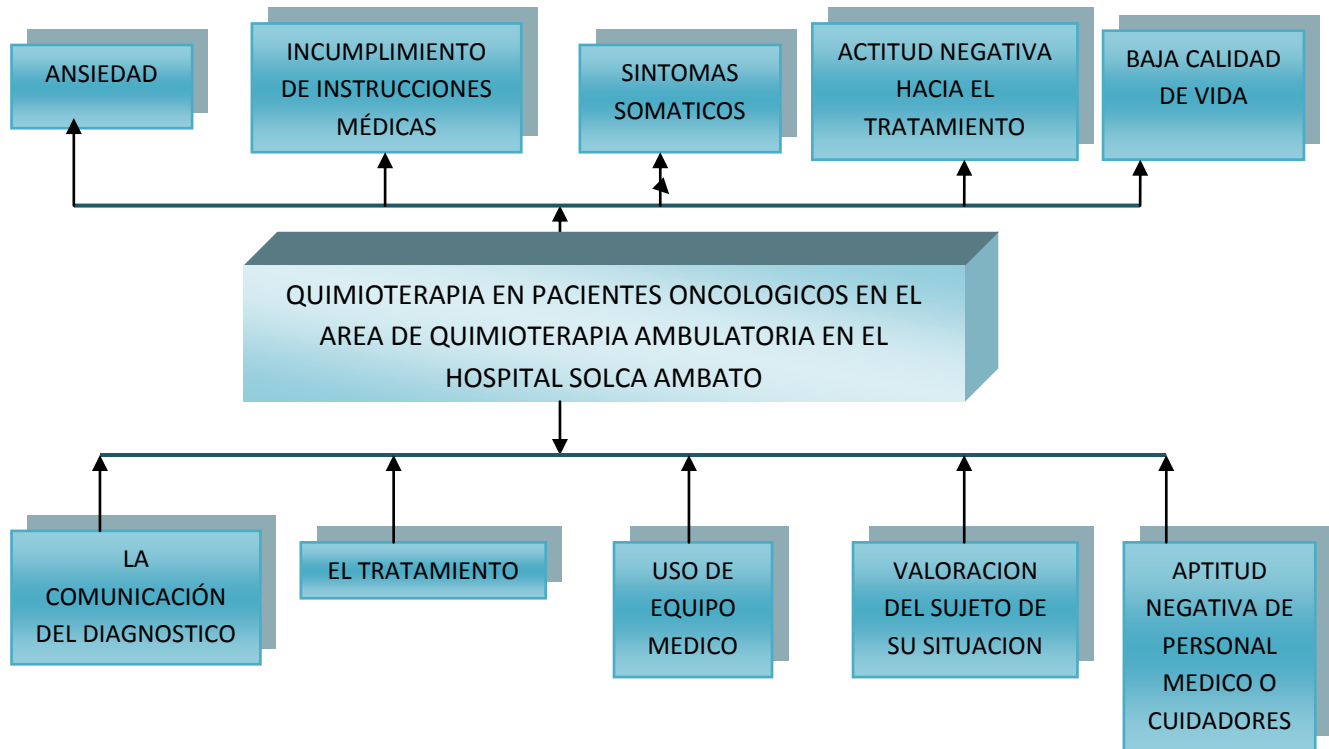
El Ministerio de Salud Pública en Indicadores Básicos de Salud 2011 establece que existe en Ecuador un total de consultas de psicólogo en Servicios Ambulatorios de 216.123. (MSP, 2011)

En el hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato en el Ecuador en el año 2006 se produjeron 57.940 defunciones, de ellas el 2.8 % (1596) corresponde a cáncer de estómago. Este tumor ocupa el primer lugar en mortalidad entre todos los cánceres tanto en hombres como en mujeres. El nivel de instrucción como un elemento que refleja la condición socio económica del paciente refuerza la conocida relación del cáncer de estómago y la pobreza. La tasa de incidencia en analfabetos es seis veces mayor que la de los que tienen instrucción superior.

De acuerdo a estadísticas pertenecientes al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca las tasas de incidencia estandarizada por 100.000 habitantes en registros de cáncer del Ecuador son: En la ciudad de Quito del año 2003 al 2005 se dan 3791 casos en hombres

y 4632 casos en mujeres, en la ciudad de Cuenca del año 2001 al 2004 se dan 914 casos en hombres y 1321 casos en mujeres, en la ciudad de Guayaquil del año 2001 al 2002 se dan 1909 casos en hombres y 2369 casos en mujeres, en la ciudad de Loja del año 2001 al 2003 se dan 314 casos en hombres y 498 casos en mujeres, en la ciudad de El Oro del año 2002 al 2004 se dan 811 casos en hombres y 954 casos en mujeres, en la ciudad de Manabí del año 1999 al 2002 se dan 1340 casos en hombres y 1644 casos en mujeres. Por otra parte el hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato recibe aproximadamente 1000 pacientes anualmente, además cada año existen también aproximadamente 8000 pre consultas, mensualmente se realizan el tratamiento de quimioterapia unos 60 pacientes. (REGISTRO NACIONAL DE TUMORES SOLCA QUITO, 2009)

1.2.2 ANALISIS CRÍTICO



1.2.3 PROGNOSIS

El cáncer es un problema de salud que ocasiona en el Ecuador alrededor de 57.000 defunciones cada año. Esta enfermedad genera un alto grado de sufrimiento tanto físico como psicológico. Se han realizado muchas investigaciones en torno a los avances para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer pero se han realizado relativamente pocas referidas al sufrimiento psicológico en los pacientes como la ansiedad, es por eso que al no investigar sobre la ansiedad en los pacientes oncológicos no podríamos mejorar su calidad de vida, ni contribuir a mejorar su disposición para realizarse el tratamiento y que no se genere una actitud negativa hacia el mismo. Además al no realizarse el trabajo investigativo podrían mantenerse o incrementarse las consecuencias de la ansiedad en los pacientes oncológicos tales como: dificultades en su autocuidado, fobias hacia las inyecciones, sangre, heridas, tratamientos médicos o hacia el mismo hospital, incumplimiento de las instrucciones médicas, depresión, síntomas somáticos, ideas o intentos suicidas, incremento de los síntomas fisiológicos disminuyendo así la probabilidad de mejoría y perjudicándolo en su lucha contra el cáncer, ya que a partir de esta investigación se planteará un apoyo psicológico adecuado a las necesidades de los pacientes oncológicos.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre la quimioterapia y los niveles de ansiedad de pacientes oncológicos en el área de quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

-¿Qué nivel de ansiedad presentan los pacientes oncológicos en quimioterapia en el hospital de Solca Ambato?

-¿Cuáles son los factores relacionados con la quimioterapia (factores socio demográficos, tipo de diagnóstico, el estadio de la enfermedad, duración de la quimioterapia, los efectos secundarios)?

-¿Qué modelo psicoterapéutico se puede diseñar para reducir la ansiedad en los pacientes en quimioterapia?

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

1.2.6.1 CAMPO DE CONOCIMIENTO

CAMPO: Salud mental.

AREA: Trastornos de ansiedad

ASPECTO: Ansiedad.

1.2.6.2 DELIMITACION ESPACIAL

Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato.

1.2.6.3 DELIMITACION TEMPORAL

La investigación se llevó a cabo en el año 2014.

1.2.6.4 DELIMITACION DEL OBJETO DE INVESTIGACION

Pacientes oncológicos del servicio de quimioterapia ambulatoria.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realiza debido a que cada año el hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato recibe aproximadamente 1000 pacientes, además cada año existen aproximadamente 8000 pre consultas, cada mes existen 60 pacientes que se realizan el tratamiento de quimioterapia; siendo el cáncer una de las principales causas de muerte en la provincia. Debido a todo esto es importante concienciar sobre el cáncer en Tungurahua y tomar acciones integrales para disminuir su impacto en la población. Siendo parte de la misión del hospital oncológico brindarle una mejor calidad de vida al paciente, con la presente investigación estaríamos aportando a este objetivo. El cáncer provoca un alto nivel de sufrimiento tanto físico como psicológico en los pacientes, 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. Existiendo dificultades en su autocuidado, pueden surgir fobias hacia las inyecciones, sangre,

heridas, tratamientos médicos o hacia el mismo hospital. Dándose incumplimiento de las instrucciones médicas, generando depresión, síntomas somáticos o incluso concebirse ideas o intentos suicidas. Puede existir incremento de los síntomas fisiológicos afectando todo esto a su calidad de vida y su lucha contra el cáncer, disminuyendo así la probabilidad de mejoría y pudiendo aumentar los efectos secundarios. Es fundamental proporcionar información de los procesos médicos y diseñar un plan de intervención psicológica adecuada a las necesidades de los pacientes para reducir los niveles de ansiedad. Al realizarse ésta investigación resultarían beneficiados los pacientes oncológicos, ya que se espera que los resultados estadísticos que proporcione en cuanto a la quimioterapia y su relación con los niveles de ansiedad puedan darnos pautas para establecer dicha intervención psicológica y brindarles así una mejor calidad de vida, contribuyendo a evitar todo lo antes mencionado. Además, cabe resaltar que se ha investigado mucho sobre el progreso de la enfermedad, así como métodos y nuevas formas de combatirla, nuevos medicamentos han salido al mercado y en nuevas presentaciones pero se ha investigado relativamente poco para contribuir al aspecto psicológico en estos pacientes. Por otro lado, esta investigación tiene factibilidad científica, económica y operacional, teniendo el apoyo del Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato para su realización y contando con el presupuesto adecuado para llevarla a cabo.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de la quimioterapia con los niveles de ansiedad de pacientes oncológicos en el área de quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores relacionados con la quimioterapia (factores sociodemográficos, tipo de diagnóstico, el estadio de la enfermedad, duración de la quimioterapia, los efectos secundarios).
- Detectar los niveles de ansiedad en los pacientes oncológicos en quimioterapia.
- Proponer un modelo psicoterapéutico enfocado en psicoprofilaxis para los pacientes en quimioterapia.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Según los autores Fernández C., Padierna C., Villoria E., Vázquez I., Fernández R. & Peláez I. en el año 2011 se realiza una investigación en la que se analiza el impacto de la ansiedad y la depresión en el estado físico y las rutinas diarias de los pacientes de cáncer durante la quimioterapia. Se describe la evolución de la sintomatología, estado emocional y las rutinas cotidianas en pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento con quimioterapia, además se analiza la mediación de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de dichos pacientes. La población consta de 66 pacientes: 29 con cáncer de mama y 37 con cáncer de pulmón. Se les evalúa antes de iniciar el tratamiento, finalizado el primero, segundo y último ciclo de QT, mediante el uso del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), escalas de apreciación y entrevista. Menos de un 30% alcanzan puntuaciones en el HAD indicativas patología ansiosa o depresiva. Durante el tratamiento se incrementó significativamente el cansancio, fatiga y náuseas y se interrumpen las actividades laborales y de ocio. Al introducir como covariables las puntuaciones obtenidas en el HAD, se comprueba que la mayoría de diferencias son atribuibles a los factores tiempo y tipo de cáncer. Las alteraciones emocionales no parecen tener durante el tratamiento con QT un peso relevante en la sintomatología y cambios en la vida cotidiana referidos por el paciente oncológico. (Fernández C., Padierna C., Villoria E., Vázquez I., Fernández R. & Peláez I., 2011)

Según los autores Betancourt & Aristizabal en el año 2011 se lleva a cabo una investigación sobre el cáncer de mama como factor predictivo de ansiedad y depresión en las pacientes que asisten a la consulta externa de Oncología. Es un estudio de un solo grupo en el cual se evaluaron 40 pacientes, de las cuales el 57,5% presentó trastorno de ansiedad y depresión según la escala de Zigmond y Snaith, en un 25 % hubo ausencia del trastorno y un 17,5 % trastorno dudoso. El grupo etáreo que presentó más frecuencia fue entre 41- 50 años en un 25 %, seguido del grupo mayor de 51-60 años con 15%, observándose el trastorno presente en un 25% en las mujeres entre 41-50 años, seguido de un 15% de éstas en el grupo comprendido entre 51-60 años. Hubo mayor frecuencia del trastorno presente en las mujeres casadas en un 37,5%. En cuanto al grado de instrucción un 20% de las pacientes con el trastorno, tenían una escolaridad Básica y Bachiller respectivamente. Es importante destacar que en las mujeres donde estuvo presente el trastorno el signo y síntoma más frecuente fue el dolor en un 32,5%, seguido de insomnio en 30%, se pudo observar que este trastorno fue más frecuente en pacientes con 6 meses-1 año de diagnóstico con 17,5%, seguido de 0-6 meses en un 15%. Se pudo observar la presencia de trastorno de ansiedad y depresión con más frecuencia en pacientes con estadio II en un 25% y estadio III 22,5 %. Se llegó a la conclusión que el diagnóstico, tratamiento y evolución del cáncer de mama es un predictor de ansiedad y depresión. (Betancourt &Aristizabal, 2010)

Según el autor Yubero en el año 2014 se realiza una investigación sobre los aspectos psicológicos en las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama, se establece que las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama se consideran a sí mismas con muchas posibilidades de padecer la enfermedad. Por este motivo

presentan mayor riesgo de padecer problemas psicológicos, fundamentalmente trastornos de ansiedad. Reseña también que: El 45% de las mujeres sobrestiman su riesgo, sólo un 11% identifican correctamente su riesgo, las subestimaciones se producen en mujeres de alto riesgo que no reciben asesoramiento. Además la posibilidad de desarrollar un cáncer de mama genera una serie de sentimientos, entre los que destacan: miedo al desfiguramiento físico (con frecuencia más que a la muerte), sentimientos de culpabilidad, pérdida del control, sentimiento de soledad. Por otro lado la ansiedad disminuye su calidad de vida: piensan en el cáncer cada día, posponen el matrimonio y renuncian a la maternidad. (Yubero, 2014)

Según los autores Gómez & Reboreda, en el año 2008 se lleva a cabo una investigación en la que se analiza consideraciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama. El cáncer de mama es la patología neoplásica más frecuente en la mujer, siendo una localización con intensa capacidad estresante por tratarse de un órgano íntimamente relacionado con la feminidad, la autoestima y la sexualidad. La mujer se enfrenta a importantes sentimientos de ansiedad y miedo que deben mantenerse dentro de límites tolerables para poder participar en la toma de decisiones. Una vez comunicado el diagnóstico 50% de las pacientes presenta una respuesta “normal” ante éste, 30% desarrolla un “trastorno adaptativo” con síntomas ansiosos y depresivos y un 20% desarrollan trastornos psiquiátricos más severos, si bien la mitad de ellos son recaídas de procesos preexistentes.

Respuesta emocional ante la quimioterapia: las repercusiones físicas de dichos tratamientos son importantes: alopecia, decaimiento. Produciéndose una aproximación a la idea de no curabilidad y siendo una fuente importante de ansiedad. Existe evidencia

de que a corto plazo se produce un aumento considerable de los problemas psicológicos, sociales y sexuales de las mujeres que recibían quimioterapia, sin embargo 2 a 5 años tras recibir el tratamiento menos de un tercio de las pacientes comunicaron estos problemas en un grado moderado o severo. (Gómez & Reboreda, 2008)

Según los autores Trouche S., Sasaki J., Tu T. & Reijmers L. en el año 2013 se realiza una investigación sobre la terapia de exposición y como dicha terapia apaga las neuronas del miedo, esto fue realizado con ratones sometidos a experiencias inductoras de miedo. Dicha investigación arroja datos sobre los mecanismos biológicos implicados en la supresión de las respuestas de miedo generada por la terapia de exposición. Se establece que la exposición no sólo silencia un grupo de neuronas de la amígdala (estructura involucrada en las respuestas de miedo) también induce a la remodelación de un tipo de unión inhibitoria entre las neuronas llamada sinapsis perisomática esta sinapsis son conexiones entre neuronas que permiten silenciar a otro grupo de neuronas, proporcionando una explicación para la reducción de la respuesta de miedo. Los ratones son modelos válidos dada la similitud de los circuitos cerebrales implicados en el mecanismo del miedo. El aumento de sinapsis inhibitoras perisomáticas no borra el recuerdo pero suprime la respuesta de temor. (Trouche S., Sasaki J., Tu T., Reijmers L, 2013)

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

ENFOQUE EPISTEMOLOGICO

La investigación tendrá un enfoque epistemológico por cuanto trata de explicar conceptos referentes al cáncer, tipos de cáncer, tipos de tratamiento para el cáncer,

profundizando en la conceptualización acerca de la quimioterapia, formas de recibir quimioterapia, psicoimmunología, psicooncología, de igual forma aborda modelos teóricos acerca de la ansiedad con sus respectivos autores tratando con ello de explicar el problema de investigación y proponer una alternativa de solución al mismo.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

La fundamentación legal en la que se rige la presente investigación es la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Ley Orgánica de Salud.

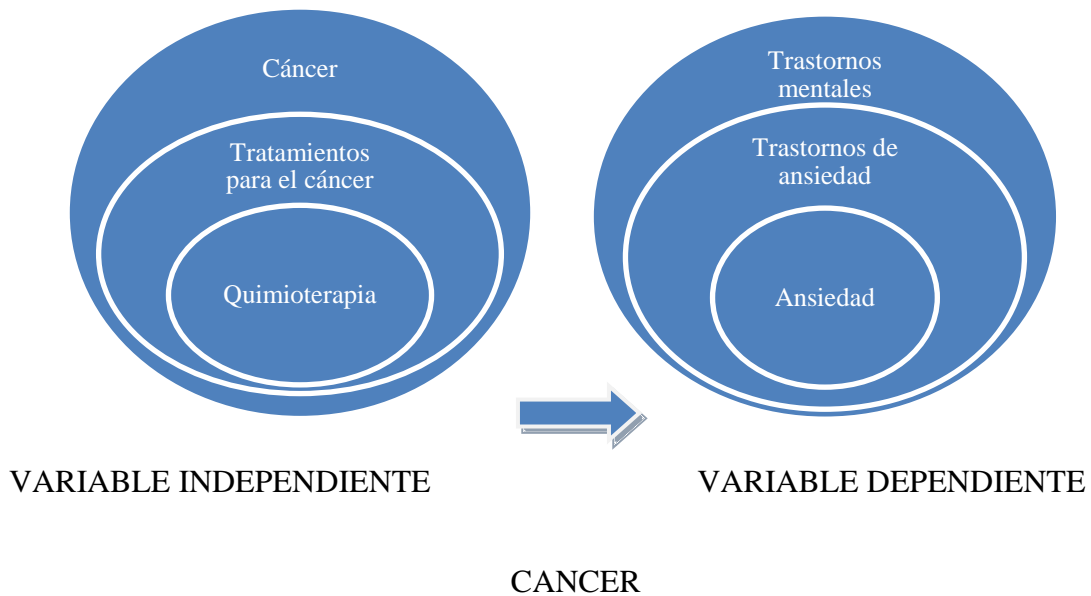
Derecho a la salud. La Declaración Universal de Derechos Humanos dispone en el artículo 25: 1. "Todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida que le permita a él mismo y a su familia gozar de salud y bienestar que incluyan la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias ajenas a su voluntad". El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece en su art. 12 que: "Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". (Organización de las Naciones Unidas, ONU, 2012)

La Ley Orgánica de Salud establece en el Art. 3 Capítulo I: Del derecho a la salud y su protección.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de

interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables. (Ley Orgánica de Salud, 2006)

2.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



De acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU: “cáncer” es un término que se usa para enfermedades en las que células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos. Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático.

El cáncer no es solo una enfermedad sino muchas enfermedades. Hay más de 100 diferentes tipos de cáncer. La mayoría de los cánceres toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan.

TIPOS DE CÁNCER

Los tipos de cáncer se pueden agrupar en categorías de más amplitud. Las categorías principales son:

Carcinoma: Cáncer que empieza en la piel o en tejidos que revisten o cubren los órganos internos. Hay varios subtipos de carcinoma, entre ellos, el adenocarcinoma, el carcinoma de células basales, el carcinoma de células escamosas y el carcinoma de células de transición.

Sarcoma: Cáncer que empieza en hueso, en cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén.

Leucemia: Cáncer que empieza en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, causa que se produzcan grandes cantidades de células sanguíneas anormales y que entren en la sangre.

Linfoma y mieloma: Cánceres que empiezan en las células del sistema inmunitario.

Cánceres del sistema nervioso central: Cánceres que empiezan en los tejidos del cerebro y de la médula espinal.

Lista de los cánceres que se diagnostican con mayor frecuencia:

- Cáncer de seno (mama)
- Cáncer de próstata
- Cáncer de colon y recto
- Cáncer de pulmón

- Linfoma no Hodgkin
- Cáncer de tiroides
- Cáncer de riñón
- Cáncer de endometrio
- Cáncer de hígado
- Leucemia
- Cáncer de vejiga
- Cáncer de páncreas
- Cáncer de estómago
- Cáncer de cuello del útero o uterino. (National Cancer Institute, NCI, 2013)

TIPOS DE TRATAMIENTO

Según la Sociedad Americana de Oncología Clínica, las opciones de tratamientos para el cáncer dependen del tipo y estadio del cáncer, los efectos secundarios posibles, así como las preferencias del paciente y su estado de salud general.

-Cirugía: Es la extirpación del tumor y el tejido circundante durante una operación. Es el tratamiento primario para muchos tipos de cáncer, y algunos de ellos pueden eliminarse por completo con cirugía solamente.

-Radioterapia: Es el uso de rayos X u otras partículas con alta potencia con el objetivo de matar las células cancerosas. El tipo más común de tratamiento de radiación se denomina radioterapia de haz externo, que consiste en radiación que se aplica desde una máquina externa al cuerpo.

-Quimioterapia: Es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas, generalmente al inhibir su capacidad para proliferar y dividirse. Se lo explicará a fondo más adelante.

-Terapia dirigida: Es un tratamiento que apunta a los genes o las proteínas específicos de un tumor, o a las condiciones del tejido que contribuyen al crecimiento y la supervivencia del cáncer. Este tipo de tratamiento inhibe la proliferación y diseminación de las células cancerosas, limitando el daño a las células normales.

-Inmunoterapia: Este tratamiento ayuda a estimular las defensas naturales del cuerpo para combatir el cáncer. Utiliza materiales producidos por el cuerpo o fabricados en un laboratorio para reforzar, dirigirse a o restaurar la función del sistema inmunitario.

-Terapia hormonal: Varios tipos de cáncer, incluidos algunos de mama y de próstata, sólo crecen y se diseminan en presencia de sustancias químicas naturales del cuerpo llamadas hormonas. La terapia hormonal trata el cáncer mediante la reducción de la cantidad de hormonas del cuerpo.

-Trasplante de médula ósea/células madre: Es un procedimiento médico en el cual la médula ósea enferma se reemplaza por células altamente especializadas, llamadas células madre hematopoyéticas.

