

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVELES DE ANSIEDAD
EN PACINETES CON CÁNCER DEL INSTITUTO BOLIVIANO DE
RADIOTERAPIA Y ONCOLOGIA (IBRO)**

POR: OTILIA ESPEJO TANCARA
TUTOR: LIC. MARCOS FERNANDEZ MOTIÑO

LA PAZ – BOLIVIA
2021

DEDICATORIA

A Dios por estar siempre presente iluminando mi vida, día a día.

A mis padres quienes ya no se encuentran físicamente aquí, pero, desde el cielo están acompañando cada paso que doy a partir de los valores y los consejos que me dejaron, los cuales irradian mi camino.

AGRADECIMIENTOS

- ✓ A mi tutor Lic. Marco Fernández Motiño por aceptar la tutoría, por brindarme su apoyo, por el valioso conocimiento que me ha brindado y por la orientación en el todo el proceso de la tesis.
- ✓ A los tribunales lectores Lic. Morales y Mg.Sc. Salazar por la orientación y los consejos en mejora de la investigación.
- ✓ Al Dr. Badín Mejía Cádena Gerente General del Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO), por permitirme realizar la investigación en la institución y por brindarme la confianza para continuar acompañando a los pacientes con cáncer.
- ✓ A Mi terapeuta Mg.Sc. Garrido por acompañarme y contenerme en este proceso de la vida.
- ✓ A la Lic. Carla, a la Lic. Wendy, a la Dra. Gleniz, del Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO) por acogerme cálidamente y acompañarme.
- ✓ A mis compañeras Carol y Estefanía quienes me brindaron información desprendidamente.
- ✓ A mi compañero incondicional Juan Carlos por contenerme y apoyarme en todo momento.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	3
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.1 Área problemática.....	3
1.2 Problema de Investigación.....	5
1.2.1 Formulación del problema	7
1.3 Objetivos	7
1.3.1 Objetivo General	7
1.4 Hipótesis.....	8
1.5 Justificación.....	8
CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 Afrontamiento.....	11
2.1.1 Definición del afrontamiento	11
2.1.2 El desarrollo teórico del afrontamiento	12
2.1.3 Estrategias de afrontamiento	18
2.1.4 El afrontamiento y el cáncer	22
2.2 La ansiedad.....	25
2.2.1 Definición de la ansiedad	25
2.2.2 Aproximaciones teóricas de la ansiedad.....	26
2.2.3 Síntomas de la ansiedad.....	30
2.2.4 La ansiedad en pacientes oncológicos	31
2.2.5 La fase del duelo en pacientes oncológicos	32
2.3 El Cáncer.....	33

2.3.1	Causas de la enfermedad	34
2.3.2	Clasificación del cáncer	35
2.3.3	Estadio o fase de la enfermedad.....	36
2.3.4	Tipos de cáncer más frecuentes en Bolivia	38
2.3.5	Tipos de tratamiento del cáncer	39
2.3.6	El cáncer y el desgaste emocional.....	40
CAPITULO III		43
MARCO METODOLÓGICO		43
3.1	Enfoque, Tipo de Estudio y diseño de investigación.....	43
3.1.1	Enfoque de la investigación	43
3.1.2	Tipo de Investigación	44
3.1.3	Diseño de investigación	44
3.2	Variables.....	45
3.2.1	Identificación de las variables	45
3.2.2	Conceptualización de las variables	45
3.2.3	Operacionalización de las variables	46
3.3	Población y Muestra	47
3.3.1	Población.....	47
3.3.2	Muestra.....	48
3.4	Técnicas e instrumentos de investigación	49
3.4.1	Cuestionarios.....	49
3.4.2	Aplicación de pruebas	49
3.5	Procedimiento.....	57
CAPÍTULO IV		59
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....		59

4.1	Descripción de los datos Sociodemográficos.....	59
4.1.1	Datos de la enfermedad.....	66
4.2	Descripción de estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad	70
4.2.1	Estrategias de afrontamiento más utilizadas.....	75
4.3	Relación entre las variables de estudio estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad	87
4.3.1	Relación entre dimensiones del afrontamiento y dimensiones de la ansiedad ..	87
4.3.2	Relación entre los niveles de ansiedad y las 13 escalas de estrategias de afrontamiento	107
4.3.3	Relación de los datos generales entre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad	129
4.4	Relación entre los niveles de ansiedad y datos sociodemográficos	131
4.5	Discusión de resultado	138
CAPÍTULO V		142
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		142
5.1	Conclusiones	142
5.2	Recomendaciones	147
BIBLIOGRAFÍA.....		149

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadios de la enfermedad del cáncer	36
Tabla 2. Fases para la adaptación al cáncer	41
Tabla 3. Variable 1: Estrategias de afrontamiento	46
Tabla 4. Variable 2: Nivel de ansiedad	47
Tabla 5. Descripción de los Estilos del Afrontamiento en la Escala COPE.....	51
Tabla 6. Escala Likert de COPE	52
Tabla 7. Descripción de los factores del BAI	54
Tabla 8. Escala Likert del BAI.....	55
Tabla 9. Interpretación del BAI	56
Tabla 10. Género.....	59
Tabla 11. Edad	60
Tabla 12. Nivel de Instrucción	61
Tabla 13 Estado Civil.....	62
Tabla 14. Con quien vive	63
Tabla 15. Residencia	64
Tabla 16. Ocupación	65
Tabla 17. Tipo de cáncer.....	66
Tabla 18 Tipo de tratamiento	67
Tabla 19. Tiempo del diagnóstico.....	68
Tabla 20. Fase de la enfermedad.....	69
Tabla 21. Afrontamiento Enfocado en el Problema.....	70
Tabla 22. Afrontamiento Enfocado en la emoción	71
Tabla 23. Estilos Adicionales de afrontamiento.....	72
Tabla 24. Niveles de la ansiedad.....	73
Tabla 25. Afrontamiento Activo	75
Tabla 26. Planificación	76
Tabla 27. Supresión de otras actividades	76
Tabla 28. Postergación del afrontamiento.....	77
Tabla 29. Búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales).....	78

Tabla 30. Búsqueda de apoyo social (por razones emocionales)	79
Tabla 31. Reinterpretación positiva y crecimiento.....	80
Tabla 32. Aceptación	81
Tabla 33. Acudir a la religión	82
Tabla 34. Enfocar y liberar emociones	83
Tabla 35. Negación	84
Tabla 36. Disentimiento conductual	85
Tabla 37. Disentimiento cognitivo.....	86
Tabla 38. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas subjetivos de la ansiedad.....	87
Tabla 39. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas subjetivos	88
Tabla 40. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas neurofisiológicos.....	89
Tabla 41. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas neurofisiológicos.....	89
Tabla 42. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas autonómicos	91
Tabla 43. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas autonómicos	91
Tabla 44. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas vasomotores	92
Tabla 45. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas vasomotores	93
Tabla 46. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas subjetivos	94
Tabla 47. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas subjetivos	94
Tabla 48. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas neurofisiológicos.....	96

Tabla 49. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas neurofisiológicos	96
Tabla 50. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas autonómicos	97
Tabla 51. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas autonómicos	97
Tabla 52. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas vasomotores	99
Tabla 53. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas vasomotores	99
Tabla 54. Tabla de Contingencia de escalas adicionales de afrontamiento y síntomas subjetivos	100
Tabla 55. Prueba chi-cuadrado de escalas adicionales de afrontamiento y síntomas subjetivos	101
Tabla 56. Tabla de Contingencia de escalas adicionales de afrontamiento y síntomas neurofisiológicos	102
Tabla 57. Datos estadísticos de la prueba chi-cuadrado del afrontamiento escalas adicionales de afrontamiento y síntomas neurofisiológicos	102
Tabla 58. Tabla de Contingencia de escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas autonómicos	104
Tabla 59. Prueba chi-cuadrado de las escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas autonómicos	104
Tabla 60. Tabla de Contingencia de escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas vasomotores	105
Tabla 61. Prueba chi-cuadrado de las escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas vasomotores	106
Tabla 62. Tabla de Contingencia del afrontamiento activo y los niveles de ansiedad.....	107
Tabla 63. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento activo y los niveles de ansiedad	107
Tabla 64. Tabla de Contingencia de la planificación y los niveles de ansiedad	109
Tabla 65. Prueba chi-cuadrada de la planificación y los niveles de ansiedad.....	109
Tabla 66. Tabla de Contingencia de supresión de otras actividades y niveles de ansiedad	110
Tabla 67. Prueba chi-cuadrado de la supresión de otras actividades y los niveles de ansiedad	110

Tabla 68. Tabla de Contingencia de la postergación del afrontamiento y los niveles de ansiedad	112
Tabla 69. Prueba chi-cuadrado de la postergación del afrontamiento y los niveles de ansiedad	112
Tabla 70. Tabla de Contingencia de búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales) y los niveles de ansiedad.....	114
Tabla 71. Prueba chi-cuadrado de la búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales) y los niveles de ansiedad.....	114
Tabla 72. Tabla de Contingencia de la búsqueda de apoyo social (por razones emocionales) y los niveles de ansiedad.....	116
Tabla 73. Datos estadísticos de la prueba chi-cuadrado de la búsqueda de apoyo social (por razones emocionales) y los niveles de ansiedad.....	116
Tabla 74. Tabla de Contingencia de reinterpretación positiva y crecimiento con los niveles de ansiedad.....	118
Tabla 75. Prueba chi-cuadrado de reinterpretación positiva y crecimiento con los niveles de ansiedad.....	118
Tabla 76. Tabla de Contingencia de aceptación y niveles de ansiedad.....	119
Tabla 77. Prueba chi-cuadrado de aceptación y niveles de ansiedad.....	120
Tabla 78. Tabla de Contingencia de la categoría acudir a la religión y los niveles de ansiedad	121
Tabla 79. Prueba chi-cuadrado de la categoría acudir a la religión y los niveles de ansiedad..	121
Tabla 80. Tabla de Contingencia de la categoría enfocar y liberar emociones y los niveles de ansiedad.....	123
Tabla 81. Prueba de chi-cuadrado de enfocar y liberar emociones y los niveles de ansiedad ...	123
Tabla 82. Tabla de Contingencia de la negación y los niveles de ansiedad.....	124
Tabla 83. Datos estadísticos de la prueba chi-cuadrado de la negación y los niveles de ansiedad	125
Tabla 84. Tabla de Contingencia del disentimiento conductual y los niveles de ansiedad.....	126
Tabla 85. Prueba chi-cuadrado del disentimiento conductual y los niveles de ansiedad	126
Tabla 86. Tabla de Contingencia del disentimiento cognitivo y los niveles de ansiedad	128
Tabla 87. Prueba chi-cuadrado del disentimiento cognitivo y los niveles de ansiedad	128
Tabla 88. Relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad	129

Tabla 89. Prueba de Chi cuadrado entre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad	130
Tabla 90. Relación entre los niveles de ansiedad y género	131
Tabla 91. Relación entre los niveles de ansiedad y la edad	132
Tabla 92. Relación entre los niveles de ansiedad y la ocupación	134
Tabla 93. Relación entre los niveles de ansiedad y el tipo de cáncer	135
Tabla 94. Relación entre los niveles de ansiedad y la fase de la enfermedad	137

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Representación gráfica del Género	60
Ilustración 2. Representación gráfica de la Edad	61
Ilustración 3. Representación gráfica del Nivel de instrucción	62
Ilustración 4. Representación gráfica del Estado Civil	63
Ilustración 5. Representación gráfica - con quien vive	64
Ilustración 6. Representación gráfica de la Residencia	65
Ilustración 7. Representación gráfica de la Ocupación	66
Ilustración 8 Representación gráfica del Tipo de Cáncer	67
Ilustración 9. Representación gráfica del Tipo de tratamiento	68
Ilustración 10. Representación gráfica del Tiempo del diagnóstico	69
Ilustración 11. Representación gráfica de la Fase de la enfermedad	70
Ilustración 12. Representación gráfica del afrontamiento Enfocado en el Problema	71
Ilustración 13. Representación gráfica del Afrontamiento Enfocado en la emoción	72
Ilustración 14. Representación gráfica de los Estilos Adicionales de afrontamiento	73
Ilustración 15. Representación gráfica de los Niveles de la ansiedad	74
Ilustración 16 Representación gráfica del Afrontamiento Activo	75
Ilustración 17. Representación gráfica de la Planificación	76
Ilustración 18. Representación gráfica de la Supresión de otras actividades	77
Ilustración 19. Representación gráfica de la Postergación del afrontamiento	78

Ilustración 20. Representación gráfica de la Búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales).....	79
Ilustración 21. Representación gráfica de la Búsqueda de apoyo social (por razones emocionales)	80
Ilustración 22. Representación gráfica de la Reinterpretación positiva y crecimiento	81
Ilustración 23. Representación gráfica de la Aceptación	82
Ilustración 24. Representación gráfica de Acudir a la religión	83
Ilustración 25. Representación gráfica de Enfocar y liberar emociones	84
Ilustración 26. Representación gráfica de la Negación	85
Ilustración 27. Representación gráfica del Disentimiento conductual	86
Ilustración 28. Representación gráfica del Disentimiento cognitivo	87
Ilustración 29. Representación gráfica del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas subjetivos	88
Ilustración 30. Representación gráfica del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas neurofisiológicos	90
Ilustración 31. Representación gráfica del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas autonómicos	91
Ilustración 32. Representación gráfica del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas vasomotores	93
Ilustración 33. Representación gráfica del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas subjetivos	95
Ilustración 34. Representación gráfica del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas neurofisiológicos	96
Ilustración 35 Representación gráfica del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas autonómicos	98
Ilustración 36. Representación gráfica del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas vasomotores	99
Ilustración 37. Representación gráfica de las escalas adicionales de afrontamiento y síntomas subjetivos	101
Ilustración 38. Representación gráfica de las escalas adicionales de afrontamiento y síntomas neurofisiológicos	103

Ilustración 39. Representación gráfica de las escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas autonómicos	104
Ilustración 40. Representación gráfica de las escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas vasomotores	106
Ilustración 41. Representación gráfica del afrontamiento activo y los niveles de ansiedad	108
Ilustración 42. Representación gráfica de la planificación y los niveles de ansiedad.....	109
Ilustración 43. Representación gráfica de la supresión de otras actividades y los niveles de ansiedad.....	111
Ilustración 44. Representación gráfica de la postergación del afrontamiento y los niveles de ansiedad.....	113
Ilustración 45. Representación gráfica de la búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales) y los niveles de ansiedad	115
Ilustración 46. Representación gráfica de la búsqueda de apoyo social (por razones emocionales) y los niveles de ansiedad.....	117
Ilustración 47. Representación gráfica de reinterpretación positiva y crecimiento con los niveles de ansiedad.....	118
Ilustración 48. Representación gráfica de la aceptación y los niveles de ansiedad.....	120
Ilustración 49. Representación gráfica de la religión y los niveles de ansiedad	122
Ilustración 50. Representación gráfica de enfocar y liberar emociones y los niveles de ansiedad	123
Ilustración 51. Representación gráfica de la negación y los niveles de ansiedad	125
Ilustración 52. Representación gráfica disentimiento conductual y los niveles de ansiedad	127
Ilustración 53. Representación gráfica del disentimiento cognitivo y los niveles de ansiedad..	128
Ilustración 54. Representación gráfica del diagrama de dispersión entre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad	130
Ilustración 55. Representación gráfica los niveles de ansiedad y género	132
Ilustración 56. Representación gráfica de los niveles de ansiedad y la edad	133
Ilustración 57. Representación gráfica de los niveles de ansiedad y la ocupación	134
Ilustración 58. Representación gráfica niveles de ansiedad y tipo de cáncer.....	136
Ilustración 59. Representación gráfica de los niveles de ansiedad y la fase de la enfermedad..	137

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Cuestionario de datos sociodemográficos

Anexo 2 Cuestionario de estimación del Afrontamiento COPE

Anexo 3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Anexo 4 Ficha técnica COPE

Anexo 5 ficha técnica BAI

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en los pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO) ubicada en la ciudad de El Alto.

El estudio es de tipo descriptivo correlacional, con diseño no experimental y transaccional. Los instrumentos utilizados son el cuestionario de Estimación de Afrontamiento COPE, la cual permite evaluar las formas o estilos de afrontamiento que utilizan los pacientes ante eventos estresantes y el instrumento Inventario de ansiedad de BECK, es un cuestionario que ha sido empleado en la población clínica y población general para evaluar sintomatología ansiosa. El tipo de muestra empleada fue no probabilística intencional en el cual la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de otros factores, en este sentido, se planteó algunos criterios establecidos en la investigación. Se realizó el estudio con 30 personas mayores de edad con diagnóstico de cáncer quienes realizaron su tratamiento médico en el IBRO.

Los resultados de la investigación determinaron que no existe correlación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad del total de las variables, sin embargo, existen algunas dimensiones de las estrategias de afrontamiento que tienen un grado significativo de relación con los niveles de ansiedad, entre ellas principalmente el de acudir a la religión, esta estrategia de afrontamiento de la dimensión espiritual ha sido un aspecto importante dado que los pacientes se apropian de las creencias espirituales a fin de sentir tranquilidad para poder sobrellevar la enfermedad, además de encontrar consuelo en la religión produce relajación y reduce la ansiedad general.

Palabras claves: Estrategias de Afrontamiento, Ansiedad, cáncer.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene por objeto determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO).

El recibir un diagnóstico de cáncer representa un impacto en las personas que sujeta a sobrellevar lo mejor posible todo el proceso de afrontar una enfermedad oncológica.

Muchas veces, los cambios emocionales y la reorganización de estilo de vida hacia la enfermedad y su tratamiento influyen en la cotidianidad, provocando cambios en su vida diaria. En el transcurso de la enfermedad los pacientes con cáncer pueden presentar diferentes reacciones emocionales tales como: preocupación, miedo, desesperación, enojo e inseguridad, estas emociones llegan a ser frecuentes en el proceso oncológico y el continuo de estas emociones generan un nivel elevado de ansiedad. La ansiedad se manifiesta a menudo en diferentes momentos de la enfermedad, durante la detección, el diagnóstico, el tratamiento y en la recidiva del cáncer, la manifestación de la ansiedad puede afectar el área personal y social.

El enfrentarse con una serie de síntomas ansiosos a causa del cáncer, requiere de diferentes recursos personales para sobrellevar la situación. En el caso del cáncer, el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas, conductuales del paciente para hacerle frente a los estresores que provoca la enfermedad, muchas de las respuestas dependerán del significado o valoración y del ajuste o adaptación de la enfermedad y el uso de diferentes estrategias de afrontamiento, que dependerá de los recursos psicológicos y sociales con las que cuenta la persona para afrontar.

En tal sentido, el estudio describe la relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad que presentan los pacientes con cáncer que realizan su tratamiento

en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO), ubicada en la Ciudad de El Alto.

En las conceptualizaciones se describe los contenidos y postulados de diferentes autores como Lazarus y Folkman con el modelo Cognitivo Transaccional o modelo interactivo de estrés, que ayudó a comprender las estrategias de afrontamiento. En relación a la ansiedad se desarrolló la teoría de Beck y la descripción conceptual de Lazarus entre otros autores.

El desarrollo metodológico de la presente investigación se utilizó el enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional, con diseño no experimental y transaccional. Los instrumentos que se utilizaron fueron el cuestionario de Estimación de Afrontamiento COPE, para determinar los estilos o estrategias de afrontamiento que emplearon los pacientes ante eventos estresantes que genera la enfermedad del cáncer y el inventario de ansiedad de BECK, que nos permitió ver el nivel de ansiedad que presentan los pacientes oncológicos. La población de estudio fue 30 pacientes mayores de edad con un diagnóstico de cáncer que realizaron su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO) ubicada en la ciudad de El Alto.

Los resultados de los datos obtenidos, se vaciaron al programa Microsoft Excel y al paquete informático estadístico SPSS, las cuales permitieron obtener los resultados para la descripción, el análisis e interpretación de la relación entre las variables estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad.

Los resultados de la investigación determinaron que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio de manera general. Sin embargo, existen algunas dimensiones de las estrategias de afrontamiento que tienen una relación significativa con los niveles de ansiedad.

CAPÍTULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Área problemática

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por el desarrollo de células anormales, estas células se multiplican y pierden la capacidad de morir, las células comienzan a crecer de manera descontrolada las cuales pueden formar una masa llamada tumor. Cuando las células cancerosas alcanzan la sangre o el sistema linfático logran expandirse a otros tejidos y órganos próximos afectando incluso la vida de la persona.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) el cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial; en el 2015 se le atribuyeron 8,8 millones de muertes. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), indica también que el cáncer es la segunda causa de muerte en Latinoamérica, causó 1,3 millones de muertes y, 3,7 millones de nuevos casos. Se estima que el número de casos de cáncer aumentará en un 32%, superando los 5 millones de nuevos casos para el año 2030. (OPS, 2018)

En Bolivia el cáncer se ha vuelto una de las problemáticas más frecuentes de la salud pública, el Ministerio de Salud menciona que cada año se diagnostican a 7.276 mujeres y 3.918 hombres con esta patología. Los tipos de cáncer más recurrentes en el país son: el cáncer de Cérvix con el 24%, el cáncer de mama con el 17 %, el cáncer de próstata con el 17%, el cáncer de estómago con el 8%, y en menor número, se presentan otros tipos de cáncer como de vesícula, ovario, pulmón y linfomas. (Ministerio de Salud, 2018)

Esta problemática involucra varios factores desde la política pública distantes a las necesidades de los pacientes oncológicos, la poca infraestructura especializada, los

pocos dispositivos tecnológicos, los altos costos de los tratamientos, la falta de especialistas y la falta de centros oncológicos públicos.

En relación al número de pacientes oncológicos y los dispositivos que se encuentra en nuestro país son pocos, actualmente existen cinco bombas de cobalto y tres Aceleradores Lineales, las cuales se encuentran en Cochabamba en la Caja Petrolera, en Santa Cruz en el Instituto Boliviano del Oriente, en Sucre en el Instituto de Cancerología Cupertino Arteaga, en La Paz en la Caja Nacional de Salud y el Hospital General, y en El Alto en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO). (Ministerio de Energías, 2019). Por otra parte, los equipos especializados para el tratamiento contra el cáncer tienen diferentes características, como la bomba de cobalto la cual emite su radiación en un área más amplia de la requerida a diferencia de un acelerador lineal que focaliza la radiación principalmente hacia el tumor sin afectar a otros órganos conexos, no obstante, son pocas clínicas que están equipadas con tecnología de punta en nuestro país.

Otro de los factores en este momento, es la crisis sanitaria en la que se ven afectadas los pacientes por la pandemia del coronavirus donde se refleja aún más la insuficiencia del sistema sanitario público. Arzevargas menciona que “es indiscutible que la capacidad del sistema sanitario es extraordinariamente insuficiente, no solo para enfrentar esta nueva situación, sino inclusive en condiciones “normales”. Prueba dramática de ello es el colapso diario de los centros de salud y los hospitales públicos a lo largo de todo el país” (Arzevargas, 2020, pág. 2)

En circunstancias actuales, la pandemia del covid-19 está impactando en muchos factores sociales, económicos, políticos, culturales y sobre todo en la salud. A pesar de la situación y de las cuarentenas establecidas, los pacientes solicitan atención médica para continuar con el tratamiento o iniciar con un nuevo tratamiento, porque, con o sin la pandemia el curso de la enfermedad continúa.

Es así que muchas de las personas con esta patología buscan atención en diferentes centros públicos, sin embargo, al ser escasos los hospitales públicos especializados para tratar enfermedades como el cáncer, van en busca de instituciones privadas que brindan este servicio. En este contexto, el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO) es uno de los centros médicos en nuestro país que cuenta con un Acelerador Lineal 3 D, equipo especializado para realizar tratamientos contra el cáncer.

La población que acude al Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO) ubicada en la ciudad de El Alto, provienen de diferentes partes del país para realizar su tratamiento contra el cáncer, “la mayor prevalencia de pacientes corresponde a personas que acuden de Santa Cruz, Cochabamba, Tarija y de La Paz” (Página Siete, 2016). Las personas que realizan su tratamiento en el IBRO son derivados por el Seguro de la Caja Nacional de Salud, Caja Bancaria, Caja de Caminos, así mismo por el Ministerio de Salud (Programa Sistema Único de Salud – SUS) a raíz de un convenio firmado por ambas instituciones y personas diagnosticadas con cáncer que toman el servicio de manera privada.

1.2 Problema de Investigación

Cuando se trata de una Enfermedad no Transmisible (ENT), hay muchas cosas que se necesitan tener en cuenta, ciertamente, precisa de un tiempo de adaptación en el que tanto el paciente como la familia perciban la situación. No obstante, vivir con una enfermedad crónica como el cáncer, es una situación altamente estresante que requiere una reorganización del estilo de vida.

El cáncer supone un importante impacto psíquico para los pacientes y las familias, el hecho de enfrentarse con esta enfermedad conlleva a que vivan con temor, ansiedad, preocupación o estrés. Los pacientes experimentan un número importante de reacciones emocionales, que pueden ser; depresión frente a un destino no deseado y ansiedad

producida por miedo al dolor, miedo a la destrucción de cuerpo, miedo a la pérdida de autonomía y/o miedo a la muerte.

La ansiedad es una reacción emocional que consiste en tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como la activación del sistema nervioso autónomo. Según el DSM-V la ansiedad está definida como la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de sentimientos de disforia o de síntomas somáticos de tensión. La ansiedad, aunque sea moderada puede afectar al paciente más aún si no recurre a diferentes formas de afrontamiento.

El afrontamiento ante el cáncer son aquellos procesos encaminados a reducir la amenaza que implica el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la enfermedad. Según Wade y Tavris (2003) señalan que el afrontamiento implica que las personas actúen de manera que les ayude a sobrevivir al estrés; pero otras afrontan sus problemas de una forma tal, que no solo les ayuda a resistir la adversidad, sino que de hecho les ayuda a progresar, aprendiendo de sus experiencias. Por lo que, afrontar el cáncer supone la utilización de mecanismos que dependerán de los recursos psicológicos y sociales con las que cuenta el paciente.

El proceso de afrontamiento es complejo, multidimensional y dinámico, en tal sentido, hay que tomar en cuenta que el afrontamiento implica cambios y es sensible a las características personales y al entorno de la persona.

Muchas situaciones en el proceso del tratamiento causan sentimientos de ansiedad y estrés, el hecho de someterse a un tratamiento que puede provocar efectos secundarios, como el cambio de la imagen corporal, el dolor, las náuseas, el cansancio e inflamación local, estos signos y síntomas llegan a provocar cambios significativos en la vida de los pacientes como consecuencia a la adaptación a una nueva situación.

Entre los tratamientos para el cáncer, se encuentran: la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, la braquiterapia, la inmunoterapia, la terapia dirigida o la terapia hormonal, entre otros. Algunos pacientes reciben solo un tipo de tratamiento mientras que otros requieren de una combinación de tratamientos, aquello depende del tipo de cáncer, de la fase en la que encuentra la enfermedad y de la salud del paciente.

El cáncer provoca un importante impacto en la vida de las personas, más aún en esta época debido a la pandemia por el coronavirus supone una fuente adicional de estrés en el proceso oncológico, en este sentido, afrontar la enfermedad del cáncer en una situación complicada aumenta aún más la sensación de vulnerabilidad.

Frente a esta perspectiva, la importancia de esta investigación radica en realizar un abordaje sobre las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad que presentan en el proceso de vivir con el cáncer.

1.2.1 Formulación del problema

De acuerdo a lo expuesto anteriormente en relación a la problemática se plantea lo siguiente:

¿Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO)?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO).

1.3.1.1 Objetivos específicos

- Identificar el estilo de afrontamiento en los pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO).
- Describir las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO).
- Determinar los niveles de ansiedad en los pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO).
- Describir los niveles de ansiedad según los datos sociodemográficos de los pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el IBRO.

1.4 Hipótesis

H₁: Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en los pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO).

H₀: No existe relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO).

1.5 Justificación

La presente investigación tiene como propósito determinar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento con los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO).

Esta investigación es relevante porque los pacientes oncológicos en su mayoría requieren de una orientación y acompañamiento psicológico, de hecho, contar con terapia ayudará en el estado emocional del paciente, como miedo, negación, preocupación, enfado, injusticia, rabia, culpa, desesperanza, angustia, tristeza, vergüenza e impotencia (Cáceres, 2007), mucho más en la situación que se está viviendo actualmente con la pandemia del Covid 19, los sentimientos de miedo y ansiedad han aumentado en los pacientes con cáncer, así como refiere el Instituto Nacional del Cáncer (2020) la “pandemia de la enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19) crea nuevas fuentes de ansiedad y estrés para muchos pacientes y sobrevivientes de cáncer” siendo que estas emociones pueden afectar de sobremanera en la evolución de su tratamiento.

La investigación tiene relevancia social, porque la problemática abordada en los pacientes con cáncer interesa a la familia, a médicos y a la comunidad, dada que la problemática señalada y las estrategias de afrontamiento como los niveles de ansiedad en pacientes oncológicos es compleja.

Al estar frente a una multitud de estresores, altera incluso el entorno familiar, laboral y social, por tanto, para que los pacientes tengan mejores estrategias de afrontamiento durante el tratamiento en base a una adecuada estabilidad emocional se puede crear programas de psicoeducación, prevención del duelo, terapia individual, familiar y grupal.

Es fundamental proporcionar información sobre el proceso de la enfermedad, los tratamientos médicos y los efectos secundarios, para reducir los niveles de ansiedad en los pacientes. Este estudio coadyuvará a los pacientes oncológicos de manera que se espera que los resultados obtenidos en la investigación en relación a las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad proporcione pautas para diseñar un plan de intervención psicológica.

Además, en el ámbito profesional el presente estudio aportara al fortalecimiento en los mecanismos de atención en pacientes oncológicos a partir de la información obtenida del contexto social y generar interés por la especialización en psicooncología para brindar una atención con calidad y calidez al paciente.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Afrontamiento

2.1.1 Definición del afrontamiento

El afrontamiento es un concepto que se ha empleado en muchas investigaciones y ha sido descrita desde diferentes concepciones. El afrontamiento es la acción de hacer frente a una amenaza, estas acciones o estrategias se emplean en función de la situación estresante y la forma de responder ante ella. El afrontamiento también se la puede mencionar como aquellos pensamientos y acciones, capacidades y habilidades que llevan a una respuesta concreta donde las personas ponen en marcha para hacer frente a la situación estresante.