LA QUIMIOTERAPIA

Es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Sin embargo, cuando la mayoría de las personas utilizan la palabra “quimioterapia” se refieren específicamente a los tratamientos farmacológicos contra el cáncer que destruyen las células cancerosas

al detener su capacidad de crecer y dividirse. El médico lo denomina “quimioterapia estándar”, “quimioterapia tradicional” o “quimioterapia citotóxica”. Estos fuertes medicamentos circulan en el torrente sanguíneo y dañan directamente las células que están creciendo en forma activa. Debido a que, por lo general, las células cancerosas crecen y se dividen más rápidamente que las células normales, son más susceptibles a la acción de estos fármacos.

Los objetivos del tratamiento con quimioterapia dependen del tipo de cáncer y de cuánto se haya diseminado. En algunas situaciones, el objetivo principal de la quimioterapia es eliminar las células cancerosas e impedir su recurrencia. Si no es posible eliminar el cáncer, la quimioterapia puede usarse para controlar el cáncer retrasando su crecimiento o para reducir los síntomas provocados por el cáncer.

Hay más de 100 fármacos disponibles para tratar el cáncer. Con frecuencia se da la combinación de fármacos para tratar más eficazmente el cáncer. El fármaco o la combinación de fármacos que el médico recomienda dependen de muchos factores.

Muchos de los fármacos de quimioterapia tradicional no pueden ser administrados todos los días sin provocar efectos secundarios graves. Por lo tanto, generalmente se administran de manera intermitente, con períodos de tratamiento seguidos de períodos de recuperación. Esto les da tiempo a las células sanas (no cancerosas) para que se curen. Por ejemplo, un paciente puede recibir una semana de tratamiento seguida de tres semanas de recuperación (un ciclo). Varios de estos ciclos completan un curso de quimioterapia, que en general dura tres meses o más.

FORMAS DE RECIBIR QUIMIOTERAPIA

-Por vía intravenosa: El medicamento ingresa directamente en una vena. Muchos de los fármacos de quimioterapia tradicional se administran con este método. Por lo general, una dosis de quimioterapia i.v. dura de algunos minutos a algunas horas; sin embargo, algunos fármacos son más eficaces cuando se administran a una velocidad lenta continua durante algunos días o semanas de corrido.

-Por vía oral: Algunos de los fármacos de quimioterapia tradicional pueden tomarse por la boca, lo que significa que se tragan como una píldora, una cápsula o un líquido.

-Como una inyección: El medicamento se administra como una inyección en el músculo o en una parte adiposa del brazo, de la pierna o del abdomen.

-Por vía intrarterial: El medicamento ingresa directamente en la arteria que suministra sangre al cáncer.

-Por vía intraperitoneal: El medicamento ingresa directamente en el abdomen o la cavidad peritoneal.

-Por vía tópica: El medicamento se aplica como una crema y se frota en la piel. (American Society of Clinical Oncology, ASCO, 2014).

¿CADA CUANDO SE APLICA?

De acuerdo al autor Garza, la quimioterapia se aplica periódicamente en ciclos de cada 21 días. Esto permite a la persona el tiempo suficiente para recuperarse y que su cuenta

de glóbulos blancos regrese a niveles normales. Algunas sustancias se pueden usar cada semana, debido a que provocan pocos efectos secundarios.

¿CUANTO DURARA EL TRATAMIENTO?

Los métodos terapéuticos están cambiando constantemente y la tendencia actualmente es utilizar nuevas combinaciones, por lo que no es fácil hacer una precisión acerca de cuánto va a durar el tratamiento, ya que esto dependerá de cada persona y del tipo de tumor, así que la quimioterapia debe hacerse a la medida de cada condición. (GARZA, F., 2006)

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA QUIMIOTERAPIA

Según la Fundación Oral de Cáncer, la quimioterapia es muy eficaz para matar células cancerosas, pero también afecta a las células normales. La potencia de los fármacos usados en la quimioterapia tiene efectos secundarios que pueden generar molestia e inconveniencia. Entre los efectos colaterales típicos y más comunes de la quimioterapia se incluyen problemas digestivos, pérdida de cabello, bajas cifras de las células sanguíneas, erupciones cutáneas, fatiga e infertilidad.

Los problemas digestivos se vinculan con el esófago, el estómago, los intestinos, el colon y la vejiga. La potencia de la quimioterapia deriva a veces en náusea, diarrea, estreñimiento y pérdida de apetito. El paciente también puede sufrir aftas bucales y alguna úlcera faríngea. Las células sanas mueren o son dañadas junto con las cancerosas, situación que origina estos problemas temporales. Cuando la quimioterapia

concluye, las células no cancerosas retoman sus funciones normales o son sustituidas por otras nuevas sanas, y los síntomas cesan.

Otro efecto secundario muy importante pueden ser los problemas con la médula ósea. Una menor producción de cualquiera de estas células puede motivar dificultades como la anemia, motivar infecciones y más lenta la cicatrización de las heridas.

La quimioterapia puede motivar la caída de cabello. Se pierde cabello dado que la quimioterapia afecta a los folículos pilosos que crecen de manera constante. Los medicamentos causan que los folículos dejen de reproducirse, hecho que detiene el crecimiento del cabello. Además de esto, el folículo debilitado ya no puede soportar el cabello que sale de él. Entonces, el cabello se separa por completo o se cae por la carencia de apoyo. Pero se debe tener en cuenta que al terminar la quimioterapia, el cabello crece de nuevo.

La quimioterapia también puede tener efectos sexuales secundarios, la causa es que los quimioterapéuticos se enfocan sobre las células que se dividen con rapidez, y las de los testículos y los ovarios caen en tal categoría. Es posible que los fármacos produzcan infertilidad temporal o permanente tanto en hombres como entre las mujeres. (Oral Cancer Foundation, OCF, 2013)

¿QUE SE PUEDE ESPERAR DE LA QUIMIOTERAPIA?

Según el autor Garza, de acuerdo con el tipo de cáncer se puede esperar:

-Remisión completa: Cuando los tumores responden especialmente a la sustancia, la remisión puede ser permanente. En otros casos, puede ser temporal y reaparecer después

de meses o años, por lo que remisión completa no significa lo mismo que curación. Hablamos de curación cuando no se presentan signos de cáncer cuando menos después de 5 años.

-Remisión parcial: Se da cuando el tumor se hace más pequeño, pero no desaparece, lo cual se considera como un buen resultado, pero incompleto, por lo que debe complementarse con otros tratamientos.

-Estabilización: El tumor no crece más, pero tampoco disminuye su tamaño. Este estadio de estabilización puede ser transitorio.

-Progresión: El tumor no ha respondido al tratamiento y sigue creciendo, de modo que debe intentarse un método diferente. (GARZA, F., 2006)

TRASTORNOS MENTALES

Los trastornos mentales son síndromes o patrones comportamentales o psicológicos de significación clínica, que aparecen asociados a un malestar, a una discapacidad, o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. (DSM-IV-TR, 2001)

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar si no se los trata a diferencia de la ansiedad relativamente leve y transitoria causada por un evento estresante. Los trastornos de ansiedad ocurren comúnmente junto con otras enfermedades mentales o físicas, incluyendo abuso del consumo de alcohol o sustancias, lo cual podría enmascarar los síntomas de la ansiedad o empeorarlos. En

algunos casos y circunstancias, estas otras enfermedades necesitan ser tratadas antes de que una persona pueda responder a un tratamiento para el trastorno de ansiedad. (National Institute of Mental Health, NIMH, 2009).

Según los autores Sarason I. & Sarason B., la ansiedad es una forma peculiar de tener miedo. El miedo propiamente dicho se desencadena ante un estímulo o situación concreta, mientras que la ansiedad tiene que ver con la anticipación temerosa de situaciones que se darán en el futuro del paciente. Etimológicamente ansiedad y angustia (y angosto, angina y la voz alemana Angst, miedo) tienen la misma raíz indoeuropea, que significa “apretar”. Se refiere a la sensación de opresión característica del miedo, que también todos conocemos.

EPIDEMIOLOGÍA

La ansiedad, tensión y nerviosismo son muy comunes y afectan la vida de millones de personas que no han buscado ayuda clínica. Una encuesta nacional en Estados Unidos mostró que 17% de los adultos (20% de las mujeres y 14% de los hombres) experimentaron sentimientos de nerviosismo todo, la mayor parte o poco de tiempo en los 30 días que precedieron la encuesta. Grandes proporciones de adultos hispanos y de blancos no hispanos experimentaron más nerviosismo que los adultos de color. Los adultos con educación inferior e ingresos menores tenían mayor probabilidad de experimentar nerviosismo.

Cerca de 20% de los adultos han sido diagnosticados con trastorno de ansiedad. Además, con frecuencia éstos trastornos ocurren al mismo tiempo que otras condiciones o trastornos psicológicos, especialmente la depresión. Muchas personas padecen de más

de un trastorno de ansiedad y las mujeres tienen más probabilidad de contraer algún tipo de trastorno de ansiedad que los hombres. (SARASON, I. G. & SARASON, B. R., 2006)

CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD

De acuerdo al DSM-IV se describirán los siguientes trastornos de ansiedad: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés post traumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades psicológicas se expongan por separado.

La crisis de angustia (panic attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados generalmente de una sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen otros síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.

La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea prácticamente imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia u otros síntomas similares a la angustia.

El trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes o inesperadas que provocan un estado de permanente preocupación al paciente. **El trastorno de angustia con agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante o inesperado.

La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones o u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

Las respuestas vasovagales en forma de desmayo son características de las fobias específicas a la sangre-inyecciones-daño; aproximadamente el 75 % de estos individuos confiesa una historia de múltiples desmayos cuando se expone a dichas situaciones. Las respuestas fisiológicas se caracterizan por una aceleración inicial y fugaz de la frecuencia cardíaca y una elevación de la presión sanguínea, seguidas de una desaceleración de la frecuencia cardíaca y un descenso de la tensión arterial, lo que contrasta con el habitual aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea en otras fobias específicas. Algunas enfermedades médicas se exacerban como resultado de los comportamientos de evitación fóbica. Por ejemplo, la fobia específica a la sangre-inyecciones-daño puede tener efectos perjudiciales sobre la salud dental o física, ya que el individuo puede evitar someterse al tratamiento médico u odontológico necesario para su curación o remisión de los síntomas. De forma similar, el miedo a atragantarse

puede tener un efecto perjudicial sobre la salud cuando el individuo ingiere solo alimentos fáciles de tragar o cuando evita tomar fármacos por vía oral.

La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos para el individuo, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente con una duración de al menos 6 meses.

El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas sobresalientes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos de una enfermedad subyacente.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias es caracterizado por la presencia de síntomas sobresalientes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

El trastorno de ansiedad no especificado se ha incluido con el propósito de poder acoger a aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (o bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria). (DSM-IV-TR, 2001)

Según los autores Sarason I. & Sarason B., los síntomas de ansiedad comunes y autodescripciones que indican altos niveles de ansiedad son:

SINTOMAS

- Nerviosismo, agitación
- Tensión
- Sensación de cansancio
- Mareos
- Micción frecuente
- Palpitaciones cardiacas
- Sensación de desmayo
- Dificultad para respirar
- Sudoración
- Temblores
- Preocupación y aprensión
- Insomnio

-Dificultad para concentrarse

-Hipervigilancia

AUTODESCRIPCIONES

-“Con frecuencia me molestan los latidos de mi corazón”

-“Molestias pequeñas me irritan y alteran los nervios”

-“Muy a menudo me asusto sin ninguna razón”

-“Me preocupo constantemente y me deprimó”

-“Con frecuencia tengo periodos de agotamiento y fatiga absolutos”

-“Es muy difícil para mí tomar decisiones”

-“Parece que siempre le tengo terror a algo”

-“Todo el tiempo me siento nervioso”

-“A menudo pienso que no puedo vencer mis dificultades”

-“Constantemente me siento tenso”

CARACTERISTICAS CLINICAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

1. Ansiedad y preocupación excesivas que han ocurrido al menos durante 6 meses y que afectan muchas áreas de la vida de la persona.
2. Incapacidad para controlar la preocupación.
3. Presencia de tres o más de los siguientes síntomas:
 - a. Inquietud; nerviosismo.
 - b. Fatigarse con facilidad.
 - c. Dificultad para concentrarse; la mente se pone en blanco.
 - d. Irritabilidad.

e. Tensión muscular.

f. Alteración del sueño (dificultad para conciliar el sueño o para mantenerlo; sueño insatisfactorio).

4. Aflicción o deterioro en forma considerable de la vida social, ocupacional u otras áreas importantes de la vida del sujeto. (SARASON, I. G. & SARASON, B. R., 2006)

De acuerdo al DSM IV los criterios generales son:

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD
ANSIEDAD
PREOCUPACION EXCESIVAS
INQUIETUD
FATIGA PRECOZ
DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE
IRRITABILIDAD
TENSION MUSCULAR
TRASTORNOS DEL SUEÑO
TEMBLORES
SACUDIDAS
INQUIETUD MOTORA
ENTUMECIMIENTOS MUSCULARES
SINTOMAS SOMATICOS
RESPUESTAS DE SOBRESALTO EXAGERADAS
SINTOMAS DE HIPERACTIVIDAD VEGETATIVA
SINTOMAS DEPRESIVOS
SINDROME DEL COLON IRRITABLE
DOLORES DE CABEZA

GRADOS DE SEVERIDAD

- Con poca conciencia de enfermedad: Esta especificación puede emplearse cuando el individuo, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, no reconoce su patología.
- Con ansiedad generalizada: Si predominan una ansiedad o una preocupación en forma excesiva, centradas en múltiples acontecimientos o actividades.
- Con crisis de angustia: Si predominan las crisis de angustia.
- Con síntomas obsesivo-compulsivos: Si predominan las obsesiones o las compulsiones.
- Con síntomas fóbicos: Si predominan síntomas de carácter fóbico.

ETIOLOGIA

La ansiedad como rasgo muestra una evidente **incidencia familiar**. Aunque los primeros estudios que se realizaron han revelado hallazgos inconsistentes en cuanto a patrones familiares para el trastorno de ansiedad generalizada, estudios más recientes llevados a cabo con gemelos sugieren una contribución genética al desarrollo de este trastorno. Además, cabe resaltar que los factores genéticos que influyen en el riesgo a padecer trastorno de ansiedad generalizada pueden estar estrechamente relacionados con los que favorecen la aparición del trastorno depresivo mayor. (DSM-IV-TR, 2001).

Según los autores Morris Ch. & Maisto A., Como punto de partida en la consideración de las causas de los trastornos de ansiedad debemos analizar las **fobias**. Las fobias a menudo se aprenden después de tan solo un evento atemorizante y son sumamente difíciles de eliminarlas. Existe un rango relativamente limitado y predecible de objetos fóbicos: aunque es más probable que la gente sea lastimada en un accidente automovilístico que por la mordida de una serpiente o una araña, las fobias a las

serpientes y las arañas son más comunes que las fobias a los automóviles. Por eso, algunos teóricos creen que las fobias son respuestas preparadas, es decir, respuestas que mediante la evolución se nos ha predispuesto biológicamente a adquirir mediante el aprendizaje por lo que parecemos estar “predispuestos” para asociar ciertos estímulos con temores intensos.

Desde una perspectiva cognoscitiva, se establece que la gente que siente que no tiene control sobre los eventos estresantes y peligrosos de su vida es más propensa a experimentar ansiedad que quienes creen tener control sobre dichos acontecimientos. Un ejemplo de la vida real de esta situación es que los afroamericanos que viven en áreas de alta criminalidad presentan una incidencia más alta de trastornos de ansiedad que otros estadounidenses en áreas menos peligrosas. No obstante, en la misma situación algunas personas desarrollan temores poco realistas mientras que otras no lo hacen. ¿Por qué?

Los psicólogos que trabajan desde la **perspectiva biológica** señalan a la herencia; argumentan que la predisposición a los trastornos de ansiedad es heredada. De hecho, mediante algunas evidencias se sugiere que los trastornos de ansiedad suelen presentarse en familias y tienen una elevada tasa de concordancia entre gemelos idénticos en comparación con los gemelos fraternos.

Por último, cualquier modelo comprensivo de la ansiedad debe explicar lo que parece ser el papel vital de los conflictos psicológicos internos. Desde la **perspectiva Freudiana** los impulsos o pensamientos que son inaceptables (por lo regular de naturaleza sexual o agresiva) amenazan con abrumar al yo e interrumpir en la conciencia. Los mecanismos de defensa freudianos protegen a la mente consciente de

dichas amenazas pero al costo de la ansiedad. (MORRIS, CH. G. & MAISTO A.A, 2009).

LA PERSPECTIVA DEL APRENDIZAJE

Según el autor Myers D., en **el condicionamiento del miedo**, cuando suceden los acontecimientos malos en forma impredecible e incontrolable aparece la ansiedad. Mediante el empleo del condicionamiento clásico, los investigadores han creado ratas ansiosas crónicas, con propensión a las úlceras, mediante la aplicación de descargas eléctricas en forma impredecible. Igual que una víctima de un asalto que sentía angustia cuando regresaba a la escena del crimen, las ratas se vuelven aprensivas en su entorno del laboratorio. Este vínculo entre el miedo condicionado y la ansiedad general ayuda a explicar por qué las personas ansiosas son hiperatentas a las posibles amenazas y de qué modo las personas propensas al pánico llegan a asociar la ansiedad con ciertas señales. En una encuesta, el 58 % de las personas con fobia social experimentaron su trastorno después de un evento traumático.

De esta forma, mediante este condicionamiento, la breve lista de los sucesos naturalmente dolorosos y aterrizantes para el ser humano se pueden multiplicar en una larga lista de miedos. Mi coche chocó una vez con otro cuyo conductor no había advertido la señal de alto. Durante meses sentí una punzada de desasosiego cuando algún coche se aproximaba por la calle lateral.

Además, cabe resaltar que dos procesos específicos de aprendizaje pueden contribuir con la aparición de dicha ansiedad. En primero, la generalización del estímulo, esto ocurre, por ejemplo, cuando una persona atacada por un perro feroz desarrolla luego un miedo hacia todos los perros. El segundo, el reforzamiento, esto ayuda a mantener las

fobias y las compulsiones una vez que surgen. Quiere decir que al evitar o escapar a una situación temida se reduce la ansiedad, y por lo tanto también se refuerza la conducta fóbica. Al sentirse ansiosa o temerosa de una crisis de angustia, una persona puede salir o ser reforzada sintiéndose más tranquila. Las conductas compulsivas también reducen la ansiedad. Si lavarse las manos alivia sus sentimientos de tormento, el sujeto volverá a lavárselas cuando reaparezcan esas sensaciones.

El aprendizaje mediante la observación. Es posible también aprender el miedo a través de la observación, es decir, observando el miedo a los demás. Como Susan Mineka demostró, los monos salvajes transmiten a las crías su miedo a las serpientes. Los padres humanos también transmiten sus miedos a sus hijos. Más aún, tan sólo observar a alguien que recibe un golpe eléctrico suave después de un estímulo condicionado produce un aprendizaje del miedo similar al producido por la experiencia directa.

LA PERSPECTIVA BIOLÓGICA

Existen otros factores, además del condicionamiento y el aprendizaje observacional, que influyen en la aparición de la ansiedad. La perspectiva biológica permite explicar por qué pocas personas desarrollan fobias duraderas después de sufrir traumas, por qué aprendemos algunos miedos más fácilmente y por qué algunos individuos son más vulnerables que otros.

La selección natural: Debemos señalar que los seres humanos están preparados biológicamente para tener miedo de los peligros a los que se enfrentaron sus antepasados. La mayoría de las fobias se refieren a estos objetos: arañas, serpientes y otros animales; los lugares cerrados y las alturas; las tormentas y la oscuridad. (Los individuos que no temieron estos peligros ocasionales fueron menos propensos a

sobrevivir y a dejar descendientes). Incluso en Gran Bretaña, donde solo existen algunas especies de víboras venenosas, las personas suelen temer a las víboras. Y los niños preescolares más rápidamente detectan víboras en una escena que flores, orugas y ranas. Es fácil condicionarse a los miedos de estos estímulos y por lo tanto, resulta más difícil extinguirlos.

Muchos de los miedos modernos pueden también tener una explicación basada en la evolución. Por ejemplo, es posible que el miedo a volar provenga de nuestro pasado biológico, que nos predispone a temer el encierro y a la altura. Además, veamos que personas tienden a no aprender a tener miedo. Por ejemplo: Los ataques aéreos de la Segunda Guerra Mundial produjeron pocas fobias duraderas. A medida que los bombardeos continuaron, las poblaciones británicas, japonesas y alemanas ya no eran presas del pánico; por el contrario, mostraban indiferencia a los aviones que no volaban cerca de sus viviendas. La evolución no ha preparado al hombre para temer a las bombas que caen del cielo. Así como las fobias se centran en los peligros que enfrentaron nuestros antepasados, en cambio los actos compulsivos generalmente exageran las conductas que en el pasado han contribuido a la supervivencia de la especie humana. El acicalamiento en estado salvaje se transformó luego en depilación o rasurado. El fregado se volvió un ritual de lavarse las manos. El control de los límites territoriales en la actualidad es controlar y volver a controlar una puerta que ya está cerrada.

Los genes: Algunas personas parecen genéticamente más dispuestas que otras a la ansiedad, es decir, los genes juegan un papel vital. Si se junta un hecho traumático con un temperamento sensible, muy tenso, podría resultar en una fobia nueva.

Entre los monos, el miedo se da en las familias. Reaccionan individualmente de modo más fuerte al estrés si sus parientes biológicos cercanos reaccionan con ansiedad. Entre los seres humanos, la vulnerabilidad al trastorno de ansiedad surge cuando el pariente aquejado es un gemelo monocigótico. Además, es importante señalar que en el caso de los gemelos idénticos pueden desarrollar fobias similares, aun cuando crecen separados. Un par de gemelas monocigóticas de 35 años desarrollaron, en forma independiente, tanto miedo al agua que las dos se metían con cuidado al océano y sólo se mojaban hasta las rodillas.

Una vez que se ha establecido la contribución genética a los trastornos de ansiedad, los investigadores buscan ahora genes específicos que pongan en riesgo a los individuos. Un equipo de investigadores ha identificado 17 genes que parecen expresarse con los síntomas del trastorno de ansiedad típico. Otro equipo encontró genes asociados específicamente con el trastorno obsesivo-compulsivo.

Los genes influyen en los trastornos al regular los neurotransmisores. Algunos estudios señalan un gen de la ansiedad que afecta las concentraciones cerebrales de serotonina, un neurotransmisor que influye en el sueño y el estado de ánimo. Otros estudios implican los genes que regulan el neurotransmisor glutamato. Con demasiado glutamato, los centros de alarma del cerebro se tornan hiperactivos.

El cerebro: La ansiedad general, las crisis de angustia, el síndrome de estrés postraumático y también las obsesiones y las compulsiones son biológicamente mensurables como un sobrestímulo de las zonas del cerebro que se encuentran en relación con el control de los impulsos y de las conductas habituales. Cuando el cerebro alterado detecta que algo anda mal, genera un hipo mental de pensamientos o acciones

que se repiten. Las imágenes cerebrales de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo revelan una actividad alta en áreas cerebrales específicas durante conductas como lavarse, controlar, ordenar o acumular. La corteza cingular anterior una región del encéfalo que monitoriza nuestras acciones y controla los errores, parece especialmente probable que sea hiperactiva en quienes sufren un trastorno obsesivo-compulsivo. Las experiencias de aprendizaje del miedo que traumatizan el cerebro pueden crear circuitos del miedo dentro de la amígdala. Algunos fármacos antidepresivos apaciguan esta actividad del circuito del miedo y la conducta obsesivo-compulsiva asociada.

Cabe señalar que la perspectiva biológica no puede explicar por sí sola todos los aspectos de los trastornos de ansiedad, como el aumento brusco de los niveles de ansiedad en los niños y los estudiantes universitarios en los últimos 50 años, que parece estar relacionado con el desgaste del apoyo social que acompaña a la ruptura de la familia. No obstante, está claro que la biología subyace a la ansiedad. (MYERS, D. G., 2011)

MODELOS TEÓRICOS DE LA ANSIEDAD

TEORÍA INTERACTIVA DE LA ANSIEDAD

La propuesta hecha por los teóricos interactivos como Endler, Bowers y Magnusson en 1981 para explicar la ansiedad es la siguiente:

-La ansiedad es función de las peculiaridades de la situación, las características individuales y principalmente de la interacción que se produce entre la situación y la persona, no pudiendo la conducta ansiosa ser explicada por alguna de estas variables de

forma aislada. En esta interacción de situación por persona, existen algunos elementos esenciales como los señalados por Endler y Magnusson:

-El comportamiento actual es el resultado de un proceso continuo de interacción entre la situación y el sujeto.

-Las variables cognitivas y motivacionales son piezas claves en la determinación de la conducta.

-La valoración hecha por el sujeto de la situación es un factor decisivo en el proceso interactivo.

-En cuanto a la situación, la variable más significativa para el proceso interactivo será la valoración o significado subjetivo que dicha situación específica tenga para el sujeto.

Respecto a la importancia que tienen las variables situacionales y personales en el proceso interactivo, se establece que es la propia situación la que modula dicho balance, ya que si ésta aparece con claridad y de forma concreta, tendrá un peso mayor en la determinación de la conducta individual. Por otro lado, a medida que la situación se hace menos clara y más confusa, las características personales mostrarán progresivamente una mayor importancia en la determinación de comportamiento del individuo.

En ese proceso de interpretación cognitiva, las situaciones que están definidas de manera clara, precisa y concreta van a tener un gran peso en la determinación del comportamiento del individuo. No obstante, si dichas situaciones son menos claras y menos precisas pierden fuerza, pasando entonces las características personales del sujeto a un plano superior en la escala de importancia para la determinación del comportamiento. (Amorim, C.W., 1997)

MODELO DE LOS TRES SISTEMAS DE RESPUESTA DE ANSIEDAD

Según Lang el modelo unidimensional de la ansiedad ha sido fuertemente criticado sobre la base de la disociación existente entre los índices de activación fisiológica y conductual, de las bajas correlaciones encontradas entre distintos índices de activación fisiológica y por la existencia de patrones específicos de respuesta.

Posteriormente, estas críticas han sido apoyadas por diversos estudios, cambiando de manera radical la conceptualización de la ansiedad como constructo unitario y unidimensional. Sin embargo, el modelo del triple sistema de respuesta surge en los años sesenta, en la evaluación conductual de la ansiedad que fue propuesto por Lang.

Lang formuló claramente que emociones como el miedo y la ansiedad entre otras, se manifiestan mediante un conjunto de respuestas ordenadas en tres niveles es decir, el nivel motor o conducta expresiva, el nivel cognitivo expresado a través del lenguaje y el nivel fisiológico o cambios somáticos, y que estos niveles no presentan una alta correlación entre sí.

Los trabajos y la teoría de los tres sistemas de respuesta de Lang, serán posteriormente ratificados y apoyados por una serie de investigaciones que fueron llevadas a cabo por distintos autores generalizándose así la idea de que la ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuestas (cognitivo, fisiológico y motor) que no siempre tiene una correlación entre sí.

Según Bellack y Lombardo, los tres sistemas de respuestas se especifican de la siguiente forma:

-Sistema Cognitivo: El distrés o malestar subjetivo es lo que caracteriza las respuestas cognitivas mediante sentimientos de amenaza o catástrofe inminente. A esta dimensión

pertenecen los estados de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones, pensamientos intrusivos, etc.

-Sistema Fisiológico: Las respuestas fisiológicas consecuencia de la ansiedad, están relacionadas con el incremento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo, como consecuencia de la activación del Sistema Nervioso Central o de la actividad neuroendocrina mediada por este sistema.

-Sistema Motor: Las respuestas motoras estarían en función tanto de los cambios fisiológicos, como de los que proceden del sistema cognitivo; corresponden a los componentes observables de la conducta. Se distinguen las respuestas motoras directas que son las que están en relación con movimientos o posturas corporales (ej. inquietud, temblor, etc.) y las indirectas (ej. escape y evitación).

Así la ansiedad abarca un conjunto de respuestas tanto cognitivas, fisiológicas y motoras las cuales son provocadas por algún estímulo identificable, que incluye estímulos cognitivos, fisiológicos y/o ambientales. (Amorim, C.W., 1997)

EL ESTRÉS Y LA SUSCEPTIBILIDAD A LA ENFERMEDAD

¿De qué modo el estrés nos vuelve más vulnerables a la enfermedad?

Según Myers D., hasta hace no mucho tiempo el término psicósomático describía los síntomas físicos cuyo origen era psicológico. Para personas no especializadas, el término implicaba que los síntomas no eran reales, es decir, que eran “simplemente” psicósomáticos. Para evitar estas evocaciones y describir de mejor forma los verdaderos efectos fisiológicos de los estados psicológicos, en la actualidad generalmente los expertos prefieren el término enfermedades psicofisiológicas, tales como la hipertensión y algunas cefaleas. El estrés también afecta nuestra resistencia a las enfermedades y este

conocimiento ha inducido al desarrollo en vías de expansión del campo de la psiconeuroinmunología, este estudia de qué forma afectan los procesos psicológicos, nerviosos y endócrinos a nuestro sistema inmunológico (psiconeuroinmunología) y de qué modo todos estos factores influyen en nuestra salud y nuestro bienestar.

PSICONEUROINMUNOLOGÍA

Muchos experimentos nuevos han mostrado la influencia que tiene el sistema nervioso y endócrino sobre el sistema inmunológico. El sistema inmunológico es un sistema de vigilancia complejo que defiende al organismo mediante el aislamiento y la destrucción de las bacterias, los virus y otras sustancias extrañas. Este sistema incluye dos tipos de glóbulos blancos, denominados linfocitos. Los linfocitos B se forman en la médula ósea y liberan anticuerpos que combaten las infecciones bacterianas. Los linfocitos T se forman en el timo y en otros tejidos linfáticos y atacan a las células cancerígenas, los virus y las sustancias extrañas. Incluso las que son “buenas” como los órganos trasplantados. Otro agente del sistema inmunológico macrófago (“gran fagocitador”) que identifica, persigue e ingiere a los invasores perjudiciales y a las células desgastadas y las células asesinos naturales que persiguen a las células muertas como aquellas afectadas por virus y el cáncer. Factores tales como: la edad, la alimentación, la genética, la temperatura corporal y el estrés influyen en la actividad del sistema inmune. Es importante señalar que el sistema inmunitario puede equivocarse de dos maneras diferentes y opuestas. Si responde con demasiada fuerza puede atacar los propios tejidos del organismo y causar artritis o una reacción alérgica o puede tener una reacción demasiado débil y permitir por ejemplo, que el virus del herpes que se mantiene en estado latente haga erupción o que las células cancerígenas se multipliquen. Las mujeres

son inmunológicamente más fuertes que los hombres y por tanto son menos susceptibles a las infecciones. Pero esta gran fuerza también las hace más propensas a las enfermedades autodestructivas como el lupus y la esclerosis múltiple.

El sistema inmunitario no es un jinete sin cabeza. El cerebro regula la secreción de las hormonas del estrés que suprimen los linfocitos que combaten las enfermedades es por eso que cuando los animales están privados de libertad o de movimiento, reciben descargas eléctricas, se les somete al ruido, a las aglomeraciones, al agua fría, al rechazo del grupo, a la separación de la madre, o cualquier otra circunstancia adversa la actividad de sus sistemas inmunológicos se reduce. Un estudio controló las respuestas inmunes de 43 monos durante 6 meses. De ellos, 21 experimentaron estrés cuando se les hizo compartir la habitación con diferentes compañeros –tres o cuatro- cada mes. En comparación con los monos de los grupos estables los monos socialmente perturbados desarrollaron sistemas inmunológicos debilitados. El estrés también deprime el sistema inmunológico de los seres humanos. Señalaremos algunos resultados sorprendentes y consistentes:

-Las heridas quirúrgicas se curan con más lentitud en los animales y en los seres humanos estresados. En un experimento realizado, los estudiantes de odontología se lastimaron con agujas (pequeñas perforaciones precisas hechas en la piel). En comparación con heridas sufridas durante las vacaciones de verano, las que habían efectuado tres días antes de un examen importante se curaron un 40 % en forma más lenta. Según Janice Kiecolt- Glaser y su equipo de investigadoras “ningún estudiante se curó tan rápido durante el período en el que padecieron estrés como durante las vacaciones”.

-En comparación con la curación de las heridas en sacabocados en parejas casadas sin estrés, el estrés de una disputa marital de 30 minutos de duración o un conflicto marital continuo hizo que las heridas en sacabocados tardarán un día o dos más en curar.

-En otro experimento, el 47 % de los individuos que viven en condiciones estresantes desarrollaron resfríos después de haberles inoculado un virus, pero sólo el 27 % de los que vivían en condiciones relativamente libres de estrés se resfriaron. En otros experimentos de seguimiento las personas más felices y con una vida más relajada fueron así mismo mucho menos vulnerables a un virus del resfrío administrado de forma experimental.

-El buen manejo del estrés puede ser también un factor que ayude a prolongar la vida de los seres humanos, el único rasgo de personalidad que compartían 169 personas mayores de 100 años era su capacidad para manejar correctamente el estrés.

El efecto del estrés sobre la inmunidad tiene más sentido desde el punto de vista fisiológico. Hace falta energía para combatir las infecciones y mantener la fiebre. Por eso, cuando está afectado por una enfermedad, el cuerpo reduce la producción de energía muscular mediante la inactividad y un aumento del sueño. Pero el estrés crea una necesidad de competencia por la energía. El estrés desencadena una respuesta activa de lucha o huida y desvía la energía del sistema de combate de las enfermedades hacia a los músculos y el cerebro, y de esta forma nos vuelve más vulnerables a la enfermedad. El estrés no enferma pero limita el funcionamiento inmunológico y esto nos hace menos capaces de resistir la infección y más propensos a la enfermedad cardíaca.

EL ESTRÉS Y EL CANCER

El estrés y las emociones negativas también se han relacionado con incremento de las tasas de progresión del cáncer. Con el fin de estudiar la posible conexión entre el estrés y el cáncer, los investigadores han implantado células de tumor en roedores o les han suministrado carcinógenos (sustancias cancerígenas). Los roedores que también fueron sometidos a un estrés incontrolable, como descargas eléctricas inevitables, fueron más propensos a padecer cáncer. Es así como al tener el sistema inmunológico debilitado por el estrés, los tumores se desarrollaron antes y de esta forma crecieron más.

Algunos investigadores sostienen que las personas tienen un riesgo superior de padecer cáncer en menos de un año después de haber sufrido depresión, sentimientos de desamparo o la pérdida de un ser querido. Además, un estudio sueco ha revelado que las personas con antecedentes de estrés en el lugar de trabajo tenían un riesgo 5 veces mayor de padecer cáncer de colon que los que no presentaban esos problemas. En ambos estudios no se pudo atribuir la diferencia de los casos de cáncer a las diferencias de edad, al tabaquismo, al alcoholismo o a las características físicas de los sujetos.

Uno de los peligros implicados en los estos informes sobre las actitudes hacia el cáncer es que puede llevar a algunos pacientes a culparse a sí mismos por su enfermedad, ya que desarrollan pensamientos como: “si hubiera sido más expresivo, despreocupado y esperanzado”. Un peligro además sería el del “macho saludable” entre los sanos, que pensara que su salud se debe a su carácter saludable y culpara a los enfermos “¿Tiene cáncer? Eso es lo que le pasa por reprimir los sentimientos y ser tan amable”. De esta manera, morir sería el último fracaso.

El punto de vista nuevo es que el estrés no crea células cancerosas. A lo sumo puede influenciar su crecimiento al debilitar las defensas naturales del organismo contra las pocas células malignas que proliferan. Aunque un estado de ánimo relajado y esperanzado puede aumentar estas defensas, es importante señalar el límite estrecho que separa a la ciencia de la voluntad. No es probable que los procesos biológicos poderosos que tienen lugar en una etapa avanzada del cáncer o del sida puedan ser modificados únicamente evitando el estrés o manteniendo una actitud relajada y tranquila.

Podemos observar el efecto del estrés en nuestra resistencia a las enfermedades como precio que debemos pagar por los beneficios del estrés. El estrés energiza nuestras vidas al excitarnos y motivarnos. Una vida sin estrés difícilmente podría ser desafiante o productiva. Más aún, paga para gastar nuestros recursos en la lucha o la huida frente a una amenaza externa. Pero esto lo hacemos al costo de recursos reducidos para pelear contra las amenazas internas que amenazan nuestra salud. Cuando el estrés es transitorio, el costo es depreciable. Cuando persisten agravamientos incontrolables, el costo puede volverse considerable afectando a la salud. La investigación de la medicina conductista aporta también otro recordatorio de uno de los temas más importantes de la psicología contemporánea. La mente y el cuerpo interactúan. Todo lo que es psicológico es al mismo tiempo fisiológico. Los estados psicológicos influyen en otras partes de nuestro sistema fisiológico. Solo con detenerse a pensar acerca de morder un gajo de naranja, o sea el zumo dulce y penetrante de la pulpa de la fruta deslizándose por la lengua, se puede producir la salivación. Como afirmó el sabio hindú Santi Parva hace más de 4000 mil años: “Los trastornos mentales surgen de causas físicas, del mismo modo que los trastornos físicos surgen de causas mentales”. Existe un interjuego entre

nuestras cabezas y nuestra salud, esto es debido a que los seres humanos somos sistemas biopsicosociales. (MYERS, D. G., 2011)

Según Garza, la palabra cáncer se asocia con una amenaza de muerte y con qué enfrentaremos, en un futuro próximo, algo que puede cambiar nuestra vida, por lo que resulta ineludible una reacción emocional de ansiedad.

La preocupación normal nos ayuda a ponernos alertas y a luchar para sobrevivir la experiencia. En cambio, una ansiedad exagerada que produce pánico puede inhibir una conducta de curación o producir retardo en la búsqueda de ayuda.

¿CUALES SON LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN LA FORMA DE ENFRENTAR EL DIAGNOSTICO?

La reacción que tengamos para luchar ante el diagnóstico de cáncer depende de la historia personal y de cómo cada individuo ha venido superando los diferentes obstáculos de la vida cotidiana.

La doctora Kubler-Ross describió seis etapas:

- Negación
- Coraje
- Aislamiento
- Negociación
- Depresión
- Aceptación

Muchos pacientes que se visualizan con un buen pronóstico y que creen que sobrevivirán a la enfermedad, ven su trastorno como algo potencialmente fatal pero no

necesariamente funesto, y que quizá padezcan posibles remisiones que les permitan vivir muchos años, incluso se imaginan curados. Sus reacciones son:

-Incredulidad

-Descubrimiento: En cuanto se sabe el diagnóstico surge una necesidad de conocer y adquirir información

-Enmarcación: En este momento, el paciente empieza a adaptar su sistema de vida a un camino nuevo y productivo.

-Balance entre preocupación y esperanza

-Control de pensamientos negativos

-Nueva vida

¿QUE ES UN PACIENTE ACTIVO?

Este concepto ha sido desarrollado recientemente, ya que aquellos enfermos que tienen esta actitud mejoran mucho en el nivel de su calidad de vida.

Existe la teoría de que el sistema inmunológico puede ser lo suficientemente fuerte para destruir las células del cáncer y que, cuando se debilita por alguna razón, este se desarrolla y progresa. Una vez que ha sido diagnosticado, podría haber dos métodos para luchar contra él: matar las células a través de los tratamientos, y ser un paciente activo que intenta mejorar su sistema inmunológico con el objetivo y la esperanza de que éste incremente sus defensas contra el cáncer. La hipótesis estriba en que se puede robustecer el sistema de defensa experimentando emociones placenteras y evitando aquellas que no lo son, con la esperanza de que esto potencie los tratamientos convencionales y así los haga aún más efectivos. Diversos estudios realizados con pacientes con cáncer diseminado que llevaban una buena calidad de vida, han

demostrado mayor tiempo de supervivencia que aquellos que no eran felices y tenían una muy baja calidad de vida. Del mismo modo, las mujeres que asisten a grupos de apoyo tienen un mayor nivel de supervivencia y muestran significativamente menos depresión, fatiga, confusión y otras manifestaciones y síntomas asociados.

¿EL DOLOR IMPACTA EN LA CALIDAD DE VIDA?

La calidad de vida tiene cuatro componentes importantes:

- Bienestar físico (fuerza, movilidad y fatiga).
- Bienestar psicológico (sentimiento de felicidad, ansiedad, temor y tristeza).
- Bienestar social (relaciones con amigos y familia).
- Bienestar espiritual (significado y propósito de la vida).

El cáncer puede interferir con la calidad de vida. El preservar lo más posible este estado de bienestar es la meta principal de cualquier tratamiento médico.

Algunos factores exacerbaban la sensación dolorosa. Sabemos que las personas ansiosas y depresivas reportan un mayor sentimiento de dolor que aquellas que son calmadas y optimistas. Asimismo, se siente más el dolor cuando este inhabilita.

¿EL CÁNCER AFECTA LA VIDA SOCIAL?

La ansiedad es una respuesta normal a la situación de estar enfermo, pero también puede deberse a las consecuencias de la enfermedad. El cáncer produce un sentimiento de pérdida de control sobre la vida, y puede modificar las relaciones con la familia y volver el futuro incierto. Los cambios en la imagen corporal en el individuo se sufren como una pérdida y la incertidumbre sobre lo desconocido provocará niveles de ansiedad.

Las relaciones sociales se modifican dentro y fuera de la familia, dado que algunas personas tienen miedo al cáncer, no saben cómo actuar y rehúyen al paciente. Además, al no poder participar en actividades que antes se compartían, el sujeto tiene presente su inhabilidad y se margina.

El paciente y la familia deben entender que los trastornos de ansiedad se deben manejar en forma adecuada y no verse como parte “normal” de la enfermedad.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE DETECTAR LOS ESTADOS DE ANGUSTIA?

La falla en reconocer y tratar la angustia repercutirá en diversos problemas y manifestaciones. Los pacientes con angustia suelen visitar más al médico y al departamento de urgencias además presentan dificultades para tomar decisiones acerca de su tratamiento y para adherirse a las indicaciones médicas dificultando su curación. (GARZA, F., 2006)

LA MÚSICA COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE PARA LA ANSIEDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS.

La música ha sido utilizada como adyuvante en el manejo de la ansiedad y se basa en principios científicos. Tono, ritmo, armonía y tiempo son factores determinantes para su efectividad. El estrés importante en los pacientes pediátricos, en ocasiones puede retrasar el tratamiento. La musicoterapia sí es eficaz para disminuir el nivel de ansiedad de los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria. En una investigación realizada se hizo un ensayo clínico, cuasiexperimental, tipo antes y después. Se incluyeron pacientes de ocho a 16 años de edad que acudieron a quimioterapia intravenosa ambulatoria en el Hospital de Pediatría, Centro Médico

Nacional Siglo XXI. En la primera sesión recibieron su tratamiento de forma habitual y en la segunda, la maniobra con musicoterapia. Se aplicó una escala visual análoga para determinar el nivel de ansiedad al inicio y al finalizar el procedimiento en ambas fases (sin y con intervención). Resultados: Se incluyeron 22 pacientes. La ansiedad basal de la mayoría de los pacientes que acudieron a quimioterapia ambulatoria fue de intensidad moderada a intensa. Se encontró disminución estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad en los pacientes después de la quimioterapia en ambos grupos; el nivel de ansiedad fue menor después de la intervención con musicoterapia. Conclusiones: Existe un beneficio con el uso de la musicoterapia para reducir la ansiedad en los pacientes pediátricos que reciben quimioterapia ambulatoria. (Sepúlveda, A., Herrera, O., Jaramillo L., Anaya, A., 2014)

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS Y EMOCIONES NEGATIVAS EN PACIENTES CON CÁNCER EN TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO.

Se realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, el afrontamiento del estrés y las emociones negativas en 28 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico del Instituto de Medicancer de Medellín (Colombia). Se utilizaron los cuestionarios: EORTC QLQ-C30, que mide Calidad de Vida; el CAE, que evalúa Afrontamiento al Estrés, y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Los resultados evidenciaron una calidad de vida favorable tanto en las dimensiones funcionales como en la de síntomas de la enfermedad. En cuanto a las Estrategias de Afrontamiento se encontró

que la Evitación y la Reevaluación Positiva, fueron las más utilizadas a diferencia de la Expresión Emocional Abierta, que fue la menos empleada. Por último, se observaron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión en los pacientes con cáncer. (Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M., Quiceno, J., 2007).

APOYO PSICOSOCIAL EN PACIENTES DE CÁNCER DIGESTIVO.

Se realizó un estudio para analizar la repercusión de la percepción de apoyo social en los valores de depresión, ansiedad y calidad de vida de pacientes con cáncer digestivo. La muestra se recogió en dos servicios: Medicina Interna y Cirugía, del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, España, durante dos años y medio. El número total de sujetos fue de 88, evaluados con: Entrevista semiestructurada, en la cual se recogía la información con respecto al apoyo social percibido; Cuestionario de Depresión de Beck, Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer y Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. Se encontró que la percepción subjetiva de apoyo social afecta las puntuaciones en depresión y calidad de vida. (Chimpén, C., Llorca, R, Díez, M., 2007).

FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES EN LAS NEOPLASIAS MALIGNAS PEDIÁTRICAS.