Soriano (2002, p.73-74) describe cronológicamente algunas definiciones sobre el afrontamiento:

- Lazarus (1966) hace referencia al término de afrontamiento como las estrategias para tratar con la amenaza.
- Lipowski (1970) considera que el afrontamiento son todos aquellos procesos cognitivos y actividades motoras que una persona enferma emplea para preservar su organismo e integridad física para recuperarse.
- White (1974) refiere que el afrontamiento es la adaptación ante cualquier tipo de dificultad.
- Wessman y Worden (1977) precisan que el afrontamiento son aquellas acciones que las personas realizan ante cualquier tipo problema, para conseguir alivio, recompensa o equilibrio.

- Mechanic (1978) considera que el afrontamiento son las capacidades, habilidades, técnicas y conocimientos que una persona ha adquirido.
- Peralin y Schooler (1978) refieren que el afrontamiento es cualquier respuesta ante las tensiones externas que funcionen para prevenir, evitar y controlar el distrés.
- Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164).

La definición que plantean Lazarus y Folkman (1986) sobre el afrontamiento ha sido la más utilizada en diferentes estudios sobre todo en el ámbito de la psicología de la salud, es en este sentido que se toma en cuenta esta concepción teórica.

2.1.2 El desarrollo teórico del afrontamiento

El afrontamiento surge paralelamente con el desarrollo teórico del estrés, en los años 60 varias investigaciones se han enfocado en demostrar como la presencia del estrés puede afectar tanto a nivel físico como mental, poniendo a prueba recursos personales para hacerle frente al estrés.

Antes de realizar la descripción del constructo teórico del afrontamiento, partiremos de las teorías desarrolladas sobre el estrés.

El estrés ha sido un tema de interés por muchos científicos de la conducta humana, por cuanto, a sus efectos tanto en la salud física como mental, si bien existe una multiplicidad de modelos sobre el estudio del estrés, es importante destacar tres orientaciones conceptuales.

- **Teorías basadas en la respuesta:** Selye desarrolla su teoría acerca de la influencia del estrés como la capacidad de las personas para enfrentarse o adaptarse a las enfermedades o lesiones, desde este enfoque el estrés ha sido definido como “el estado que se manifiesta por un síndrome específico, conscientes en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro del sistema biológico. Así el estrés tiene su forma y composición características, pero ninguna causa en particular” (Selye, 1960, citado en Sandín, 1995, p. 5), esta teoría toma en cuenta que el agente desencadenante del estrés es un elemento que atenta contra la homeostasis del organismo.

Por otra parte, su aporte central se basa en la respuesta del estrés que está constituido por un mecanismo tripartito al cual llamó Síndrome General de Adaptación (SGA), basada en la respuesta del organismo ante una situación de estrés distribuida en tres etapas: **La etapa de reacción de alarma;** en una situación de estrés, el organismo estimula las glándulas pituitarias y las glándulas suprarrenales para que descarguen hormonas que movilicen las defensas del organismo. **La etapa de la resistencia;** si continúa el estrés, la secreción de las hormonas se activan para contrarrestar el efecto de la tensión, si esta fase fracasa puede llegar a la etapa del agotamiento. Finalmente, **la etapa del agotamiento:** los trastornos tanto físicos, psicológicos y psicosociales pueden llegar a ser crónicos.

El modelo de Selye se basa básicamente en aspectos biológicos, fisiológicos y psicosomáticos de la respuesta ante el estrés.

- **Teorías basadas en el estímulo:** Holmes y Rahe (1967), en este modelo el estrés se asocia a estímulos del ambiente, estos estímulos pueden alterar el funcionamiento del organismo. Por tanto, el estrés se ubica fuera de la persona y las situaciones son en sí mismas estresantes. El enfoque plantea una perspectiva teórica al clasificar diferentes tipos de situaciones que han sido consideradas

como estresantes, sin embargo, una situación concreta no provoca precisamente estrés, en vista de que, pueden ser consideradas como estresantes para algunas personas y poco o nada para otras.

- **Teorías basadas en la interacción:** este modelo se caracteriza por ser procesual o dinámico. Los exponentes del modelo son Lazarus y Folkman (1986) quienes plantean la presencia de un proceso de valoración cognitiva. Para los autores el estrés psicológico “es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43), es así, que el estrés puede originarse en función de la interacción específica entre la persona y su entorno y la evaluación que realiza sobre el acontecimiento.

El modelo basado en la interacción difiere con los otros modelos descritos anteriormente, esta teoría conocida también como modelo transaccional de Lazarus se enfoca en la evaluación cognitiva y prácticamente es esta valoración que la persona hace del entorno es la que determina si una situación puede ser estresante o no.

Ahora bien, continuando con el desarrollo teórico y metodológico del concepto de afrontamiento se encuentra desde dos aproximaciones distintas según Sandín, (1998) el afrontamiento como un estilo personal y el afrontamiento como proceso.

2.1.2.1 El modelo de afrontamiento como estilo personal

El modelo de afrontamiento como estilo personal fue influido por la corriente psicoanalítica, en la que se introduce “el concepto de defensas del yo para referirse a los mecanismos psicológicos defensivos que emplea el sujeto para hacer frente a los agentes que atentan contra su integridad” (Sandín, 2008, p. 21), este modelo de afrontamiento se presenta como una disposición personal para hacer frente a situaciones estresantes.

Fernández –Abascal (1997) refieren que los estilos de afrontamiento son predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones. De la misma manera, Byrne (1964), Weinberger, Schawartz y Davidson (1979), Miller (1990), Kolmann (1993), destacan el afrontamiento como estilo.

El modelo de afrontamiento como estilo ha recibido algunas críticas por Lazarus y Folkman (1986) como se señala a continuación:

En primer lugar, es simplista el considerar el afrontamiento como un estilo o rasgo y no refleja la naturaleza multidimensional del concepto, subestimando la complejidad y variabilidad de los procesos en los que se basa. Esto no obstante no niega la posibilidad de asumir cierta estabilidad en el afrontamiento o en que se tenga ciertas preferencias por estrategias determinadas a lo largo del tiempo. En segundo lugar, no se diferencia entre conducta adaptativa automática y el afrontamiento, que requiere de conductas de esfuerzo. En tercer lugar, se da a la confusión entre el afrontamiento entre sus resultados (o consecuencias), al identificar el concepto de afrontamiento con el éxito adaptativo. El afrontamiento debe definirse con independencia del resultado. Con ello se concibe que ninguna estrategia se considere mejor que la otra, esta calidad vendrá determinada por sus efectos en una situación determinada. Y, en cuarto lugar, se identifica el afrontamiento con el dominio del entorno, se concibe que el mejor afrontamiento es el que permite mejorar la relación individuo-ambiente. Sin embargo, este dominio del entorno no siempre es posible, pues no siempre las fuentes de estrés son susceptibles de ser dominadas. (Díaz, 2014)

El afrontamiento como estilo hace referencia a las predisposiciones personales que se emplean en determinadas clases de situaciones, así mismo, al centrarse “en rasgos generaban una comprensión parcial del concepto, dado que las mediciones elaboradas no constituían una adecuada medida de los procesos reales, ignorando la complejidad de la mutabilidad de formas en que una persona puede afrontar una situación” (Amarís,

Mariaga, Vale & Zambrano, 2013). En tanto, el afrontamiento como estilo no ha sido utilizado con clara delimitación conceptual.

2.1.2.2 El modelo de afrontamiento como proceso

El modelo de afrontamiento como proceso es un constructo teórico desarrollado por Lazarus (1966) y Folkman (1984) en el modelo se toma en cuenta como interactúa la persona ante un ambiente y una situación concreta, es decir, el afrontamiento viene a ser un proceso mediador entre el estresor y la adaptación física y psicológica de la persona.

Desde este modelo el afrontamiento se define como los procesos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas externas o internas de la persona.

El modelo de afrontamiento como proceso se enmarca en la interacción entre la persona y el medio, esta relación adquiere sentido desde la valoración que hace la persona sobre la demanda del entorno, en tanto, la demanda dará lugar a un proceso de evaluación cognitiva y de la búsqueda de recursos personales para dar una respuesta.

La evaluación cognitiva es un proceso de valoración en el que la persona determina si una situación al cual se enfrenta es amenazante o no y valorar sus posibilidades de acción. Dentro del proceso de valoración cognitiva se presenta dos características:

- **La evaluación primaria:** Es la valoración que hace la persona ante una situación de riesgo, en este proceso aparece una primera respuesta emocional.
- **La evaluación secundaria:** es un proceso más complejo donde la persona evalúa sus recursos personales para hacer frente a la situación estresante.

Cuando una situación es valorada como amenazante, la persona realiza diferentes acciones para manejar las demandas tanto internas como externas con la finalidad de reducir el estrés y poder volver al equilibrio.

Según Lazarus (1989) el afrontamiento como proceso, implica al menos cinco principios (Sandín, 1998, pp. 23-24). La primera, el afrontamiento así sea el proceso adaptativo o inadaptativo, eficaz o ineficaz, no está en función del resultado. La segunda, el afrontamiento se basa en función del contexto, por tanto, el afrontamiento varía en relación a las diferentes situaciones estresantes. La tercera, algunas estrategias de afrontamiento son estables o conscientes que otras. La cuarta, determina que existen dos funciones del afrontamiento, una centrada en el problema y la otra centrada en la emoción, Y la quinta, implica que las estrategias de afrontamiento están constantemente en evaluación.

Muchos factores pueden llegar a determinar los recursos de afrontamiento ante un problema como la salud, las creencias, la motivación, los aspectos religiosos y espirituales, así como Lazarus y Folkman (1986) mencionan que el afrontamiento es “un proceso cambiante en el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias de tipo defensivas, y en otros, con aquellas que sirvan para resolver el problema” (p.165), cada persona tiene una determinada forma de afrontar una situación estresante, en tanto que una estrategia puede servir en una función determinada y el resultado puede influir en el efecto.

Para la presente investigación nos remitimos a autores como Lazarus y Folkman, Carver, Sheier y Weintraub quienes desarrollan estrategias de afrontamiento desde un enfoque cognitivo.

2.1.3 Estrategias de afrontamiento

El término de estrategias de afrontamiento hace alusión a los procesos concretos que se utilizan en cada contexto, estas estrategias pueden ser cambiantes en función del evento, de las condiciones y del momento. Según Lazarus y Folkman (2002) refieren que las estrategias de afrontamiento son aquellas acciones o maniobras concretas y específicas que pone en marcha el individuo para enfrentarse o mantenerse estable ante una situación de amenaza. Lazarus y Folkman (1986) clasifican las estrategias de afrontamiento como estrategias dirigidas al problema y estrategias dirigidas a la emoción.

- **Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema:** tiene como finalidad hacerle frente a la situación estresante, ya sea a partir de la modificación de las circunstancias del problema o a partir de la aportación de nuevos recursos para enfrentar la situación estresante. Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema pueden estar presididas por resolución de problemas, planificación de soluciones, afrontamiento por confrontación, aceptación de responsabilidad y autocontrol.

Las estrategias dirigidas al problema se dan enfáticamente cuando las perspectivas en el sujeto estén factibles de mejora o cambio (Lazarus & Folkma, 1986), las personas que emplean este estilo de estrategias por lo general intentan resolver o minimizar los efectos adversos de la situación estresante.

- **Estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción:** el objetivo de las estrategias dirigidas a la emoción es de aminorar el impacto y el malestar emocional a través de la búsqueda de apoyo social y el replanteamiento positivo, es decir, está orientada a reducir la respuesta emocional provocada por el evento estresante. Los autores sostienen que el afrontamiento dirigido a la emoción tiene más probabilidad de aparecer cuando ha existido una evaluación negativa sobre

la situación estresante y modificar las condiciones nocivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

El emplear algunas de estas estrategias de afrontamiento dependerá del contexto, de la situación estresante, del tiempo o del sexo como nos indica Endler y Parker (1990, citado en Jorques, 2012, p. 38) quienes hallaron que las mujeres utilizan principalmente las estrategias dirigidas a la emoción y los hombres tienden a emplear mayormente las estrategias de afrontamiento centrado en el problema.

Siguiendo el modelo de Lazarus y Folkman (1986), los investigadores Carver, Sheier y Weintraub (1989), plantean tres tipos de estrategias: estrategias de afrontamiento enfocadas al problema, estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción y otros estilos adicionales de afrontamiento, las cuales son integradas en el Inventario COPE.

A continuación, se detallan:

- **Estrategias de afrontamiento enfocadas al problema**

Las estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema suceden cuando las condiciones que se le presentan al individuo resultan como susceptibles al cambio. Para Carver et al., (1989) estas estrategias hacen referencia a cambiar o modificar la situación estresante mediante la ejecución de pasos activos dirigidos a remover o reducir el estresor y sus efectos.

Las estrategias de afrontamiento enfocados al problema se clasifican en:

- **Afrontamiento activo:** Se refiere a las acciones directas para enfrentar el evento estresante y lograr disminuir de sus efectos.

- **Planificación:** implica el análisis del problema con la intención de buscar soluciones. Prácticamente llega a ser los pensamientos que surgen sobre cómo hacer frente al estresor.
- **Supresión de otras actividades:** consiste en la postergación de otros proyectos, de manera que, se deja de lado otras actividades para concentrarse en el evento estresante.
- **Postergación del afrontamiento:** Refiere al momento oportuno para actuar.
Carver et al. (1989, citado por Salazar, 1993) la definen como la capacidad de esperar o postergar el afronte del estresor hasta que se presente la oportunidad apropiada para actuar sobre el problema, impidiendo realizar alguna acción prematuramente.
- **Apoyo social - razones instrumentales:** se define como la búsqueda de consejos o información con el fin de solucionar el problema.

- **Estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción**

Las estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción buscan regular la respuesta emocional ante la situación estresante. Este estilo puede incluir estrategias que permitan reinterpretar positivamente la situación, buscando una explicación menos amenazante frente a la situación presentada, negar el problema y expresar las emociones (Carver et al., 1989)

Dentro de esta clasificación, se tiene:

- **Apoyo social – razones emocionales:** comprende la búsqueda de apoyo moral, empatía y comprensión de los demás, de manera que, reduzca la emoción negativa.

- **Reinterpretación positiva y crecimiento:** significa sacar lo mejor de la situación estresante, de manera que, en un futuro se asuma como un aprendizaje.
 - **Aceptación:** Carver et al. (1989, citado por Salazar, 1993) describen dos aspectos. Por una parte, aceptar el estresor como real, por otra parte, aceptar la realidad como hecho de él que se tendrá que convivir con la situación, ya que es inmodificable.
 - **Enfocar y liberar emociones:** Alude a la expresión de los sentimientos negativos surgido por el evento estresante. Según Carver et al. (1996, citado en Rodríguez, 2016) esta respuesta puede a veces, ser funcional, sin embargo, concentrarse en estas emociones por largos períodos puede dificultar el ajuste a la realidad, además de distraer a las personas del afrontamiento activo de la situación estresante.
 - **Religión:** comprende la tendencia a consagrarse en la religión en situaciones de estrés con la intención de reducir la tensión existente. (Carver et al., 1989, citado por Salazar, 1993). La religión profesa como una alternativa para afrontar la situación estresante.
- **Estilos adicionales de afrontamiento**

Carver et al. (1989) sostienen que se puede presentar un afrontamiento evitativo. Estas pueden presentarse cuando el individuo niega la situación amenazante, en consecuencia, impide posibles respuestas adaptativas orientadas a enfrentar el problema.

Los estilos adicionales de afrontamiento se presentan como:

- **Negación:** se caracteriza por el rechazo de la realidad de la situación estresante, haciéndose creer que no ha sucedido dicho evento.

- **Disentimiento conductual:** renuncia cualquier esfuerzo conductual y cognitivo para afrontar la situación estresante, dándose por vencido al intento de lograr la meta con la que el estresor está interfiriendo.
- **Disentimiento cognitivo:** hace referencia a aquellas acciones que sirven para distraerse y dejar de pensar en el evento estresante.

Las estrategias de afrontamiento suponen un proceso dinámico, intencional y flexible. Dinámico; en sentido de que, las estrategias de afrontamiento se basan en función de las situaciones estresantes y los recursos que disponen las personas varían en relación a las diferentes situaciones, intencional; en vista de que la situación estresante es valorada como amenazante pone en marcha diferentes acciones las cuales quizá no precisamente darán lugar a resolver el problema, sino más bien coadyuvara a reevaluar la situación estresante y flexible; por el hecho de poder optar el aceptar, modificar o evitar el problema.

2.1.4 El afrontamiento y el cáncer

Los pacientes diagnosticados con cáncer presentan muchos cambios significativos y profundos a la hora de afrontar la enfermedad. En este caso, el afrontamiento del cáncer refiere a “las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza) que supone el cáncer” (Watson y Greer, 1998, citado en Soriano, 2002, p. 75).

El modo en que las persona vivencien una enfermedad como el cáncer parece estar ciertamente ligada a la valoración personal que tenga en relación a la enfermedad, es así que, el proceso de estrés puede surgir a partir de que la persona evalúe el cáncer en función de las creencias, del contexto personal y social en el que se encuentra.

La valoración de este cambio actual o posible cambio debido al cáncer incluye una evaluación de su significado personal (puede tener un significado de daño o pérdida reales, de un daño o pérdida posible o bien significara un desafío personal) a lo cual se llama “valoración primaria”, y una evaluación de las opciones de afrontamiento, a lo que se llama “valoración secundaria”. Las valoraciones primarias están influidas por creencias y valoraciones personales del paciente. Las valoraciones secundarias tienen que ver con el grado en que el individuo puede controlar cambiar la situación generada por el cáncer. (Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005, p 391)

Según García-Camba (1999) para que “el sujeto pueda realizar este proceso de afrontamiento con su enfermedad debe tener en cuenta los recursos con los que cuenta para afrontar su diagnóstico y tratamiento, evaluar la situación para enfrentar el dolor, la postración o incluso la invalidez; redefinir su propio rol, y modificar sus metas a corto o largo plazo asumiendo los cambios de sus relaciones intra e interpersonales” (García-Camba, 1999, citado en Enciso, Hernández & Romero 2017, p 11)

Por su parte, Taylor (2007) señala que:

Debido a la diversidad de problemas alrededor de los padecimientos oncológicos, las personas que tienen estilos de afrontamiento flexibles pueden manejar mejor el estrés que genera la enfermedad crónica, en comparación con aquellas personas que solo utilizan una forma predominante para hacerlo. El afrontamiento evocativo ante el cáncer, se relaciona con un tipo de pensamiento permanentemente estresante, mortificante y negador acerca del problema, sin poder realizar acciones para resolver, asimilar o incidir en el curso de la enfermedad. (Taylor, 2007)

Massie y Greenberg (2006) mencionan que la capacidad de una persona para afrontar el diagnóstico y tratamiento del cáncer suele variar a lo largo de la evolución de la

enfermedad, el nivel previo de adaptación, la presencia de apoyo emocional, la personalidad, la posibilidad de rehabilitación física y psicológica, y las actitudes culturales, espirituales y religiosas.

La enfermedad del cáncer puede durar desde meses hasta años, en este proceso las demandas cambiantes del estrés asociados a la enfermedad en cada una de las etapas van a proporcionar al sujeto distintas oportunidades para desarrollar una evolución cognitiva del control y afrontamiento de la enfermedad específica (Jorques, 2015, p. 45).

El afrontamiento en pacientes con enfermedades como el cáncer según los estudios de Taylor, Helgeson, Reed y Skokan (1991) encuentran que las creencias del control personal es el modo más adaptativo al disminuir la aparición de ansiedad y depresión, aun en presencia de afectividad negativa.

Según Lazarus, si el afrontamiento de una situación estresante es ineficaz, puede derivar en consecuencias perjudiciales para la salud, el bienestar psicológico y el funcionamiento social. Por el contrario, si es eficaz, es probable que se mantenga la situación demandante bajo control, no solo evitando los posibles efectos perniciosos, si no posibilitando incluso crecimiento personal. Por tanto, este afrontamiento eficaz puede conllevar incrementos en los niveles de bienestar a través y a pesar de la situación adversa (Vázquez, Castilla, Hervás, 2007)

El afrontamiento ante el cáncer puede variar en función de la evaluación que haga la persona sobre la enfermedad, además de los recursos que disponga para afrontarla, las cuales pueden variar o mantenerse en las diferentes etapas de la enfermedad.

2.2 La ansiedad

2.2.1 Definición de la ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional que se expresa algunas veces con tensión, aprensión, nerviosismo, preocupación, miedo, inseguridad o sensación de pérdida de control. La ansiedad presenta también reacciones fisiológicas las cuales se manifiesta a través de los diferentes sistemas, principalmente el Sistema nervioso autónomo, el sistema motor, además del Sistema endócrino y el sistema inmune. Se experimenta ansiedad cuando se presenta una situación amenazante ya sea, por un peligro externo o interno. La ansiedad puede llegar a ser anormal si se desborda y si se prolonga en el tiempo en relación al estímulo desencadenante.

A continuación, se realiza una serie de definiciones cronológicamente descritas por algunos autores que han descrito sobre la ansiedad:

- Lazarus (1976) describe la ansiedad como un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupaciones, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlos adecuadamente.
- Los autores Kiracou y Sutcliffe (1987) menciona que es una respuesta con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descarga hormonal, incremento de la tasa cardiaca, etc.)
- Por su parte, Beck (1985) refiere que la ansiedad es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas.
- Según Lang (2002) es una repuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

- Según Clark y Beck (2012) es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva, que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como peligrosas o amenazantes ya que se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. (Clark & Beck, 2012, p. 23)
- El DSM –V, refiere que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura (2014, p. 189).

La ansiedad puede ser definida como respuestas emocionales, conductuales y corporales que se activan ante sucesos amenazantes, estas respuestas pueden ser favorables o desfavorables, ello dependerá muchas veces de las valoraciones secundarias, los recursos de afrontamiento y la búsqueda de seguridad.

El modelo cognitivo, considera a la ansiedad como el resultado de cogniciones patológicas. Se puede decir que el individuo “etiqueta” mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados.

2.2.2 Aproximaciones teóricas de la ansiedad

Diversas líneas teóricas del ámbito de la psicología científica han intentado dar una explicación al tema de la ansiedad, a continuación, se describe de manera breve estos modelos.

- **El modelo psicoanalítico de la ansiedad**

Desde la teoría psicoanalítica la ansiedad es identificada como un “estado emocional o condición caracterizada por una afrontamiento motora acompañada de una sensación de malestar percibida por el individuo; tal estado produce por la incapacidad del “yo” para reprimir impulsos que por su naturaleza le resultan inadmisibles” (Freud, 1936, citado en Ansorena, Cobo y Romero 1983, p. 31), identificando a la ansiedad como un peligro

para el organismo por estos cambios fisiológicos asociados por la activación autonómica y la presencia de sentimientos desagradables.

La ansiedad desde este modelo se identifica en tres categorías:

1. La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo.
2. La ansiedad neurótica, la cual se comprende como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo esta la base de todas las neurosis (...) dicha ansiedad neurótica ocurre cuando el yo intenta satisfacer los instintos del ello, pero tales exigencias le hacen sentirse amenazado y el sujeto teme que el yo no pueda controlar al ello.
3. La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir aquí el super – yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003)

Desde esta concepción teórica la ansiedad ha sido utilizado como estímulo, como respuesta, como constructo y como fuerza motivacional.

- **El modelo conductual de la ansiedad**

Desde el enfoque conductual la ansiedad ha sido comprendida como un impulso (drive) que provoca la conducta del organismo. Es así que aportes como de Hull (1921, 1943 y 1952) define la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada.

Para autores como Dollard y Miller (1950), Spencer y Taylor (1953) y Spence y Spence (1966), la ansiedad es equiparable al grado de excitación que presenta la persona por ejemplo; frente al grado de dificultad de una prueba o una tarea para la respuesta se presenta un nivel de ansiedad alta, la tarea es aprendida con mayor facilidad, que si

presentan un nivel de ansiedad bajo, mucho dependerá del grado de dificultad de la tarea que represente para la persona, es así que desde la teoría del aprendizaje la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que promueva en una respuesta emocional.

En general, la ansiedad supone “un afrontamiento de la situación por parte del sujeto, sean cuales sean las consecuencias que deriven de ella (...)” (Sierra et al., 2003, p. 25) ya sea de lucha o huida, de evitación o inhibición de la conducta.

- **El modelo cognitivo - conductual de la ansiedad**

El modelo cognitivo – conductual de la ansiedad a partir de la teoría tridimensional de la ansiedad, propuesta por Lang (1988, citado en Martínez et al.2012), sostiene que la ansiedad se manifiesta en tres formas de respuestas diferentes:

Cognitivo: tiene que ver con la vivencia interna del paciente y la percepción subjetiva de los estímulos asociados a la ansiedad, se manifiestan a través de preocupaciones, excesivas reflejadas en el pensamiento, de imágenes negativas sobre una situación que genera miedo, inquietud, opresión y pensamientos intrusivos de tipo catastrófico.

Fisiológico: En la ansiedad se activan diferentes sistemas, el Sistema Nervioso Autónomo, el Sistema Nervioso Motor, Sistema Nervioso Central, el Sistema Endócrino y el Sistema Inmune. Se presenta un aumento en la frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión muscular, temblores, sudoración, sequedad en la boca, dificultad para respirar, molestias gástricas.

Conductual: son las respuestas de evitación y escape del estresor a partir de la conducta, reiteración de palabras, temblor de voz, repetición, quedarse en blanco y la no verbal como los tics de palabras.

Estas formas de respuesta pueden modificarse a lo largo del tratamiento del paciente y la multiplicidad de respuestas, los fenómenos de discordancia y desincronía que permiten observar diferentes perfiles y características en trastornos de ansiedad.

- **El modelo cognitivo de la ansiedad**

Autores como Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1977) dan importancia a los procesos cognitivos, quedando como desafío el paradigma estímulo – respuesta que planteaba el enfoque conductista para explicar la ansiedad.

La ansiedad desde este enfoque ha sido explicada a partir de esta afirmación “el modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento” (Clark y Beck, 2012, p. 67), muchas veces no se reconocen que los pensamientos afectan sobre el estado anímico cuando se encuentran con ansiedad, sin embargo, la cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el afecto.

El eje cognitivo de pensamientos, ideas, creencias e imágenes se tornan como inductores de ansiedad cuando la persona interpreta la realidad como amenazante.

Por tanto, desde el enfoque cognitivo, la ansiedad surge a raíz de que la persona “percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciará una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos; situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad” (Sierra et al., 2012, p. 25). La intensidad de la ansiedad depende del equilibrio entre la propia valoración inicial y la valoración secundaria, es así, que la ansiedad incrementara en función del significado o interpretación individual que la persona le otorga a la situación.

Beck y Greenberg (1988) señalan que la percepción de peligro acciona un “sistema de peligro” que conlleva procesos conductuales, fisiológicos y cognitivos primales que evolucionaron a fin de proteger nuestra especie de los daños y peligros físicos.

En la presente investigación se desarrolla a partir del modelo cognitivo de la ansiedad basándonos en la teoría de Beck quien toma como eje principal la parte cognitiva, como los pensamientos, las ideas, las creencias y las imágenes que se reanudan como inductores de ansiedad cuando la persona interpreta la realidad como amenazante.

2.2.3 Síntomas de la ansiedad

Muchos síntomas de la ansiedad son de naturaleza fisiológica que activa el Sistema Nervioso Simpático (SNS) y Parasimpático (SNP). Cuando el cerebro interpreta que existe una amenaza el Sistema Nervioso Simpático provoca los síntomas de hiperactivación la cual prepara para la lucha o huida, a través de la activación de la adrenalina y noradrenalina, estos neurotransmisores ayudan a que las neuronas se comuniquen, una vez liberadas en el torrente sanguíneo llegan a todos los órganos que el sistema nervioso central indique, como al corazón, a los músculos, al estómago, a los pulmones.

Clark y Beck (2012) señalan los síntomas psicofisiológicos de la ansiedad:

- **Síntomas fisiológicos:**
Aumento del ritmo cardiaco, palpitaciones, respiración acelerada, opresión en el pecho, sudoración, náuseas, temblores, sequedad en la boca.
- **Síntomas cognitivos:**
Miedo a perder el control, miedo a la evaluación negativa, poca concentración, dificultad de razonamiento, poca memoria, confusión.
- **Síntomas conductuales**
Huida, inquietud, quedarse helado o paralizado, dificultad para hablar, evitación de las señales.
- **Síntomas afectivos:**
Nerviosismo, temeroso, inquieto, impaciente, frustrado, aterrorizado.

2.2.4 La ansiedad en pacientes oncológicos

Las reacciones psicológicas ante la enfermedad del cáncer, pueden desencadenar diferentes reacciones emocionales, como la depresión y la ansiedad, la cual indudablemente afecta en hacerle frente a la enfermedad. Según Lipowski (1969) las reacciones psicológicas ante cualquier enfermedad como el cáncer va depender de las siguientes variables:

- Personalidad del paciente y aspectos relevantes de su historia personal.
- Situación social y económica del paciente
- Características del ambiente físico que le rodea
- La naturaleza y características de la enfermedad tal y como son percibidas y evaluadas por el enfermo (Cruz, 2013)

Lazarus (1969) indica que la sensación de ansiedad es seguida por ciertas estrategias de afrontamiento que permiten al individuo ajustarse a la situación amenazante y disminuir los síntomas ansiógenos. En este sentido, es contemplado también como un regulador de emociones o de un factor estabilizador que ayuda a los individuos a mantener la adaptación psicosocial durante los períodos de estrés.

En los modelos cognitivos de la emoción “no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que las variables desencadenante de tal reacción es la interpretación que el individuo haga de tales situaciones o estímulos” (Everly 1989, citado por Martin & Cols, 2000)

Knapp y Delgado (1990, citado en Barboza y Forero, 2011) indican que las principales causas de la ansiedad en pacientes con cáncer son las percepciones de cercanía de la muerte, miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma, la anticipación del sufrimiento propio y de los familiares, la dificultad para expresar sus sentimientos, miedos y preocupaciones, la pérdida de control, problemas

económicos; problemas de índoles espiritual y existencial, crisis de creencias y necesidad de trascendencia.