Se realizó una investigación con el objetivo de evaluar algunos factores psicológicos y sociales en las familias de pacientes pediátricos con neoplasias malignas. Se realizó un estudio correlacional y transversal con un grupo de 38 madres de pacientes con edades entre 0 y 18 años, los cuales fueron atendidos en el Hospital Pediátrico Juan Manuel

Márquez, en Marianao, en junio y julio de 2005. Se aplicaron las técnicas siguientes: prueba de percepción del funcionamiento familiar, cuestionario de apoyo social y escala de afrontamiento. Los resultados mostraron que la mayoría de las familias son funcionales y que las madres expresaron mucha necesidad de apoyo social, sobre todo de tipo emocional. Se concluye que no se encontró dependencia entre el funcionamiento familiar y las variables con que fue relacionado; la mayor parte de las madres expresó satisfacción con el apoyo social recibido y las estrategias de afrontamiento más utilizadas por ellas fueron centrar la atención en lo positivo, preocuparse y concentrarse en resolver el problema. (Aguilar, B., 2007).

PSICOLOGÍA Y CÁNCER.

La enfermedad cancerosa siempre ha ido acompañada de repercusiones psicológicas. Los factores psicológicos relacionados con el cáncer son estudiados por la Psicooncología. La investigación en psicooncología es fundamental para propiciar su desarrollo. Para poder realizar estudios en este campo con garantías científicas, es necesario incluir un diagnóstico fiable y cuantificado que incluya la descripción del lugar anatómico del tumor primario, el tipo histológico del tumor, los lugares de las metástasis y cuantos datos permitan caracterizar el grado de desarrollo alcanzado por la enfermedad. Es importante el enfoque en el manejo psicológico del dolor y de ansiedad y depresión y la metodología de investigación en esta área. (Burón, R., Piqueras, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A., Oblitas L., 2008).

2.5 HIPÓTESIS

-La quimioterapia recibida por más de 6 meses provoca niveles graves de ansiedad en los pacientes oncológicos del hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato.

2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

-Variable independiente: Quimioterapia.

-Variable dependiente: Niveles de ansiedad.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE

Cuantitativo y cualitativo.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Campo.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Asociación de variables.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Se va a realizar la investigación en 60 pacientes oncológicos con tratamiento de quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Enrique Paredes Solca Ambato.

No se tomará muestra debido a que la población es relativamente pequeña.

Criterios de inclusión:

-Pacientes oncológicos con tratamiento de quimioterapia.

Criterios de exclusión:

-Pacientes que no faciliten su consentimiento para la realización de esta investigación.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: QUIMIOTERAPIA

		Efectos secundarios que presenta	Vómitos Dolor Anemia Cansancio Caída del cabello Aumento de peso, etc.	
--	--	----------------------------------	---	--

3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE: ANSIEDAD

Tabla 2: Operacionalización de la Variable Dependiente

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas e Instrumentos
<p>La ansiedad es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.</p> <p>La ansiedad abarca un conjunto de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras que son provocadas por algún estímulo identificable, que incluye estímulos cognitivos, fisiológicos y/o ambientales.</p>	<p>Cognitiva</p>	<p>Sistema Cognitivo: sentimientos de amenaza o catástrofe inminente, estados de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones, pensamientos intrusivos.</p>	<p>1. Humor ansioso 2. Tensión 3. Miedos 4. Insomnio 5. Funciones intelectuales 6. Humor deprimido</p>	<p>Técnicas: -Psicométrica</p>
<p>Lang</p>	<p>Fisiológica</p>	<p>Sistema Fisiológico: Respuestas fisiológicas relacionadas con el incremento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo.</p>	<p>7. Síntomas somáticos generales (musculares) 8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) 9. Síntomas cardiovasculares 10. Síntomas respiratorios 11. Síntomas gastrointestinales</p>	<p>Instrumentos: - ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON Autor: Hamilton, M (Ver Anexo 1)</p>

			<p>12. Síntomas genitourinario</p> <p>13. Síntomas del sistema nervioso autónomo.</p>	
	Motora	Sistema Motor: Respuestas motoras en función de los cambios fisiológicos, como de los que proceden del sistema cognitivo; ejm. inquietud, temblor, escape y evitación.	14. Comportamiento durante la entrevista	
	Ansiedad normal	Puntaje de 1 a 14	-General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial	
	Ansiedad leve	Puntaje de 15 a 20	-Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales.	
	Ansiedad moderada	Puntaje de 21 a 45		
	Ansiedad grave	Puntaje de 46 a 56		

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el cumplimiento de los objetivos del trabajo investigativo se procedió a realizar un trabajo de observación en el servicio de quimioterapia ambulatoria del hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato para conocer la dinámica de dicho servicio, factores asociados a la aplicación de la quimioterapia y poder acceder a la interrelación con los pacientes oncológicos.

Posterior a esto, se realizó entrevistas psicológicas individuales a la población de pacientes con el fin de recabar datos indispensables para la investigación, así como la valoración de los signos y síntomas asociados a la ansiedad que podrían estar presentes en dichos pacientes. La entrevista individual es una valiosa herramienta psicológica que además permite establecer un diagnóstico de un tipo específico de trastorno de ansiedad, información que resulta valiosa para el hospital.

A continuación se les entregó a los pacientes con tratamiento de quimioterapia un consentimiento informado, esta herramienta solicita que acepten colaborar en la investigación, proporcionando datos que se les pide llenar en la encuesta estructurada y además consentir su autorización para acceder a su información médica personal asegurándoles mantener la confidencialidad de sus datos.

Inmediatamente se aplicó los instrumentos psicométricos tales como: Escala de Valoración de la Ansiedad de Max Hamilton y la Encuesta Estructurada 7 QT, con el fin de recabar datos concernientes a la quimioterapia y a los niveles de ansiedad en los pacientes oncológicos.

Todo esto se realizó bajo la supervisión de los tutores a cargo, tanto de la Carrera de Psicología Clínica en la Universidad Técnica de Ambato, como del Área de Docencia en el Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca.

TECNICAS E INSTRUMENTOS:

ESCALA DE VALORACION DE LA ANSIEDAD DE MAX HAMILTON (**Anexo 1**)

Autor: Max Hamilton

Escala psicométrica usada para medir los niveles de ansiedad. Se lo aplica a personas a partir de los 6 años de edad. Es un test de muy ágil y rápida aplicación.

Mide el grado de ansiedad psíquica y somática. Costa de 14 ítems, la consigna es que el entrevistado puntúe a cada una de las preguntas en una escala de: 0 equivalente a ausente, 1 leve, 2 moderado, 3 grave y 4 muy grave o incapacitante. La duración aproximada de la aplicación es de 5 minutos.

Las preguntas del 1 al 6 son acerca de factores psicológicos, mientras que del 7 al 13 son relativas a factores somáticos.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. El ítem 14 corresponde al comportamiento durante la entrevista.

La puntuación de ansiedad que se obtiene del test va de 0 a 56 puntos.

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

ENCUESTA ESTRUCTURADA 7 QT (Anexo 2)

Instrumento psicométrico que permite la recolección de información acerca de la quimioterapia y factores sociodemográficos, datos útiles para la realización de la investigación, además recaba información sobre el diagnóstico, estadio de la enfermedad, si recibe el tratamiento de quimioterapia por primera vez, tiempo que se encuentra en quimioterapia, número de quimioterapias que ha recibido, efectos secundarios que presenta y tratamiento psicológico recibido.

Puede ser aplicada a personas a partir de cualquier edad. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 10 minutos. Costa de 7 ítems, la consigna es que el entrevistado conteste a cada ítem de forma clara.

3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Una vez aplicados los instrumentos psicométricos: la Escala de Valoración de la Ansiedad de Max Hamilton y la Encuesta Estructurada 7 QT empezamos a procesar estos datos, para lo cual utilizamos el programa computarizado SPSS 20 en donde ubicamos en la primera columna la variable independiente: quimioterapia y en la segunda columna la variable dependiente: ansiedad. Después agregamos etiquetas de valor para cada variable y posteriormente ubicamos bajo cada variable los datos obtenidos de los instrumentos psicológicos. Inmediatamente procesamos dichos datos. Luego realizamos la prueba Chi-Cuadrado, útil para analizar datos de variables cualitativas nominales, con lo que se logró establecer que no existe relación entre las variables estudiadas. Finalmente elaboramos cuadros y gráficos plasmando todos los resultados obtenidos.

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

4.1.- Análisis e Interpretación De La Variable Dependiente

Ansiedad (Anexo 1)

1.- Nivel de ansiedad en pacientes oncológicos en quimioterapia

Estadísticos

N	Válidos	60
	Perdidos	0

Tabla 1: Resultados Encuesta

Nivel de ansiedad en pacientes oncológicos en quimioterapia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normal	19	32	32
	Leve	18	30	62
	Moderado	22	36	98
	Grave	1	2	
	Total	60	100	100

TABLA ESTADÍSTICA N° 1

FUENTE: ESCALA DE VALORACION DE LA ANSIEDAD DE MAX HAMILTON

FUENTE: RODRIGUEZ 2014

Análisis

De los 60 pacientes oncológicos encuestados con respecto al nivel de ansiedad se establece que 19 (32%) presentan nivel normal, 18 (30%) leve, 22 (36%) moderada y 1(2%) grave.

Gráfico 1: Pregunta N° 1

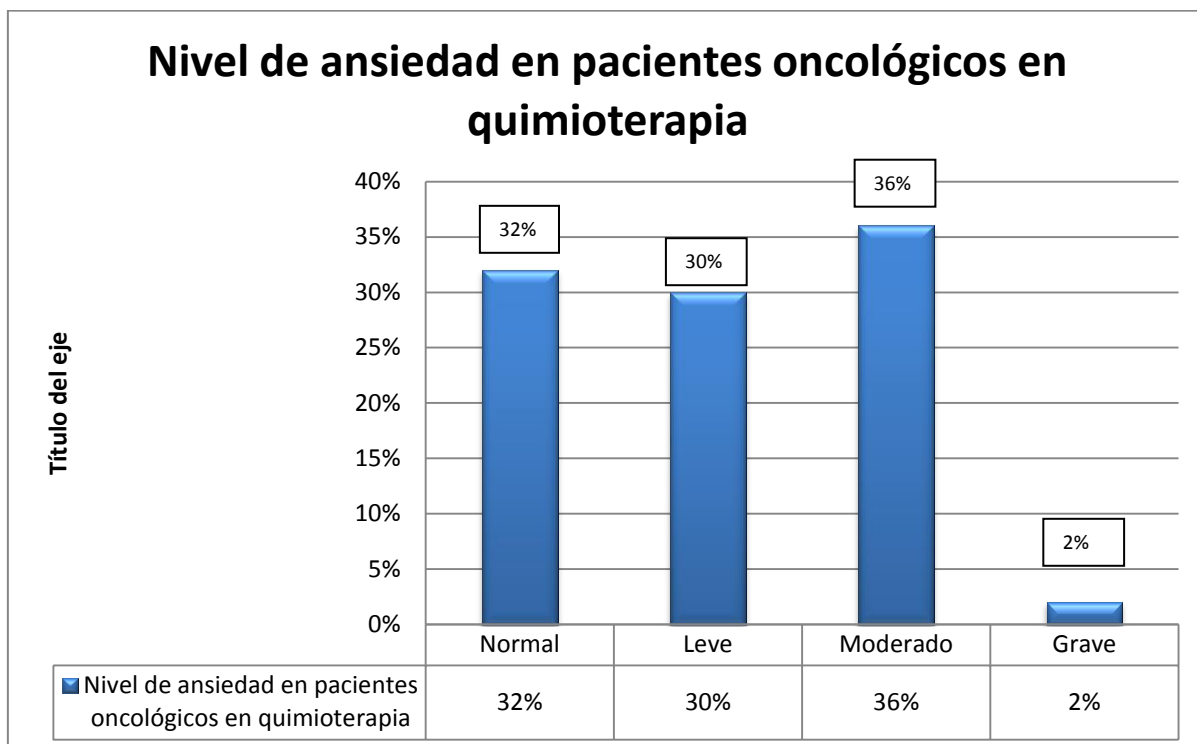


GRAFICO ESTADISTICO N° 1

FUENTE: ESCALA DE VALORACION DE LA ANSIEDAD DE MAX HAMILTON

AUTOR: RODRIGUEZ 2014

Interpretación

Estos resultados indican que en la población de pacientes existen porcentajes similares en los niveles de ansiedad: normal, leve y moderado. Existe un porcentaje muy reducido con un nivel de ansiedad grave debido a que en el Hospital Solca Ambato los pacientes reciben atención psicológica, además cuando están presentando una mala respuesta a la quimioterapia debido a factores psicológicos son remitidos por los médicos al área de psicología para su debida atención.

4.2.- Análisis e Interpretación De La Variable Independiente

Quimioterapia (Anexo 2)

1.- Edad

Estadísticos

N	Válidos	60
	Perdidos	0

Tabla 2: Resultados Encuesta

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20-40	18	30	30	30
	40-60	19	32	32	66
	60 o más	23	38	38	
	TOTAL	60	100	100	100

TABLA ESTADÍSTICA N° 2
FUENTE: RODRIGUEZ 2014

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA "7 QT"

Análisis cuantitativo

De los 60 pacientes oncológicos encuestados 18 (30%) pertenecen al grupo de edad entre 20-40 presentando un nivel de ansiedad leve, 19 (32%) pertenecen al grupo de edad de 40-60 años presentando un nivel de ansiedad normal y 23 (38%) pertenecen al grupo de edad de 60 años o más con un nivel de ansiedad moderado.

Gráfico 2: 1ER DATO SOCIODEMOGRAFICO

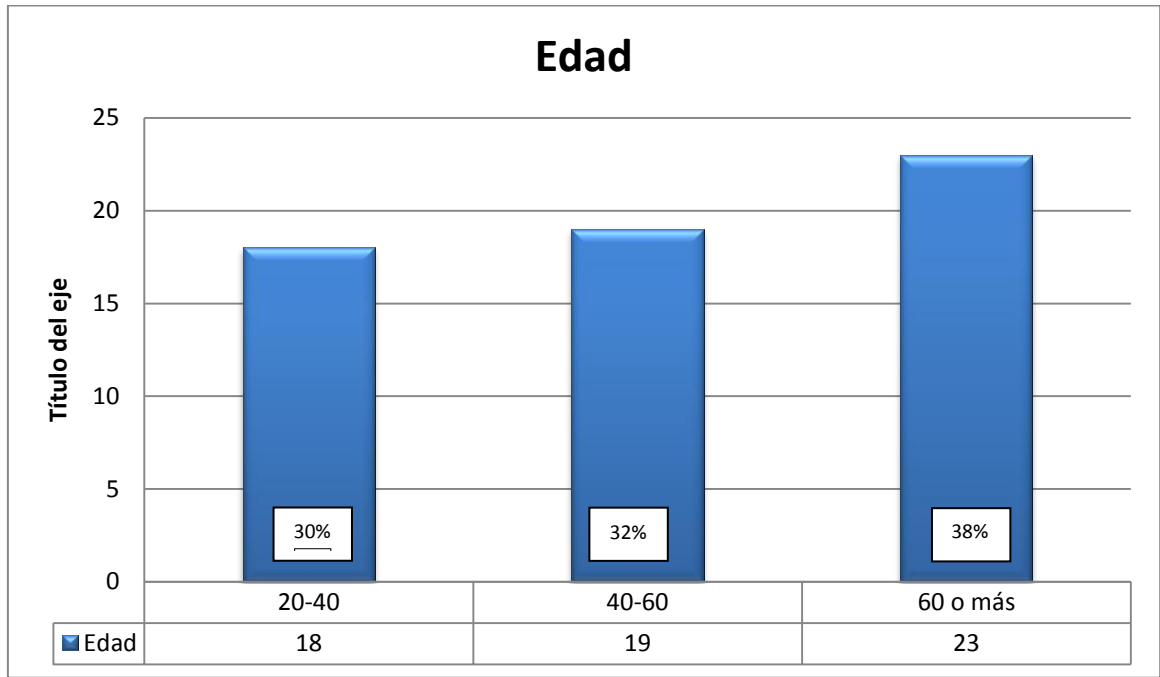


GRAFICO ESTADISTICO N° 2 FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA “7 QT”
AUTOR: RODRIGUEZ 2014

Interpretación

La representación gráfica muestra que entre 20-40 años tienen ansiedad en nivel leve debido a que este grupo de edad posee más fortaleza física para afrontar el tratamiento de la quimioterapia y sus efectos secundarios, siendo por lo tanto menor el daño psicológico, además éste grupo de edad presenta una actitud de lucha frente a la enfermedad; 40-60 años tienen ansiedad en nivel normal, es decir sube el nivel de ansiedad ya que debido a su edad presentan menor resistencia al daño físico ocasionado por la quimioterapia, además existe más creencias erróneas acerca de la quimioterapia y se incrementa los miedos y fobias asociadas, consecuentemente es mayor el daño psicológico; por último a los 60 años o más presentan ansiedad en nivel moderado, este es el grupo de edad con más alto nivel de ansiedad ya que la mayoría presenta una

actitud de negación o resignación hacia la enfermedad, además no aceptan, ni se adaptan al tratamiento de quimioterapia y por su edad tienden a tener más repercusiones físicas y una respuesta menos favorable al tratamiento.

2.- Sexo

Estadísticos

N	Válidos	60
	Perdidos	0

Tabla 3: Resultados Encuesta Estructurada

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	18	30	30	30
	Femenino	42	70	70	
	TOTAL	60	100	100	100

TABLA ESTADÍSTICA N° 3
FUENTE: RODRIGUEZ 2014

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA "7 QT"

Análisis cuantitativo

De los 60 pacientes oncológicos encuestados corresponden el 18 (30%) al sexo masculino y 42 (70 %) al sexo femenino.

Gráfico 3: 2DO DATO SOCIODEMOGRAFICO

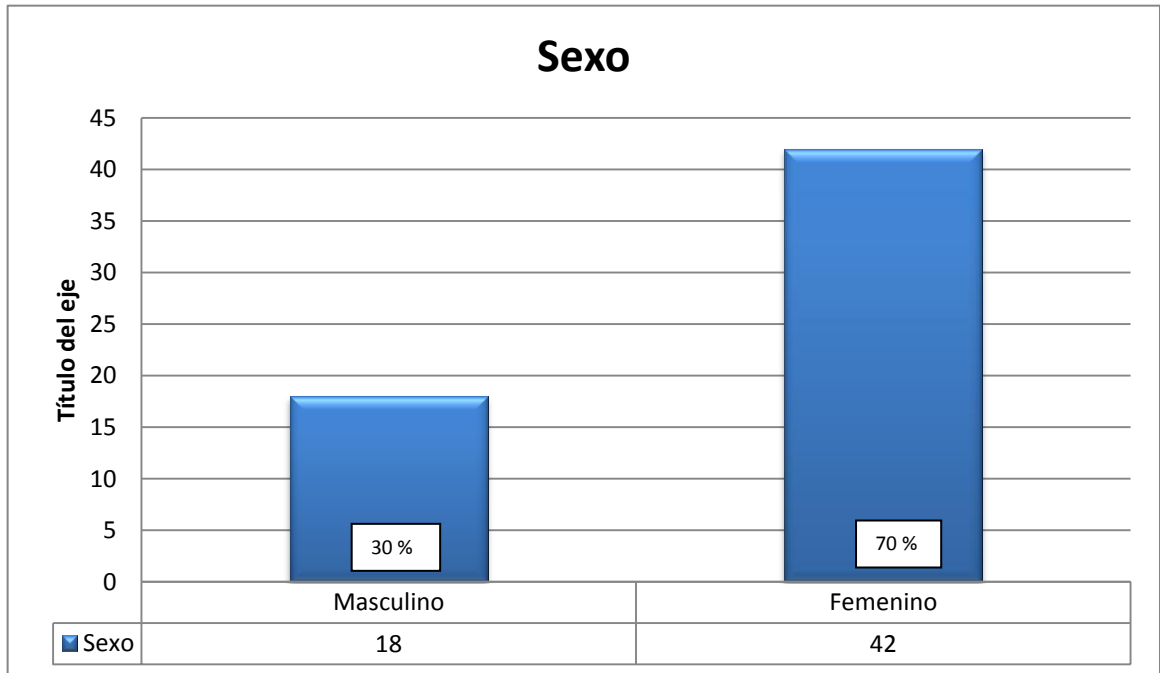


GRAFICO ESTADISTICO N° 3 FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA “7 QT”
AUTOR: RODRIGUEZ 2014

Interpretación

El sexo masculino de acuerdo a la escala de ansiedad de Hamilton tienen ansiedad en nivel normal y el sexo femenino tienen ansiedad en nivel moderado. Cabe el análisis de diferentes factores: en primer lugar la población de pacientes son en su gran mayoría mujeres, por lo tanto este grupo arroja el nivel de ansiedad predominante en los pacientes que es el moderado, en segundo lugar muchos pacientes del sexo masculino tienen temor a admitir, en las encuestas realizadas, su ansiedad y miedos ya que ellos asocian la fortaleza física y psicológica a su masculinidad, además debido a este mismo temor obtienen menos beneficios con la atención psicológica.

3.- Nivel de educación

Estadísticos

N	Válidos	60
	Perdidos	0

Tabla 4: Resultados Encuesta Estructurada

		Nivel de educación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguna	2	4	4	4
	Primaria incompleta	2	4	4	8
	Primaria	24	40	40	48
	Secundaria incompleta	2	3	3	51
	Secundaria	14	23	23	74
	Tercer nivel	14	23	23	97
	Cuarto nivel	2	3	3	
	TOTAL	60	100	100	100

TABLA ESTADÍSTICA N° 4 FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA "7 QT"
FUENTE: RODRIGUEZ 2014

Análisis cuantitativo

De los 60 pacientes oncológicos encuestados con respecto al nivel de educación respondieron 2 (4%) ninguna, 2 (4%) primaria incompleta, 24 (40%) primaria, 2 (3%) secundaria incompleta, 14 (23%) secundaria, 14 (23%) tercer nivel, 2 (3%) cuarto nivel.

Gráfico 4: 3ER DATO SOCIODEMOGRAFICO

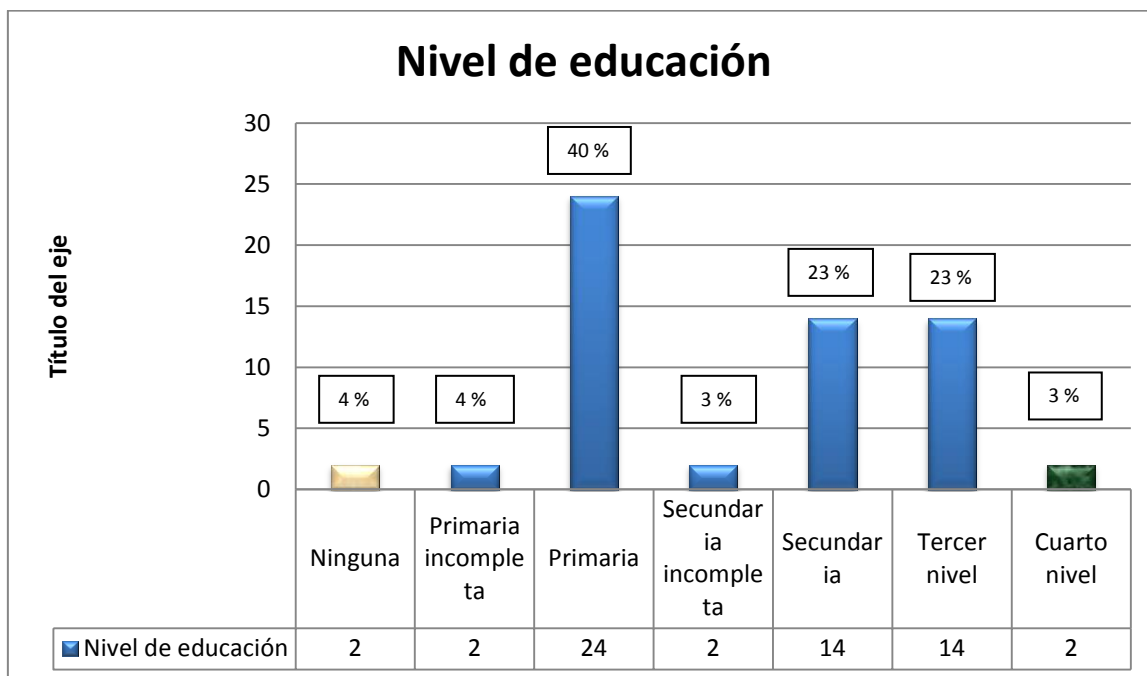


GRAFICO ESTADISTICO N° 4 FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA “7 QT”
AUTOR: RODRIGUEZ 2014

Interpretación

Los pacientes con ningún nivel de educación tienen ansiedad moderada, pacientes con primaria incompleta tienen ansiedad leve, pacientes con primaria completa tienen ansiedad normal, pacientes con secundaria incompleta ansiedad normal, pacientes con secundaria completa ansiedad moderada, pacientes con tercer nivel ansiedad moderada, pacientes con cuarto nivel ansiedad leve. No existe una correlación entre el nivel de educación y los niveles de ansiedad en los pacientes oncológicos en quimioterapia.

4.- Diagnóstico

Estadísticos

N	Válidos	60
	Perdidos	0

Tabla 5: Resultados Encuesta Estructurada

		Diagnóstico			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cáncer de seno	24	40	40	40
	Cáncer de próstata	2	3	3	43
	Cáncer de colon y recto	5	8	8	51
	Cáncer de pulmón	3	8	8	59
	Linfoma no Hodgkin	5	8	8	67
	Cáncer de riñón				
	Cáncer de endometrio	1	2	2	69
	Cáncer de hígado	1	2	2	71
	Leucemia				
	Cáncer de vejiga				
	Cáncer de páncreas				
	Cáncer de estómago	7	12	12	83
	Cáncer cervicouterino				
	Cáncer de ovario	5	8	8	91
	Otros	7	12	12	
TOTAL	60	100	100	100	

TABLA ESTADÍSTICA N° 5
FUENTE: RODRIGUEZ 2014

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA "7 QT"

Análisis cuantitativo

De los 60pacientes oncológicos encuestados con respecto al diagnóstico recibido respondieron 24 (40%) cáncer de seno, 2 (3%) cáncer de próstata,5 (8%) cáncer de colon y recto, 3 (8%) cáncer de pulmón, 5 (8%) linfoma no Hodgkin,0 (0%) cáncer de riñón,1 (2%) cáncer de endometrio, 1 (2%) cáncer de hígado, 0 (0%) leucemia,0 (0%) cáncer de vejiga,0 (0%) cáncer de páncreas, 7 (12%) cáncer de estómago,0 (0%) cáncer cervicouterino, 5 (8%) cáncer de ovario y 7 (12%) otros.

Gráfico 5: Pregunta N° 1

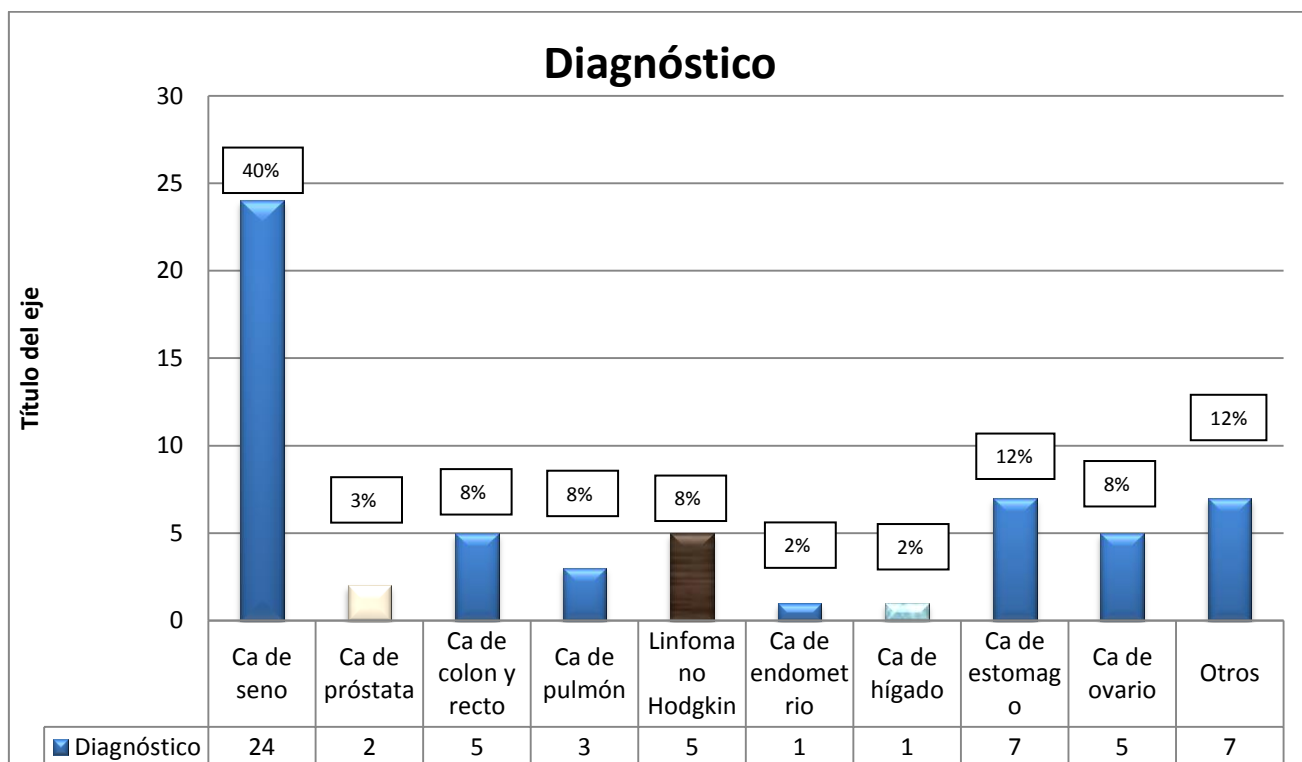


GRAFICO ESTADISTICO N° 5 FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA “7 QT”
 AUTOR: RODRIGUEZ 2014

Interpretación

Los pacientes con cáncer de seno tienen ansiedad moderada, pacientes con cáncer de próstata tienen ansiedad normal, pacientes con cáncer de colon y recto tienen ansiedad leve, pacientes con cáncer de pulmón tienen ansiedad moderada, pacientes con linfoma no Hodgkin tienen ansiedad normal, pacientes con cáncer de endometrio tienen ansiedad moderada, pacientes con cáncer de estómago tienen ansiedad moderada, pacientes con cáncer de ovario tienen ansiedad leve y pacientes con otros tipos de cáncer tienen ansiedad moderada. El tipo de cáncer predominante en los pacientes es el cáncer de seno. Los tipos de cáncer que ocasionan mayor nivel de ansiedad (moderada) son: cáncer de seno y cáncer de endometrio, ya que estos tipos de cáncer están

relacionados con la feminidad y autoestima en las mujeres. Además el cáncer de pulmón y cáncer de estómago también ocasionan un nivel de ansiedad moderado, ya que tienen fuertes repercusiones físicas y la causa más común de muerte relacionada con cáncer es el pulmonar.

5.- Estadío de la enfermedad

Estadísticos

Válidos	52
Perdidos	8

Tabla 6: Resultados Encuesta Estructurada

Estadío de la enfermedad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
I	4	8	8	8
II	33	63	63	71
III	8	15	15	86
Válidos IV	5	10	10	96
V	2	4	4	
TOTAL	60	100	100	100

TABLA ESTADÍSTICA N° 6
FUENTE: RODRIGUEZ 2014

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA "7 QT"

Análisis cuantitativo

De los 60 pacientes oncológicos encuestados con respecto al estadío de la enfermedad respondieron 4 (8%) 1er estadío, 33 (63%) 2do estadío, 8 (15%) 3er estadío, 5 (10%) 4to estadío y 2 (4%) 5to estadío.

Gráfico 6: Pregunta N° 2

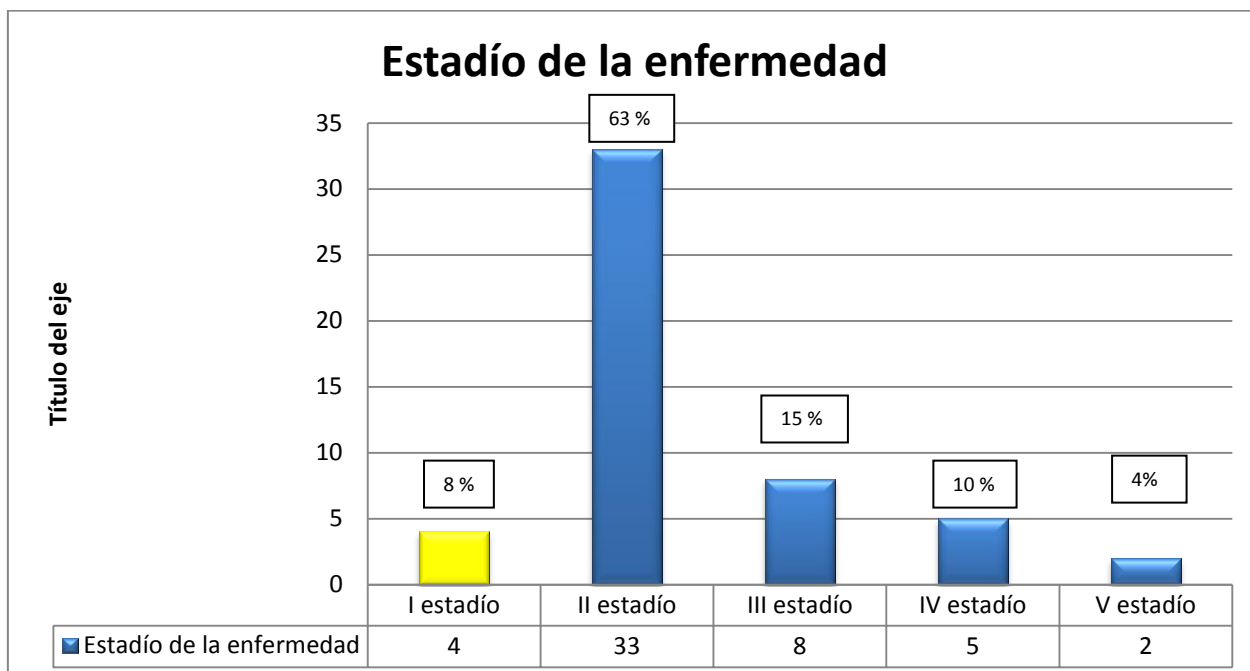


GRAFICO ESTADISTICO N° 6 FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA “7 QT”

AUTOR: RODRIGUEZ 2014

Interpretación

Los pacientes en el 1er estadío tienen ansiedad moderada, pacientes en el 2do estadío ansiedad normal, pacientes en el 3er estadío tienen ansiedad moderada, pacientes en el 4to estadío presentan ansiedad moderada y pacientes en el 5to estadío tienen ansiedad normal. De estos resultados podemos establecer que no existe correlación entre el estadío de la enfermedad y los niveles de ansiedad.

6.- Es o no la primera vez que recibe el tratamiento

Estadísticos

N	Válidos	60
	Perdidos	0

Tabla 7: Resultados Encuesta Estructurada

Es o no la primera vez que recibe el tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	57	95	95	95
	No	3	5	5	
	TOTAL	60	100	100	100

TABLA ESTADÍSTICA N° 7 FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA “7 QT”
FUENTE: RODRIGUEZ 2014

Análisis cuantitativo

De los 60 pacientes oncológicos encuestados, con respecto a si es o no la primera vez que recibe el tratamiento respondieron 57 (95%) no es la primera vez, 3 (5%) si es la primera vez.

Gráfico 7: Pregunta N° 3

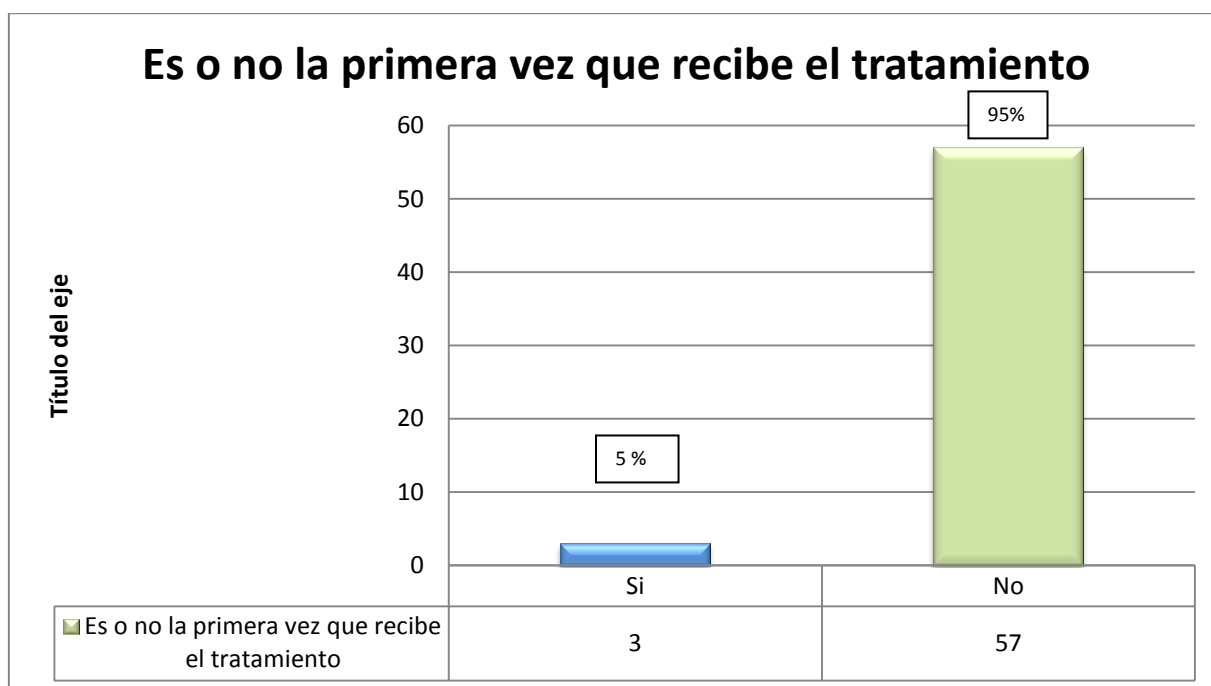


GRAFICO ESTADISTICO N° 7
AUTOR: RODRIGUEZ 2014

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA “7 QT”

Interpretación

Los pacientes que se encuentran por primera vez en el tratamiento tienen ansiedad grave debido a la mala comunicación del diagnóstico, ya que muchas veces se les trasmite la noticia de tener cáncer de forma poco asertiva o no se les proporciona toda la información que los pacientes necesitan, además por el desconocimiento de dicho tratamiento médico, otra causa es el cambio de lugar ya algunos pacientes son hospitalizados y el uso de equipos médicos lo cual resulta nuevo para el paciente; pacientes quienes no se encuentran por primera vez en tratamiento tienen ansiedad moderada, es decir baja el nivel de ansiedad debido a que el paciente ya ha asimilado el diagnóstico, ha aceptado y se ha adaptado al tratamiento de quimioterapia y con el transcurso del tiempo posee una mayor información acerca de su enfermedad.

7.- Tiempo que se encuentra en quimioterapia

Estadísticos

N	Válidos	60
	Perdidos	0

Tabla 8: Resultados Encuesta Estructurada

Tiempo que se encuentra en quimioterapia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1-3 meses	24	40	40	40
3-6 meses	13	22	22	62
Más de 6 meses	23	38	38	
Válidos TOTAL	60	100	100	100

TABLA ESTADÍSTICA N° 8 FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA "7 QT"
FUENTE: RODRIGUEZ 2014

Análisis cuantitativo

De los 60 pacientes oncológicos encuestados, con respecto al tiempo que se encuentra en quimioterapia respondieron 24 (40%) de 1-3 meses, 13 (22%) de 3-6 meses, 23(38%) más de 6 meses.

Gráfico 8: Pregunta N° 4

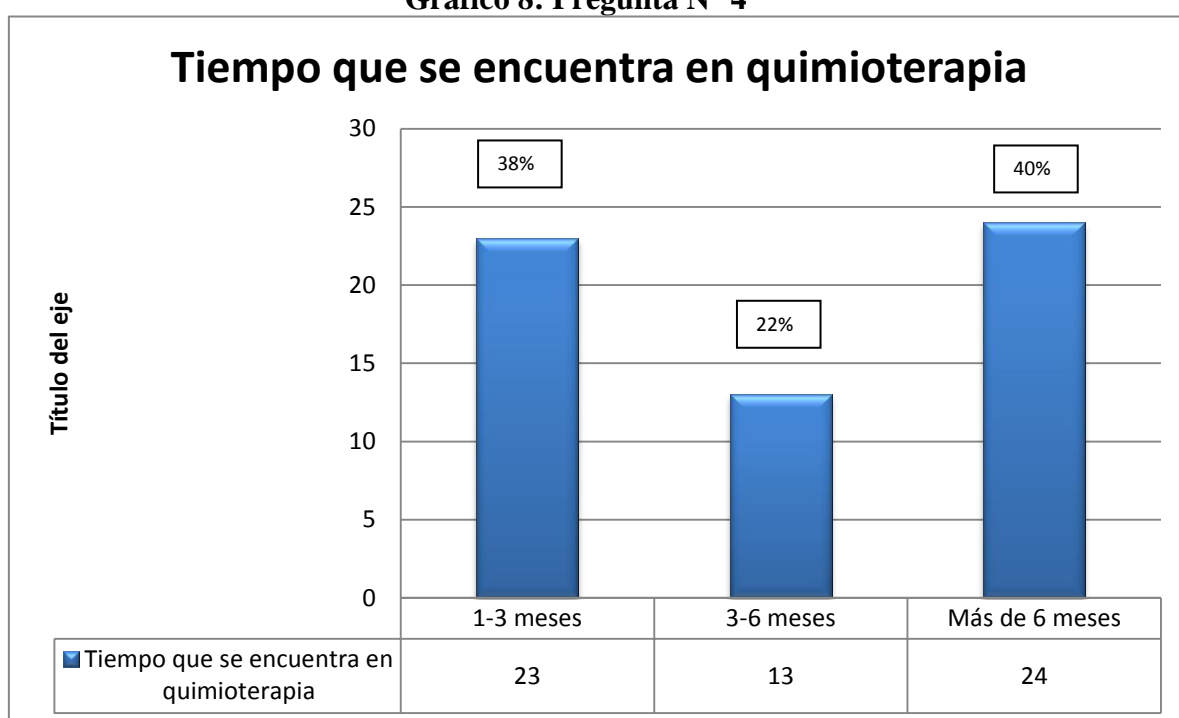


GRAFICO ESTADISTICO N° 8 FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA “7 QT”
AUTOR: RODRIGUEZ 2014

Interpretación

Los pacientes con un tiempo de quimioterapia de 1-3 meses tienen ansiedad moderada debido a la mala comunicación del diagnóstico, ya que muchas veces se les transmite la noticia de tener cáncer de forma poco asertiva o no se les proporciona toda la información que necesitan, existe desconocimiento del tratamiento y se genera miedos, o creencias irracionales en el paciente, el uso de equipos médicos y la quimioterapia en sí ya que provoca efectos secundarios y riesgos potenciales para la salud. Pacientes con

un tiempo de quimioterapia de 3-6 meses tienen ansiedad leve, baja el nivel de la ansiedad como consecuencia de que ya han asimilado el diagnóstico y se han adaptado al tratamiento de quimioterapia, con el transcurso del tiempo posee mayor información acerca de su enfermedad, su aspecto emocional ha logrado una estabilidad. Pacientes con un tiempo de quimioterapia de más de 6 meses tienen ansiedad moderada sube el nivel de la ansiedad como consecuencia de la progresión de su enfermedad, se incrementan los pensamientos disfuncionales y las creencias irracionales por la valoración del sujeto de su situación, la situación socio económica también influye ya que por el largo tratamiento está afectada, pueden existir aptitudes negativas de los miembros familiares por el cansancio en los cuidadores, existe incremento de los cambios en la imagen corporal y éstos se sufren como una pérdida.

8.- Número de quimioterapias recibidas

Estadísticos

Válidos	60
Perdidos	0

**Tabla 9: Resultados Encuesta Estructurada
Número de quimioterapias recibidas**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
1-5	29	49	49	49
5-10	18	30	30	79
10-15	5	8	8	87
15-20	5	8	8	95
20-25	3	5	5	
TOTAL	60	100	100	100

TABLA ESTADÍSTICA N° 9
FUENTE: RODRIGUEZ 2014

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA "7 QT"

Análisis cuantitativo

De los 60 pacientes oncológicos encuestados, con respecto al número de quimioterapias recibidas respondieron 29 (49%) de 1-5 quimioterapias, 18 (30%) de 5-10 quimioterapias, 5 (8%) de 10-15 quimioterapias, 5 (8%) de 15-20 quimioterapias, 3 (5%) de 20-25 quimioterapias recibidas.