2.2.5 La fase del duelo en pacientes oncológicos

En el momento ante un diagnóstico como el cáncer la persona afectada pasa por diferentes etapas y experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad, según López (1972, citado en Gonzales, Tenorio y Vintimilla, 2015, p. 21) “existen muchos factores que intervienen en esas reacciones entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud”.

La doctora Elisabeth Kübler-Ross (1969) quien propuso que las personas que se encontraban próximas a la muerte (enfermos terminales) transitaban por cinco fases durante el duelo: negación, ira, negociación- pacto, depresión y aceptación.

Cinco fases de duelo

- **Negación:** surge en el primer momento de recibir el diagnóstico, la persona no es capaz de reconocer la enfermedad como hecho real.
- **Ira:** en esta etapa surgen sentimientos de rabia, resentimiento, envidia y hostilidad por haber perdido la salud. Estos sentimientos usualmente son proyectados con el entorno inmediato (familiares, amigos, profesionales de la salud, etc.), incluso pueden incurrir en conductas de riesgo autodestructivas.
- **Negociación:** llamada también pacto, “se afronta la culpa y se produce una reconciliación con aquellos hacia los cuales se dirigió con ira, especialmente con Dios” (Moral y Miaja, 2015, p. 9). Ahora no se perciben como culpables, sino como comprometidos y tienen valor para mirar lo que ocurre.
- **Depresión:** “Aparece la sensación de vacío, y el duelo entra en un nivel más profundo, mucho más de lo que hubiéramos imaginado” (Kübler-Ross, 2015, p.

35) aquellas metas que se habían planificado se truncan y aun no se ve el alcance real de la enfermedad. En esta etapa es posible que la persona abandone el tratamiento y no acuda a sus citas médicas.

- **Aceptación:** en esta fase según Miaja y Moral, (2013, citado en Miaja Moral, 2015) el paciente reconoce la enfermedad y la situación de dolor y las limitaciones que conlleva, sin buscar culpables ni adoptar una posición de derrota, si no que asumiendo una actitud responsable de lucha y supervivencia. Esta fase se alcanza tras otorgar nuevos significados a la situación que se vive.

No todas las personas que se hallen con esta enfermedad van a atravesar de la misma manera estas cinco fases, el proceso del duelo será diferente en cada paciente y los periodos de duración y de intensidad pueden variar.

2.3 El Cáncer

Según la RAE (2014) define el cáncer como “un conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proceso descontrolado de la división de las células del cuerpo”. Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionan que el cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, esta enfermedad es caracterizada como “la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina metástasis” (OMS, 2018).

Según Taylor (2007) el cáncer es:

El resultado de una disminución en el DNA parte de la programación celular que controla el crecimiento y reproducción de la célula. En lugar de garantizarse la producción regular y lenta de células nuevas, este mal funcionamiento del DNA hace que las células crezcan y proliferen de manera excesivamente rápida.

Las células están reguladas por un mecanismo de control que dirige su proceso de división, sin embargo, cuando estos mecanismos se alteran y su división es incontrolada pueden dar lugar a un tumor. Cuando la descodificación del crecimiento y control de las células son alteradas significa siempre la existencia de un proceso patológico.

2.3.1 Causas de la enfermedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) y Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2016), refieren que la causa de la enfermedad es todavía desconocida al 100% a pesar de que puedan afirmar que están presentes diversos factores causales, entre ellos aspectos inmunitarios, víricos, químicos, físicos y hereditarios.

No es posible saber con exactitud cuál es la causa en la mayoría de los casos de cáncer. Sin embargo, existen varios factores de riesgo que pueden incrementar la posibilidad de que una persona pueda padecer de esta enfermedad.

Causas heredadas: en una pequeña proporción de la población el cáncer tiene un carácter hereditario. Este tipo de cáncer de origen hereditario es debido al funcionamiento anormal de los genes que son un componente del ADN (ácido desoxirribonucleico), en realidad, lo que se hereda no es el cáncer sino el gen anormal que puede dar lugar a un cáncer.

Causas adquiridas: la mayoría de los cánceres comienzan debido a mutaciones genéticas adquiridas que suceden durante la vida de una persona. Los factores externos que se adoptan como estilo de vida pueden incrementar la probabilidad de desarrollar enfermedades oncológicas, como:

- El tabaquismo
- El alcoholismo

- La mala alimentación
- La inactividad física

Otros factores:

- Exposición al sol
- Contaminación
- Virus de papiloma humano (VPH)
- Virus de la hepatitis B y C
- Infección por *Helicobacter pylori*

Se ha identificado que ciertos factores pueden aumentar la probabilidad de desarrollar un cáncer, mientras algunos factores de riesgo pueden ser prevenibles como el humo del cigarro, la radiación y exposiciones a ciertos químicos, otros factores de riesgos pueden llegar a ser inevitables como la edad, la predisposición genética, etc.

2.3.2 Clasificación del cáncer

Por lo general se clasifican según los órganos o tejidos en donde se presentan. También se describe según el tipo de células por el que está formado (epitelial, escamoso u otros).

- **Carcinoma.** Este es el tipo más habitual de cáncer y tiene su origen en las células epiteliales. Estas células son las que cubren la superficie externa del cuerpo (la piel), así como las superficies internas (mucosas).
- **Sarcoma.** Los canceres que empiezan en los tejidos que forman la sangre en la médula ósea se llaman leucemias. Estos canceres no forman tumores sólidos.
- **Leucemia.** Conocidos como “cáncer de la sangre”, comienzan en el tejido de la médula ósea.

- **Linfoma.** Es un cáncer que se origina en las células del sistema inmunitario, en concreto en los linfocitos (células T o células B)
- **Mieloma múltiple.** Es un cáncer que empieza en las células plasmáticas, otros tipos de células inmunitarias.
- **Melanoma.** Es el cáncer que comienza en los melonocitos, células que producen melanina.

2.3.3 Estadio o fase de la enfermedad

Existen diferentes sistemas de estadificación del cáncer, la mayoría de estos sistemas brindan información de la ubicación del tumor, el tipo de células, el tamaño y la diseminación en el cuerpo.

En la siguiente tabla se muestra la clasificación de los estadios descritas por el Instituto Nacional del Cáncer (2015).

Tabla 1. Estadios de la enfermedad del cáncer

Estadios	Descripción
Estadio 0	Existen células anormales presentes, pero no hay tejidos afectados. No es cáncer, pero puede llegar a serlo
Estadio I Estadio II Estadio III	El cáncer está presente. Cuando mayor es el estadio, mayor es el tumor y su nivel de extensión del cáncer en los tejidos cercanos.
Estadio IV	El cáncer está presente en distintas partes del cuerpo.

Fuente: Instituto Nacional del Cáncer (2015)

Las fases y etapas de la enfermedad del cáncer se conocen también como historia natural. Las fases del cáncer van desde que se producen las primeras mutaciones

celulares hasta que la enfermedad llega a su etapa final. La duración de este proceso depende mucho del tipo de cáncer que la persona presenta.

La Asociación Española contra el Cáncer refieren que por norma general se describe las etapas del cáncer como:

- **Etapa 0:** se denomina fase de inducción, es la etapa más larga de la enfermedad, puede durar hasta 30 años sin presentar sintomatologías, se comienza a producir cambios celulares, en esta etapa las células producen la división descontrolada, aunque sin la capacidad de diseminación.
- **Etapa I:** se denomina fase “in situ”, en los adultos ésta etapa puede durar entre 5 a 10 años. Esta etapa se caracteriza por la existencia de lesiones cancerosas microscópicas localizadas en el tejido donde se ha originado.
- **Etapa II:** llamada también fase de invasión local, puede llegar a durar entre 1 a 5 años. En esta etapa la lesión comienza a extenderse fuera de su localización de origen e invade otros tejidos y órganos, los síntomas dependen del tipo de cáncer de su crecimiento y localización.
- **Etapa III:** se produce el agrandamiento del tumor en su zona de origen y se sigue propagando hasta tejidos adyacentes sin llegar a producir metástasis.
- **Etapa IV:** Se denomina la etapa de invasión a distancia o metástasis, el cáncer se ha propagado a otras zonas y órganos del cuerpo.
- **Fase terminal:** esta fase se caracteriza por la existencia de la enfermedad oncológica avanzada, progresiva e irreversible (incurable), también se conoce como cáncer terminal (Asociación Española contra el Cáncer, s.f.)

Las fases, etapas o estadios hacen referencia a la extensión del tumor y la gravedad de la enfermedad.

2.3.4 Tipos de cáncer más frecuentes en Bolivia

Según el Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia (2018), se distingue cuatro tipos de cáncer más recurrentes en la población femenina y masculina del total de pacientes diagnosticados en el caso de las mujeres el 24% presentan cáncer de cérvix y 17% cáncer de mama, en el caso de los hombres, el 17 % presentan cáncer de próstata y el 8% cáncer de estómago.

Los principales tipos de cáncer en Bolivia son:

- **Cáncer de cuello uterino:** también conocido como cáncer cervical, se origina en las células que cubren en la parte inferior del útero (matriz). Es considerada como la primera causa de muerte en la población femenina de Bolivia. (Ministerio de Salud y Deporte, 2019)
- **Cáncer de mama:** “es un proceso oncológico en el que células sanas de la glándula mamaria degeneran y se transforman en tumorales, proliferando y multiplicándose posteriormente hasta constituir el tumor” (Roche Farma, S.A. 2011, p. 6)
- **Cáncer de próstata:** se origina cuando las células de la próstata comienzan a crecer fuera de control. El cáncer de próstata generalmente se presenta en hombres de edad avanzada.
- **Cáncer de estómago:** se la conoce también como cáncer gástrico, se produce por el crecimiento de una de las células de la capa interna del estómago formando una masa o ulcera. Con mayor frecuencia se da en hombres que en mujeres.

En Bolivia se presentan también el cáncer de vesícula, ovario, pulmón, linfomas entre otros, sin embargo, la que más decesos ha desencadenado es el cáncer cérvico uterino, de acuerdo a la OMS, cada día mueren de tres a cuatro mujeres por esta enfermedad. El cáncer cérvico uterino es más frecuente en mujeres de 25 a 65 años de edad, no obstante,

“no se puede negar que las coberturas de PAP incrementaron, pero no es suficiente si no se llega al 80% de la población en riesgo” (Ministerio de Salud y Deportes, 2009, p.20). En la actualidad, la incidencia y mortalidad por esta enfermedad es alarmante, considerando que es una patología que se puede prevenir si se detecta a tiempo.

2.3.5 Tipos de tratamiento del cáncer

El cáncer ha sido conocido como una enfermedad letal, favorablemente con los años transcurridos y gracias al conocimiento y las prácticas en torno al cáncer se han desarrollado nuevas tecnologías para realizar diagnósticos y tratamientos que permiten prevenir y controlar la enfermedad.

Actualmente existen varios tratamientos los cuales pueden ayudar a enfrentar la enfermedad. El tratamiento o los tratamientos que se le administra al paciente dependen de varios factores, entre ellos; el tipo de cáncer, la ubicación, la magnitud y la salud del paciente.

Los tratamientos más recurrentes son:

- **La Cirugía:** La cirugía se ha utilizado para tratar el cáncer por mucho tiempo. Este tipo de tratamiento anteriormente ha sido una de las primeras alternativas para extirpar el tumor o reducir el volumen del mismo.
- **La Radioterapia:** “Consiste en el tratamiento de tumores por medio de radiación ionizante” (ABEN, 2018, p. 69). La radioterapia por lo general es administrada durante un tiempo determinado, algunas personas reciben radioterapia después de una cirugía o de un tratamiento de quimioterapia. La radioterapia puede ser utilizado para aliviar los síntomas, a esto se llama radioterapia paliativa. “La radioterapia paliativa puede reducir la presión, el dolor y otros síntomas. El objetivo de esta terapia es mejora la calidad de vida de una persona”. (ASCO, 2018)

- **La Quimioterapia:** “Es un tratamiento con uno o más fármacos que frenan el crecimiento de células tumorales hasta que las extinguen” (de Cáceres, 2007). Este tipo de tratamiento puede ser empleado vía oral, intravenoso, subcutáneo, intramuscular.
- **La Inmunoterapia:** “es un tratamiento que utiliza el propio sistema inmunitario de una persona para combatir el cáncer. La inmunoterapia puede reforzar o cambiar el funcionamiento del sistema inmunitario para que pueda encontrar y atacar las células cancerosas (..)” (American Cancer Society, 2019)
- **La Terapia hormonal:** es un tratamiento considerado sistémico, dado que las hormonas recorren por todo el cuerpo para atacar a la hormona o evita que el cuerpo produzca la hormona, algunos tipos de cáncer necesitan de hormonas para crecer.

Algunas personas con cáncer reciben solo un tipo de tratamiento, mientras que la mayoría reciben una combinación de tratamientos como la radioterapia y la quimioterapia, la cirugía y la radioterapia, la radioterapia, la braquiterapia y la quimioterapia, en fin, ello dependerá del médico especialista quien recomendará una o más formas de tratar la enfermedad en función del caso.

2.3.6 El cáncer y el desgaste emocional

Ante la presencia del cáncer es muy frecuente que se perciban sentimientos de miedo e incertidumbre. El miedo puede considerarse una constante en las distintas etapas de la enfermedad. Este sentimiento tiene un carácter universal e influye en los pacientes que, en algún momento, se ven afectados con mayor o menor intensidad, lo que les genera una situación de estrés importante.

Sentimiento de miedo:

- A la muerte

- A la posible dependencia del cuidador, la familia, el médico, el ámbito sanitario, etc.
- Ante alteraciones de la imagen corporal
- A no poder realizar las actividades cotidianas
- Ante la posible alteración de las relaciones personales y sociales
- Una vez finalizado el tratamiento aparece el miedo ante la reincorporación a la vida cotidiana, el trabajo, los estudios o a la vida familiar
- A posibles recaídas, lo que crea cierta dependencia del equipo médico que atiende al paciente en el hospital.
- Al dolor y a otras secuelas que acompañan a la enfermedad en estadios avanzados (Zorrilla, s.f., pág. 64)

Los síntomas más agudos llevan inmediatamente a la busque de ayuda, sin embargo, los síntomas más ligeros que sean prolongados pueden afectar de igual forma que las otras.

“la enfermedad física no solo afecta a los órganos que funciona de modo incorrecto sino, también, al comportamiento de las personas que lo padecen (...). Este comportamiento influye en el desarrollo de las enfermedades y en la calidad de vida de las personas afectadas” (O.M.S., 1993)

Tabla 2. Fases para la adaptación al cáncer

Las tres fases	
Fase I	Negación Es un período de negación y resistencia a creer que la noticia es cierta, se acompaña en un sentimiento de “anestesia” emocional.
Fase II	Confusión Es un período de confusión, agitación y disforia, acompañada de ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito.
Fase III	Adaptación Es un período de retorno a la rutina normal, comienza a aparecer el optimismo.

Fuente: elaboración propia con base en información de Almanza y Holland (2000)

El diagnóstico se hace difícil debido a la naturaleza de la enfermedad oncológica, en si misma puede producir síntomas vegetativos como fatiga, debilidad, pérdida de la libido, insomnio, pérdida del interés, baja concentración y motivación. (Bonsel, Rutten, Uyl-de, 1993)

La adaptación al cáncer es diferente y única en cada paciente, lo cual hace que no exista una manera única de afrontar esta enfermedad, sin embargo, influyen algunos aspectos que pueden favorecer la adaptación al cáncer como “la comunicación adecuada del diagnóstico de cáncer, por el adecuado acceso a recursos de atención médica, por la existencia de recursos individuales internos de madurez y por contar con una red de apoyo socio-familiar sólida, además de contar con información realista y confiable sobre el cáncer” (Almanza y Juárez, 2011, p. 134), de no ser así, el nivel de distres es elevado lo cual puede interferir con la habilidad de afrontar el cáncer.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque, Tipo de Estudio y diseño de investigación

3.1.1 Enfoque de la investigación

El estudio se desarrolló de acuerdo al enfoque de la investigación cuantitativa. La investigación cuantitativa es un modelo de investigación basado en el paradigma positivista, tiene el propósito de hallar resultados numéricos. Según Hernández, Fernández y Baptista (1999, p. 5) indican que los estudios cuantitativos se usan en la “recolección de datos para probar hipótesis, con bases en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”.

El proceso cuantitativo parte de una idea, que va acotándose y una vez delimitada se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolla un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos y se establece una serie de conclusiones respecto de la hipótesis (Hernández, et al., 1999, p. 23).

La recolección de datos en investigaciones cuantitativas se basa en instrumentos estandarizados que son validados y confiables en estudios previos, se pueden generar nuevas investigaciones basados en la revisión de la literatura y la utilización intensiva de la estadística descriptiva e inferencial.

3.1.2 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo correlacional, el propósito de un estudio descriptivo según Hernández y colaboradores (2014, p. 92) refieren describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar como son y cómo se manifiestan. En tanto que, el estudio correlacional determina la relación existente entre dos o más variables. “este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular” (Hernández et al., 1999, p. 93). Según Moreno (2013, p. 40) la utilidad y el objetivo principal de un estudio correlacional radica en el propósito de establecer sistemáticamente de qué modo se comporta una variable con otra variable.

En el presente estudio se efectuará una relación entre las variables: estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer que acuden al Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO) para realizar su tratamiento.

3.1.3 Diseño de investigación

La investigación se estableció en un diseño no experimental de tipo transversal o transaccional.

La investigación de diseño no experimental “se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios en los que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental, es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos” (Hernández et al., 1999, p. 152). Los diseños no experimentales no crean ninguna situación para intervenir las variables y tampoco busca modificarlas.

Las investigaciones transversales o transaccionales suceden en un solo momento en el tiempo, según Hernández, et al. (2014, p.154) el propósito de los estudios transversales es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

3.2 Variables

3.2.1 Identificación de las variables

Variable 1: Estrategias de afrontamiento

Variable 2: Nivel de ansiedad

3.2.2 Conceptualización de las variables

– Estrategias de Afrontamiento

Son aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986).

– Ansiedad

Es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva, que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como peligrosas o amenazantes ya que se perciben como acontecimientos imprevisibles, incómodos que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo (Clark & Beck, 2012).

3.2.3 Operacionalización de las variables

Tabla 3. Variable 1: Estrategias de afrontamiento

Variable	Dimensión	Indicador	Medidor	Escala	Instrumento
Estrategias de Afrontamiento	Enfocados en el problema	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento activo • Planificación • Supresión de otras actividades • Postergación del afrontamiento • Apoyo social - razones instrumentales 	Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca • A veces • Generalmente • Casi siempre 	Cuestionario de estimación de afrontamiento COPE
	Enfocados en la emoción	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social – razones emocionales • Reinterpretación positiva y crecimiento • Aceptación • Enfocar y liberar emociones • Religión 	Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca • A veces • Generalmente • Casi siempre 	Cuestionario de estimación de afrontamiento COPE
	Estilos adicionales de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Negación • Disentimiento conductual • Disentimiento cognitivo 	Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca • A veces • Generalmente • Casi siempre 	Cuestionario de estimación de afrontamiento COPE

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Variable 2: Nivel de ansiedad

Variable	Dimensión	Indicador	Medidor	Escala	Instrumento
Nivel de Ansiedad	Subjetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad de relajarse • Miedo • Inseguridad • Terror • Nerviosismo 	Grado de intensidad	<ul style="list-style-type: none"> • Mínimo • Leve • Moderado • Grave 	Inventario de ansiedad de BECK
	Neurofisiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Hormigueo • Temblor • Aturdimiento • Sobresalto • Molestias digestivas • Palidez 	Grado de intensidad	<ul style="list-style-type: none"> • Mínimo • Leve • Moderado • Grave 	Inventario de ansiedad de BECK
	Autonómico	<ul style="list-style-type: none"> • Palpitaciones o taquicardia • Sensación de ahogo • Dificultad para respirar 	Grado de intensidad	<ul style="list-style-type: none"> • Mínimo • Leve • Moderado • Grave 	Inventario de ansiedad de BECK
	Síntomas vasomotores	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de calor • Rubor fácil • Sudoración 	Grado de intensidad	<ul style="list-style-type: none"> • Mínimo • Leve • Moderado • Grave 	Inventario de ansiedad de BECK

Fuente: Elaboración Propia

3.3 Población y Muestra

3.3.1 Población

La población de estudio estuvo conformada por pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO) ubicada en la ciudad de El Alto.

3.3.2 Muestra

La investigación se desarrolló con el tipo de muestra no probabilística (no aleatoria) intencional, en donde la elección de los elementos no depende de la probabilidad, si no de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra (Hernández, 2014). Los sujetos en una muestra no probabilística generalmente son seleccionados en función de su accesibilidad o criterio personal e intencional del investigador, y se presenta como intencional porque se elegirá a los participantes de acuerdo a los criterios de selección establecidos.

Criterios de inclusión

- Ser pacientes del Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO)
- Pacientes ambulatorios
- Diagnostico con cáncer
- Predisposición a la investigación
- Participantes mayores de edad (mayor a 18 años)

Criterios de exclusión

- Pacientes que no asisten al Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO)
- Pacientes hospitalizados
- Participantes menores de 18 años de edad
- Pacientes que cuenten con diagnóstico de alguna patología con déficit cognitivo

De acuerdo, a las características de la investigación y los criterios de selección, participaron 30 pacientes con diagnóstico de cáncer que realizaron su tratamiento médico en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO).

3.4 Técnicas e instrumentos de investigación

3.4.1 Cuestionarios

Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir (Hernández et al. 1999, p. 276), las encuestas y cuestionarios son técnicas de investigación cuantitativas que se utilizan para recolectar datos.

Cuestionario sociodemográfico

El cuestionario sociodemográfico¹ se aplicó a los pacientes oncológicos que acuden al Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO), con la finalidad de recolectar datos generales del paciente.

3.4.2 Aplicación de pruebas

La aplicación de pruebas “en el ámbito de la psicología, (...) forma parte de un proceso de evaluación psicológica que se efectúa en la administración de pruebas psicométricas y proyectivas (test, cuestionarios, inventarios)” (Tintaya, 2014, p.286).

En la presente investigación se aplicó el cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE) de forma disposicional para evaluar las diferentes maneras en las que responde el paciente frente al estrés que genera la enfermedad del cáncer y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para describir los niveles de ansiedad que presenta la población de estudio.

¹ *ver anexo 1

3.4.2.1 Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE)

Uno de los instrumentos utilizados para la presente investigación es el cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE). Siguiendo el modelo teórico de estrés de Lazarus, los investigadores Carver, Scheier y Weintraub (1989) propusieron el COPE como un instrumento que permite evaluar las formas o estilos de afrontamiento que utilizan las personas ante eventos estresantes. Fue construida basándose en dos modelos teóricos: el de Richard Lazarus y el modelo de autorregulación conductual de Bandura. Según los autores, esta escala pretende abarcar áreas de afrontamiento que no se consideraron en el Inventario de Tipos de Afrontamiento desarrollado por Lazarus y Folkman en 1980.

El Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE), es una prueba que tiene distintas versiones como la versión final de 60 ítems los cuales se encuentran agrupados en 15 subescalas, la escala reducida de 52 ítems adaptada para Latinoamérica por Cassuso (1996) distribuidos en tres áreas comprendidas en 13 estilos de afrontamiento, cada una de estas escalas está conformada por 4 ítems, y el cuestionario COPE-28 es la versión adaptada española del Brief COPE de Carver en 1997 por Morán y Manga con 28 ítems y 14 subescalas.

El cuestionario tiene dos formatos que permite evaluar el estilo de afrontamiento situacional y el afrontamiento disposicional. El contenido de los ítems es el mismo, solo varía el modo en que son aplicados:

- Forma disposicional: los ítems están formulados en términos de evaluar lo que la persona generalmente hace cuando se encuentra bajo situaciones de estrés.
- Forma situacional: los ítems están formulados de manera que evalúan lo que la persona hizo en una situación específica de afrontamiento durante un período específico de tiempo en el cual afrontaba estrés.

El presente estudio aplicó el cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE) de forma disposicional de 52 ítems.

El cuestionario COPE presenta trece sub escalas las cuales son agrupadas en tres formas o estilos generales, es importante señalar que Carver (1989) utiliza los términos estilo y estrategia de manera indistinta:

Tabla 5. Descripción de los Estilos del Afrontamiento en la Escala COPE

ESTILOS	N°	SUB ESCALA	POSICIÓN
I ESTILO DE AFRONTAMIENTO ENFOCADO EN EL PROBLEMA	1	Afrontamiento activo	1, 14, 27,40
	2	Planificación	2, 15, 28, 41
	3	Supresión de otras actividades	3, 16, 29, 42
	4	Postergación del afrontamiento	4, 17, 30, 43
	5	Búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales)	5, 18, 31, 44
II ESTILO DE AFRONTAMIENTO ENFOCADO EN LA EMOCIÓN	6	Búsqueda de apoyo social (por razones emocionales)	6,19, 32, 45
	7	Reinterpretación positiva y crecimiento	7, 20, 33, 46
	8	Aceptación	8, 21, 34, 47
	9	Acudir a la religión	9, 22, 35, 48
	10	Enfocar y liberar emociones	10, 23, 36, 49
III ESCALAS ADICIONALES	11	Negación	11, 24, 37, 50
	12	Disentimiento conductual	12, 25, 38, 51
	13	Disentimiento cognitivo	13, 26, 39, 52

La opción de respuesta del cuestionario es formada con el tipo de escala Likert que “consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala a cada punto se le asigna un valor numérico” (Hernández, Fernández, & Baptista, 1999, p.341), el COPE presenta cuatro alternativas de respuesta:

Tabla 6. Escala Likert de COPE

ESCALA	
1	Casi nunca hago eso
2	A veces hago eso
3	Generalmente hago eso
4	Casi siempre hago eso

Corrección e interpretación

El Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE se califica según el valor de la respuesta y la suma de los puntajes de los ítems de cada escala, que define su preferencia de estilos de afrontamiento. Los puntajes obtenidos en cada ítem se suman con su correspondiente escala, de tal forma que se obtienen 13 puntuaciones acumuladas que permiten identificar un perfil de afrontamiento y finalmente, se establece una jerarquía que permite determinar qué estilos de afrontamiento son los más utilizados.

Confiabilidad y Validez

El COPE (Cuestionario Multifactorial de Afrontamiento) fue desarrollado a partir de una muestra de 978 estudiantes universitarios de la Universidad de Miami. Las respuestas al cuestionario diseñado fueron sujetas a análisis factorial utilizando rotación oblicua, se obtiene una fórmula final de 11 factores con valores eigen mayores a 1.0. Se señala que las escalas afrontamiento activo y planificación conforman un solo factor; mientras que las dos escalas de soporte conforman un segundo. Sin embargo, los autores optaron por mantener cada escala por separado por motivos teóricos. Este análisis produjo 13 factores con un coeficiente alpha de Cronbach entre 0.45 hasta 0.92; siendo el área débil desentendimiento mental con una alfa menor de 0.60 ($\alpha=0.45$); asimismo, las mediciones test-retest dieron rangos entre 0.46 y 0.86 a las 8 semanas. (Carver, et. al, 1989).

En el Perú, el COPE de 52 ítems fue adaptado por Cassuso (1996) en una muestra de 817 universitarios. En ese estudio se encontró para las estrategias índices alfa de

Cronbach que oscilan entre 0.40 y 0.86, siendo las escalas con confiabilidad más bajas desentendimiento mental ($\alpha=0.48$) y negación ($\alpha=0.40$). A nivel de la validez, el análisis factorial exploratorio con rotación varimax arrojó 13 escalas con valores eigen mayores a 1 y adecuadas cargas factoriales, aunque la estructura factorial no coincidió totalmente con la original (Cassaretto Bardales & Perez Aranibar, 2016, p.98).

Este instrumento fue aplicado en diversos contextos de la ciudad de La Paz para estudiar las estrategias de afrontamiento, por lo que cuenta con la validez apropiado en sujetos de nuestro medio social, de los cuales se mencionan algunos de ellos:

- Aplicado en la investigación de Afrontamiento y autoestima en pacientes oncológicos del Hospital Militar Central de La Paz, realizada por Molína Delgado María Patricia (2012).
- Aplicado en la investigación Estrés Negativo y Síndrome de Ansiedad en relación a los Estilos de Afrontamiento en mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar, estudio realizado en los Servicios Legales Municipales por Karina Dávila Espada (2016), que realizó un estudio piloto en una muestra de 20 participantes para verificar si es aplicable a nuestro contexto, donde obtuvo un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,8864 la cual permite señalar que los resultados son confiables para su aplicación.
- El estudio de Relación entre el Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento en los trabajadores de la Industria Aje Bolivia La Paz y El Alto por Ingrid Alexandra Barrios Duran (2016), utilizo el instrumentó COPE28 Cuestionario de Estimación de Afrontamiento en una muestra de 40 trabajadores.

3.4.2.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Aaron T. Beck, en 1988 fue quien elaboro el inventario de BAI (Beck Anxiety Inventory), es uno de los instrumentos más empleados en la población clínica y la población en general para evaluar sintomatología ansiosa. El Inventario de Ansiedad de

Beck es un cuestionario de 21 ítems que evalúa la gravedad de los síntomas ansiosos en cuatro factores: subjetivos, neurofisiológicos, autonómico y vasomotores:

Tabla 7. Descripción de los factores del BAI

FACTORES	N°	SUB ESCALA	POSICIÓN
I SÍNTOMAS SUBJETIVOS	1	Terrores	9
	2	Sensación de inestabilidad e inseguridad física	8
	3	Miedo a perder el control	14
	4	Miedo a morir	16
	5	Miedo a que pase lo peor	5
	6	Incapacidad de relajarme	4
	7	Nerviosismo	10
II SÍNTOMAS NEUROFISIOLÓGI COS	8	Debilidad de piernas	3
	9	Manos temblorosas	12
	10	Molestias digestivas o abdominales	18
	11	Sensación de mareo	6
	12	Debilidad, palidez, sensación de irse a desmayar	19
	13	Hormigueo o entumecimiento	1
	14	Temblor generalizado o entumecimiento	13
	15	Sobresaltos	17
III SÍNTOMAS AUTONÓMICO	16	Dificultad para respirar	15
	17	Sensación de ahogo	11
	18	Opresión en el pecho, o latidos acelerados, palpitaciones	7
IV SÍNTOMAS VASOMOTORES	19	Oleadas de calor (bochornos), sensación de calor	2
	20	Ruborizarse, sonrojamiento	20
	21	Sudoración (no debida a calor)	21

Las opciones de respuesta del Inventario están formadas por el tipo de escala Likert que “consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes ,es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala a cada punto se le asigna un valor numérico” (Hernández, 1999, p.341), el inventario de ansiedad de Beck presenta cuatro alternativas de selección:

Tabla 8. Escala Likert del BAI

ESCALA	
0	En Absoluto
1	Levemente, no me molesta mucho
2	Moderadamente, muy desagradable, pero podía soportarlos
3	Gravemente, casi no podía soportarlo

Corrección e interpretación

La corrección del instrumento se realiza mediante la suma total de todos los valores obtenidos, cada reactivo se califica de 0 a 3 donde la suma de todas sus respuestas varía de 0 a 63 puntos como máximo. Además, que cada sub escala presenta su propia puntuación máxima, obtenida por la suma total, cuanto mayor es el resultado obtenido, mayor es la severidad de los síntomas.

La interpretación del puntaje promedio obtenido del BAI se realiza de la siguiente manera:

Tabla 9. Interpretación del BAI

PUNTOS DE CORTE	
NIVEL	RANGO
Ansiedad mínima	0 – 7
Ansiedad leve	8 - 15
Ansiedad moderada	16 - 25
Ansiedad grave	26 - 63

La puntuación total es la suma de todos los 21 ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considera solo la mayor puntuación), los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Confiabilidad y validez

Los estudios psicométricos indican que el BAI dispone de alta coherencia interna (alpha de Cronbach= 0.92) la correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71 y la fiabilidad test-retest con un intervalo de una semana es de 0.75. La Puntuación Total BAI correlaciona moderadamente con otras medidas de síntomas de ansiedad como la Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton Revisada, Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo, diario semanal de valoraciones de ansiedad y los pacientes con trastornos de ansiedad puntúan significativamente más alto que aquellos con otros diagnósticos psiquiátricos. Como se señala en el manual (Beck & Steer, 1990), las medias y desviaciones estándar de la Puntuación Total BAI para diferentes grupos diagnósticos son las siguientes: trastorno de angustia con agorafobia M = 27.27, DS = 13.11, fobia social M = 17.77, DS = 11.64, TOC M = 21.69, DS = 12.42, TAG M = 18.83, DS = 9,08, y trastorno depresivo primario1 M = 17.80, DS = 12.20 (Clark & Beck, 2012, p.236-237).

En el estudio en nuestro contexto fue aplicado por Nina Huanca Amalia (2019) Niveles de Ansiedad y Estrategias de Afrontamiento en Mujeres Víctimas de Violencia Familiar en el Servicio Legal Integral Municipal D-4 de la Ciudad de El Alto, que realizó una

muestra piloto de 10 usuarios para verificar si es aplicable a nuestro contexto, donde obtuvo un coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0,925 este resultado nos Indica que el Índice de consistencia interna del instrumento tiene Fiabilidad al ser 0,925 de consistencia Alta.

La sintomatología ansiosa es uno de los principales problemas psicológicos en pacientes oncológicos, el inventario de Ansiedad de Beck ha demostrado ser un instrumento válido y confiable.

3.5 Procedimiento

La presente investigación estableció la relación entre las variables estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer que realizaron su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO), para tal efecto se procedió con las siguientes fases:

Fase 1

Se tomó contacto con los pacientes con cáncer que acuden a la Institución Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO) para realizar su tratamiento contra esta enfermedad.

Fase 2

Se realizó una desensibilización informativa acerca de los objetivos de la investigación a los pacientes oncológicos, aprovechando el momento de espera antes de ingresar a su tratamiento médico en el IBRO, al mismo tiempo se les aclaró que los resultados de los cuestionarios serán utilizados con fines investigativos y el manejo de la información brindada tiene un carácter confidencial.

Fase 3

Se procedió a la aplicación de los instrumentos de la investigación: el cuestionario sociodemográfico, con el objetivo de recabar datos específicos del paciente oncológico, seguida de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck y del Cuestionario de Afrontamiento COPE. Los cuestionarios presentados a los pacientes con cáncer fueron administrados de manera individual.

Fase 4

Se procedió a la elaboración de la tabulación de los datos obtenidos a través del programa Microsoft Excel y el paquete informático estadístico SPSS en función de las pruebas de chi cuadrado la cual permitió obtener los resultados y la relación de las variables de estudio.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo muestra los resultados obtenidos en función de las variables estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad en pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO).

La recolección de los datos de la población de estudio se estableció en función de la aplicación del cuestionario de los datos sociodemográfico y la aplicación del Cuestionario de Estimación de Afrontamiento COPE de forma disposicional y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). En base a la recolección de la información, la sistematización de los datos se realizó en el programa Estadístico SPSS versión 24, la cual permitió constatar la relación de las variables de estudio.

El análisis de los resultados se presenta en cinco dimensiones:

- Primero: Descripción de los datos sociodemográficos
- Segundo: Descripción de las estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad
- Tercero: Relación entre las variables de estudio
- Cuarto: Relación entre los niveles de ansiedad y los datos sociodemográficos
- Quinto: Discusión de resultados

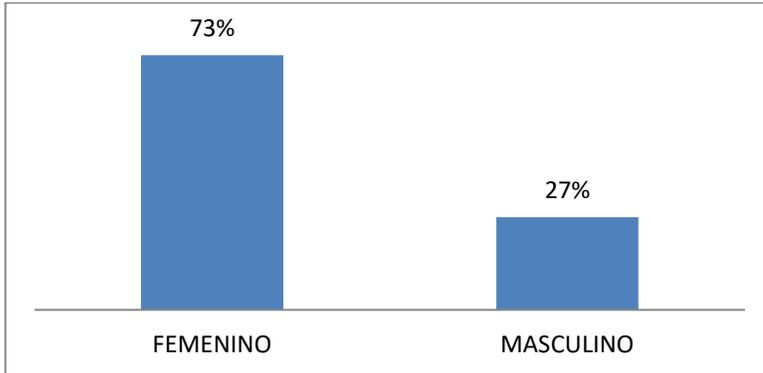
4.1 Descripción de los datos Sociodemográficos

Tabla 10. Género

		GÉNERO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	22	73,3	73,3	73,3
	MASCULINO	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Ilustración 1. Representación gráfica del Género



Fuente: Elaboración propia

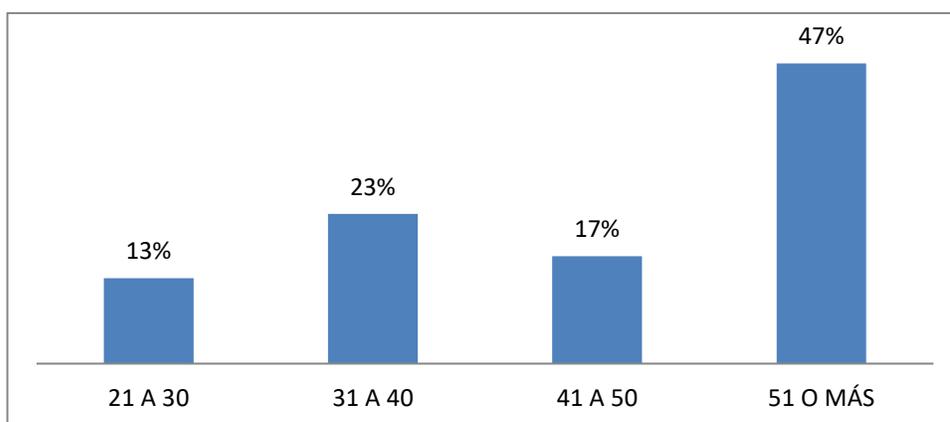
En la ilustración 1, se observa un porcentaje mayor del género femenino que representa el 73% de la muestra, lo que indica que son más mujeres las que se encontraron realizando su tratamiento para el cáncer, y en menor proporción se encuentra con el 27% el género masculino.

Tabla 11. Edad

		EDAD			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	21 A 30	4	13,3	13,3	13,3
	31 A 40	7	23,3	23,3	36,7
	41 A 50	5	16,7	16,7	53,3
	51 ó MÁS	14	46,7	46,7	100,0
Total		30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 2. Representación gráfica de la Edad



Fuente: Elaboración propia

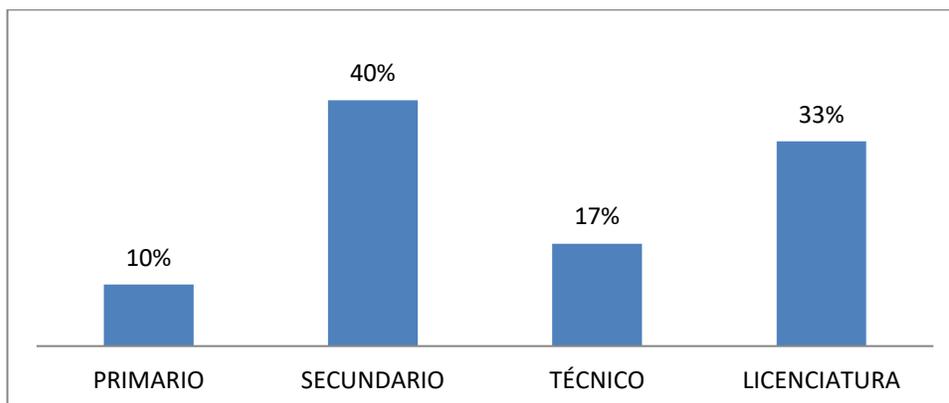
La edad es un factor de riesgo importante en la enfermedad del cáncer en general, sin embargo, la enfermedad puede ocurrir a cualquier edad como se puede identificar en la ilustración 2, indica que la mayor cantidad de pacientes que realizaron su tratamiento contra el cáncer son personas adultas a partir de los 51 años de edad hacia adelante, la cual representa un 47% de la población de estudio, el 17 % de la muestra se encuentran entre las edades de 41 y 50 años, por su parte, el 23% oscilan entre las edades de 31 a 40 años y un porcentaje menor con el 13 % de los pacientes están entre los 21 a 30 años de edad.

Tabla 12. Nivel de Instrucción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRIMARIO	3	10,0	10,0	10,0
	SECUNDARIO	12	40,0	40,0	50,0
	TÉCNICO	5	16,7	16,7	66,7
	LICENCIATURA	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 3. Representación gráfica del Nivel de instrucción



Fuente: Elaboración propia

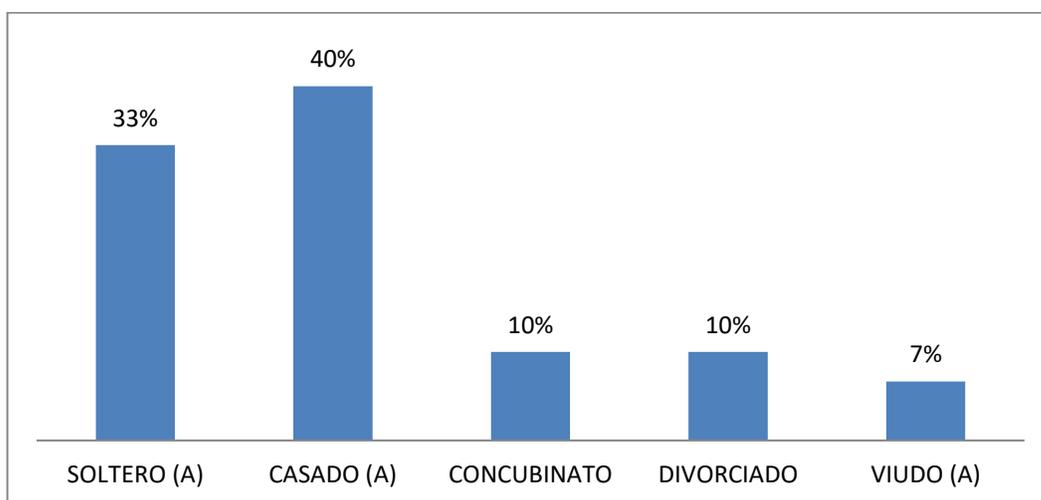
En la ilustración 3, se observa el nivel de instrucción, indica que el 40 % de los pacientes realizaron sus estudios hasta nivel secundario, el 33% de los encuestados cursaron sus estudios hasta la licenciatura, el 17 % realizaron sus estudios hasta el nivel técnico y 10 % estudiaron hasta el ciclo primario.

Tabla 13 Estado Civil

		ESTADO CIVIL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SOLTERO (A)	10	33,3	33,3	33,3
	CASADO (A)	12	40,0	40,0	73,3
	CONCUBINATO	3	10,0	10,0	83,3
	DIVORCIADO	3	10,0	10,0	93,3
	VIUDO (A)	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 4. Representación gráfica del Estado Civil



Fuente: Elaboración propia

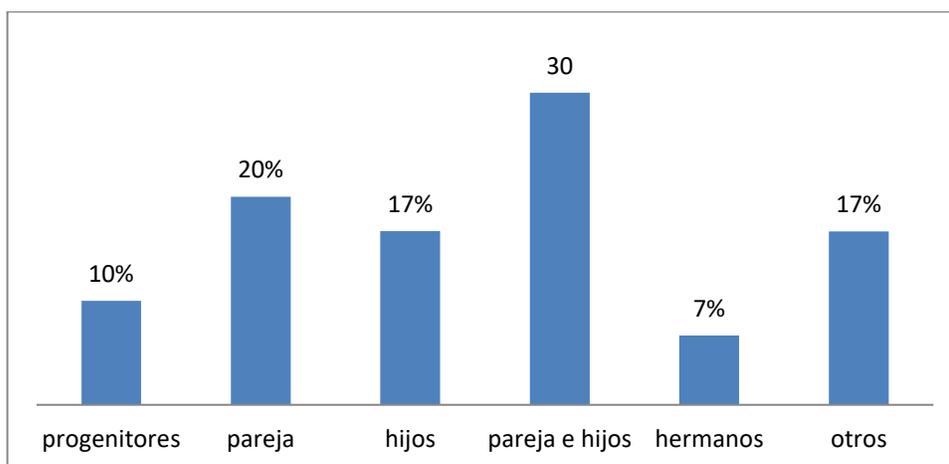
En la ilustración 4, se puede observar que el 40% de la población de estudio son casados, el 33% de los pacientes son solteros, el 10% se encuentran en una relación de concubinato, el 10% son divorciados y el 7% son viudos.

Tabla 14. Con quien vive

		CON QUIEN VIVE			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PROGENITORES	3	10,0	10,0	10,0
	PAREJA	6	20,0	20,0	30,0
	HIJOS	5	16,7	16,7	46,7
	PAREJA E HIJOS	9	30,0	30,0	76,7
	HERMANOS (AS)	2	6,7	6,7	83,3
	OTROS	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 5. Representación gráfica - con quien vive



Fuente: Elaboración propia

En la ilustración 5 se aprecia que el 30% de las personas viven con pareja y los hijos la cual refleja una familia nuclear, el 20% de los pacientes viven con los hijos, se relaciona a una familia monoparental, el 17% de los pacientes indican vivir con su pareja, por su parte, el 10% viven con los progenitores y el 7 % viven con los hermanos.

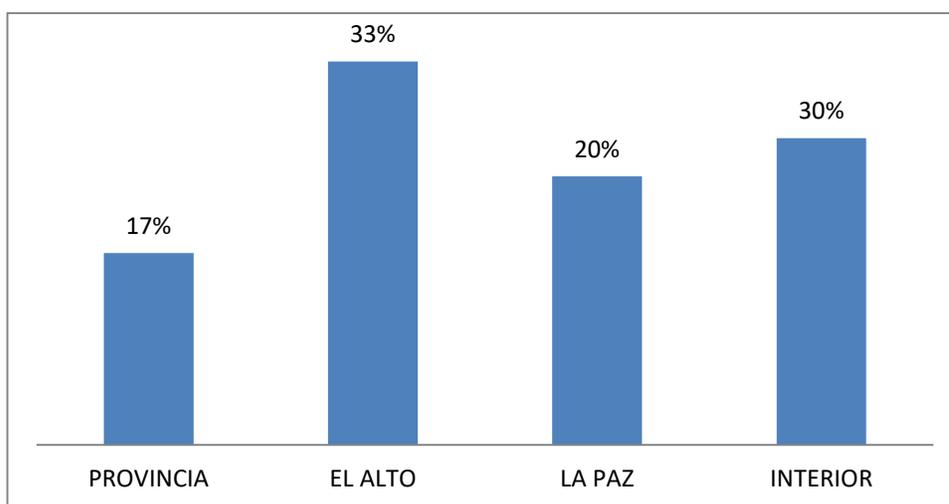
En relación a la categoría otros, que representa el 17% describen vivir con el progenitor, pareja e hijos, además manifiestan vivir con los hermanos e hijos, la cual representaría al tipo de familia extensa, también se identificó a una mínima parte de los pacientes que viven solos.

Tabla 15. Residencia

		RESIDENCIA			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	PROVINCIA	5	16,7	16,7	16,7
	EL ALTO	10	33,3	33,3	50,0
	LA PAZ	6	20,0	20,0	70,0
	INTERIOR	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 6. Representación gráfica de la Residencia



Fuente: Elaboración propia

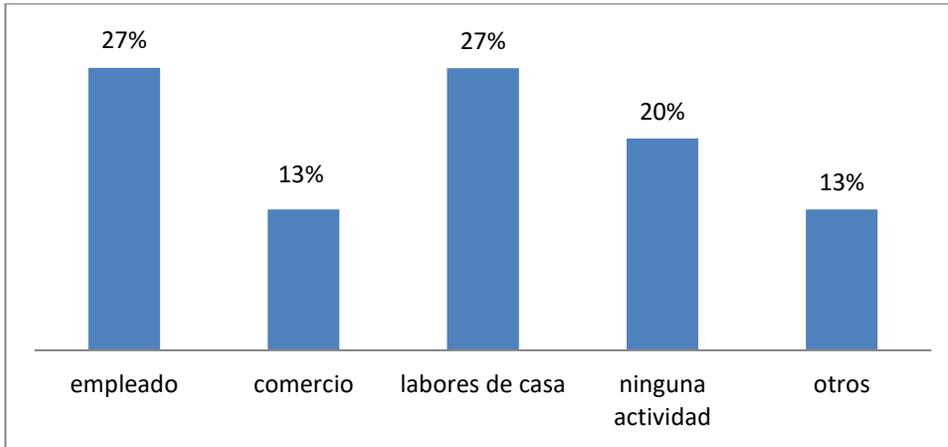
La ilustración 6, refleja que el 33% de los pacientes que realizaron su tratamiento viven en la ciudad de El Alto, el 30% vienen de diferentes departamentos como Oruro, Cochabamba, Sucre y Tarija. Por su parte, el 20% de los pacientes que acuden al IBRO vienen de la ciudad de La Paz, y el 17% proceden de diferentes provincias.

Tabla 16. Ocupación

		ocupación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	EMPLEADO	8	26,7	26,7	26,7
	COMERCIO	4	13,3	13,3	40,0
	LABORES DE CASA	8	26,7	26,7	66,7
	NINGUNA ACTIV.	6	20,0	20,0	86,7
	OTROS	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 7. Representación gráfica de la Ocupación



Fuente: Elaboración propia

La ilustración 7, muestra que los pacientes con cáncer que hacen su tratamiento en el IBRO, realizan diferentes actividades, en tanto se observa que el 27 % de la población de estudio son empleados, por su parte, el 27% se enmarcaron como labores de casa y el 13% de los pacientes tienen como principal actividad el comercio. El 20 % de los pacientes no realizan ninguna actividad debido a los efectos secundarios de los tratamientos y el avance de la enfermedad. En la categoría otros, el 13% de la población de estudio se registraron como jubilados y una mínima cantidad como agricultores.

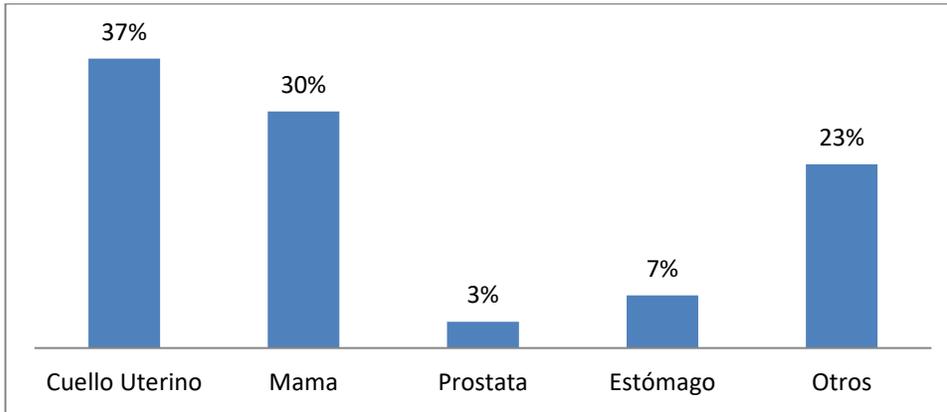
4.1.1 Datos de la enfermedad

Tabla 17. Tipo de cáncer

		TIPO DE CANCER			Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	acumulado
Válido	CUELLO UTERINO	11	36,7	36,7	36,7
	MAMA	9	30,0	30,0	66,7
	PRÓSTATA	1	3,3	3,3	70,0
	ESTOMAGO	2	6,7	6,7	76,7
	OTROS	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 8 Representación gráfica del Tipo de Cáncer



Fuente: Elaboración propia

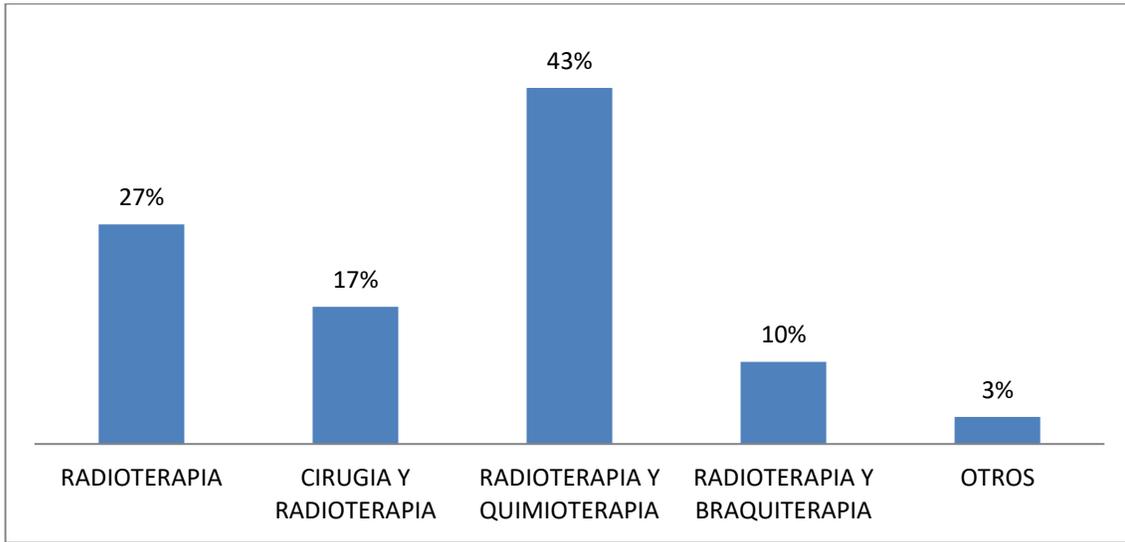
La ilustración 8, refleja el tipo de cáncer que presentan mujeres y varones. En relación a las mujeres existe una mayor cantidad de pacientes con cáncer de cuello uterino manifestándose a un 37% y el cáncer de mama en un 30%. En relación a los varones el cáncer que mayormente se presentan es el de estómago con el 7% y en menor porcentaje el cáncer de próstata con el 3%. En la Categoría otros, refleja el 23% de los pacientes que presentan diferentes tipos de cáncer como: paraganglioma glomus carotideo, meningioma de cabeza, Cáncer de garganta, Cáncer de nuca, linfomas y adenocarcinoma de pulmón.

Tabla 18 Tipo de tratamiento

		TIPO DE TRATAMIENTO			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	RADIOTERAPIA	8	26,7	26,7	26,7
	CIRUGIA Y RADIOTERAPIA	5	16,7	16,7	43,3
	RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA	13	43,3	43,3	86,7
	RADIOTERAPIA Y BRAQUITERAPIA	3	10,0	10,0	96,7
	OTROS	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 9. Representación gráfica del Tipo de tratamiento



Fuente: Elaboración propia

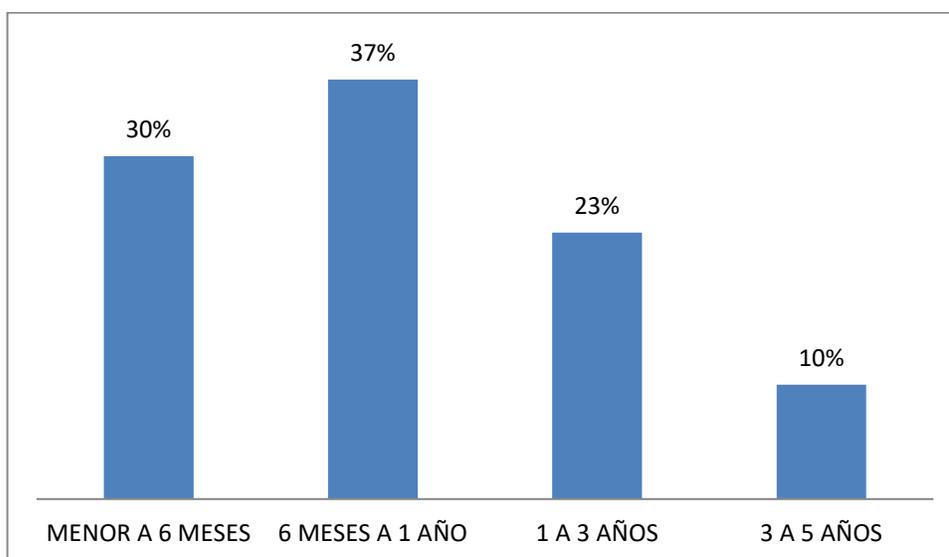
La ilustración 9, muestra el tipo de tratamiento que realizan contra el cáncer, muchos de los tratamientos a los que se someten los pacientes dependen sobre todo del tipo de cáncer, del avance de la enfermedad y de la salud de la persona. Los datos reflejan que el 43% de los pacientes recibieron radioterapia y quimioterapia como tratamiento contra el cáncer y el 27% solamente radioterapia. Se puede observar también que el 17% realizaron como tratamiento inicial la cirugía y luego la radioterapia y el 10% de la población de estudio realizaron radioterapia y braquiterapia. En la categoría otros, muestra el 3 % de los pacientes realizaron la radioterapia y el tratamiento biológico.

Tabla 19. Tiempo del diagnóstico

		TIEMPO DE DIAGNOSTICO			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	MENOR A 6 MESES	9	30,0	30,0	30,0
	6 MESES A 1 AÑO	11	36,7	36,7	66,7
	1 A 3 AÑOS	7	23,3	23,3	90,0
	3 A 5 AÑOS	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 10. Representación gráfica del Tiempo del diagnóstico



Fuente: Elaboración propia

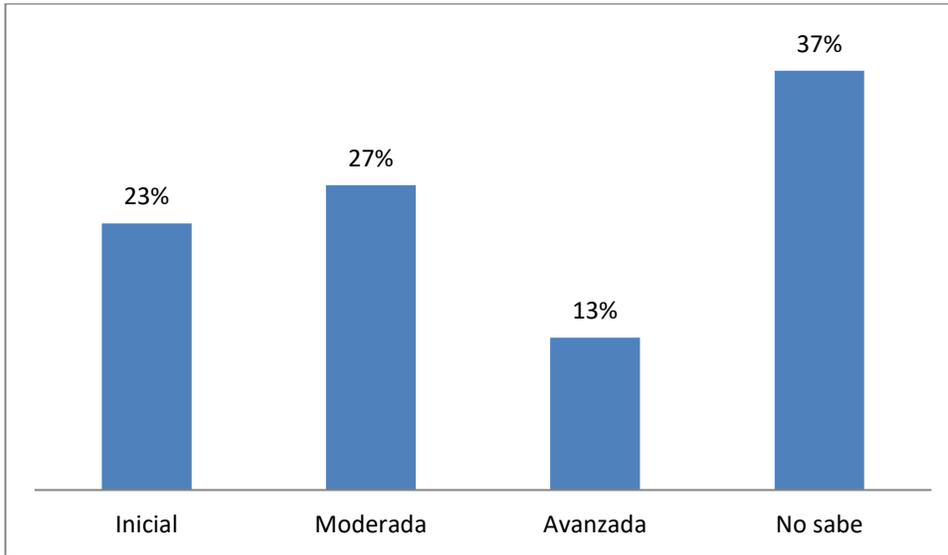
La ilustración 10, describe que el 37% de los pacientes fueron diagnosticados hace más de los 6 meses a 1 año aproximadamente y el 30 % fueron diagnosticados antes de los 6 meses. Por su parte, el 23 % de los pacientes han sido diagnosticados entre los 1 a 3 años y un porcentaje menor muestra que el 10 % fueron diagnosticados hace más de 3 a 5 años.

Tabla 20. Fase de la enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Inicial	7	23,3	23,3	23,3
Moderada	8	26,7	26,7	50,0
Avanzada	4	13,3	13,3	63,3
No sabe	11	36,7	36,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 11. Representación gráfica de la Fase de la enfermedad



Fuente: Elaboración propia

La ilustración 11, muestra que el 37% de los pacientes que acudieron al IBRO para realizar su tratamiento contra el cáncer refleja no saber en qué fase se encuentra la enfermedad, mientras que el 27% de los pacientes se encuentran en la fase moderada de la enfermedad, el 23% de la población de estudio están en la fase inicial y el 13% de los pacientes se encuentran en una etapa avanzada de la enfermedad, es decir, que la localización original del cáncer se ha diseminado por el cuerpo generando metástasis.