Gráfico 9: Pregunta N° 5

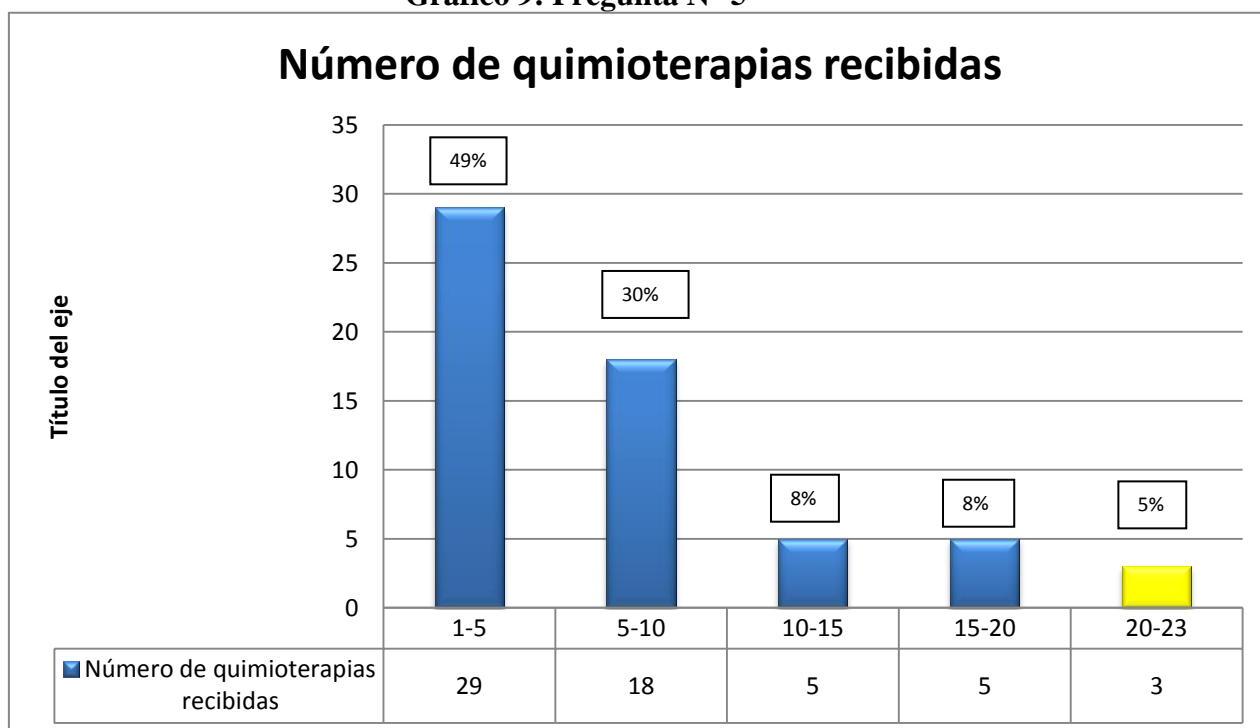


GRAFICO ESTADISTICO N° 9 FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA “7 QT”

AUTOR: RODRIGUEZ 2014

Interpretación

Los pacientes que han recibido de 1-5 quimioterapias tienen ansiedad moderada, pacientes que han recibido de 5-10 quimioterapias tienen ansiedad leve, pacientes que han recibido de 10-15 quimioterapias ansiedad moderada, pacientes que han recibido de 15-20 quimioterapias con ansiedad leve y pacientes que han recibido de 20-25 quimioterapias recibidas tiene ansiedad normal. Al inicio del tratamiento existe un nivel

de ansiedad moderado debido al desconocimiento del tratamiento médico y los miedos que éste provoca en el paciente, el cambio de lugar ya algunos pacientes tienen que ser hospitalizados, el uso de equipos médicos lo cual resulta nuevo, el tratamiento de quimioterapia en si ya que les provoca efectos secundarios y riesgos para su salud. Con el mayor número de quimioterapias el nivel de ansiedad baja debido a que el paciente ya ha asimilado el diagnóstico, se ha adaptado al tratamiento de quimioterapia, posee mayor información acerca de su enfermedad teniendo ya no una actitud de negación a la enfermedad o resignación sino más bien de lucha.

9.- Efectos secundarios de la quimioterapia

Estadísticos

Válidos	60
Perdidos	0

Tabla 10: Resultados Encuesta Estructurada

Efectos secundarios de la quimioterapia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Nauseas	37	61.6	61.6	61.6
Vómitos	34	56.6	56.6	56.6
Dolor	34	56.6	56.6	56.6
Anemia	16	26.6	26.6	26.6
Cansancio	41	68.3	68.3	68.3
Caída del cabello	46	76.6	76.6	76.6
Aumento de moretones	14	23.3	23.3	23.3
Sangrados	6	10	10	10
Infecciones	14	23.3	23.3	23.3
Estreñimiento	33	55	55	55
Diarrea	32	53.3	53.3	53.3
Problemas de boca, encía y	30	50	50	50

garganta				
Problemas en los nervios y músculos	26	43.3	43.3	43.3
Cambios en la piel y en las uñas	32	53.3	53.3	53.3
Cambios urinarios y problemas de vejiga o riñón	23	38.3	38.3	38.3
Aumento de peso	11	18.3	18.3	18.3
Pérdida de peso	37	61.6	61.6	61.6
Hemorragias	3	5	5	5
TOTAL	60	100	100	100

TABLA ESTADÍSTICA N° 10
FUENTE: RODRIGUEZ 2014

FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA "7 QT"

Análisis cuantitativo

De los 60 pacientes oncológicos encuestados con respecto a los efectos secundarios de la quimioterapia respondieron 37 (61.6%) náuseas, 34 (56.6%) vómitos, 34 (56.6%) dolor, 16 (26.6%) anemia, 41 (68.3%) cansancio, 46 (76.6%) caída del cabello, 14 (23.3%) aumento de moretones, 6 (10%) sangrados, 14 (23.3%) infecciones, 33 (55%) estreñimiento, 32 (53.3%) diarrea, 30 (50%) problemas de boca encía y garganta, 26 (43.3%) problemas en los nervios y músculos, 32 (53.3%) cambios en la piel y en las uñas, 23 (38.3%) cambios urinarios y problemas de vejiga o riñón, 11 (18.3%) aumento de peso, 37 (61.6%) pérdida de peso y 3 (5%) hemorragias.

Gráfico 10: Pregunta N° 6

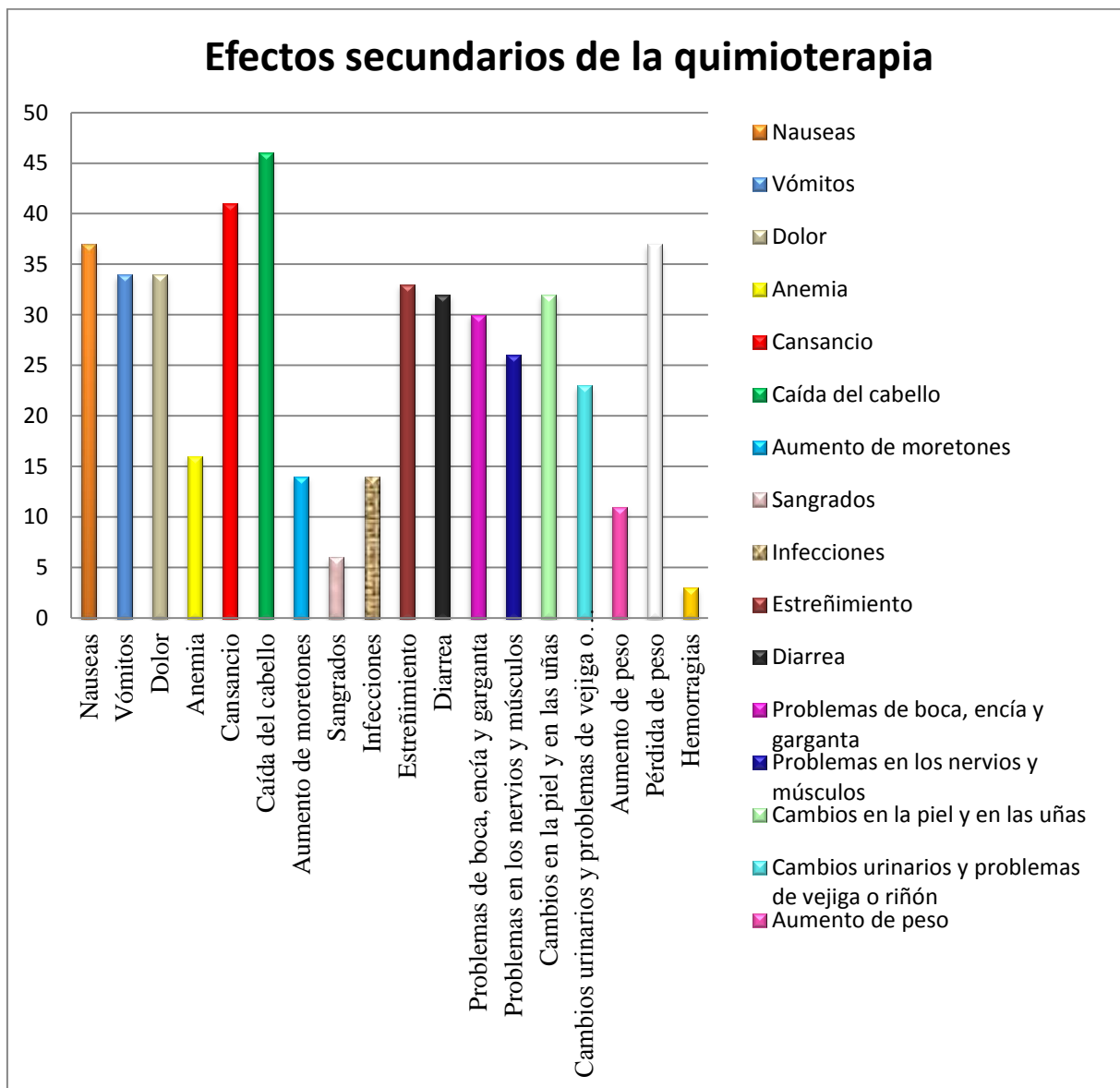


GRAFICO ESTADISTICO N° 10 FUENTE: ENCUESTA ESTRUCTURADA “7 QT”
 AUTOR: RODRIGUEZ 2014

Interpretación

Los pacientes con caída del cabello tienen ansiedad moderada, pacientes con cansancio tiene ansiedad moderada, pacientes con pérdida de peso tienen ansiedad moderada, pacientes con nauseas tienen ansiedad moderada, pacientes con vómitos tienen ansiedad moderada, pacientes con dolor tienen ansiedad moderada, pacientes con

estreñimiento tienen ansiedad moderada, pacientes con diarrea tienen ansiedad leve, pacientes con cambios en la piel y en las uñas tienen ansiedad moderada. De estos resultados podemos analizar que en casi todos los síntomas el nivel de ansiedad predominante es moderado ya que la quimioterapia afecta de forma seria su salud, a excepción de los pacientes que presentan el efecto secundario de diarrea, los cuales tienen ansiedad leve.

4.3 Verificación de Hipótesis

El método estadístico para comprobar las hipótesis fue Chi-cuadrado(x^2) por ser una prueba que permitió medir aspectos cualitativos cuantitativos de las respuestas que se obtuvieron del instrumento administrado y medir la relación que existe entre las dos variables de las hipótesis en estudio.

QUIMIOTERAPIA * ANSIEDAD Crosstabulation

		ANSIEDAD				Total
		NORMAL	LEVE	MODERADO	GRAVE	
QUIMIOTERAPIA	UNOATRESMESES	8	4	10	1	23
	TRESASEISMESES	5	6	2	0	13
	MASEISEISMESES	6	8	10	0	24
Total		19	18	22	1	60

ANÁLISIS:

-De un total de 60 pacientes oncológicos: de los 23 casos que reciben quimioterapia de uno a tres meses 8 tienen ansiedad normal, 4 leve, 10 moderada y 1 grave, evidenciándose un predominio de ansiedad moderada, cabe el análisis de que al

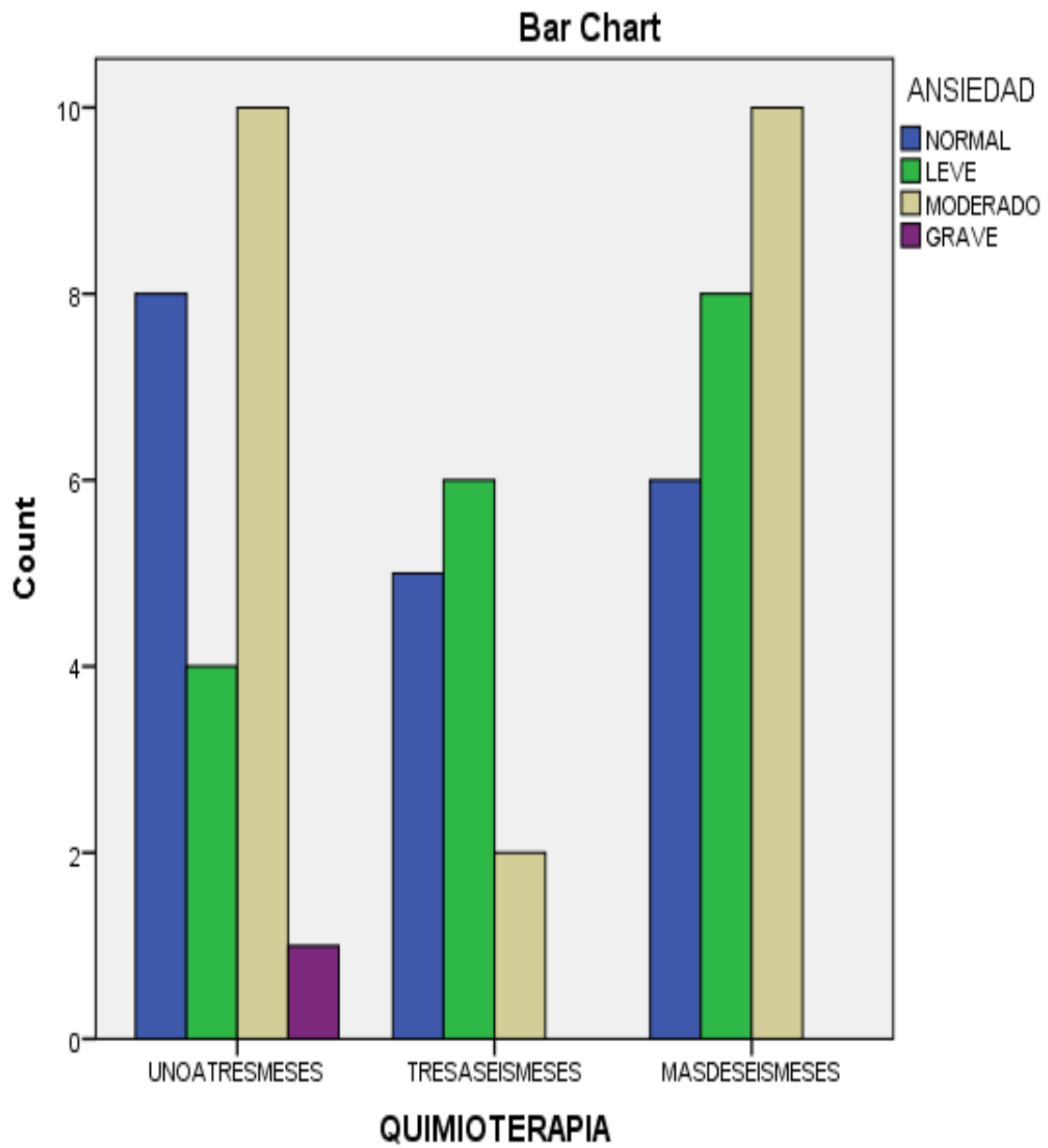
principio del tratamiento existe este nivel de ansiedad debido a la mala comunicación del diagnóstico, ya que muchas veces se les trasmite la noticia de tener cáncer de forma poco asertiva o no se les proporciona toda la información que los pacientes necesitan, otra causa es el desconocimiento de dicho tratamiento médico y los miedos, fobias o creencias irracionales que éste provoca en el paciente, el cambio de lugar ya algunos pacientes tiene que ser hospitalizados, el uso de equipos médicos lo cual resulta nuevo para el paciente, el tratamiento de quimioterapia en si ya que les provoca efectos secundarios y riesgos potenciales para su salud.

-De los 13 casos que reciben quimioterapia de tres a seis meses 5 tienen ansiedad normal, 6 leve, 2 moderada y 0 grave, evidenciándose un predominio de ansiedad leve.

En esta duración de quimioterapia observamos que baja el nivel de la ansiedad como consecuencia de que el paciente ya ha asimilado el diagnóstico, ha aceptado y se ha adaptado al tratamiento de quimioterapia. Con el transcurso del tiempo posee una mayor información acerca de su enfermedad por el contacto y conversación con otros pacientes en su misma situación así como por búsqueda de información tanto autónoma como por otros medios. Logró una adaptación a los procedimientos y equipo médico, teniendo ya no una actitud de negación a la enfermedad o resignación sino más bien de lucha. Su aspecto emocional ha logrado una estabilidad.

De los 24 casos que reciben quimioterapia con una duración de más de seis meses 6 tienen ansiedad normal, 8 leve, 10 moderada y 0 grave, evidenciándose un predominio de ansiedad moderada. En esta etapa sube el nivel de la ansiedad como consecuencia de la recidiva o progresión de su enfermedad, se pueden incrementar los pensamientos disfuncionales y las creencias irracionales como consecuencia de la valoración del

sujeto de su situación. La situación socio económica también influye en este incremento de la ansiedad ya que como consecuencia de un largo tratamiento puede verse seriamente afectada especialmente en los pacientes que tiene una baja o media situación económica. Además pueden existir aptitudes negativas de los miembros familiares como consecuencia del cansancio en los cuidadores, es común que al asistir a alguien enfermo se sienta preocupación permanente y presión que no disminuye a lo largo del tiempo. Cuando se juntan el cansancio y la depresión por estar cuidando a alguien que se ama se dice que el cuidador se quema. También existe un incremento de los cambios en la imagen corporal y éstos se sufren como una pérdida provocando aumento en los niveles de ansiedad. Por otro lado las relaciones sociales se modifican dentro y fuera de la familia, dado que algunas personas tiene miedo al cáncer, no saben cómo actuar y rehúyen al paciente. Además, al no poder participar en actividades que antes se compartían, el sujeto tiene presente su inhabilidad y se margina.



INTERPRETACIÓN:

VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS:

CHI-SQUARE TESTS

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	6,705 ^a	6	,349	,347		
Likelihood Ratio	7,510	6	,276	,284		
Fisher's Exact Test	6,950			,286		
Linear-by-Linear Association	,000 ^b	3- ' 1	,989	1,000	,528	,066
N of Valid Cases	60					

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,22.

b. The standardized statistic is -,014.

(Se aplicó la prueba Chi-cuadrado para verificar si existe relación entre el tiempo de quimioterapia y los niveles de ansiedad encontrando que no existe relación entre estas variables, $X(6) = 6.95$, $p > 0,05$, $N = 60$)

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

-Se evidencia que no existe relación directa entre los elementos quimioterapia y ansiedad realizada la prueba de Chi-cuadrado de Person en el programa informático de estadísticas “SPSS”, presentando un coeficiente significativo de 0,349.

-De acuerdo a la Escala de Ansiedad de Hamilton se pudo evidenciar que los pacientes oncológicos en quimioterapia con una duración de 1-3 meses correspondiente al 40% tienen ansiedad en nivel moderado, en quimioterapia durante 3-6 meses equivalente al 22% poseen ansiedad en nivel leve y los pacientes en quimioterapia durante más de 6 meses correspondientes al 38% tienen ansiedad en nivel moderado.

-De los resultados obtenidos podemos evidenciar que en los pacientes oncológicos en quimioterapia empiezan con una ansiedad moderada, a medida que transcurre el tiempo en el tratamiento disminuye a leve y posteriormente incrementa a moderada nuevamente.

5.2 RECOMENDACIONES

-Ya que un porcentaje significativo de pacientes oncológicos con tratamiento de quimioterapia presentan niveles moderados de ansiedad se recomienda trabajar con un protocolo de: *“Psicoprofilaxis para la disminución de la ansiedad en pacientes oncológicos con tratamiento de quimioterapia”*.

-Se recomienda trabajar en el aumento del afrontamiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

-Trabajar sobre principales miedos de los pacientes oncológicos.

-Abordar otros problemas psicológicos asociados.

-Fomentar adecuado apoyo familiar.

-Se recomienda trabajar en evaluación y seguimiento.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 Título

“Psicoprofilaxis en pacientes oncológicos contratamiento de quimioterapia.”

6.1.2 Datos informativos:

Institución: Universidad Técnica de Ambato.

Población: Pacientes oncológicos.

Tiempo: 6 sesiones terapéuticas, seguimiento para los pacientes oncológicos.

6.1.3 Beneficiarios:

Directos: Pacientes oncológicos en quimioterapia que acuden al hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato.

Indirectos: Familiares y la comunidad.

6.1.4 Ubicación

Tungurahua, Ambato. Parroquia Izamba.

6.1.5 Tiempo estimado de la ejecución

Dos meses.

6.1.6 Equipo técnico responsable

- Solca.

- Investigador.

6.1.7 Costo

El costo total del proyecto asciende a 2091,4dólares.

6.2 Antecedentes de la propuesta

La ansiedad en los pacientes oncológicos con tratamiento de quimioterapia provoca consecuencias tales como: dificultades en su autocuidado, fobias hacia las inyecciones, sangre, heridas, tratamientos médicos o hacia el mismo hospital; incumplimiento de las instrucciones médicas, depresión, síntomas somáticos, ideas o intentos suicidas e incremento de los síntomas fisiológicos disminuyendo así la probabilidad de mejoría y perjudicándolo en su lucha contra el cáncer. Además niveles moderados de ansiedad generan una mala respuesta al tratamiento y un incremento de los síntomas secundarios generando dificultades al paciente. Es por esto que es de gran importancia diseñar un plan de intervención psicológica acorde a las necesidades de éstos pacientes, enfocado en reducir los niveles de ansiedad.

6.3 Objetivos

6.3.1 Objetivo general:

Aplicar un protocolo de: Psicoprofilaxis para la disminución de la ansiedad en pacientes oncológicos con tratamiento quimioterapia.

6.3.2 Objetivos específicos:

- Disminuir los niveles de ansiedad.
- Aumentar el afrontamiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.
- Trabajar sobre principales miedos.
- Abordar otros problemas psicológicos asociados.
- Fomentar adecuado apoyo familiar.

-Evaluación y seguimiento.

6.4 Justificación

La elaboración de este proyecto es de importancia a pesar de que no se comprobó la hipótesis antes mencionada, se debe seguir un proceso sistematizado en la transformación de las variantes de desarrollo psicosocial deterioradas, ya que se encontró niveles moderados de ansiedad en pacientes oncológicos en quimioterapia durante 1 a 3 meses, niveles leves de ansiedad durante 3 a 6 meses de quimioterapia y niveles moderados de ansiedad durante más de 6 meses de quimioterapia en Solca Ambato durante el periodo 2014.

La realización de la propuesta es factible ya que se cuenta con la aprobación de las autoridades del Hospital Solca Ambato y el consentimiento de los pacientes oncológicos para poner en curso la misma.