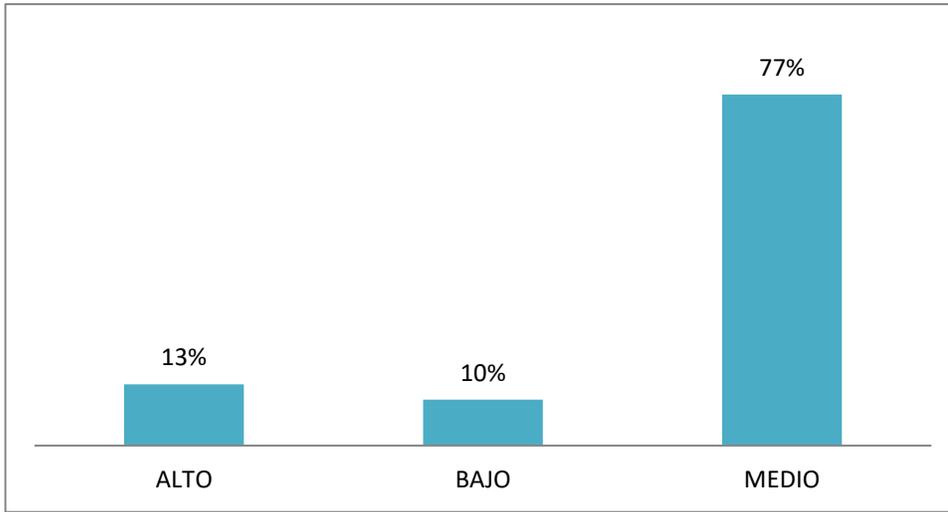
4.2 Descripción de estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad

Tabla 21. Afrontamiento Enfocado en el Problema

ENFOCADO EN EL PROBLEMA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALTO	4	13,3	13,3	13,3
	BAJO	3	10,0	10,0	23,3
	MEDIO	23	76,7	76,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 12. Representación gráfica del afrontamiento Enfocado en el Problema



Fuente: Elaboración propia

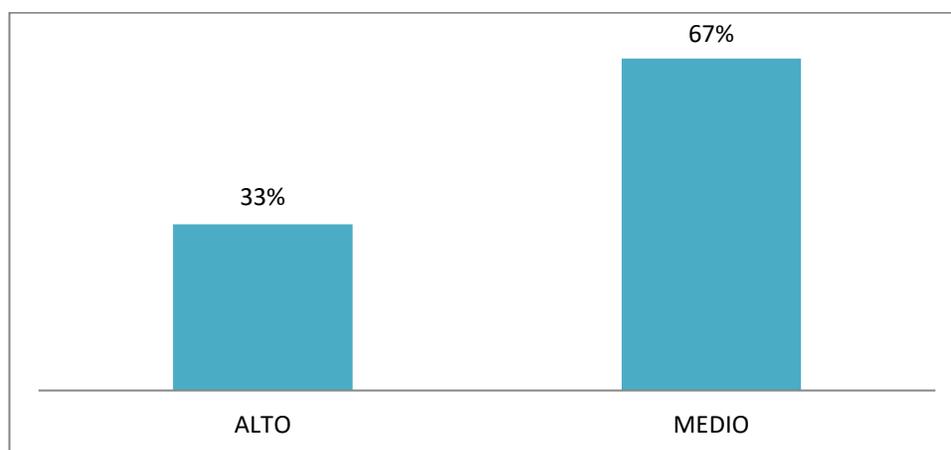
En la ilustración 12, se observa el afrontamiento enfocado en el problema. Este estilo de afrontamiento refiere cambiar la situación estresante a través de acciones dirigidos a resolver el estresor, como la planificación, la supresión de otras actividades, la postergación del afrontamiento, el afrontamiento activo y la búsqueda de apoyo social. Según los datos muestra que el 77% de pacientes oncológicos utilizaron generalmente este modo de afrontamiento a un nivel medio, el 13 % a un nivel alto y el 10% a un nivel bajo.

Tabla 22. Afrontamiento Enfocado en la emoción

		ENFOCADO EN LA EMOCIÓN			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	ALTO	10	33,3	33,3	33,3
	MEDIO	20	66,7	66,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 13. Representación gráfica del Afrontamiento Enfocado en la emoción



Fuente: Elaboración propia

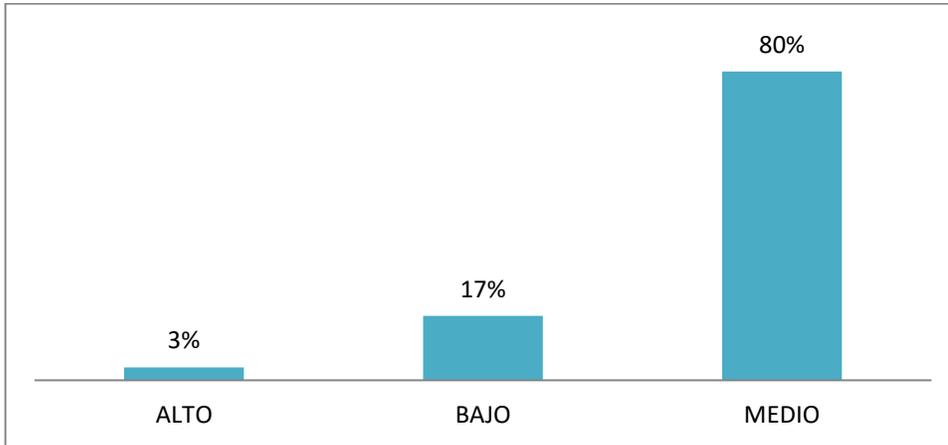
En la ilustración 13, se observa el afrontamiento enfocado en la emoción, este modo de afrontamiento busca regular la respuesta emocional frente a una situación estresante, en función de la búsqueda de apoyo social y empatía, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación de la situación estresante, acudir a la religión y liberar emociones. Los datos muestran que el 67% de los pacientes que presentan el diagnóstico de cáncer utilizan estrategias de afrontamiento enfocado en la emoción a un nivel medio y el 33% acuden a este modo de afrontamiento en la emoción a un nivel alto.

Tabla 23. Estilos Adicionales de afrontamiento

ESCALAS ADICIONALES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALTO	1	3,3	3,3	3,3
	BAJO	5	16,7	16,7	20,0
	MEDIO	24	80,0	80,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 14. Representación gráfica de los Estilos Adicionales de afrontamiento



Fuente: Elaboración propia

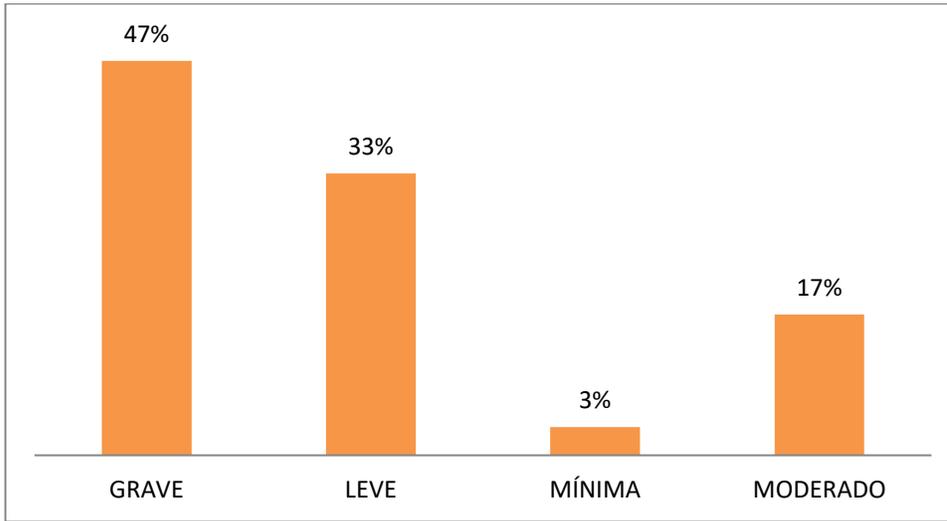
En la ilustración 14, se observa los estilos adicionales de afrontamiento, este modo de afrontamiento se presenta generalmente cuando las personas niegan la situación estresante, el disentimiento conductual y el disentimiento cognitivo. Según los datos reflejan que el 80% de los pacientes con cáncer presentaron otros estilos de afrontamiento a un nivel medio lo que indica que generalmente utilizaron este tipo de afrontamiento, el 17% de los pacientes tienen este modo de afrontamiento a un nivel bajo y el 3% de los pacientes presentaron un nivel alto.

Tabla 24. Niveles de la ansiedad

		NIVELES DE ANSIEDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	GRAVE	14	46,7	46,7	46,7
	LEVE	10	33,3	33,3	80,0
	MÍNIMA	1	3,3	3,3	83,3
	MODERADO	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 15. Representación gráfica de los Niveles de la ansiedad



Fuente: Elaboración propia

En la ilustración 15, se observa los niveles de ansiedad. La ansiedad es una de las reacciones más frecuentes en las personas, se presenta ante cualquier amenaza o peligro interno o externo.

La ansiedad se presenta como síntomas subjetivos, síntomas neurofisiológicos, síntomas autonómicos y síntomas vasomotores, en situaciones de peligro se manifiestan diferentes señales como sensación de inestabilidad e inseguridad física, miedo a perder el control, miedo a morir, nerviosismo, incapacidad de relajarse, debilidad de las piernas, sensaciones de mareo, hormigueo, temblor generalizado, opresión en el pecho, sudoración entre otros.

Los datos presentados en la ilustración reflejan que el 47% de los pacientes con cáncer que realizaron su tratamiento en el IBRO presentaron ansiedad grave, el 33% se encontraron con ansiedad leve, el 17% de los pacientes oncológicos presentaron ansiedad moderada y el 3% ansiedad mínima.

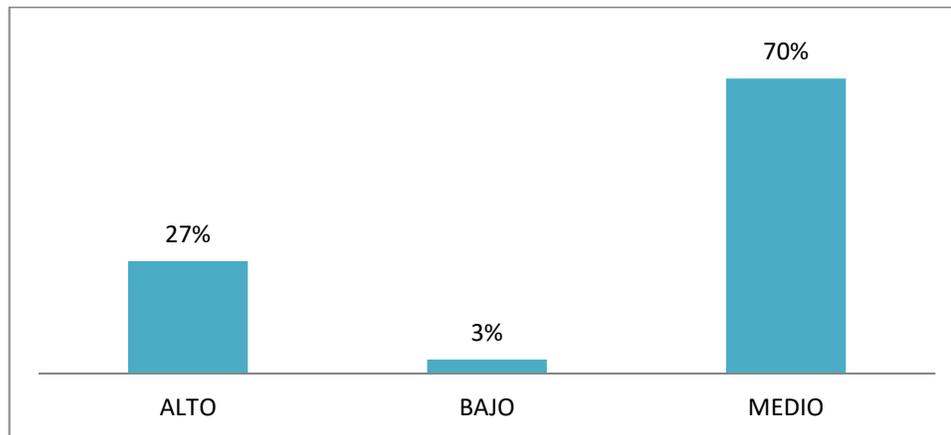
4.2.1 Estrategias de afrontamiento más utilizadas

Tabla 25. Afrontamiento Activo

		AFRONTAMIENTO ACTIVO			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	ALTO	8	26,7	26,7	26,7
	BAJO	1	3,3	3,3	30,0
	MEDIO	21	70,0	70,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 16 Representación gráfica del Afrontamiento Activo



Fuente: Elaboración propia

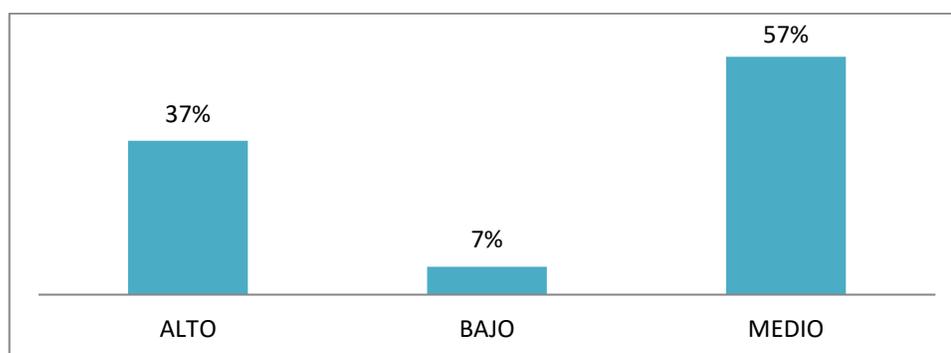
En la ilustración 16, se observa el afrontamiento activo que refiere al esfuerzo y a las acciones para superar los problemas. De acuerdo a los datos obtenidos la ilustración, muestra que el 70% de los pacientes con cáncer manejan el afrontamiento activo, de manera que tomaron acciones directas para enfrentar la situación que está generando estrés a un nivel medio, por su parte, el 27% de los pacientes utilizan el afrontamiento activo a un nivel alto y el 3% a un nivel bajo.

Tabla 26. Planificación

		PLANIFICACIÓN			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	ALTO	11	36,7	36,7	36,7
	BAJO	2	6,7	6,7	43,3
	MEDIO	17	56,7	56,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 17. Representación gráfica de la Planificación



Fuente: Elaboración propia

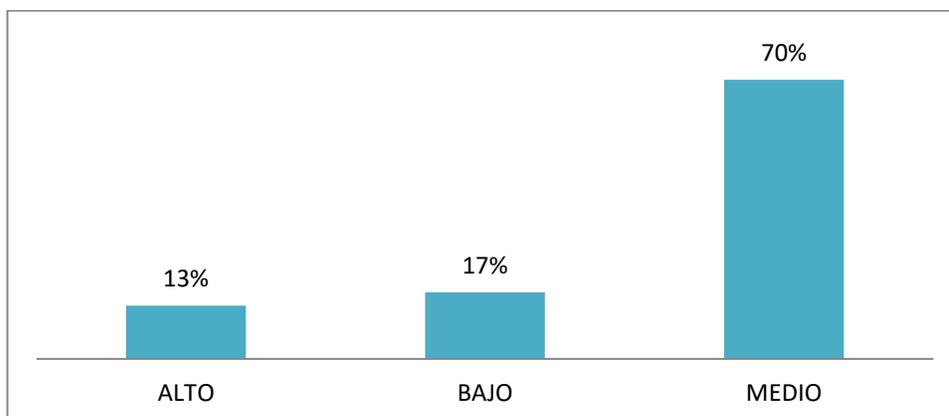
La ilustración 17 se observa la planificación donde refleja que el 57% de los pacientes con cáncer utilizaron la planificación como un modo de afrontamiento a un nivel medio lo que indica que generalmente la utilizaron, el 37 % de la población de estudio aplicaron la planificación a un nivel alto y el 7% a un nivel bajo.

Tabla 27. Supresión de otras actividades

		Supresión de otras actividades			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	ALTO	4	13,3	13,3	13,3
	BAJO	5	16,7	16,7	30,0
	MEDIO	21	70,0	70,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 18. Representación gráfica de la Supresión de otras actividades



Fuente: Elaboración propia

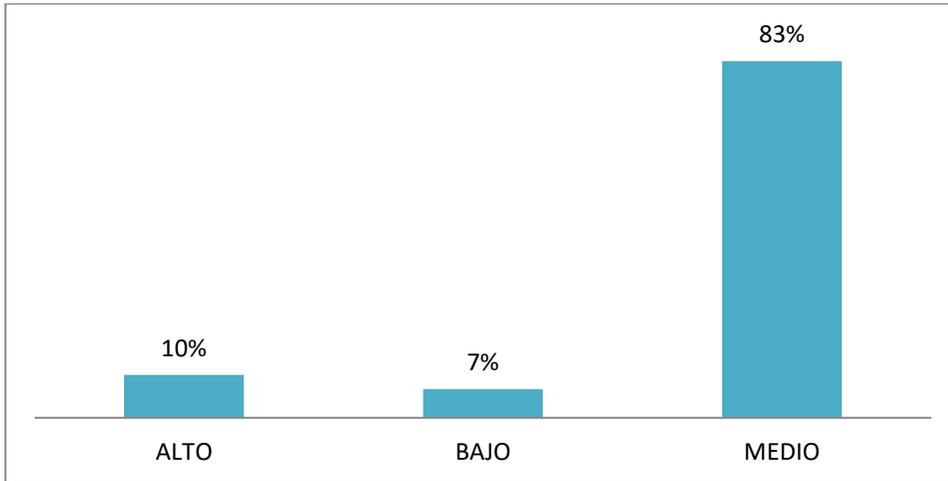
En la ilustración 18 se observa que el 70% de los pacientes con cáncer manejaron la supresión de otras actividades como una manera de distanciarse y concentrarse solamente en la situación estresante, reflejada a un nivel medio, el 17% utilizaron la supresión de otras actividades a un nivel bajo y el 13% se enfocaron en la supresión de actividades a un nivel alto.

Tabla 28. Postergación del afrontamiento

POSTERGACIÓN DEL AFRONTAMIENTO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALTO	3	10,0	10,0	10,0
	BAJO	2	6,7	6,7	16,7
	MEDIO	25	83,3	83,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 19. Representación gráfica de la Postergación del afrontamiento



Fuente: Elaboración propia

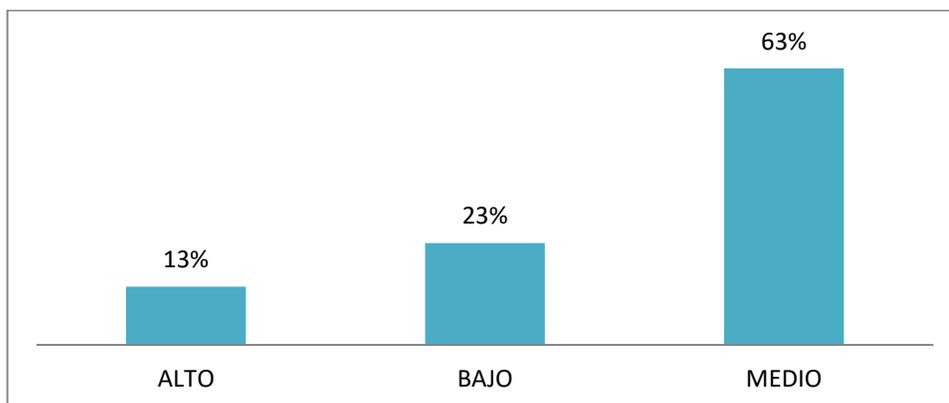
Se observa en la ilustración 19 que el 83% de los pacientes postergan el afrontamiento a un nivel medio como una forma de esperar y encontrar el momento oportuno para actuar sobre el problema, por su parte, el 10% de los pacientes postergan el afrontamiento a un nivel alto y el 7% optan por postergar el afrontamiento a un nivel bajo.

Tabla 29. Búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales)

BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL (POR RAZONES INSTRUMENTALES)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALTO	4	13,3	13,3	13,3
	BAJO	7	23,3	23,3	36,7
	MEDIO	19	63,3	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 20. Representación gráfica de la Búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales)



Fuente: Elaboración propia

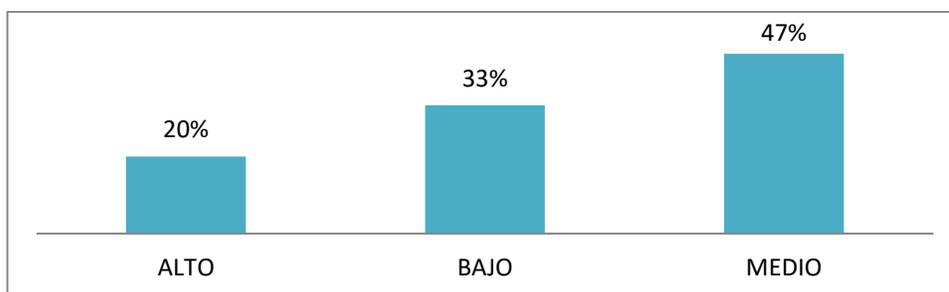
Se observa en la ilustración 20 que el 63 % de los pacientes con cáncer recurren a la búsqueda de apoyo social, como consejos e información para solucionar el problema en un nivel medio, el 23% recurrieron a la búsqueda de apoyo social en un nivel bajo y el 13 % buscaron el apoyo social a un nivel alto.

Tabla 30. Búsqueda de apoyo social (por razones emocionales)

BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL (POR RAZONES EMOCIONALES)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALTO	6	20,0	20,0	20,0
	BAJO	10	33,3	33,3	53,3
	MEDIO	14	46,7	46,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 21. Representación gráfica de la Búsqueda de apoyo social (por razones emocionales)



Fuente: Elaboración propia

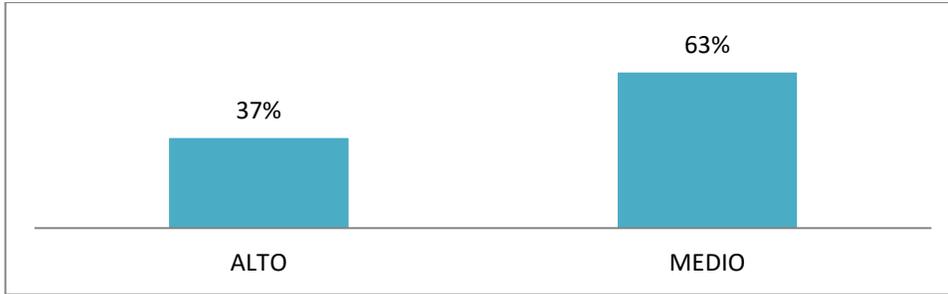
Se observa en la ilustración 21 de la búsqueda de apoyo social por razones emocionales, hace referencia al apoyo social como la empatía y la comprensión de manera que se reduzca la emoción negativa ante la situación estresante. El 47% de los pacientes con cáncer buscaron el apoyo social por razones emocionales en un nivel medio. Por su parte, el 33% buscaron el apoyo social a un nivel bajo y el 20 % de los pacientes buscaron el apoyo social en un nivel alto.

Tabla 31. Reinterpretación positiva y crecimiento

REINTERPRETACIÓN POSITIVA Y CRECIMIENTO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALTO	11	36,7	36,7	36,7
	MEDIO	19	63,3	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 22. Representación gráfica de la Reinterpretación positiva y crecimiento



Fuente: Elaboración propia

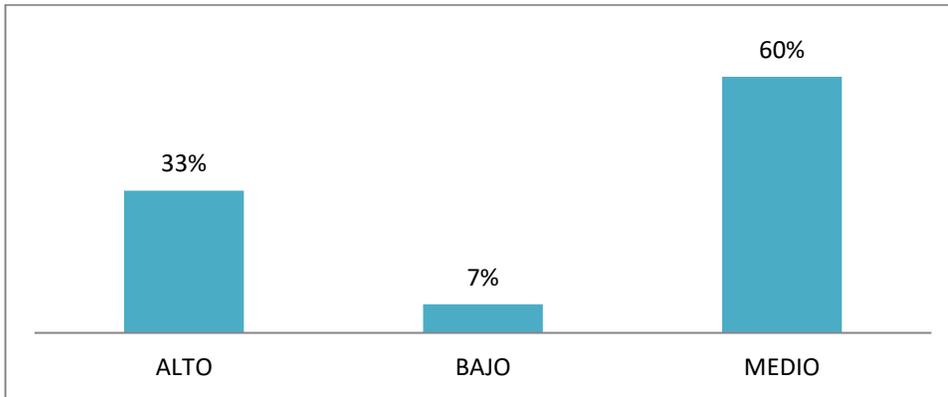
Se observa en la ilustración 22 que el 63% de la población de estudio utilizó la reinterpretación positiva y crecimiento a un nivel medio de manera que en un futuro se asuma como un aprendizaje la situación estresante y el 37% de los pacientes utilizan la reinterpretación positiva y crecimiento a un nivel alto.

Tabla 32. Aceptación

		ACEPTACIÓN			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALTO	10	33,3	33,3	33,3
	BAJO	2	6,7	6,7	40,0
	MEDIO	18	60,0	60,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 23. Representación gráfica de la Aceptación



Fuente: Elaboración propia

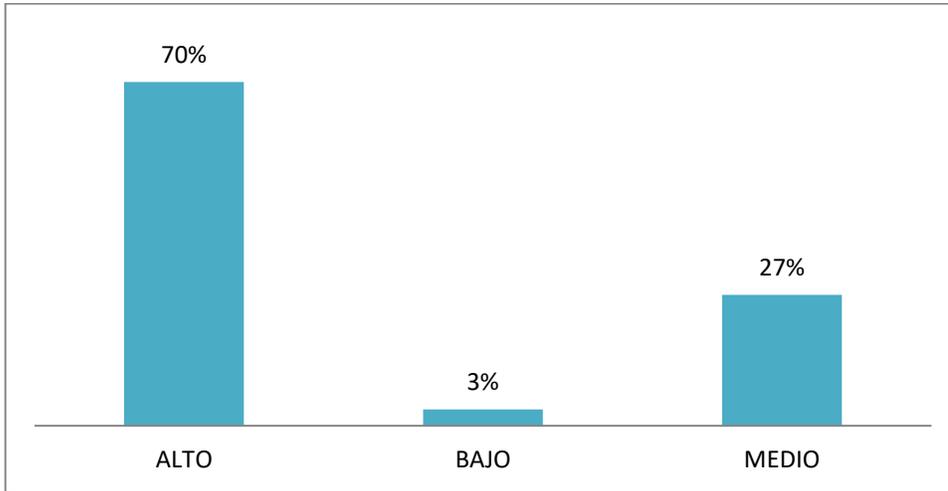
La ilustración 23 muestra que el 60% de los pacientes con cáncer utilizaron la aceptación como una estrategia de afrontamiento en nivel medio, es decir que, aprenden a vivir con los problemas, aceptan el problema como un hecho que no pueden cambiar y aceptan la realidad. El 33% de los pacientes acudieron a la aceptación como estrategia de afrontamiento en un nivel alto, y el 7% aceptaron la situación estresante en un nivel bajo.

Tabla 33. Acudir a la religión

ACUDIR A LA RELIGIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALTO	21	70,0	70,0	70,0
	BAJO	1	3,3	3,3	73,3
	MEDIO	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 24. Representación gráfica de Acudir a la religión



Fuente: Elaboración propia

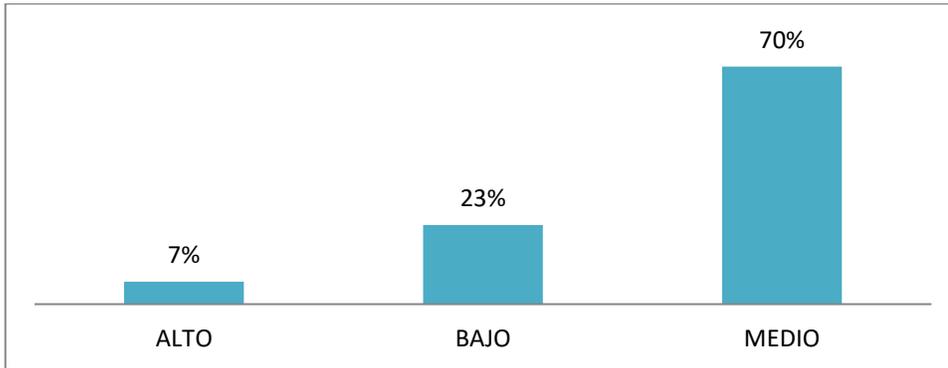
En la ilustración 24 se puede observar que el 70 % de los pacientes acudieron a la religión como una forma de afronte ante la enfermedad como el pedir a Dios que le ayude, rezar más que de costumbre y encontrar consuelo en la religión a un nivel alto, por su parte, el 27% de los pacientes buscaron refugiarse en la espiritualidad y la religión a un nivel medio y el 3 % a un nivel bajo.

Tabla 34. Enfocar y liberar emociones

ENFOCAR Y LIBERAR EMOCIONES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALTO	2	6,7	6,7	6,7
	BAJO	7	23,3	23,3	30,0
	MEDIO	21	70,0	70,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 25. Representación gráfica de Enfocar y liberar emociones



Fuente: Elaboración propia

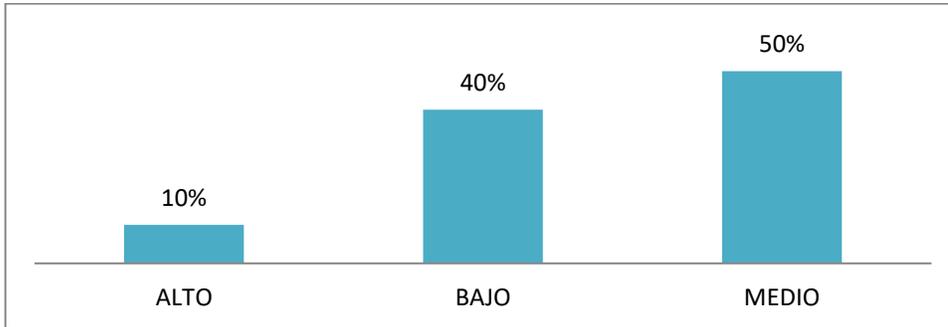
En la ilustración 25, se puede observar la categoría de enfocar y liberar emociones, es decir, las personas que utilizan este tipo de estrategia de afrontamiento, manifiestan sus emociones, la cual puede ser muchas veces funcional, sin embargo, si se presenta por periodos largos puede dificultar encontrar otras estrategias para afrontar el problema, en este sentido, el gráfico muestra que, el 70% de los pacientes enfocaron y liberaron sus emociones a un nivel medio, el 23 % a un nivel bajo y el 7 % a un nivel alto.

Tabla 35. Negación

		NEGACIÓN			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALTO	3	10,0	10,0	10,0
	BAJO	12	40,0	40,0	50,0
	MEDIO	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 26. Representación gráfica de la Negación



Fuente: Elaboración propia

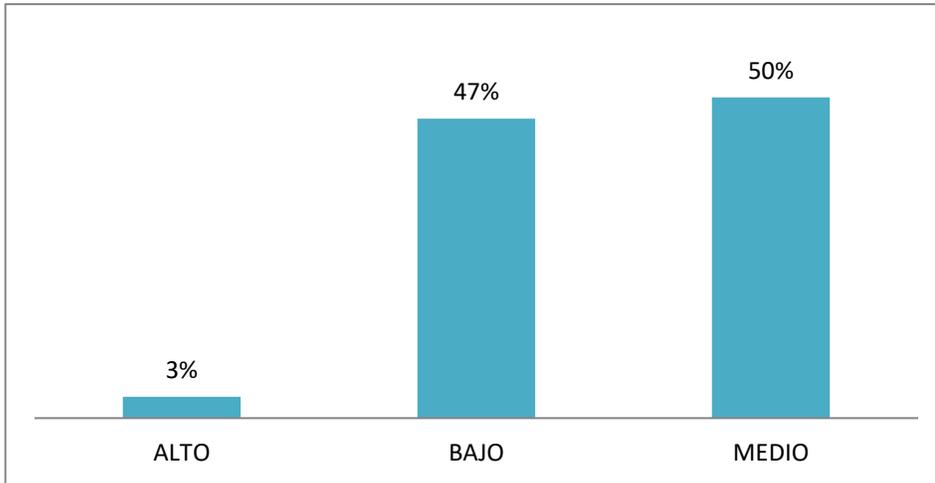
La negación es un tipo de estrategia de afrontamiento que se caracteriza por el rechazo de la realidad de la situación estresante. En la ilustración 26 refleja que el 50% de los pacientes con cáncer utilizan estrategias de afrontamiento de negación a un nivel medio, el 40 % utilizaron la negación a un nivel bajo y el 10% a un nivel alto.