La propuesta es original ya que ha sido realizada con la fundamentación teórico científico referente al tratamiento para la disminución de la ansiedad en pacientes oncológicos en quimioterapia, haciendo participe a las varias técnicas de intervención con un enfoque cognitivo- conductual, elegidas de forma directa por la persona a investigar para ser aplicada en el problema y la población señalada en base a un conocimiento teórico-técnico.

6.5 Fundamentación técnica

La propuesta se basa en una combinación de fundamentación teórico y técnico de los modelos psicoterapéuticos cognitivos - conductuales.

6.5.1 Psicoprofilaxis en pacientes oncológicos en quimioterapia

Profilaxis es un término derivado del griego cuyo significado es prevenir, tomar precauciones. En el siglo XIX, comienza a ser utilizado como prevención de las “enfermedades”. Para la medicina, significa “preservación”, conjunto de medios que sirven para preservar de enfermedades al individuo o a la sociedad; tratamiento “preventivo”.

La psicoprofilaxis oncológica es un tratamiento cuyo objetivo es la reducción de los concomitantes psicológicos traumáticos de los tratamientos médicos, desde el momento en que el cirujano comunica el diagnóstico de cáncer, mientras recibe el tratamiento de quimioterapia, hasta que el paciente abandona el hospital.

Para el paciente oncológico y su familia dicho tratamiento médico es un acontecimiento desconocido que irrumpe en su vida cotidiana, generando una angustia que provoca una mala adaptación a este acontecimiento estresante. No solo cuenta el estrés que está asociado a la presencia de la enfermedad oncológica, sino también la internación en un ambiente extraño, el conocimiento de los riesgos del tratamiento médico, más los peligros imaginados por el paciente y su familia.

Es de gran importancia la preparación psicológica que consiste en una psicoterapia focalizada, breve y multidimensional que va a permitir al paciente y a su familia poner en funcionamiento mecanismos defensivos que disminuyen y previenen la producción de trastornos psicológicos que se manifiestan en el transcurso del tratamiento y lo complican, así como también actitudes negativas hacia los médicos, hacia el personal que les proporciona cuidados y los servicios de salud.

Aquellos pacientes que reciben asistencia psicológica "previa" al tratamiento de la quimioterapia, además de disminuir los niveles de ansiedad y angustia a montos tolerables, también reducen los efectos secundarios de la quimioterapia, síntomas fisiológicos producto de la ansiedad, fortalecen su sistema inmunológico debido a la reducción de estrés, cicatrizan más rápidamente y acortan el periodo de internación.

Por esto, resulta de suma importancia evaluar eficazmente y desarrollar intervenciones adecuadas con el objetivo de prevenir las alteraciones psicológicas que puedan provocar este tratamiento médico.

Entre los objetivos generales de la psicoprofilaxis en oncología están:

- Facilitar el procesamiento de la información.
- Proporcionar recursos para afrontar las preocupaciones que la enfermedad oncológica y el tratamiento de quimioterapia imponen.
- Estabilizar los síntomas psicológicos en niveles tolerables.
- Disminuir los miedos básicos o universales.
- Hacer explícito lo implícito.
- Evitar que el tratamiento de quimioterapia pueda dar lugar a una organización psicopatológica.
- Jerarquizar o priorizar dificultades "singulares". (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2010)

Cabe resaltar que se ha observado que cuidando los aspectos tanto psicológicos como sociales mejora la calidad de vida y bienestar de los pacientes oncológicos e influye durante el proceso mismo de la enfermedad.

Los enfermos experimentan diferentes reacciones emocionales y físicas antes, durante y después de los tratamientos. Su deseo de información también varía mucho y mientras unos piden información exhaustiva, otros la prefieren concisa. La familia y los cuidadores también sufren emocionalmente afectando su calidad de vida ante el diagnóstico y el tratamiento de un ser querido, a la vez esto influye en las emociones del paciente. (Cáceres L., Ruiz F., Germà R., Busques C., 2007)

Necesidades psicoemocionales de los enfermos

- Seguridad: Confianza en el equipo sanitario, en su familia y cuidadores. Garantía de no abandono.
 - Aceptación: Reconocer sus posibilidades actuales, sentirse aceptado y comprendido.
 - Amor: De amar y ser amado.
 - Pertenencia: Sentirse miembro de una familia, de un grupo.
 - Autoestima: Sentirse útil e importante.
 - Espirituales: Encontrar sentido a su vida, a la enfermedad, al sufrimiento y a su muerte.
- (Yélamos C., A. y Fernández B.)

Principales miedos en el paciente oncológico

- Cambios en la imagen corporal.
- Dependencia de otros para realizar actividades.
- No volver a estar como antes.
- Efectos secundarios del tratamiento.
- Preocupaciones económicas.
- Cambios o pérdida de la pareja.

- Causar dolor y sufrimiento en el entorno familiar.
- Que el tratamiento no funcione.
- Un nuevo tumor.
- Al dolor y sufrimiento.
- Al abandono por parte de la familia o personal sanitario.
- El regreso a la vida cotidiana.
- La muerte. (Mata C. &López A., 2012)

Economía cognoscitiva o ley del mínimo esfuerzo

La mente humana es supremamente conservadora. El principio que maneja nuestro aparato psicológico es impactante y de gran importancia: cuando la información que llega al organismo no coincide con las creencias que tenemos almacenadas en la memoria, resolvemos el conflicto a favor de las creencias o esquemas ya instalados, es decir, nos hacemos trampa. Le creemos demasiado a las creencias, porque es más cómodo que cuestionarnos a nosotros mismos.

La mente humana auto perpetúa constantemente la información que tiene almacenada.

Cuando un hecho entra en conflicto con una creencia, tenemos tres opciones:

- a) Revisar la creencia y reemplazarla por otra
- b) Calibrarla o crear excepciones a la regla
- c) Negarse a revisar la creencia o buscar excusas.

Lo sorprendente es que la mayoría de los humanos elegimos la opción c).

Es así como lo que coincide con nuestras expectativas lo dejamos pasar y lo recibimos con agrado, mientras que lo que es incongruente con nuestras creencias o estereotipos

simplemente lo ignoramos, lo consideramos sospechoso o simplemente lo alteramos para que concuerde con nuestras ideas preconcebidas.

La economía mental parte del siguiente principio: “es menos gasto para el sistema conservar los esquemas que tenemos almacenados que cambiarlos”.

1. Sesgos atencionales

Cuando prestamos atención, no lo hacemos de manera objetiva y desprevenida sino de forma subjetiva. Se señala algunos ejemplos:

-Si una persona tiene un esquema de incompetencia “No soy capaz” su atención estará más orientada a detectar fallas que aciertos personales, lo cual fortalecerá cada vez más su idea de incapacidad personal.

-Si alguien ha creado un esquema de abandono “La gente que amo tarde o temprano me abandonará”, la mente estará más atenta a destacar señales de rechazo que indicaciones de afecto positivo.

-Un esquema de grandiosidad (narcisismo) hará que la persona esté más atenta a los elogios que a las críticas.

Para lograr una atención objetiva ésta deberá ser siempre balanceada. Ver todo: lo bueno y lo malo. Prestar atención a la atención, vigilar al observador para hacerlo más objetivo y honesto. La atención sesgada perpetua las teorías negativas que tenemos de nosotros mismos, el mundo, el futuro y crea así condiciones irreales de confirmación.

La mejor manera de poner a tambalear un esquema negativo y comenzar a desprenderse de él, es centrar la atención en todos los aspectos de la realidad que nos rodea.

2. Sesgos de memoria

Nuestros recuerdos no son tan pulcros y objetivos como nos gustaría. A diferencia de lo que nos sugiere el sentido común, la memoria no permanece inalterable a través de los años. Si pudiéramos viajar al pasado nos sorprenderíamos al ver como los hechos acontecidos no fueron en realidad como nosotros los recordamos. Embellecemos o dramatizamos nuestro pasado y luego tomamos decisiones con base a esos datos alterados.

De manera similar a lo que ocurre con los sesgos atencionales: recordamos más fácil y mejor aquellos que concuerdan con nuestros esquemas o creencias almacenadas. Existe autoengaño por todas partes. Por ejemplo:

Si estoy convencido de que soy torpe, recordaré más fácilmente situaciones de torpeza que situaciones en las que he sido hábil o diligente.

Además de las creencias, el estado de ánimo también es un factor que ayuda a sesgar la memoria: la tristeza hace que recuperemos más información depresiva y la ansiedad hace que recordemos más eventos trágicos o catastróficos. Este fenómeno se denomina aprendizaje dependiente del estado de ánimo.

3. Sesgos perceptivos

El proceso de percepción no es pasivo. Algunos filósofos como Locke pensaban que la mente obra como una tabla rasa, es decir, que somos una especie de pantalla en blanco donde la realidad objetiva se imprime en ella tal cual es y sin distorsión alguna. Hoy sabemos que no es así: el ser humano construye en gran parte su mundo interior. Somos activos procesadores de la información, afectamos el ambiente y el ambiente nos afecta.

Los sesgos perceptivos hacen referencia a las interpretaciones irracionales, erróneas o ilógicas que hacemos de los hechos. Son conclusiones equivocadas que sacamos a partir de lo que observamos o recordamos.

La mejor estrategia para combatir el sesgo perceptivo es la verificación consciente, que consiste en revisar las premisas de las cuales partes y examinar el proceso por el cual se llega a ciertos resultados.

Las profecías autorealizadas

La profecía autorealizada es la mayor expresión del autoengaño. El mecanismo es como sigue: parto de una profecía o anticipación de algo que va a ocurrir, después hago todo lo posible para que la profecía se cumpla (casi siempre de manera no consciente) y finalmente concluyo que la profecía se cumplió. Por ejemplo:

-Profecía: Pienso que alguien no me quiere o le caigo mal.

-Conducta afirmatoria: Me alejo o trato de manera seca y antipática al otro, anticipándome al rechazo.

-Consecuencia confirmatoria: La persona responde a mi trato antipático de manera indiferente o poco amable.

-Ratificación de la profecía: Concluyo que yo tenía razón, que definitivamente no le caigo bien.

La secuencia es totalmente autoconfirmatoria. Damos por sentado lo mismo que queremos demostrar y alteramos los datos para que concuerden con las hipótesis. Los esquemas siempre intentan autoperpetuarse, sean buenos o malos.

Las estrategias evitativas y compensatorias

Las estrategias de evitación también ayudan a la auto-perpetuación de los esquemas negativos, aunque de una manera más indirecta que las profecías. La psicología humana se mueve en una contradicción esencial: mientras que de manera consciente queremos dejar de sufrir y eliminar las creencias irracionales responsables de nuestro malestar, de manera no consciente fortalecemos nuestros esquemas negativos evitando cualquier confrontación que los ponga a tambalear. Un caso típico es el de las personas que sufren de trastornos de pánico, es decir, miedo al miedo, a perder el control, a enloquecer o a padecer un infarto, quienes teóricamente desean eliminar el temor que los agobia y acabar de una vez por todas con el sufrimiento, pero en la práctica, cuando deben enfrentar realmente el miedo, prefieren evitar el encuentro porque la sensación es desagradable. Así, cada vez que escapan, la angustia crece y de esta forma solo logran que se fortalezca.

Estrategia compensatoria / protectora

Una forma especial de evitación con las estrategias compensatorias, estos son comportamientos que sirven para establecer o equilibrar de alguna manera aquello que no nos gusta de nosotros mismos. Quienes usan estas estrategias pretenden ocultar el problema haciendo alarde de todo lo contrario. Por ejemplo:

-Si debido a un esquema irracional e incapacidad considero que soy poco inteligente, puedo “compensar” el déficit que creo tener incrementando exageradamente la dedicación al estudio y así evitar que se manifieste la supuesta incapacidad intelectual o que los demás se den cuenta.

-Si soy una persona con un esquema patológico de dependencia, y por lo tanto temo perder la fuente de seguridad de mis amigos y/o pareja, puedo optar por mostrarme especialmente fuerte y seguro para ser considerado un líder.

Dependiendo del aprendizaje que hayamos tenido en nuestra vida y de acuerdo a nuestra historia personal, cada quien genera su propio estilo compensatorio. Por ejemplo, ante un esquema de incapacidad intelectual, de acuerdo con la historia previa de aprendizaje, una persona podría haber desarrollado dos estrategias compensatorias opuestas, pero orientadas a un mismo fin: a) la de intensificar la autotexigencia para “compensar” la supuesta inutilidad volviéndose muy estudiosa, o b) reducir las metas personales y aspiraciones al mínimo de exigencia para asegurar que el “éxito” siempre esté presente, así no sea auténtico y veraz. Dos extremos orientados al mismo fin.

La evitación originada en el miedo favorece la patología, ya que vuelve intocable los esquemas negativos del individuo. Les crea un hábitat cómodo y agradable para que prosperen y echen raíces profundas. Lo incomprensible y paradójico, es que el esquema que tanto cuidamos y mantenemos es el mismo que queremos eliminar. La mejor actitud para vencer la evitación crónica es “aceptar lo peor que pueda ocurrir” y alejarte un poco del principio del placer. Aceptar que el cambio va a doler y que necesariamente será incómodo. Ver la verdad de tu vida y establecer una lucha a muerte con aquellas teorías responsables de tu sufrimiento. Tocar fondo es a veces útil para muchas personas, ya que el pensamiento que surge en tales condiciones es liberador: “Me cansé de sufrir, acepto lo peor”. No puedes solucionar un problema que se mantiene oculto.

Ver lo que es

La realidad tiene una propiedad correctora sobre nuestras distorsiones y sesgos, siempre y cuando la dejemos obrar libremente, con toda su fuerza. La realidad es curativa por sí misma, si somos capaces de dejar que la experiencia penetre hasta la base de datos sin excusas: eso atestiguan las técnicas de exposición, la autoobservación y la meditación.

Pesimismo crónico

A las personas pesimistas las envuelve la amargura. Su vida oscila entre la desilusión y la tristeza. El optimismo es para ellos una peligrosa enfermedad que hay que erradicar de raíz. El paquete desesperanzador está constituido por una serie de sesgos y actitudes cercanas a la depresión: descalificar lo positivo, magnificar lo negativo y “estar preparado siempre para lo peor”. La sensación que lo embarga es la de una eterna incompletud: siempre falta algo, siempre hay un detalle que daña el conjunto.

Pensamiento dicotómico o de extremos

Si bien no siempre los extremos son malos e incluso en ocasiones son útiles e imprescindibles, la tendencia a utilizar un pensamiento del “todo o nada” genera muchos problemas. Ver el mundo en blanco y negro nos aleja de la moderación y de la paz interior porque la vida, está compuesta de matices.

Personalización

Es atribuirse la responsabilidad ante determinados eventos externos, sin tener en cuenta otras explicación es que pueden ser posibles. Los seres humanos podemos adoptar dos posiciones frente al control que creemos tener sobre los hechos:

-Punto de control externo: “Todo depende de mí”.

-Punto de control externo: “Nada depende de mí”.

Pensamiento repetitivo o rumiador

Rumiar hace referencia a la costumbre alimenticia de los animales herbívoros de masticar por segunda vez el alimento, devolviéndolo de la cavidad del estómago donde estuvo almacenado. Por analogía, una persona es rumiadora mental cuando piensa reiterada y obsesivamente la misma cuestión. El pensamiento repetitivo se localiza de manera obstinada en los porqué, los cómo y los que de una emoción perturbadora, tratando de hallar una solución o un aplacamiento al malestar. El pensamiento reiterativo puede llegar a enfermar a la persona porque actúa como un círculo vicioso que recicla la preocupación (ansiedad) y alimenta el esquema negativo.

El pensamiento emocional

Se presenta cuando un individuo considera sus sentimientos y/o emociones como una sólida evidencia de la realidad.

La sobregeneralización

Consiste en llegar a una conclusión general partiendo de uno o más incidentes aislados.

Los cuatro principios que pueden facilitar el desmonte del egocentrismo mental, incrementar el autoconocimiento y modificar sesgos cognitivos son:

- Tomar conciencia de que el cambio es importante.
- Identificar los procesos mentales e identificarlos.
- Reordenar la experiencia alrededor de una creencia negativa.
- Atacar las distorsiones.

El poder de la fuerza de voluntad incluye:

- Determinación para cambiar.
- Conocimiento acerca de cómo cambiar.

-Ponerse en acción.

-Persistir en esta acción, incluso cuando es difícil de sobrellevar.

Técnicas para modificar pensamientos

Registro y autoobservación:

5 preguntas de guía:

-¿Qué ocurrió inmediatamente antes de que el pensamiento tuviera lugar o que lo disparó?

-¿Qué pasó por mi mente?

-¿Qué sentí después del pensamiento?

-¿Qué hice o cuál fue mi comportamiento posterior al pensamiento?

-¿Qué pasó después de mi comportamiento?

El debate racional cognitivo

El principal recurso para atacar los pensamientos negativos es la disputa verbal, que implica poner en duda el pensamiento negativo y luego reemplazarlo por otro más aterrizado, racional o adaptativo para el sujeto.

El análisis debe tener en cuenta, al menos estos tres aspectos:

-La **evidencia empírica del pensamiento**, es decir, si hay hechos que lo avalen o si solo es cuestión de imaginación o “sentimientos”.

-La **consistencia lógica del pensamiento**, es decir, si la conclusión ha sido razonable y razonada (consistente) y/o si es posible obtener otras explicaciones alternativas de igual valor.

-Los **efectos pragmáticos del pensamiento**, es decir, las consecuencias que la manera de pensar tiene o tendrá sobre nuestra vida (ventajas y desventajas).

Detención del pensamiento y distracción

Dos estrategias comunes que pueden llegar a calmar la ansiedad o la depresión ocasionada por los malos pensamientos son la detención el pensamiento y la distracción.

Detención del pensamiento

Los pensamientos se relacionan unos con otros, formando complejas cadenas altamente resistentes al cambio. Se debe bloquear los primeros eslabones de la cadena de pensamientos con el fin de evitar la propagación de ideas irracionales.

Distracción

Es un método que podemos aplicar cuando los pensamientos se encuentran en un nivel moderado o incluso para prevenir la aparición de los mismos. La distracción depende de los gustos y de la capacidad creativa de los sujetos. (Riso W., 2004)

Técnicas de relajación

Las técnicas de relajación han sido utilizadas en diferentes servicios oncológicos, por la significación que esta afección tiene para el paciente y el uso de la relajación como una respuesta a la demanda de la atención de apoyo que éstos necesitan; esta terapia tiene gran importancia y por lo tanto debe hacerse en toda unidad de salud.

En un estudio realizado en pacientes con cáncer de mama, se les atendieron las alteraciones del sistema inmunológico y sus alteraciones psicológicas, se les suministró relajación, un conjunto de imágenes orientadas y entrenamiento con *biofeedback*. Aunque no fueron detectados cambios psicológicos significativos, se redujo la ansiedad considerablemente en estas mujeres, dados los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas aplicadas.

Wells¹⁶ postuló que el entrenamiento en relajación disminuye la tensión muscular abdominal y el dolor posoperatorio y también altera las variables psicológicas de ansiedad y el control percibido. Trabajó con pacientes que tenían colisectomía por cáncer y entre los resultados que obtuvo, encontró que el distrés provocado por sensaciones temerosas fue menor, una vez que los pacientes aprendieron la técnica de relajación.

Entrenamiento autógeno de Schultz

Es un método de relajación descrito por el Neurólogo J.H. Schultz en el primer tercio del siglo XX, que ha sido avalado por numerosos estudios científicos, que confirman su eficacia.

¿QUÉ SE LOGRA A TRAVÉS DEL ENTRENAMIENTO AUTÓGENO?

1. Autotranquilización conseguida por relajación interna y no por propia imposición.
2. Restablecimiento corporal y psicohigiene.
3. Autorregulación de funciones orgánicas. (cardiocirculatorias, respiratorias, digestivas, etc.)
4. Aumento del rendimiento. (memoria, etc.)
5. Supresión del dolor.
6. Autodeterminación mediante la formulación de propósitos concretos, consiguiendo afrontar mejor muchas situaciones vitales estresantes.
7. Capacidad de autocrítica y autodominio, al mejorar nuestra visión interior de nosotros mismos.

8. Formulación de propósitos. (posibilita la obtención de metas humanas dentro de la ética)

¿CÓMO PREPARARSE PARA REALIZAR LOS EJERCICIOS?

Punto de partida imprescindible. Estos ejercicios sólo resultan eficaces cuando quien los realiza se ensimisma y concentra, resultando más fácil en las siguientes condiciones:

-Habitación tranquila, luz escasa o ninguna, sin sonidos perturbadores, temperatura agradable, con ropa cómoda, con o sin música agradable propia para la relajación.

-Postura cómoda, el sujeto deberá estar sentado en un sillón o bien acostado con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo.

-Ojos cerrados.

-Ahora, tiene que decirse a sí mismo: "estoy completamente tranquilo".

-No se debe tener preocupación si durante la realización de los ejercicios acuden a la mente pensamientos ajenos al mismo, suele ser habitual sobre todo al inicio del entrenamiento. No se debe luchar contra ellos, ya que es habitual que con la práctica vayan desapareciendo.

-En ningún caso se debe cambiar el orden de los ejercicios.

Ejercicio 1: El peso (relajando los músculos)

Los músculos voluntarios son los más conocidos por nosotros mismos y por tanto, supuestamente los que mejor controlamos. El mundo actual somete al hombre a situaciones difíciles que en la mayoría de casos conllevan tensiones musculares asociadas a una angustia, este ejercicio ayuda a disminuir estas tensiones.

¿Cómo se hace el ejercicio? Se debe decir a sí mismo la siguiente frase con la máxima concentración y visualizando interiormente la parte del cuerpo que se va a trabajar:

- "mi mano (o mi brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) pesa mucho", 6 veces.

- "estoy completamente tranquilo", 1 vez Muy importante: permanezca sólo alrededor de 3 minutos en este estado de concentración. No es preciso mantenerse durante más tiempo; si lo hace pueden producirse molestias innecesarias y sensaciones desagradables.

Ejercicio 2: El calor (relajando los vasos sanguíneos)

Se ha demostrado que en condiciones normales podemos aprender a dominar el sistema vascular a través del entrenamiento autógeno. La mayor o menor apertura de los vasos sanguíneos está regulada por el sistema nervioso, y por tanto, siguiendo las bases del método de Schultz podemos conseguir dicho objetivo.

¿Cómo se hace el ejercicio? Una vez aprendido el ejercicio anterior, seguir la siguiente secuencia:

- "mi mano (o mi brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) pesa mucho", 6 veces.

- "estoy completamente tranquilo", 1 vez.

- "mi mano (o mi brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) está caliente", 6 veces.

Salga del estado de relajación siguiendo los pasos indicados anteriormente.

Se debe permanecer alrededor de 3 minutos en este estado de concentración. No es preciso mantenerse durante más tiempo; si lo hace pueden producirse molestias y sensaciones desagradables.

Ejercicio 3: Regulación del corazón.