Tabla 36. Disentimiento conductual

DISENTIMIENTO CONDUCTUAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALTO	1	3,3	3,3	3,3
	BAJO	14	46,7	46,7	50,0
	MEDIO	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 27. Representación gráfica del Disentimiento conductual



Fuente: Elaboración propia

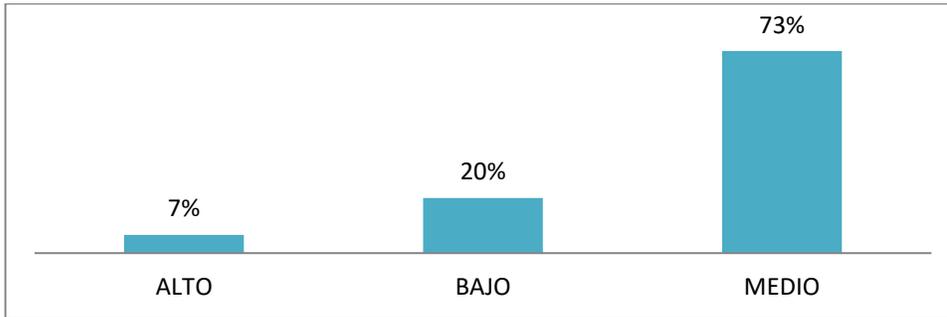
En la ilustración 27 se puede observar que los pacientes con cáncer utilizan estrategia de afrontamiento con disentimiento conductual, la cual consiste en renunciar a cualquier esfuerzo conductual y cognitivo para afrontar el evento estresante, interfiriendo con la meta. Los resultados indican que el 50% de los pacientes utilizaron el disentimiento conductual a un nivel medio, el 46 % a un nivel bajo y el 3 % a un nivel alto.

Tabla 37. Disentimiento cognitivo

DISENTIMIENTO COGNITIVO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALTO	2	6,7	6,7	6,7
	BAJO	6	20,0	20,0	26,7
	MEDIO	22	73,3	73,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 28. Representación gráfica del Disentimiento cognitivo



Fuente: Elaboración propia

En la ilustración 28 muestra que los pacientes con cáncer utilizan estrategias de afrontamiento con disentimiento cognitivo la cual consiste en utilizar diferentes acciones para distraerse y dejar de pensar en el evento estresante. Los resultados indican que el 73% de los pacientes utilizaron el disentimiento cognitivo a un nivel medio, el 20 % a un nivel bajo y el 7 % a un nivel alto.

4.3 Relación entre las variables de estudio estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad

4.3.1 Relación entre dimensiones del afrontamiento y dimensiones de la ansiedad

Tabla 38. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas subjetivos de la ansiedad

ENFOCADO EN EL PROBLEMA	ALTO	BAJO	MEDIO	SINTOMAS SUBJETIVOS			Total
				GRAVE	LEVE	MODERADO	
	ALTO	Recuento	0	2	2	4	
		% del total	0,0%	6,7%	6,7%	13,3%	
	BAJO	Recuento	2	0	1	3	
		% del total	6,7%	0,0%	3,3%	10,0%	
	MEDIO	Recuento	4	11	8	23	
		% del total	13,3%	36,7%	26,7%	76,7%	
Total	Recuento	6	13	11	30		
	% del total	20,0%	43,3%	36,7%	100,0%		

Fuente: Elaboración propia

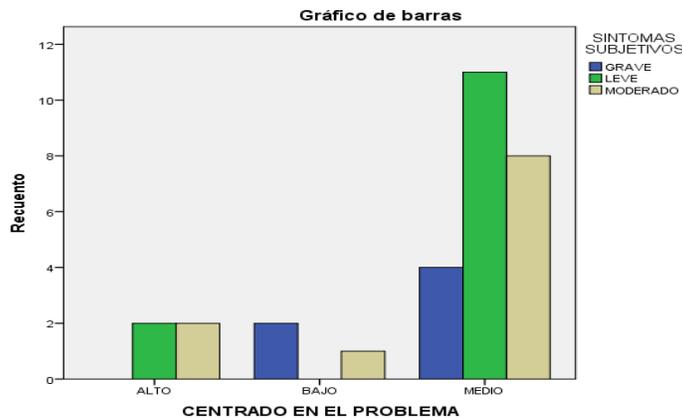
Tabla 39. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas subjetivos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,818 ^a	4	,213
Razón de verosimilitud	6,646	4	,156
N de casos válidos	30		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,60.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 29. Representación gráfica del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas subjetivos



Fuente: Elaboración propia

En relación a los datos presentados en la tabla 38 y la ilustración 29, se observa el afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas subjetivos de la ansiedad, donde refleja el porcentaje más alto de 36,7% enfocado en el problema a un nivel medio y los síntomas subjetivos a un nivel leve de ansiedad, indica que los pacientes con cáncer utilizaron regularmente estrategias de afrontamiento centrados en el problema como apoyo social, supresión de otras actividades, afrontamiento activo, planificación y postergación del afrontamiento, las cuales generan leves síntomas subjetivos de la ansiedad.

En la tabla 39 de la prueba chi-cuadrado donde el nivel de significación de 0,05 (95%), se aprecia que el Sig. bilateral de 0,213 dando como resultado mayor al valor, en tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre el afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas subjetivos, en tal sentido, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 40. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas neurofisiológicos

				SÍNTOMAS NEUROFISI.			
				GRAVE	LEVE	MODERADO	Total
ENFOCADO EN EL PROBLEMA	ALTO	Recuento		0	3	1	4
		% del total		0,0%	10,0%	3,3%	13,3%
	BAJO	Recuento		0	1	2	3
		% del total		0,0%	3,3%	6,7%	10,0%
	MEDIO	Recuento		1	18	4	23
		% del total		3,3%	60,0%	13,3%	76,7%
	Total	Recuento		1	22	7	30
		% del total		3,3%	73,3%	23,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

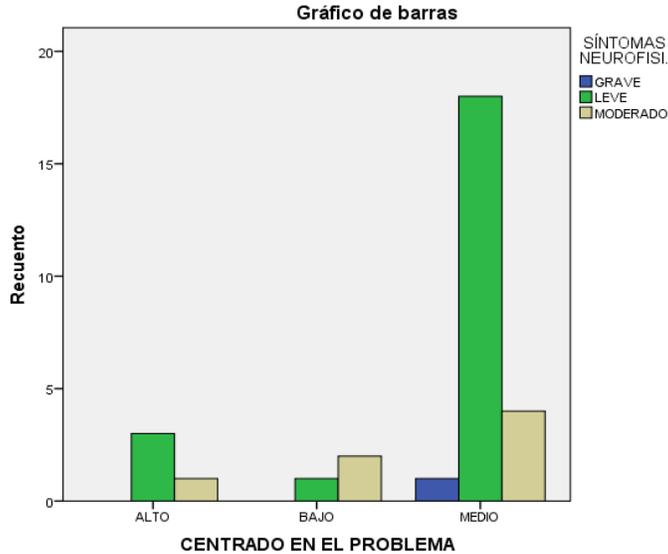
Tabla 41. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas neurofisiológicos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,804 ^a	4	,433
Razón de verosimilitud	3,416	4	,491
N de casos válidos	30		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 30. Representación gráfica del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas neurofisiológicos



Fuente: Elaboración propia

En relación de los datos presentados en la tabla 40 y la ilustración 30, se observa el afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas neurofisiológicos, donde se presenta el porcentaje más alto de 60% entre el nivel medio de las estrategias de afrontamiento enfocado en el problema y el nivel leve de los síntomas neurofisiológicos, en tanto, muestra que los pacientes con cáncer quienes utilizaron regularmente estrategias de afrontamiento enfocado en el problema presentan síntomas neurofisiológicos leves de la ansiedad.

En la Tabla 41 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), se aprecia que el Sig. bilateral es de 0,433, dando el resultado mayor al valor, por tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre el afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas neurofisiológicos, de manera que, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 42. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas autonómicos

			SÍNTOMAS AUTONÓMICO			Total
			GRAVE	LEVE	MODERADO	
ENFOCADO EN EL PROBLEMA	ALTO	Recuento	0	3	1	4
		% del total	0,0%	10,0%	3,3%	13,3%
	BAJO	Recuento	2	1	0	3
		% del total	6,7%	3,3%	0,0%	10,0%
	MEDIO	Recuento	0	16	7	23
		% del total	0,0%	53,3%	23,3%	76,7%
Total		Recuento	2	20	8	30
		% del total	6,7%	66,7%	26,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

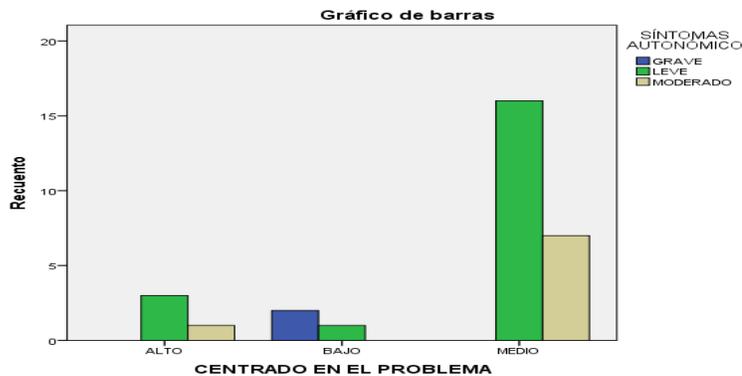
Tabla 43. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas autonómicos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,497 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	11,614	4	,020
N de casos válidos	30		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 31. Representación gráfica del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas autonómicos



Fuente: Elaboración propia

En relación a los datos presentados en la tabla 42 y la ilustración 31 se observa el afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas autonómicos, donde se expresa el porcentaje más alto de 53,3% entre el nivel medio del afrontamiento enfocado en el problema y el nivel leve de los síntomas autonómicos, lo cual indica que los pacientes con cáncer cuando utilizan normalmente estrategias de afrontamiento enfocado en el problema presentan levemente síntomas autonómicos de ansiedad.

En la tabla 43 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%) se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,001, siendo este resultado menor al valor, por tanto, la relación es significativa al nivel 95% del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas autonómicos en tal sentido, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 44. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas vasomotores

				SÍNTOMAS VASOMOTORES			Total
				GRAVE	LEVE	MODERADO	
ENFOCADO EN EL ALTO PROBLEMA	ALTO	Recuento	0	3	1	4	
		% del total	0,0%	10,0%	3,3%	13,3%	
	BAJO	Recuento	1	0	2	3	
		% del total	3,3%	0,0%	6,7%	10,0%	
	MEDIO	Recuento	1	16	6	23	
		% del total	3,3%	53,3%	20,0%	76,7%	
Total	Recuento	2	19	9	30		
	% del total	6,7%	63,3%	30,0%	100,0%		

Fuente: Elaboración propia

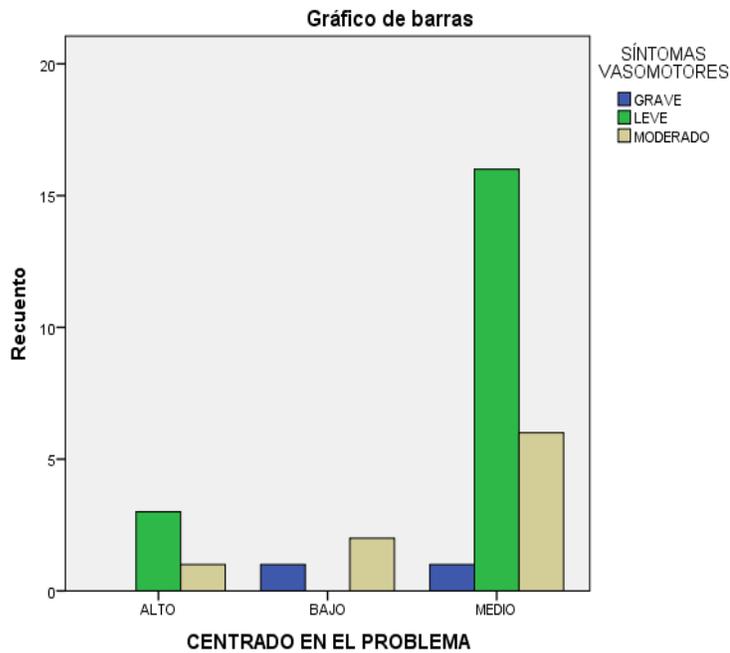
Tabla 45. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas vasomotores

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,274 ^a	4	,122
Razón de verosimilitud	7,534	4	,110
N de casos válidos	30		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 32. Representación gráfica del afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas vasomotores



Fuente: Elaboración propia

En relación de los datos presentados en la tabla 44 y la ilustración 32 se observa el afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas vasomotores, indica que el porcentaje más alto es de 53,3% entre el nivel medio enfocado en el problema y el nivel leve de síntomas vasomotores, que refleja que los pacientes con cáncer quienes utilizan

regularmente estrategias de afrontamiento enfocado en el problema presentan síntomas vasomotores de la ansiedad levemente.

En la tabla 45 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,122 siendo este resultado mayor al valor estimado, por tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre el afrontamiento enfocado en el problema y los síntomas vasomotores de la ansiedad, en tal sentido, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 46. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas subjetivos

			SINTOMAS SUBJETIVOS			Total
			GRAVE	LEVE	MODERADO	
ENFOCADO EN LA ALTO EMOCIÓN		Recuento	2	4	4	10
		% del total	6,7%	13,3%	13,3%	33,3%
	MEDIO	Recuento	4	9	7	20
		% del total	13,3%	30,0%	23,3%	66,7%
Total	Recuento	6	13	11	30	
	% del total	20,0%	43,3%	36,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

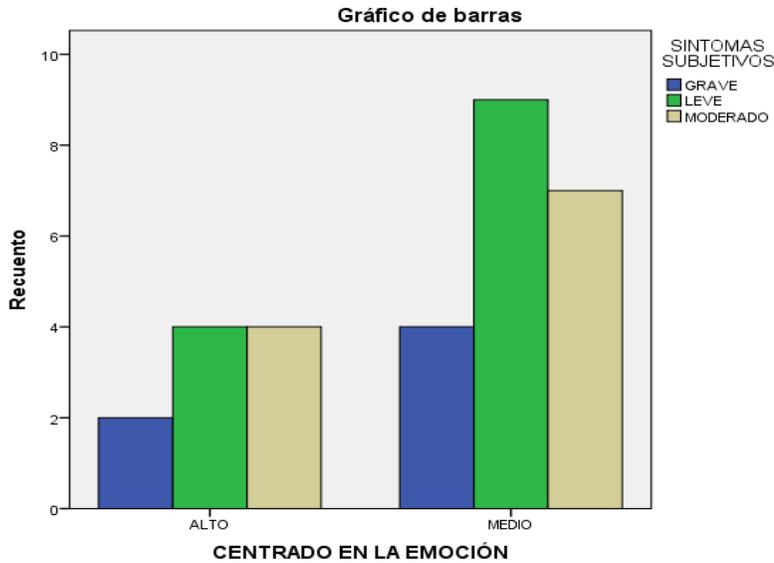
Tabla 47. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas subjetivos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,084 ^a	2	,959
Razón de verosimilitud	,084	2	,959
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,00.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 33. Representación gráfica del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas subjetivos



Fuente: Elaboración propia

En relación a los datos presentados en la tabla 46 y la ilustración 33 se observa el afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas subjetivos donde indica que el porcentaje más alto es de 30% entre el nivel del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas subjetivos, refleja que los pacientes con cáncer quienes utilizan regularmente estrategias de afrontamiento enfocado en la emoción presentan síntomas subjetivos leves de ansiedad.

En la tabla 47 de la prueba chi-cuadrado con nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,959 dando un resultado mayor al valor, por tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre el afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas subjetivos de la ansiedad, en tal sentido, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 48. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas neurofisiológicos

				SÍNTOMAS NEUROFISI.			Total
				GRAVE	LEVE	MODERADO	
ENFOCADO EN LA EMOCIÓN	EN ALTO	Recuento		1	6	3	10
		% del total		3,3%	20,0%	10,0%	33,3%
	MEDIO	Recuento		0	16	4	20
		% del total		0,0%	53,3%	13,3%	66,7%
Total		Recuento		1	22	7	30
		% del total		3,3%	73,3%	23,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

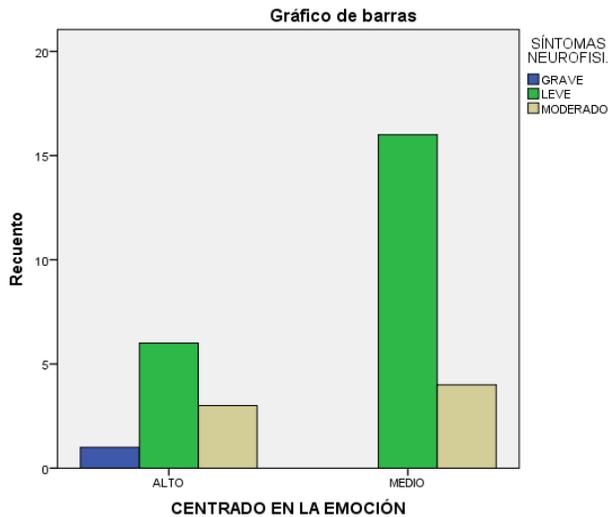
Tabla 49. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas neurofisiológicos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,649 ^a	2	,266
Razón de verosimilitud	2,848	2	,241
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,33.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 34. Representación gráfica del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas neurofisiológicos



Fuente: Elaboración propia

En relación de los datos presentado en la tabla 48 y la ilustración 34 se observa el afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas neurofisiológicos, indica que el porcentaje más alto es 53.3% entre el nivel medio del afrontamiento enfocado en la emoción y el nivel leve de los síntomas neurofisiológicos, lo que indica que los pacientes con cáncer quienes utilizan regularmente estrategias de afrontamiento enfocado en la emoción presentan sutilmente síntomas neurofisiológicos.

En la tabla 49 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,266 siendo este resultado mayor al valor estimado, por tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas neurofisiológicos, en tal sentido, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 50. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas autonómicos

				SÍNTOMAS AUTONÓMICO			Total
				GRAVE	LEVE	MODERAD O	
ENFOCADO EN LA EMOCIÓN	ALTO	Recuento	0	4	6	10	
		% del total	0,0%	13,3%	20,0%	33,3%	
	MEDIO	Recuento	2	16	2	20	
		% del total	6,7%	53,3%	6,7%	66,7%	
Total		Recuento	2	20	8	30	
		% del total	6,7%	66,7%	26,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

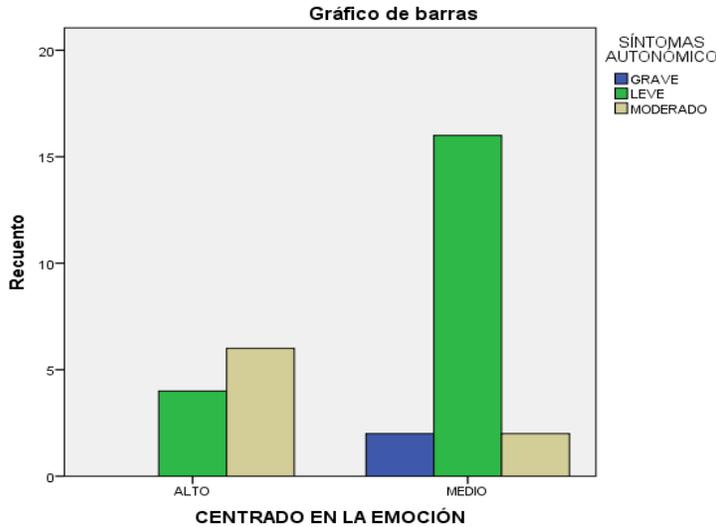
Tabla 51. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas autonómicos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,850 ^a	2	,012
Razón de verosimilitud	9,177	2	,010
N de casos válidos	30		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,67.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 35 Representación gráfica del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas autonómicos



Fuente: Elaboración propia

En relación de los datos presentados en la tabla 50 y la ilustración 35 se muestra el afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas autonómicos de la ansiedad, donde indica que el porcentaje más alto es de 53,3% entre el nivel medio enfocado en la emoción y el nivel leve de los síntomas autonómicos, refleja que los pacientes con cáncer quienes utilizan estrategias de afrontamiento enfocado en la emoción presentan sutilmente síntomas autonómicos de ansiedad.

En la tabla 51 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,012, siendo este resultado menor al valor, por tanto, la relación es significativa al nivel 95% entre el afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas autonómicos de la ansiedad, en este sentido, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 52. Tabla de Contingencia del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas vasomotores

				SÍNTOMAS VASOMOTORES			Total
				GRAVE	LEVE	MODERADO	
ENFOCADO EN LA EMOCIÓN	ALTO	Recuento	1	6	3	10	
		% del total	3,3%	20,0%	10,0%	33,3%	
	MEDIO	Recuento	1	13	6	20	
		% del total	3,3%	43,3%	20,0%	66,7%	
Total		Recuento	2	19	9	30	
		% del total	6,7%	63,3%	30,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

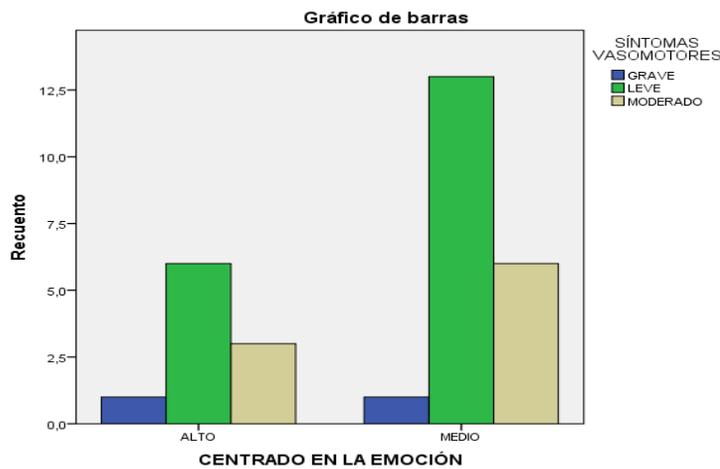
Tabla 53. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas vasomotores

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,276 ^a	2	,871
Razón de verosimilitud	,262	2	,877
N de casos válidos	30		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,67.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 36. Representación gráfica del afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas vasomotores



Fuente: Elaboración propia

En relación de los datos presentados en la tabla 52 y la ilustración 36, se observa el afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas vasomotores refleja que el porcentaje más alto es 43,3% entre el nivel medio del afrontamiento enfocado en la en la emoción y el nivel leve de los síntomas vasomotores, indica que los pacientes con cáncer utilizan regularmente estrategias de afrontamiento enfocados en la emoción presentan ligeramente síntomas vasomotores.

En la tabla 53 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,871 siendo este resultado mayor al valor estimado, de manera que, la relación no es significativa al nivel 95% entre el afrontamiento enfocado en la emoción y los síntomas vasomotores de la ansiedad en tal sentido, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 54. Tabla de Contingencia de escalas adicionales de afrontamiento y síntomas subjetivos

		SINTOMAS SUBJETIVOS			Total	
		GRAVE	LEVE	MODERADO		
ESCALAS ADICIONALES	ALTO	Recuento	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	BAJO	Recuento	0	2	3	5
		% del total	0,0%	6,7%	10,0%	16,7%
	MEDIO	Recuento	6	11	7	24
		% del total	20,0%	36,7%	23,3%	80,0%
Total		Recuento	6	13	11	30
		% del total	20,0%	43,3%	36,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

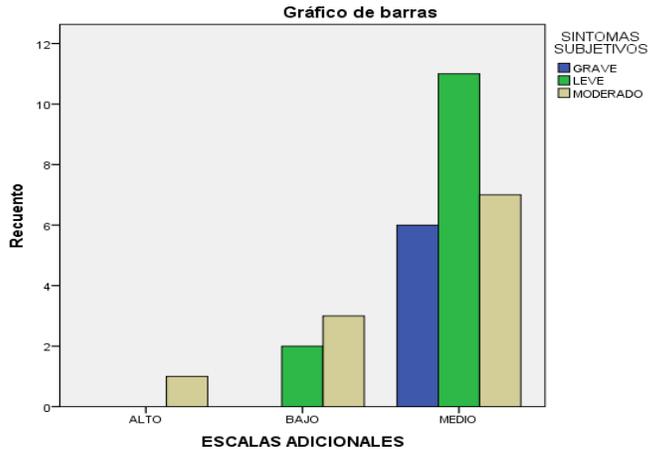
Tabla 55. Prueba chi-cuadrado de escalas adicionales de afrontamiento y síntomas subjetivos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,185 ^a	4	,382
Razón de verosimilitud	5,349	4	,253
N de casos válidos	30		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 37. Representación gráfica de las escalas adicionales de afrontamiento y síntomas subjetivos



Fuente: Elaboración propia

En relación de los datos presentados en la tabla 54 y la ilustración 37 se observa las escalas adicionales del afrontamiento y los síntomas subjetivos de la ansiedad donde refleja que el porcentaje más alto es 36,7% entre el nivel medio de las escalas adicionales y el nivel leve de los síntomas subjetivos, lo que indica que los pacientes con cáncer utilizan regularmente estrategias adicionales de afrontamiento y presentan leves síntomas subjetivos de ansiedad. En la tabla 55 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es 0,382 siendo este resultado mayor al valor, por tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre las escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas subjetivos de manera que, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 56. Tabla de Contingencia de escalas adicionales de afrontamiento y síntomas neurofisiológicos

		SÍNTOMAS NEUROFISI.			Total	
		GRAVE	LEVE	MODERADO		
ESCALAS ADICIONALES	ALTO	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	BAJO	Recuento	0	5	0	5
		% del total	0,0%	16,7%	0,0%	16,7%
	MEDIO	Recuento	1	16	7	24
		% del total	3,3%	53,3%	23,3%	80,0%
Total	Recuento	1	22	7	30	
	% del total	3,3%	73,3%	23,3%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

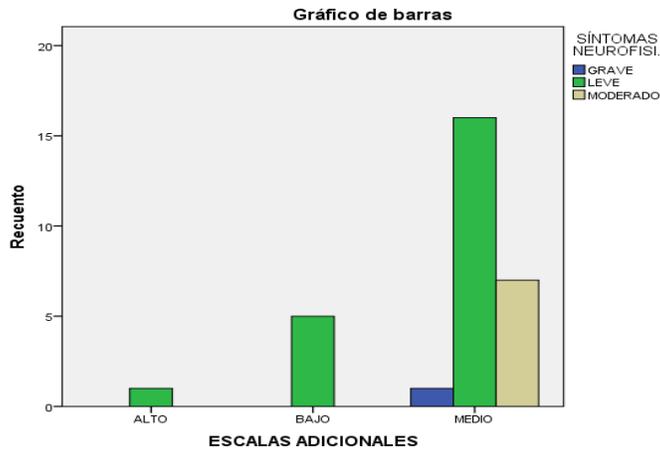
Tabla 57. Datos estadísticos de la prueba chi-cuadrado del afrontamiento escalas adicionales de afrontamiento y síntomas neurofisiológicos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,727 ^a	4	,604
Razón de verosimilitud	4,242	4	,374
N de casos válidos	30		

7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,03.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 38. Representación gráfica de las escalas adicionales de afrontamiento y síntomas neurofisiológicos



Fuente: Elaboración propia

En relación a los datos presentados en la tabla 56 y la ilustración 38 muestra las escalas adicionales de afrontamiento y síntomas neurofisiológicos donde indica el porcentaje más alto de 53,3% entre el nivel medio de las escalas adicionales de afrontamiento y el nivel leve de los síntomas neurofisiológicos, refleja que los pacientes con cáncer utilizan habitualmente estrategias de afrontamiento adicionales y presentan sutilmente síntomas neurofisiológicos.

En la tabla 57 de los datos estadísticos de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,604 siendo este resultado mayor al valor, por tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre las estrategias adicionales de afrontamiento y los síntomas neurofisiológicos de la ansiedad en tal sentido, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 58. Tabla de Contingencia de escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas autonómicos

		SÍNTOMAS AUTONÓMICO			Total	
		GRAVE	LEVE	MODERADO		
ESCALAS ADICIONALES	ALTO	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	BAJO	Recuento	0	5	0	5
		% del total	0,0%	16,7%	0,0%	16,7%
	MEDIO	Recuento	2	14	8	24
		% del total	6,7%	46,7%	26,7%	80,0%
Total		Recuento	2	20	8	30
		% del total	6,7%	66,7%	26,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

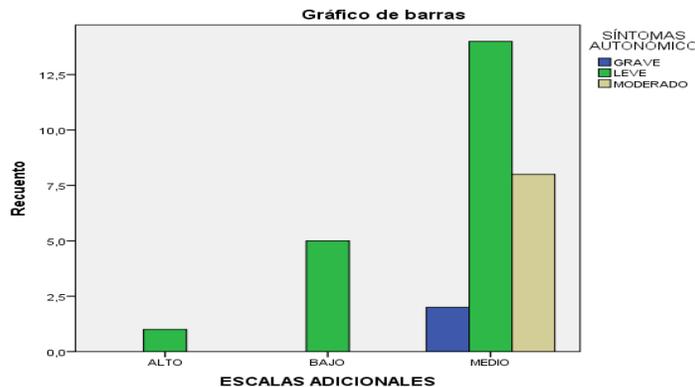
Tabla 59. Prueba chi-cuadrado de las escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas autonómicos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,750 ^a	4	,441
Razón de verosimilitud	5,590	4	,232
N de casos válidos	30		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 39. Representación gráfica de las escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas autonómicos



Fuente: Elaboración propia

En relación a los datos obtenidos en la tabla 58 y la ilustración 39 se observa las escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas autonómicos donde refleja el porcentaje más alto de 46,7% entre el nivel medio de las escalas adicionales y el nivel leve de los síntomas autonómicos, muestra que los pacientes con cáncer utilizan habitualmente estrategias de afrontamiento adicionales y presentan leves síntomas autonómicos.