El corazón es el órgano más adecuado para el entrenamiento autógeno, dado la gran influencia que ejercen los factores psíquicos sobre éste y viceversa. Pero ¿Qué sensaciones produce el corazón? La mayoría de las personas las desconocen, les resulta

difícil hacerse a la idea de cómo es y cómo funciona, se recomienda un pequeño truco para la realización de este ejercicio. Es muy importante entender que este ejercicio no consiste en disminuir la frecuencia de los latidos del corazón, sino de aprender a sentirlo.

¿Cómo se hace el ejercicio? Una vez aprendidos los ejercicios anteriores, seguir la siguiente secuencia:

- "mi mano (o mi brazo) derecha pesa mucho", 6 veces.

- "estoy completamente tranquilo", 1 vez.

- "mi mano (o mi brazo) derecha está caliente", 6 veces.

- "estoy completamente tranquilo", 1 vez.

- **"el corazón late tranquilo y normal", 6 veces.**

Salga del estado de relajación siguiendo los pasos indicados anteriormente.

Se debe permanecer sólo alrededor de 3 minutos en este estado de concentración. No es preciso mantenerse durante más tiempo; si lo hace pueden producirse molestias y sensaciones desagradables.

Ejercicio 4: Regulación de la respiración.

La relajación interna elaborada a través de una relajación muscular, vascular y cardíaca se extiende de manera natural a la respiración. En este ejercicio, debemos dejar que la respiración se desarrolle de forma automática, sin que intervenga el deseo expreso de la voluntad. Evitaremos efectuar ejercicios respiratorios voluntarios, pues la respiración tranquila y serena debe surgir automáticamente.

¿Cómo se hace el ejercicio? Una vez aprendidos los ejercicios anteriores, seguir la siguiente secuencia:

- "mi mano (o mi brazo) derecha pesa mucho", 6 veces.

- "estoy completamente tranquilo", 1 vez.

- "mi mano (o mi brazo) derecha está caliente", 6 veces.

- "estoy completamente tranquilo", 1 vez.

- "el corazón late tranquilo y normal", 6 veces.

- "la respiración es tranquila y automática" o "algo respira en mí".

Salga del estado de relajación siguiendo los pasos indicados anteriormente.

Se debe permanecer sólo alrededor de 3 minutos en este estado de concentración. No es preciso mantenerse durante más tiempo; si lo hace pueden producirse molestias y sensaciones desagradables.

Ejercicio 5: Regulación abdominal.

En este caso se pretende que la persona sienta en toda la región abdominal una sensación de calor agradable, similar al que se siente en el ejercicio número dos sobre la mano. Para conseguirlo, es preciso concentrarse a unos 5-7 centímetros por encima del ombligo.

¿Cómo se hace el ejercicio? Una vez aprendidos los ejercicios anteriores, seguir la siguiente secuencia:

- "mi mano (o mi brazo) derecha pesa mucho", 6 veces.

- "estoy completamente tranquilo", 1 vez.

- "mi mano (o mi brazo) derecha está caliente", 6 veces.

- "estoy completamente tranquilo", 1 vez.

- "el corazón late tranquilo y normal", 6 veces.

- "la respiración es tranquila" o "algo respira en mí".

- "mi abdomen irradia calor".

Salga del estado de relajación siguiendo los pasos indicados anteriormente.

Se debe permanecer sólo alrededor de 3 minutos en este estado de concentración. No es preciso mantenerse durante más tiempo; si lo hace pueden producirse molestias y sensaciones desagradables.

Ejercicio 6: Enfriamiento de la frente.

Hasta aquí hemos conseguido que todo el cuerpo descansa tranquilo, con sensación de peso, calor y una actividad cardiorrespiratoria agradable. En estas condiciones y ante la posibilidad de que se agolpe la sangre en la cabeza vamos a excluir la región de la frente.

¿Cómo se hace el ejercicio? Una vez aprendidos los ejercicios anteriores, seguir la siguiente secuencia:

- "mi mano (o mi brazo) derecha pesa mucho", 6 veces.

- "estoy completamente tranquilo", 1 vez.

- "mi mano (o mi brazo) derecha está caliente", 6 veces.

- "estoy completamente tranquilo", 1 vez.

- "el corazón late tranquilo y normal", 6 veces.

- "la respiración es tranquila" o "algo respira en mí".

- "mi abdomen irradia calor", 6 veces.

- "mi frente está agradablemente fresca" 1 vez.

Salga del estado de relajación siguiendo los pasos indicados anteriormente.

Se debe permanecer sólo alrededor de 3 minutos en este estado de concentración y realice este último ejercicio con mucha precaución y sólo durante unos segundos. No es preciso mantenerse durante más tiempo; si lo hace pueden producirse molestias y sensaciones desagradables.

Una vez dominado todos los ejercicios, se puede ampliar el tiempo de relajación hasta llegar a los 20-30 minutos.

RESUMEN:

Una vez aprendido los 6 ejercicios descritos y conseguida la generalización de las distintas sensaciones en todo el organismo podemos resumir el método en la siguiente fórmula:

"tranquilo-pesado-caliente-corazón late tranquilo-algo respira en mí-abdomen caliente-frente agradablemente fresca".

A continuación retroceso: "mover los brazos-respirar profundo-abrir los ojos".

(CarranqueG., 2004)

INTERVENCIONES:

6.6 Metodología

Tabla PRIMERA SESION

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Promover un ambiente seguro	Fomentar una buena relación terapeuta con el paciente oncológico	Empatía	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes Historia clínica médica	Investigadora Viviana Rodríguez	Primera sesión
		Aceptación	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes Historia clínica médica	Investigadora Viviana Rodríguez	Primera sesión
	Establecer las metas del tratamiento	Encuadre terapéutico	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes	Investigadora Viviana Rodríguez	Primera sesión
		Elaboración de una breve historia clínica psicológica	Consultorio de Solca Historia clínica médica	Investigadora Viviana Rodríguez	Primera sesión
	Obtener información de los principales miedos del paciente	Conocer la dinámica de los principales miedos y problemas asociados	Escucha activa	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes Historia clínica médica	Investigadora Viviana Rodríguez
Elaboración de una breve historia clínica psicológica			Consultorio de Soca Historia clínica médica	Investigadora Viviana Rodríguez	Primera sesión

AUTOR: RODRIGUEZ 2014

Tabla SEGUNDA SESION

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Disminuir los niveles de ansiedad	Disminución de la ansiedad	Animar a la expresión de sentimientos.	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes Historia clínica médica	Investigadora Viviana Rodríguez	Segunda sesión
		Ayudar al paciente a identificar las situaciones estresantes que provocan ansiedad.	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes Historia clínica médica	Investigadora Viviana Rodríguez	Segunda sesión
	Entrega de información	Explicar el tratamiento médico de quimioterapia y sus efectos secundarios.	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes Historia clínica médica	Investigadora Viviana Rodríguez	Segunda sesión
	Disminución de dudas y ansiedad	Disipar todas las dudas que tenga el paciente y calmar su ansiedad	Consultorio de Soca Historia clínica médica	Investigadora Viviana Rodríguez	Segunda sesión

AUTOR: RODRIGUEZ 2014

Tabla TERCERA SESION

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Afrontamiento	Aumentar el afrontamiento de la enfermedad y el tratamiento	Alentar una actitud de esperanza de mejoría si cumple el tratamiento/ desmitificar la relación entre cáncer y muerte.	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes Historia clínica médica	Investigadora Viviana Rodríguez	Tercera sesión
		Alentar una actitud realista del cambio de rutina y animarlo a que se centre en lo que puede hacer	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes	Investigadora Viviana Rodríguez	Tercera sesión
		Ayudar al paciente a planificar actividades gratificantes	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes	Investigadora Viviana Rodríguez	Tercera sesión
Preparación para la modificación de pensamientos		Explicación de en qué consiste los sesgos atencionales,	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes	Investigadora Viviana Rodríguez	Tercera sesión

		de memoria y perceptivos			
	Explicación de la economía cognoscitiva o ley del mínimo esfuerzo	Explicación de lo que son las profecías autorealizadas, estrategias evitativas y compensatorias, y las principales distorsiones de pensamiento	Consultorio de Solca Historia clínica médica	Investigadora Viviana Rodríguez	Tercera sesión

AUTOR: RODRIGUEZ 2014

Tabla CUARTA SESION

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Trabajar sobre principales miedos	Trabajar sobre principales miedos para la disminución o eliminación	Utilizar el registro y autoobservación	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes	Investigadora Viviana Rodríguez	Cuarta sesión
		Utilizar el debate racional cognitivo	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes	Investigadora Viviana Rodríguez	Cuarta sesión
		Detención del pensamiento y distracción	Consultorio de Solca	Investigadora Viviana Rodríguez	Cuarta sesión
		Enseñar e instaurar técnicas de relajación	Consultorio de Solca	Investigadora Viviana Rodríguez	Cuarta sesión
Abordar otros problemas	Trabajar sobre otros problemas para la disminución o eliminación	Jerarquizar o priorizar problemas	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes	Investigadora Viviana Rodríguez	Cuarta sesión

AUTOR: RODRIGUEZ 2014

Tabla QUINTA SESION

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Fomentar adecuado apoyo familiar	Solucionar principales conflictos en la familia	Fomentar la comunicación, comprensión y apoyo de la familia	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes	Investigadora Viviana Rodríguez	Quinta sesión
		Reforzar los vínculos con la pareja	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes	Investigadora Viviana Rodríguez	Quinta sesión
	Evitar que el cuidador “se quemé”.	Trabajar sobre las necesidades del cuidador	Consultorio de Solca	Investigadora Viviana Rodríguez	Quinta sesión
		Proveer información sobre reglas básicas para evitar “quemarse”	Consultorio de Solca	Investigadora Viviana Rodríguez	Quinta sesión

AUTOR: RODRIGUEZ 2014

Tabla SEXTA SESION

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Evaluación y seguimiento	Evaluar la disminución de miedos y ansiedad	Escucha activa/ fomentar la expresión de sentimientos	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes	Investigadora Viviana Rodríguez	Sexta sesión
		Aplicar la Escala de Valoración de la Ansiedad de Max Hamilton	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes	Investigadora Viviana Rodríguez	Sexta sesión
	Prevenir recaídas	Revisar y evaluar la evolución, recaídas	Consultorio de Solca Cuaderno de apuntes Historia clínica médica	Investigadora Viviana Rodríguez	Sexta sesión

AUTOR: RODRIGUEZ 2014

CAPITULO VII

MARCO ADMINISTRATIVO

7.1 RECURSOS

7.1.1 RECURSOS INSTITUCIONALES

-Universidad Técnica de Ambato.

-Hospital Dr. Julio Enrique Paredes.

7.1.2 RECURSOS HUMANOS

-Investigador.

-Tutor.

7.1.3 RECURSOS FÍSICOS

-Recursos bibliográficos.

-Test psicológicos.

7.2 PRESUPUESTO

RUBRO	UNIDAD	V. UNITARIO	V.TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Investigador	1	1000	1000
Tutor	1	1000	1000
SUBTOTAL			2000
RECURSOS FISICOS			
BIBLIOGRAFIA:			
-Pensar bien, sentirse bien, Walter Riso	1	30	30
Memory Flash	1	15	15
Copias	300	0.03	9
Impresiones	405	0.10	40.5
Escala de Ansiedad de Hamilton	1	50	50
Encuesta Estructurada "7 QT"	1	10	10
SUBTOTAL			154.5
TOTAL			2154.5

7.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Desarrollo y aprobación de proyectos de investigación																								
Valoración y validación de instrumentos																								
Aplicación de las encuestas estructuradas																								
Aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton																								
Aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck																								
Tabulación de la información obtenida de la encuesta y reactivos psicológicos																								
Terminación y revisión final de la tesis																								

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA:

-Amorim, W. (1997). Estudio transcultural de la ansiedad: Adaptación del ISRA a la población brasileña. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

-Betancourt, A. y Aristizabal, A. (2010). Cáncer de mama como factor predictivo de ansiedad y depresión. Memoria para optar al título de Médico General, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad de Oriente, Venezuela

-Cáceres, L. Ruiz F., Germà R., Busques C. (2007). Manual para el paciente oncológico y su familia. España: Egraf.

-Garza, F. (2006).Cáncer. Guía para médicos, pacientes y familiares. México: Trillas.

-DSM, (2001). Definición de trastorno mental. (4ta ed.). España: Masson

-Morris, G. y Maisto, A. (2009). Psicología. México: Prentice Hall

-Myers, G. (2011). Psicología. (9na ed.).Madrid: Editorial Médica

-Riso, W. (2004). Pensar bien, sentirse bien. Bogotá: Norma

-Sarason, G. y Sarason, R. (2006). Psicopatología Psicología Anormal: El problema de la conducta inadaptada. (11ma ed.). México: Pearson Educacion

LINKOGRAFÍA:

-ASCO. (2014). Tipos de tratamiento. Recuperado el 8 de junio del 2013, disponible en: <http://www.cancer.net/cancernet-en-espa%C3%B1ol/todo-sobre-el-c%C3%A1ncer/tipos-de-tratamiento>

-Barutta.S. y Andenoche. V. (2010). Psicoprofilaxis quirúrgica en Oncología Pediátrica. Recuperado el 11 de junio del 2013, disponible en: <http://www.colpsibhi.org.ar/c/psicoprofilaxis-quir%C3%BArgica-en-oncolog%C3%AD-pedi%C3%A1trica-una-mirada-psicoanal%C3%ADtica>

-Carranque. G. (2004). Entrenamiento autógeno de Schultz: instrucciones. Recuperado el 10 de junio del 2013, disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd73/schultz.htm>

-Causes. (2010). Diagnóstico y Tratamiento de Trastornos de Ansiedad, Ansiedad Generalizada, Crisis de Angustia y Pánico y Reacciones a Estrés Grave y Trastornos de Adaptación trastorno de estrés postraumático y trastorno adaptativo. Recuperado el 10 de junio del 2013, disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/pdf/causes.pdf

-Fernández.C. Padierna.C. Villoria. E.Vázquez. I. Fernández. R. Peláez.I. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia, *Psicothema*, Vol. 23, nº 3, pp. 374-381. Recuperado el 10 de junio del 2013, disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3897.pdf>

-Ley Orgánica de Salud. (2006). Ley orgánica de salud. Recuperado el 15 de junio del 2013, disponible en: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/ley_organica_de_salud.pdf

-Mata. C. y López. A. (2012). Temor y ansiedad en pacientes sometidos a radioterapia. Recuperado el 6 de junio del 2013, disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-96-05.pdf>

-NCI. (2011). Cáncer un cambio en la conversación. . Recuperado el 16 de junio del 2013, disponible en: http://www.cancer.gov/PublishedContent/Files/espanol/instituto/Bypass_SPA_508Jul13v1.pdf

-NIMH. (2009). Trastornos de ansiedad. Recuperado el 2 de junio del 2013, disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/trastornos-de-ansiedad.pdf>

-Oral Cancer Foundation. (2013). Quimioterapia. Recuperado el 10 de junio del 2013, disponible en: <http://oralcancerfoundation.org/facts/quimioterapia.htm>

-ONU. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado el 10 de junio del 2013, disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

-OMS. (2012). Trastornos mentales. Recuperado el 10 de junio del 2013, disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40&option=com_content

-OMS. (2011). Indicadores básicos de salud 2011. Recuperado el 16 de junio del 2013, disponible en: http://www2.paho.org/ecu/dmdocuments/indi_bs_%202011.pdf

-Paul. G. (2013). La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. Recuperado el 8 de junio del 2013, disponible en: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/tlo-commission/tlo-commission-series-spanish.pdf>

-SOLCA.(2009). Epidemiología del cáncer en Quito 2003-2005 registro nacional de tumores SOLCA QUITO. Recuperado el 8 de junio del 2013, disponible en: <http://www.solcaquito.org.ec/>

-SOLCA. (2015). Repercusiones sociales y emocionales del cáncer. Recuperado el 17 de junio del 2013, disponible en: <http://www.solcatungurahua.org/>

-Trouche. S., Sasaki. J., Tu. T., Reijmers. L. (2013). Fear Extinction Causes Target-Specific Remodeling of Perisomatic Inhibitory Synapses, *Neuron*, Vol. 80, 4, pp. 1054-1065. Recuperado el 1 de junio del 2013, disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896627313006715>

-Yélamos. A. y Fernández. B. (2011). Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. Recuperado el 12 de junio del 2013, disponible en: <http://sovpal.org/wp-content/uploads/2011/09/NECESIDADES-EMOCIONALES-EN-EL-PACIENTE-CON-CANCER.pdf>

-Yubero. E. (2014). Aspectos psicológicos en las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama. Recuperado el 14 de junio del 2013, disponible en: <http://www.boloncol.com/boletin-14/mujer-de-riesgo-para-cancer-de-mama-prevencion-y-manejo.html>

- Yubero. E. (2014). Consideraciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama. Recuperado el 10 de junio del 2013, disponible en: <http://www.boloncol.com/boletin-14/mujer-de-riesgo-para-cancer-de-mama-prevencion-y-manejo.html>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS_ BASES DE DATOS UTA

-EBSCO. Sepúlveda-Vildósola, A. C., Herrera-Zaragoza, O. R., Jaramillo-Villanueva, L., & Anaya-Segura, A. (2014). La musicoterapia para disminuir la ansiedad. (Spanish). *Revista Medica Del IMSS*, 52S50-S54.

-EBSCO. Milena Gaviria, A., Vinaccia, S., Fernanda Riveros, M., & Margarita Quiceno, J. (2007). *Psicología Desde El Caribe*, (20), 50-75.

-EBSCO. Chimpén López, C., Llorca Ramón, G., & Díez Sánchez, M. A. (2007). Apoyo psicosocial en pacientes de cáncer digestivo. (Spanish). *Perspectivas En Psicología: Revista De Psicología Y Ciencias Afines*, 4(1), 82-87.

-EBSCO. Aguilar, B. A. (2007). Factores psicológicos y sociales en las neoplasias malignas pediátricas. (Spanish). *Revista Cubana De Pediatría*, 79(1), 1-8.

-EBSCO. Rivero Burón, R., Antonio Piqueras Rodríguez, J., Ramos Linares, V., Joaquín García López, L., Ernesto Martínez González, A., & Armando Oblitas Guadalupe, L. (2008). PSICOLOGÍA Y CÁNCER. (Spanish). *Suma Psicológica*, 15(1), 171-197.

ANEXOS

ANEXO 1:

ESCALA DE VALORACION DE LA ANSIEDAD DE MAX HAMILTON

NOMBRE: _____

EDAD: _____

FECHA DE APLICACIÓN: _____

DEFINICION OPERATIVA DE LOS ITEMS	PUNTOS				
	0	1	2	3	4
1. Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad)					
2. Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)					
3. Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)					
4. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)					
5. Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)					
6. Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar)					
7. Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)					
9. Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)					

10. Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogos, suspiros, falta de aire)					
11. Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborismos, diarrea, estreñimiento)					
12. Síntomas genitourinario (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)					
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de la boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerreción)					
14. Comportamiento durante la entrevista -General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial -Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales.					

VALORES:

0= Ausente

1= Leve

2= Moderado

3= Grave

4= Severo

ANEXO 2:



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA



DATOS INFORMATIVOS:

Código/Historia clínica del paciente: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Ocupación: _____

Nivel de educación: _____

Fecha de aplicación: _____

La siguiente encuesta tiene fines estadísticos y de investigación. Por favor conteste cada ítem de forma sincera.

ENCUESTA ESTRUCTURADA: "7 QT"

1. DIAGNOSTICO:	2. ESTADIO DE LA ENFERMEDAD
<ul style="list-style-type: none">• Cáncer de seno (mama) <input type="checkbox"/>• Cáncer de próstata <input type="checkbox"/>• Cáncer de colon y recto <input type="checkbox"/>• Cáncer de pulmón <input type="checkbox"/>• Linfoma no Hodgkin <input type="checkbox"/>• Cáncer de riñón <input type="checkbox"/>• Cáncer de endometrio <input type="checkbox"/>• Cáncer de hígado <input type="checkbox"/>• Leucemia <input type="checkbox"/>• Cáncer de vejiga <input type="checkbox"/>• Cáncer de páncreas <input type="checkbox"/>• Cáncer de estómago <input type="checkbox"/>• Cáncer cervicouterino <input type="checkbox"/>• Cáncer de endometrio <input type="checkbox"/>• Otro (especifique) _____	_____
3. MARQUE UNA OPCION:	
¿Está recibiendo el tratamiento de quimioterapia por primera vez?	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

4. TIEMPO QUE SE ENCUENTRA EN QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA

- 1- 3 meses
- 3 – 6 meses
- Más de 6 meses

5. ¿CUANTAS QUIMIOTERAPIAS HA RECIBIDO?

6. MARQUE LOS EFECTOS SECUNDARIOS QUE PRESENTA

- Náuseas
- Vómitos
- Dolor
- Anemia
- Cansancio
- Caída del cabello
- Aumento de moretones
- Sangrados
- Infecciones
- Estreñimiento
- Diarrea
- Problemas de boca, encía y garganta
- Problemas en los nervios y músculos
- Cambios en la piel y las uñas
- Cambios urinarios y problemas de vejiga o riñón
- Aumento de peso
- Pérdida de peso
- Hemorragias

7. TRATAMIENTO

¿LE HAN PROPORCIONADO ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DENTRO DE LA INSTITUCION? DESCRIBALO BREVEMENTE

DE HABERLO RECIBIDO ¿CONSIDERA QUE DICHO TRATAMIENTO LE HA AYUDADO?

SI

NO

ANEXO 3:



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

APELLIDOS: _____	
NOMBRES: _____	
EDAD: _____	No. CEDULA: _____
FECHA: _____	

AUTORIZACION PARA USAR SU INFORMACION MEDICA PERSONAL

Les estamos solicitando a personas con un diagnóstico de cáncer que nos ayuden proporcionando información sobre su situación con el tratamiento de quimioterapia, a través de dos instrumentos psicométricos que le solicitaremos llenar, además con su autorización para acceder a su información médica personal. Este estudio nos ayudará a aprender más sobre la ansiedad en la quimioterapia. El presente trabajo de investigación ha sido evaluado y autorizado por la Universidad Técnica de Ambato Carrera de Psicología Clínica y por el Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Solca Ambato.

He sido informado sobre la investigación que se llevará a cabo sobre ansiedad y quimioterapia, se me ha hecho conocer la finalidad de los instrumentos psicométricos que me solicitan llenar. Tengo conocimiento de que la información que yo proporcione será totalmente confidencial, no se me solicitará mi nombre y cada uno de los test se codificará.

Nombre de la investigadora: Noemi Viviana Rodríguez Ortiz

Su firma

Testigo

CERTIFICADO:

Adjunto.

TIEMPO:

6 meses.

NUMERO DE PACIENTES:

60 pacientes oncológicos.