En la tabla 59 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,441 siendo este resultado mayor al valor estimado, por tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas autonómicos en tal sentido, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 60. Tabla de Contingencia de escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas vasomotores

		SÍNTOMAS VASOMOTORES			Total
		GRAVE	LEVE	MODERADO	
ESCALAS ADICIONALES	ALTO	Recuento	0	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	3,3%
	BAJO	Recuento	0	5	0
		% del total	0,0%	16,7%	0,0%
	MEDIO	Recuento	2	14	8
		% del total	6,7%	46,7%	26,7%
Total	Recuento	2	19	9	
	% del total	6,7%	63,3%	30,0%	

Fuente: Elaboración propia

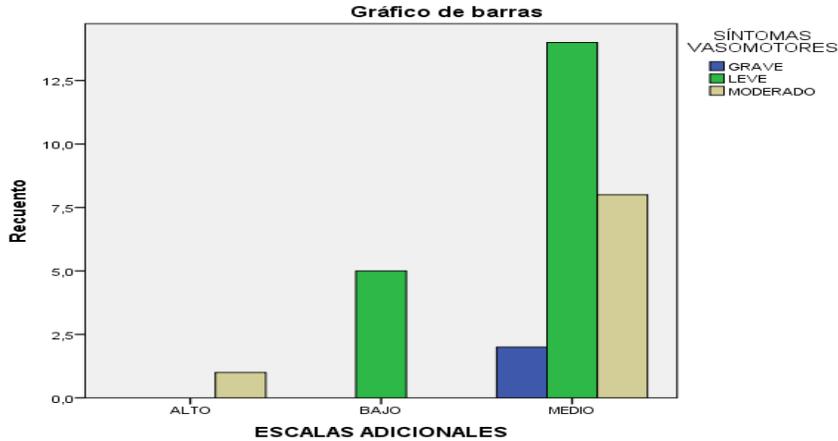
Tabla 61. Prueba chi-cuadrado de las escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas vasomotores

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,512 ^a	4	,239
Razón de verosimilitud	7,251	4	,123
N de casos válidos	30		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 40. Representación gráfica de las escalas adicionales de afrontamiento y los síntomas vasomotores



Fuente: Elaboración propia

En relación a los datos obtenidos en la tabla 60 y la ilustración 40 muestra el afrontamiento de las escalas adicionales y los síntomas vasomotores donde indica que el porcentaje más alto es 46,7 % entre el nivel medio de las escalas adicionales y el nivel leve de los síntomas vasomotores, indica que los pacientes con cáncer que recurrieron regularmente a las escalas adicionales de afrontamiento muestran síntomas autonómicos leves de ansiedad.

En la tabla 61 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,239 siendo este resultado mayor al valor estimado, por tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre las escalas adicionales de

afrontamiento y los síntomas autonómicos de modo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

4.3.2 Relación entre los niveles de ansiedad y las 13 escalas de estrategias de afrontamiento

Tabla 62. Tabla de Contingencia del afrontamiento activo y los niveles de ansiedad

			NIVELES DE ANSIEDAD				
			GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERADO	Total
Afrontamiento Activo	ALTO	Recuento	3	3	1	1	8
		% del total	10,0%	10,0%	3,3%	3,3%	26,7%
	BAJO	Recuento	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%
	MEDIO	Recuento	11	6	0	4	21
		% del total	36,7%	20,0%	0,0%	13,3%	70,0%
Total	Recuento	14	10	1	5	30	
	% del total	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

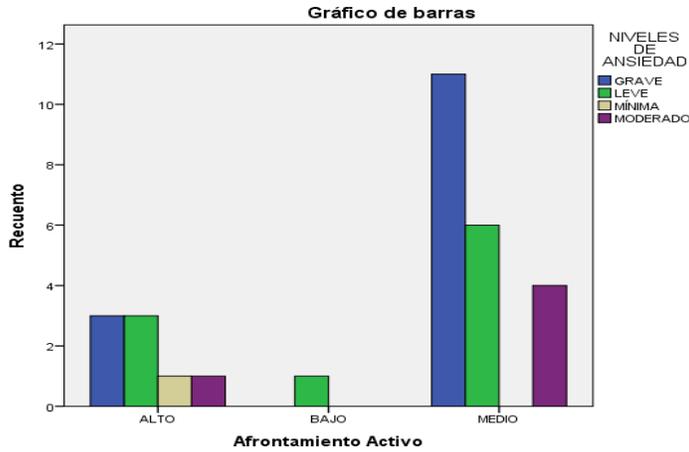
Tabla 63. Prueba chi-cuadrado del afrontamiento activo y los niveles de ansiedad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,347 ^a	6	,500
Razón de verosimilitud	5,420	6	,491
N de casos válidos	30		

a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,03.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 41. Representación gráfica del afrontamiento activo y los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

Los datos presentados en la tabla 62 y la ilustración 41 se observa el afrontamiento activo y los niveles ansiedad, revela que el porcentaje más alto es 36.7% entre el nivel medio del afrontamiento activo y el nivel grave de ansiedad, donde muestra que los pacientes que utilizan moderadamente estrategias de afrontamiento activo presentan graves síntoma de ansiedad.

En la tabla 63 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,500 dando como resultado mayor al valor, por tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre el afrontamiento activo y los niveles de ansiedad, de tal manera, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 64. Tabla de Contingencia de la planificación y los niveles de ansiedad

		NIVELES DE ANSIEDAD				Total	
		GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERADO		
Planificación	ALTO	Recuento	4	4	1	2	11
		% del total	13,3%	13,3%	3,3%	6,7%	36,7%
	BAJO	Recuento	2	0	0	0	2
		% del total	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%
	MEDIO	Recuento	8	6	0	3	17
		% del total	26,7%	20,0%	0,0%	10,0%	56,7%
Total	Recuento	14	10	1	5	30	
	% del total	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

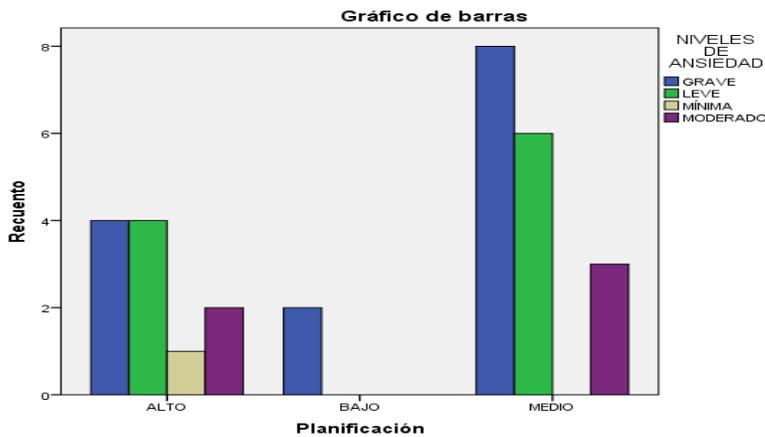
Tabla 65. Prueba chi-cuadrada de la planificación y los niveles de ansiedad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,272 ^a	6	,640
Razón de verosimilitud	5,266	6	,510
N de casos válidos	30		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 42. Representación gráfica de la planificación y los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

Los datos presentados en la tabla 64 y la ilustración 42 de la planificación y los niveles de ansiedad indica que el porcentaje más alto es de 26,7% entre el nivel medio de la planificación y el nivel grave de la ansiedad, indica que los pacientes con cáncer que recurren moderadamente a la planificación presentan graves niveles de ansiedad.

En la tabla 65 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,640 siendo este resultado mayor al valor estimado, de modo que, la relación no es significativa al nivel 95% entre la planificación y los niveles ansiedad, en tal sentido, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 66. Tabla de Contingencia de supresión de otras actividades y niveles de ansiedad

		NIVELES DE ANSIEDAD				Total	
		GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERAD O		
Supresión de otras actividades	ALTO	Recuento	1	2	0	1	4
		% del total	3,3%	6,7%	0,0%	3,3%	13,3%
	BAJO	Recuento	3	2	0	0	5
		% del total	10,0%	6,7%	0,0%	0,0%	16,7%
	MEDIO	Recuento	10	6	1	4	21
		% del total	33,3%	20,0%	3,3%	13,3%	70,0%
Total	Recuento	14	10	1	5	30	
	% del total	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

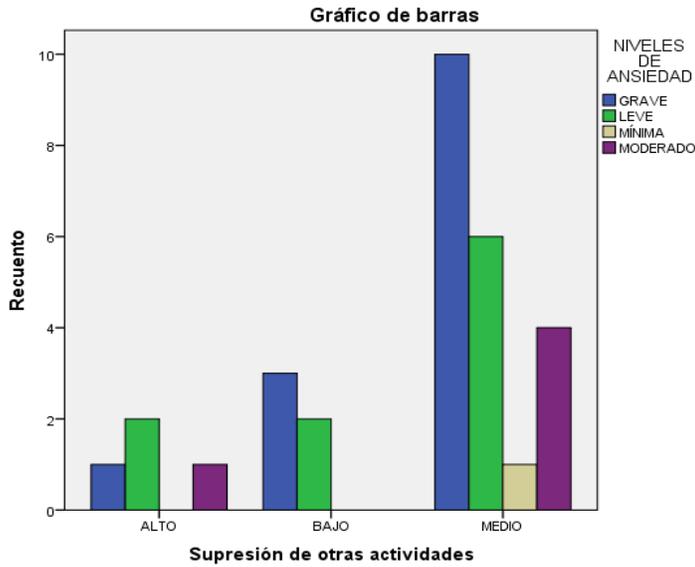
Tabla 67. Prueba chi-cuadrado de la supresión de otras actividades y los niveles de ansiedad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,640 ^a	6	,853
Razón de verosimilitud	3,758	6	,709
N de casos válidos	30		

a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 43. Representación gráfica de la supresión de otras actividades y los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

Los datos presentados en la tabla 66 y la ilustración 43 de la supresión de otras actividades y los niveles de ansiedad donde indica que el porcentaje más alto es 33,3% entre la supresión de otras actividades y la ansiedad, muestra que los pacientes con cáncer que utilizan normalmente la supresión de otras actividades presentan niveles de ansiedad grave.

En la tabla 67 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), en el que se aprecia el Sig. Bilateral de 0,853 constando que el resultado es mayor al valor, por ende, la relación no es significativa al nivel 95% entre la supresión de otras actividades y los niveles de ansiedad, en tal sentido, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 68. Tabla de Contingencia de la postergación del afrontamiento y los niveles de ansiedad

		NIVELES DE ANSIEDAD				Total	
		GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERAD O		
Postergación del afrontamiento	ALTO	Recuento	1	1	1	0	3
		% del total	3,3%	3,3%	3,3%	0,0%	10,0%
	BAJO	Recuento	1	1	0	0	2
		% del total	3,3%	3,3%	0,0%	0,0%	6,7%
	MEDIO	Recuento	12	8	0	5	25
		% del total	40,0%	26,7%	0,0%	16,7%	83,3%
Total	Recuento	14	10	1	5	30	
	% del total	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

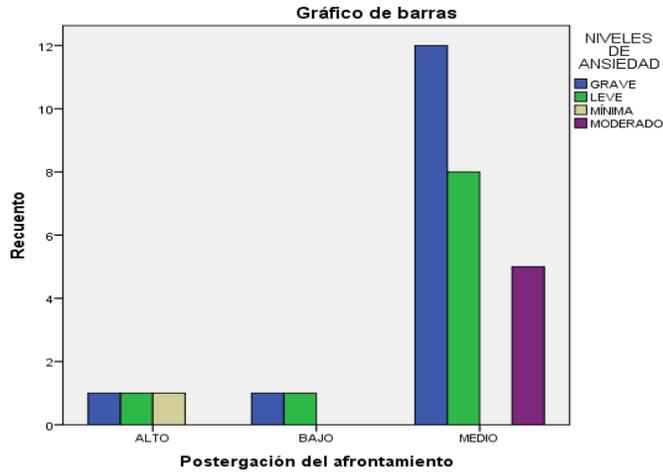
Tabla 69. Prueba chi-cuadrado de la postergación del afrontamiento y los niveles de ansiedad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,309 ^a	6	,112
Razón de verosimilitud	6,727	6	,347
N de casos válidos	30		

a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 44. Representación gráfica de la postergación del afrontamiento y los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

Los datos presentados en la tabla 68 y la ilustración 44 de la postergación del afrontamiento y los niveles de ansiedad, refleja que el porcentaje más alto es 40% entre el nivel medio de la postergación de afrontamiento y el nivel grave de ansiedad, esto nos indica sobre pacientes con cáncer que utilizan regularmente la postergación del afrontamiento presentan graves niveles de ansiedad.

En la tabla 69 de los datos estadísticos de la prueba chi-cuadrado con un nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,112 siendo este resultado mayor al valor, de manera que, la relación no es significativa al nivel 95% entre la categoría postergación de afrontamiento y los niveles de ansiedad, por tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 70. Tabla de Contingencia de búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales) y los niveles de ansiedad

		NIVELES DE ANSIEDAD				Total	
		GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERAD O		
Búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales)	ALTO	Recuento	1	2	1	0	4
		% del total	3,3%	6,7%	3,3%	0,0%	13,3%
	BAJO	Recuento	5	2	0	0	7
		% del total	16,7%	6,7%	0,0%	0,0%	23,3%
	MEDIO	Recuento	8	6	0	5	19
		% del total	26,7%	20,0%	0,0%	16,7%	63,3%
Total	Recuento	14	10	1	5	30	
	% del total	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

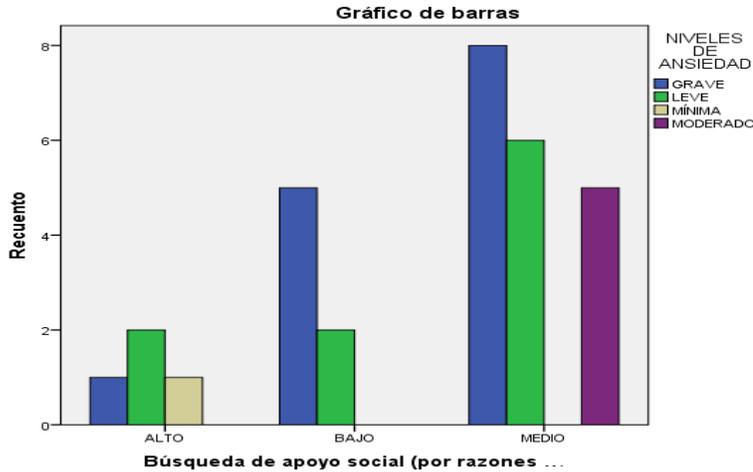
Tabla 71. Prueba chi-cuadrado de la búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales) y los niveles de ansiedad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,200 ^a	6	,082
Razón de verosimilitud	10,316	6	,112
N de casos válidos	30		

a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 45. Representación gráfica de la búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales) y los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

Los datos en la tabla 70 y la ilustración 45 se observa la búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales) y los niveles de ansiedad, donde refleja que el porcentaje más alto es 26,7% entre el nivel medio de la búsqueda de apoyo social por razones instrumentales y el nivel grave de la ansiedad, lo cual indica, que los pacientes con cáncer utilizan regularmente estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales) presentan niveles graves de ansiedad.

En la tabla 71 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación es de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,082 dando como resultado mayor al valor, por tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales) y los niveles de ansiedad, en tal sentido, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 72. Tabla de Contingencia de la búsqueda de apoyo social (por razones emocionales) y los niveles de ansiedad

		NIVELES DE ANSIEDAD				Total	
		GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERAD O		
Búsqueda de apoyo social (por razones emocionales)	ALTO	Recuento	4	1	1	0	6
		% del total	13,3%	3,3%	3,3%	0,0%	20,0%
	BAJO	Recuento	7	2	0	1	10
		% del total	23,3%	6,7%	0,0%	3,3%	33,3%
	MEDIO	Recuento	3	7	0	4	14
		% del total	10,0%	23,3%	0,0%	13,3%	46,7%
Total	Recuento	14	10	1	5	30	
	% del total	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

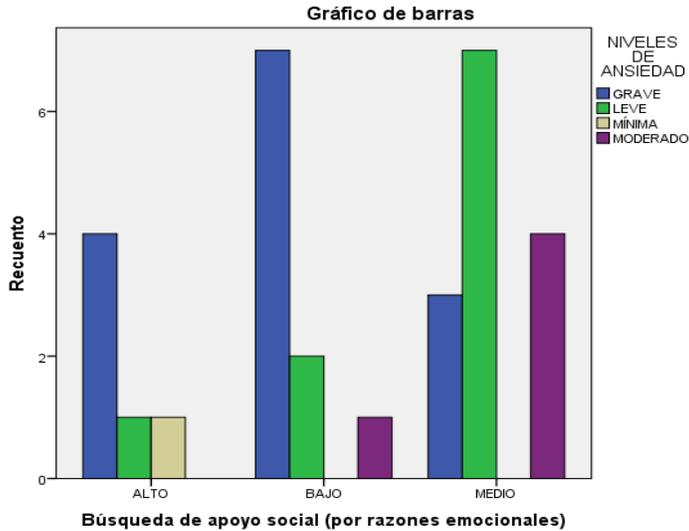
Tabla 73. Datos estadísticos de la prueba chi-cuadrado de la búsqueda de apoyo social (por razones emocionales) y los niveles de ansiedad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,249 ^a	6	,057
Razón de verosimilitud	12,616	6	,050
N de casos válidos	30		

a. 11 casillas (91,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 46. Representación gráfica de la búsqueda de apoyo social (por razones emocionales) y los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

Los datos de la tabla 72 y la ilustración 46 se observa la búsqueda de apoyo social (por razones emocionales) y los niveles de ansiedad donde refleja que el porcentaje más alto es 23,3% entre el nivel bajo de la búsqueda de apoyo social (por razones emocionales) y el nivel grave de ansiedad, lo cual indica que, los pacientes con cáncer no recurren a estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social (por razones emocionales) sin embargo presentan niveles de ansiedad grave.

En la tabla 73 de los datos estadísticos de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,057 siendo este resultado mayor al valor estimado, por tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social por razones emocionales y los niveles de ansiedad, de manera que, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 74. Tabla de Contingencia de reinterpretación positiva y crecimiento con los niveles de ansiedad

			NIVELES DE ANSIEDAD				Total
			GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERADO	
Reinterpretación positiva y crecimiento	ALTO	Recuento	4	6	1	0	11
		% del total	13,3%	20,0%	3,3%	0,0%	36,7%
	MEDIO	Recuento	10	4	0	5	19
		% del total	33,3%	13,3%	0,0%	16,7%	63,3%
Total	Recuento	14	10	1	5	30	
	% del total	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

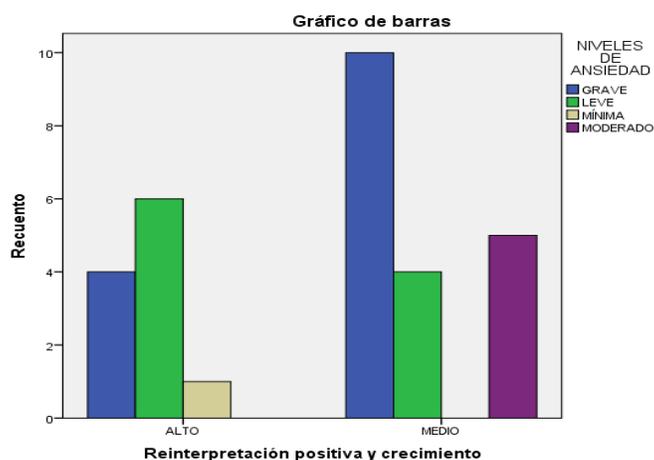
Tabla 75. Prueba chi-cuadrado de reinterpretación positiva y crecimiento con los niveles de ansiedad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,362 ^a	3	,061
Razón de verosimilitud	9,218	3	,027
N de casos válidos	30		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,37.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 47. Representación gráfica de reinterpretación positiva y crecimiento con los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

Los datos presentados en la tabla 74 y la ilustración 47 se observa la reinterpretación positiva y crecimiento con los niveles de ansiedad donde el porcentaje más alto es de 33,3% entre el nivel medio de la reinterpretación positiva y crecimiento y el nivel grave de ansiedad, lo cual indica, los pacientes que con cáncer desarrollan regularmente estrategias de afrontamiento de reinterpretación positiva y crecimiento presentan niveles de ansiedad grave.

En la tabla 75 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,61, siendo este resultado mayor al valor por tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre las estrategias de afrontamiento de reinterpretación positiva y crecimiento con los niveles de ansiedad de manera que, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 76. Tabla de Contingencia de aceptación y niveles de ansiedad

		NIVELES DE ANSIEDAD					
		GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERADO	Total	
Aceptación	ALTO	Recuento	4	5	1	0	10
		% del total	13,3%	16,7%	3,3%	0,0%	33,3%
	BAJO	Recuento	2	0	0	0	2
		% del total	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%
	MEDIO	Recuento	8	5	0	5	18
		% del total	26,7%	16,7%	0,0%	16,7%	60,0%
Total	Recuento	14	10	1	5	30	
	% del total	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

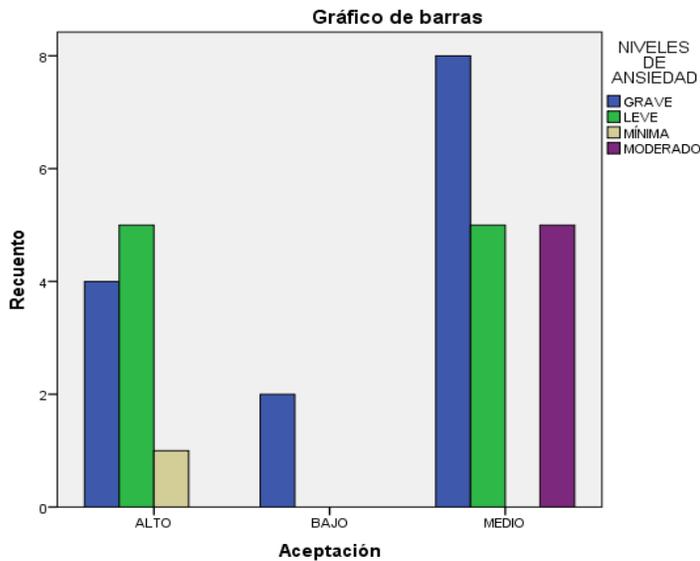
Tabla 77. Prueba chi-cuadrado de aceptación y niveles de ansiedad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,333 ^a	6	,215
Razón de verosimilitud	10,572	6	,103
N de casos válidos	30		

a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 48. Representación gráfica de la aceptación y los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

Los datos en la tabla 76 y la ilustración 48 se observa la aceptación y niveles de ansiedad donde el porcentaje más alto es 26,7% entre el nivel medio de aceptación y el nivel grave de ansiedad, lo cual indica, los pacientes con cáncer que utilizaron regularmente las estrategias de afrontamiento de aceptación presentan niveles de ansiedad grave.

En la tabla 77 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,215, siendo este resultado mayor al valor, por tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre las estrategias de

afrontamiento de aceptación y los niveles de ansiedad en tal sentido, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 78. Tabla de Contingencia de la categoría acudir a la religión y los niveles de ansiedad

		NIVELES DE ANSIEDAD				Total	
		GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERADO		
Acudir a la religión	ALTO	Recuento	13	6	1	1	21
		% del total	43,3%	20,0%	3,3%	3,3%	70,0%
	BAJO	Recuento	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%
	MEDIO	Recuento	1	3	0	4	8
		% del total	3,3%	10,0%	0,0%	13,3%	26,7%
Total		Recuento	14	10	1	5	30
		% del total	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

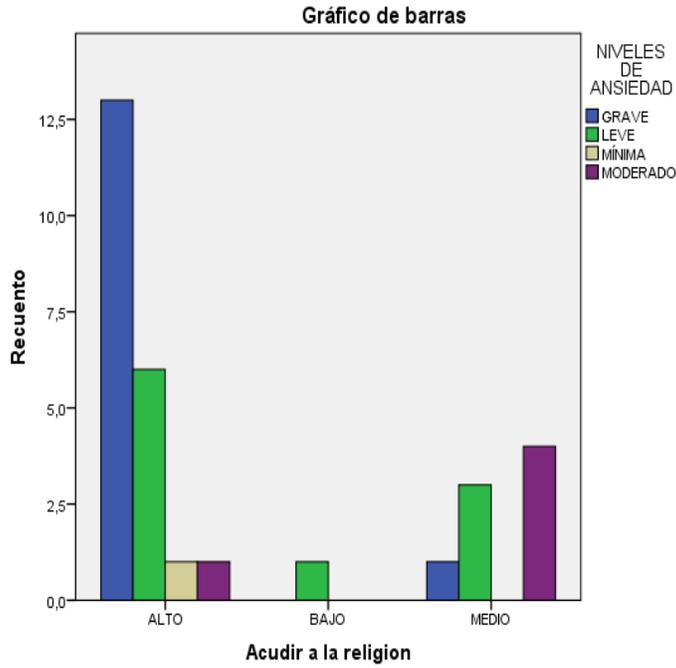
Tabla 79. Prueba chi-cuadrado de la categoría acudir a la religión y los niveles de ansiedad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,745 ^a	6	,047
Razón de verosimilitud	12,763	6	,047
N de casos válidos	30		

a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,03.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 49. Representación gráfica de la religión y los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

Los datos presentados en la tabla 78 y la ilustración 49 se observa el acudir a la religión y los niveles de ansiedad donde refleja el porcentaje más alto de 43,3% entre el nivel alto de acudir a la religión y el nivel grave de la ansiedad lo cual indica, que los pacientes con cáncer que utilizan estrategias de afrontamiento el de acudir a la religión de forma recurrente son aquellas que presentan síntomas graves de ansiedad.

En la tabla 79 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%) donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,047 siendo este resultado menor al valor, de manera que la relación es significativa al nivel 95% entre las estrategias de afrontamiento de acudir a la religión y los niveles de ansiedad en tal sentido, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 80. Tabla de Contingencia de la categoría enfocar y liberar emociones y los niveles de ansiedad

			NIVELES DE ANSIEDAD				Total
			GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERAD O	
Enfocar y liberar emociones	ALTO	Recuento	1	1	0	0	2
		% del total	3,3%	3,3%	0,0%	0,0%	6,7%
	BAJO	Recuento	2	3	0	2	7
		% del total	6,7%	10,0%	0,0%	6,7%	23,3%
	MEDIO	Recuento	11	6	1	3	21
		% del total	36,7%	20,0%	3,3%	10,0%	70,0%
Total		Recuento	14	10	1	5	30
		% del total	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

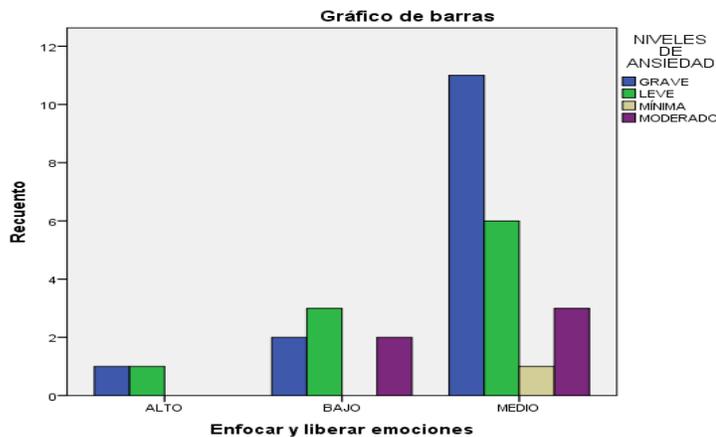
Tabla 81. Prueba de chi-cuadrado de enfocar y liberar emociones y los niveles de ansiedad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,571 ^a	6	,860
Razón de verosimilitud	3,130	6	,792
N de casos válidos	30		

a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 50. Representación gráfica de enfocar y liberar emociones y los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

Los datos presentados en la tabla 80 y la ilustración 50 se muestra la estrategia de afrontamiento de enfocar y liberar emociones y los niveles de ansiedad donde el porcentaje más alto es 36,7% entre el nivel medio entre enfocar y liberar emociones y el nivel grave de ansiedad, lo cual indica, los pacientes con cáncer que utilizan regularmente las estrategias de afrontamiento de estilo enfocar y liberar emociones presentan niveles graves de ansiedad.

En la tabla 81 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,860 siendo este resultado mayor al valor estimado, por tanto, la relación no es significativa al nivel 95% entre de las estrategias de afrontamiento enfocar y liberar emociones y los niveles de ansiedad en tal sentido, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 82. Tabla de Contingencia de la negación y los niveles de ansiedad

Tabla cruzada Negación *NIVELES DE ANSIEDAD

			NIVELES DE ANSIEDAD				
			GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERADO	Total
Negación	ALTO	Recuento	0	2	0	1	3
		% del total	0,0%	6,7%	0,0%	3,3%	10,0%
	BAJO	Recuento	3	7	0	2	12
		% del total	10,0%	23,3%	0,0%	6,7%	40,0%
	MEDIO	Recuento	11	1	1	2	15
		% del total	36,7%	3,3%	3,3%	6,7%	50,0%
Total	Recuento	14	10	1	5	30	
	% del total	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

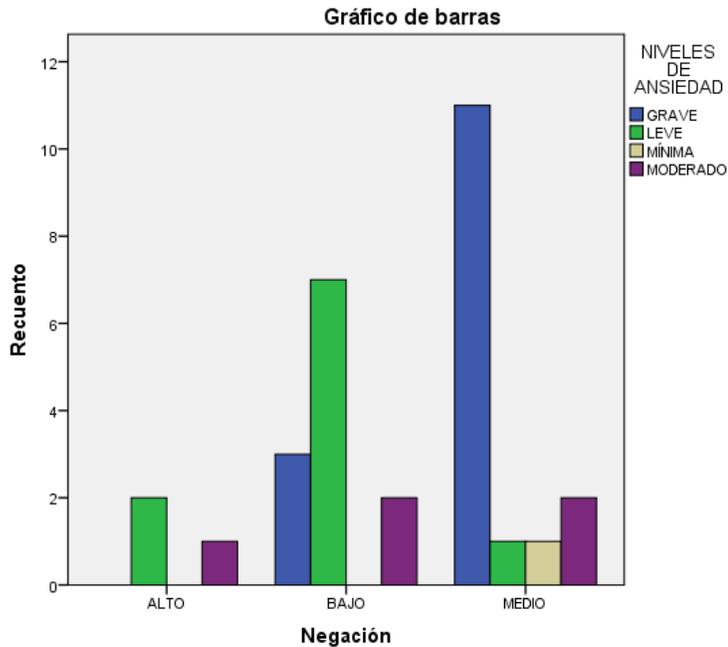
Tabla 83. Datos estadísticos de la prueba chi-cuadrado de la negación y los niveles de ansiedad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,943 ^a	6	,044
Razón de verosimilitud	15,467	6	,017
N de casos válidos	30		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 51. Representación gráfica de la negación y los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

Los datos presentados en la tabla 82 y la ilustración 51 se observa la negación y los niveles de ansiedad donde el porcentaje más alto es 36,7% entre el nivel medio de la negación y el nivel grave de la ansiedad, indica que los pacientes con cáncer que desarrollan estrategias de afrontamiento enfocados a la negación presentan niveles de ansiedad grave

En la tabla 83 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,44, siendo este resultado menor al valor, por tanto, la relación es significativa al nivel 95% entre la estrategia de afrontamiento enfocada en la negación y los niveles de ansiedad, de manera que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 84. Tabla de Contingencia del disentimiento conductual y los niveles de ansiedad

			NIVELES DE ANSIEDAD				
			GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERAD O	Total
Disentimiento conductual	ALTO	Recuento	0	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	BAJO	Recuento	5	6	1	2	14
		% del total	16,7%	20,0%	3,3%	6,7%	46,7%
	MEDIO	Recuento	9	4	0	2	15
		% del total	30,0%	13,3%	0,0%	6,7%	50,0%
Total	Recuento	14	10	1	5	30	
	% del total	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

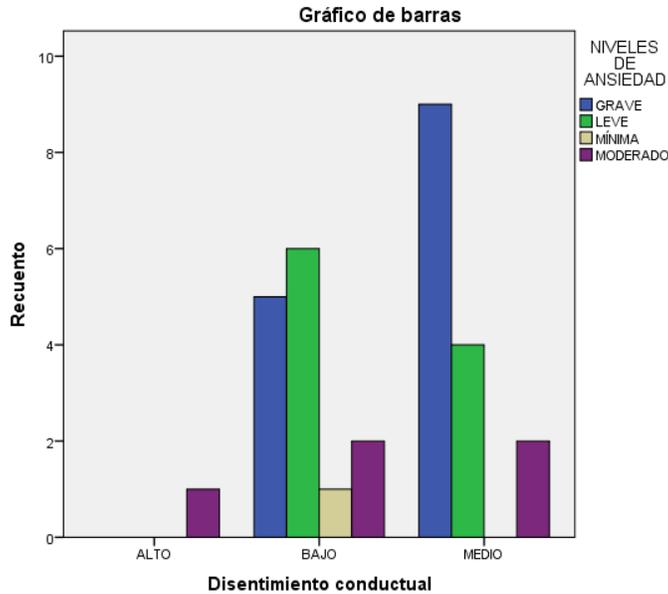
Tabla 85. Prueba chi-cuadrado del disentimiento conductual y los niveles de ansiedad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,769 ^a	6	,255
Razón de verosimilitud	6,678	6	,352
N de casos válidos	30		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,03.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 52. Representación gráfica disentimiento conductual y los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

Los datos presentados en la tabla 84 y la ilustración 52 se observa el disentimiento conductual y los niveles de ansiedad donde el porcentaje más alto es 30% entre el nivel medio de disentimiento conductual y el nivel grave de ansiedad por cual indica, los pacientes con cáncer que utilizan estrategias de afrontamiento de disentimiento conductual presentan niveles altos de ansiedad.

En la tabla 85 de la prueba chi-cuadrado con el nivel de significación de 0,05 (95%), donde se aprecia que el Sig. Bilateral es de 0,255 siendo este resultado mayor al valor, entonces se dice que la relación no es significativa al nivel 95% entre las estrategias de afrontamiento de disentimiento conductual y los niveles de ansiedad, por tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Tabla 86. Tabla de Contingencia del disentimiento cognitivo y los niveles de ansiedad

			NIVELES DE ANSIEDAD				Total
			GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERADO	
Disentimiento cognitivo	ALTO	Recuento	1	0	0	1	2
		% del total	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%	6,7%
	BAJO	Recuento	3	1	0	2	6
		% del total	10,0%	3,3%	0,0%	6,7%	20,0%
	MEDIO	Recuento	10	9	1	2	22
		% del total	33,3%	30,0%	3,3%	6,7%	73,3%
Total		Recuento	14	10	1	5	30
		% del total	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

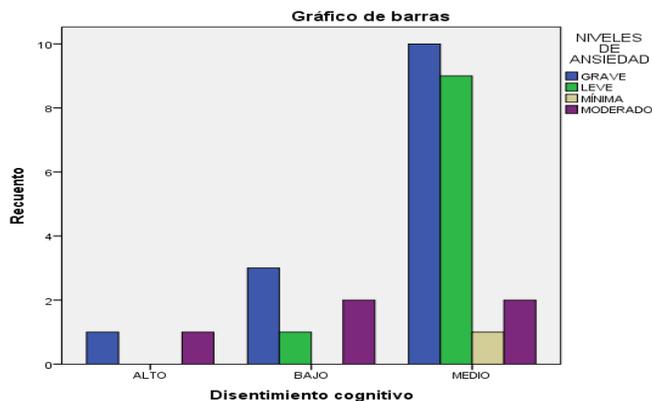
Tabla 87. Prueba chi-cuadrado del disentimiento cognitivo y los niveles de ansiedad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,026 ^a	6	,540
Razón de verosimilitud	5,491	6	,483
N de casos válidos	30		

a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 53. Representación gráfica del disentimiento cognitivo y los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

Los datos presentados en la tabla 86 y la ilustración 53 se observa el disentimiento cognitivo y los niveles de ansiedad donde el porcentaje más alto es 33,3% entre el nivel medio del disentimiento cognitivo y el nivel grave de la ansiedad, muestra que los pacientes con cáncer que desarrollan normalmente estrategias de afrontamiento de disentimiento cognitivo presentan niveles graves de ansiedad.

En la tabla 87 la prueba de chi-cuadrado con un nivel de significación de 0,05 (95%), donde se puede apreciar que el Sig. Bilateral es de 0,540 siendo este resultado mayor al valor, entonces se dice que la relación no es significativa al nivel 95% entre las estrategias de afrontamiento de disentimiento cognitivo y los niveles de ansiedad, por tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

4.3.3 Relación de los datos generales entre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad

Tabla 88. Relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad

Tabla cruzada ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO*NIVELES DE ANSIEDAD

			NIVELES DE ANSIEDAD				Total
			GRAVE	LEVE	MINIMO	MODERADA	
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	ALTO	Recuento	1	2	1	0	4
		Recuento esperado	1,9	1,2	,1	,8	4,0
		% del total	3,3%	6,7%	3,3%	0,0%	13,3%
	BAJO	Recuento	0	0	0	1	1
		Recuento esperado	,5	,3	,0	,2	1,0
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	MEDIO	Recuento	13	7	0	5	25
		Recuento esperado	11,7	7,5	,8	5,0	25,0
		% del total	43,3%	23,3%	0,0%	16,7%	83,3%
Total	Recuento	14	9	1	6	30	
	Recuento esperado	14,0	9,0	1,0	6,0	30,0	
	% del total	46,7%	30,0%	3,3%	20,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

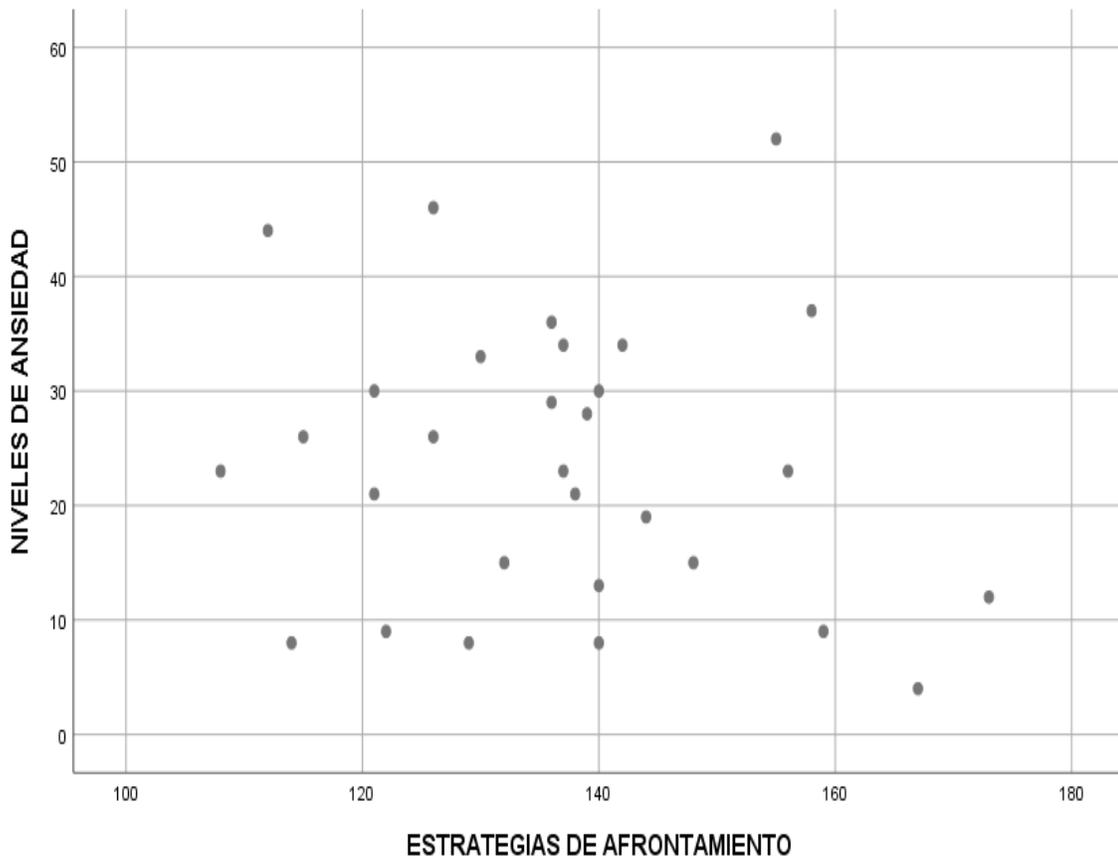
Tabla 89. Prueba de Chi cuadrado entre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,388 ^a	6	,054
Razón de verosimilitud	9,891	6	,129
N de casos válidos	30		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,03.

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 54. Representación gráfica del diagrama de dispersión entre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 88 se observa la relación entre las variables estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad donde el porcentaje más alto es 43,3% entre la ansiedad y el afrontamiento lo que refleja que los pacientes que presentan niveles de ansiedad grave utilizan generalmente algún estilo de estrategias de afrontamiento.

En la tabla 89 la prueba de chi-cuadrado con un nivel de significación de 0,05 (95%), donde se puede apreciar que el Sig. Bilateral es de 0,054 siendo este resultado mayor al valor, entonces se puede mencionar que la relación no es significativa al nivel 95% entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad, por tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. En tal sentido se indica que existe una independencia entre las variables de estudio.

En la ilustración 54 nos muestra que no existe ningún tipo de relación lineal dado sus características en el diagrama presentado, mostrándose dispersa, en tal sentido, se puede afirmar que no existe relación significativa entre las variables de estudio estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en los pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO).

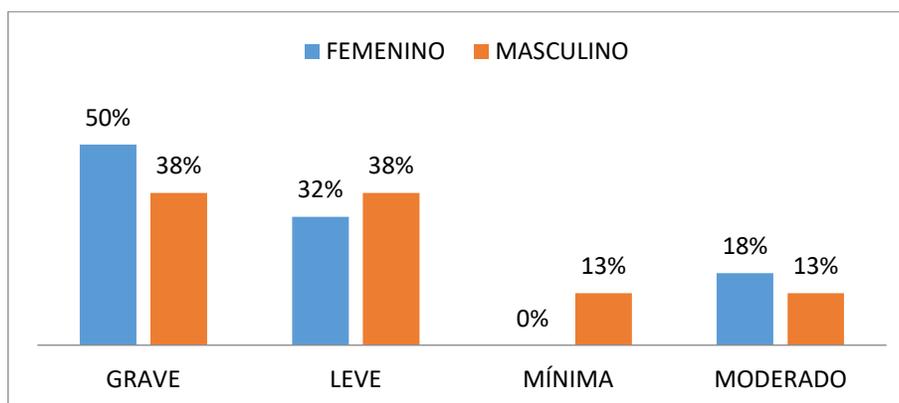
4.4 Relación entre los niveles de ansiedad y datos sociodemográficos

Tabla 90. Relación entre los niveles de ansiedad y género

Género		GENERAL				Total	
		GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERADO		
FEMENINO	Recuento	11	7	0	4	22	
	% dentro de género	50,0%	31,8%	0,0%	18,2%	100,0%	
	% dentro de GENERAL	78,6%	70,0%	0,0%	80,0%	73,3%	
	MASCULINO	Recuento	3	3	1	1	8
		% dentro de género	37,5%	37,5%	12,5%	12,5%	100,0%
		% dentro de GENERAL	21,4%	30,0%	100,0%	20,0%	26,7%
Total	Recuento	14	10	1	5	30	
	% dentro de género	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%	
	% dentro de GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 55. Representación gráfica los niveles de ansiedad y género



Fuente: Elaboración propia.

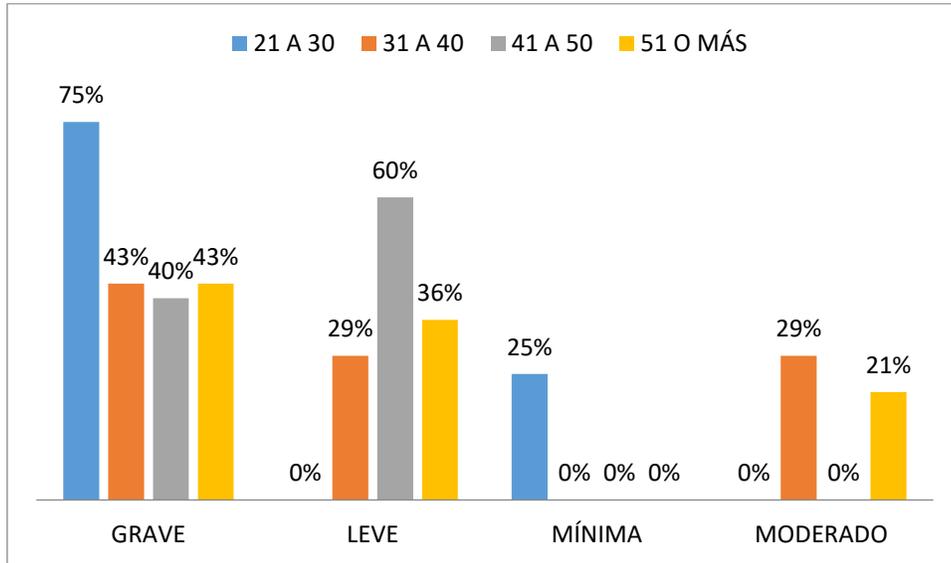
En la ilustración 55 y la tabla 90 muestra que, del total de la población de estudio del género femenino el 50% presentan una ansiedad grave, 32% leve y el 18% moderada. En relación al género masculino el nivel de ansiedad es el 38% presentan nivel de ansiedad grave y el 38% una ansiedad leve respectivamente. En vista de los datos planteados, se puede indicar que las mujeres que atraviesan una enfermedad como el cáncer presentan mayor ansiedad a diferencia de los varones.

Tabla 91. Relación entre los niveles de ansiedad y la edad

edad		GENERAL				Total
		GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERADO	
21 A 30	Recuento	3	0	1	0	4
	% dentro de edad	75,0%	0,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de GENERAL	21,4%	0,0%	100,0%	0,0%	13,3%
31 A 40	Recuento	3	2	0	2	7
	% dentro de edad	42,9%	28,6%	0,0%	28,6%	100,0%
	% dentro de GENERAL	21,4%	20,0%	0,0%	40,0%	23,3%
41 A 50	Recuento	2	3	0	0	5
	% dentro de edad	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de GENERAL	14,3%	30,0%	0,0%	0,0%	16,7%
51 MÁS	Recuento	6	5	0	3	14
	% dentro de edad	42,9%	35,7%	0,0%	21,4%	100,0%
	% dentro de GENERAL	42,9%	50,0%	0,0%	60,0%	46,7%
Total	Recuento	14	10	1	5	30
	% dentro de edad	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%
	% dentro de GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 56. Representación gráfica de los niveles de ansiedad y la edad



Fuente: Elaboración propia.

En la ilustración 56 y la tabla 91 se observa que, el 75% de los pacientes en las edades de 21 a 30 años presentan una ansiedad grave y el 25% ansiedad mínima respectivamente. Los pacientes del grupo etario de 31 a 40 años, el 43% presentan ansiedad grave y el 29% ansiedad moderada, mientras que los pacientes de 41 a 50 años el 60 % presentan ansiedad leve y el 40% ansiedad grave. Y los pacientes entre las edades de 51 años para adelante, el 43% de muestran tener ansiedad grave y el 21% ansiedad moderada.

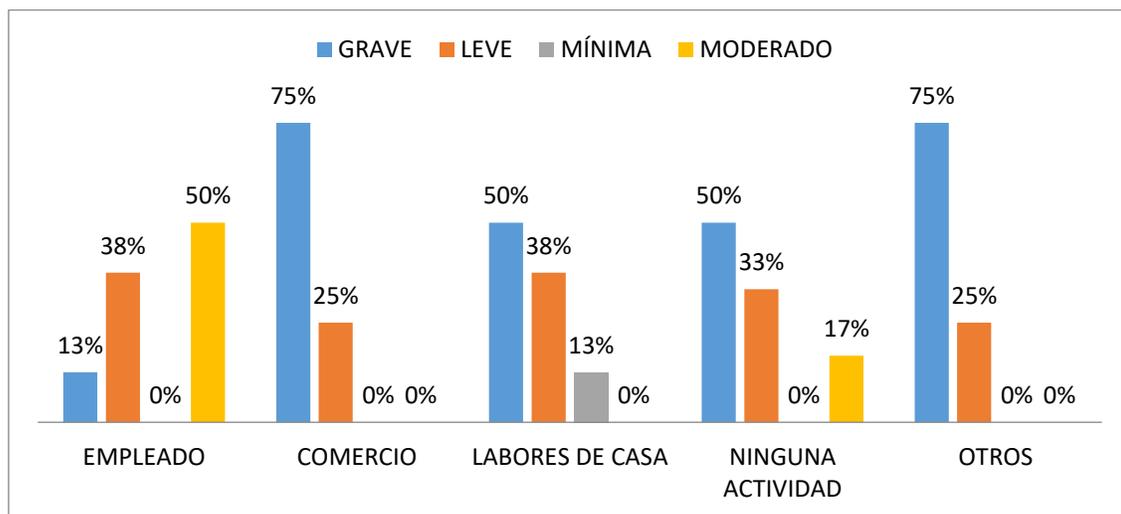
En general se observa que entre las edades de 21 a 30, es decir en la etapa adulta joven afecta en mayor proporción el nivel de ansiedad al atravesar por una enfermedad crónica como el cáncer.

Tabla 92. Relación entre los niveles de ansiedad y la ocupación

		GENERAL				Total	
		GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERADO		
OCUPACIÓN	EMPLEADO	Recuento	1	3	0	4	8
		% dentro de ocupación	12,5%	37,5%	0,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de GENERAL	7,1%	30,0%	0,0%	80,0%	26,7%
	COMERCIO	Recuento	3	1	0	0	4
		% dentro de ocupación	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de GENERAL	21,4%	10,0%	0,0%	0,0%	13,3%
	LABORES DE CASA	Recuento	4	3	1	0	8
		% dentro de ocupación	50,0%	37,5%	12,5%	0,0%	100,0%
		% dentro de GENERAL	28,6%	30,0%	100,0%	0,0%	26,7%
	NINGUNA ACTIV.	Recuento	3	2	0	1	6
		% dentro de ocupación	50,0%	33,3%	0,0%	16,7%	100,0%
		% dentro de GENERAL	21,4%	20,0%	0,0%	20,0%	20,0%
OTROS	Recuento	3	1	0	0	4	
	% dentro de ocupación	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	% dentro de GENERAL	21,4%	10,0%	0,0%	0,0%	13,3%	
Total	Recuento	14	10	1	5	30	
	% dentro de ocupación	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%	
	% dentro de GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 57. Representación gráfica de los niveles de ansiedad y la ocupación



Fuente: Elaboración propia.

En la ilustración 57 y la tabla 92, se puede observar que los pacientes que se encuentran en actividades laborales como los empleados, muestra que el 50 % de ellos presentan una ansiedad moderada y el 13% grave, sin embargo, las personas que tienen como

actividad principal la del comercio el 75 % se encuentran con ansiedad grave y el 25% ansiedad leve. Las pacientes que indican realizar labores de casa el 50% de ellas presentan ansiedad grave seguida del 38% como ansiedad leve. Mientras que los pacientes que se encuentran atravesando la enfermedad del cáncer que no realizan ninguna actividad en este proceso, el 50% presentan ansiedad grave y el 17 % moderada. Los pacientes que se enmarcaron en la categoría de otras actividades, como el de estar jubilados y actividades de agricultura, muestra que el 75% presentan ansiedad grave y el 25% ansiedad leve.

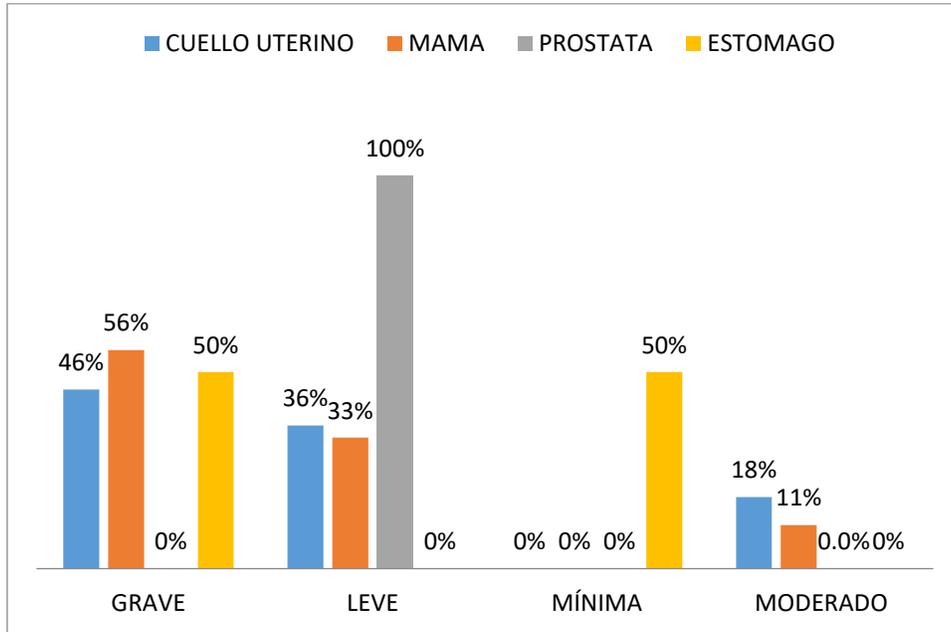
En general, se puede observar que las personas que presentan mayor ansiedad son las que tienen como fuente de ingreso el comercio, las amas de casa y los pacientes que en el momento no realizan ninguna actividad. Por su parte, también los pacientes que se encuentran jubiladas o en actividades como la agricultura presentan ansiedad grave en este proceso de la enfermedad.

Tabla 93. Relación entre los niveles de ansiedad y el tipo de cáncer

TIPO DE CUELLO		GENERAL				Total
		GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERADO	
CANCER UTERINO	Recuento	5	4	0	2	11
	% dentro de TIPO DE CANCER	45,5%	36,4%	0,0%	18,2%	100,0%
	% dentro de GENERAL	35,7%	40,0%	0,0%	40,0%	36,7%
MAMA	Recuento	5	3	0	1	9
	% dentro de TIPO DE CANCER	55,6%	33,3%	0,0%	11,1%	100,0%
	% dentro de GENERAL	35,7%	30,0%	0,0%	20,0%	30,0%
PRÓSTATA	Recuento	0	1	0	0	1
	% dentro de TIPO DE CANCER	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de GENERAL	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	3,3%
ESTOMAGO	Recuento	1	0	1	0	2
	% dentro de TIPO DE CANCER	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de GENERAL	7,1%	0,0%	100,0%	0,0%	6,7%
OTROS	Recuento	3	2	0	2	7
	% dentro de TIPO DE CANCER	42,9%	28,6%	0,0%	28,6%	100,0%
	% dentro de GENERAL	21,4%	20,0%	0,0%	40,0%	23,3%
Total	Recuento	14	10	1	5	30
	% dentro de TIPO DE CANCER	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%
	% dentro de GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 58. Representación gráfica niveles de ansiedad y tipo de cáncer



Fuente: Elaboración propia.

La ilustración 58 y la tabla 93, muestra que los pacientes con cáncer de próstata presentan una ansiedad leve siendo el 100% de los datos, no se observa en ningún otro nivel de ansiedad en estos pacientes. Se puede describir en relación a las pacientes con cáncer de mama, el 56% de ellas presentan un nivel de ansiedad grave y el 11 % ansiedad mínima, mientras que los pacientes con cáncer de estómago oscilan entre el 50% en ansiedad grave y ansiedad mínima. Y las pacientes con cáncer de cuello uterino el 46% de ellas presentan ansiedad grave y el 18% moderada.

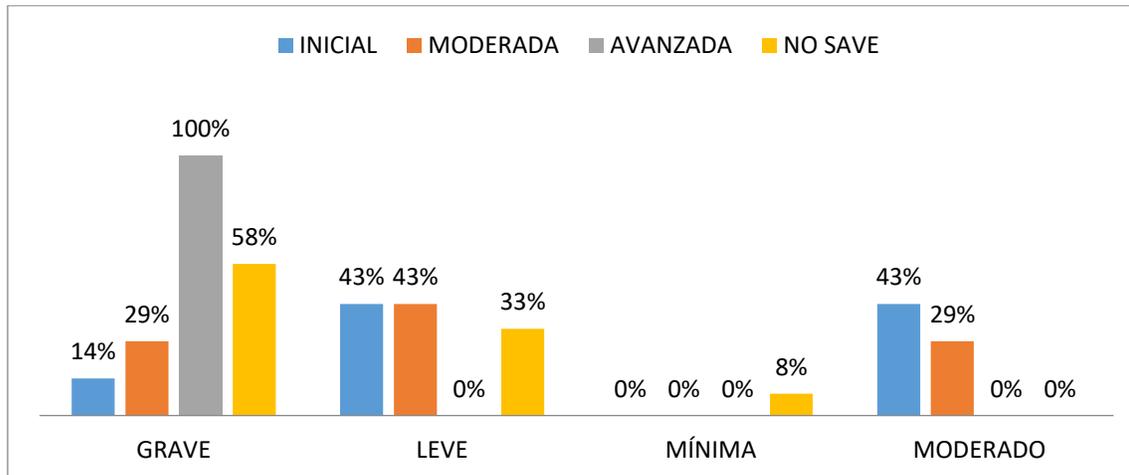
En general se observa que las pacientes con cáncer de mama son las que presentan mayor ansiedad en relación a los diferentes tipos de cáncer.

Tabla 94. Relación entre los niveles de ansiedad y la fase de la enfermedad

			GENERAL				Total
			GRAVE	LEVE	MÍNIMA	MODERAD O	
FASE DE LA ENFERMEDAD	INICIAL	Recuento	1	3	0	3	7
		% dentro de FASE DE LA ENFERMEDAD	14,3%	42,9%	0,0%	42,9%	100,0%
		% dentro de GENERAL	7,1%	30,0%	0,0%	60,0%	23,3%
	MODERAD A	Recuento	2	3	0	2	7
		% dentro de FASE DE LA ENFERMEDAD	28,6%	42,9%	0,0%	28,6%	100,0%
		% dentro de GENERAL	14,3%	30,0%	0,0%	40,0%	23,3%
	AVANZAD A	Recuento	4	0	0	0	4
		% dentro de FASE DE LA ENFERMEDAD	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de GENERAL	28,6%	0,0%	0,0%	0,0%	13,3%
	NO SABE	Recuento	7	4	1	0	12
		% dentro de FASE DE LA ENFERMEDAD	58,3%	33,3%	8,3%	0,0%	100,0%
		% dentro de GENERAL	50,0%	40,0%	100,0%	0,0%	40,0%
Total	Recuento	14	10	1	5	30	
	% dentro de FASE DE LA ENFERMEDAD	46,7%	33,3%	3,3%	16,7%	100,0%	
	% dentro de GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 59. Representación gráfica de los niveles de ansiedad y la fase de la enfermedad



Fuente: Elaboración propia

En la ilustración 59 y la tabla 94 se observa el nivel de ansiedad en relación a la fase de la enfermedad, el 100 % de los pacientes que se encuentran en una etapa avanzada de la enfermedad presentan una ansiedad grave. Aquellos pacientes que se encuentran en una etapa moderada el 43% muestran ansiedad leve y el 29% grave. Mientras que los pacientes que se encuentran en una etapa inicial de la enfermedad, el 43% se encuentran con ansiedad moderada y el 14% con ansiedad grave.

Existen pacientes que no saben en qué etapa se encuentra la enfermedad, sin embargo, el desconocimiento, la negación o la no aceptación produce ansiedad en este caso el 58 % de la población de estudio presenta ansiedad grave y el 33% ansiedad leve.

En general se observa que la etapa de la enfermedad avanzada genera mayor ansiedad en los pacientes con cáncer.

4.5 Discusión de resultado

El objetivo de este estudio fue establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer que realizan su tratamiento médico.

Los resultados mostraron que las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad no tienen una relación significativa a nivel general, sin embargo, al realizar un análisis de cada una de las dimensiones de las estrategias de afrontamiento con los niveles de ansiedad se halló que algunas dimensiones de las variables de estudio tienen relación significativa.

Este hallazgo coincide con el estudio realizado en Perú por Velásquez (2018) quien refiere que las dimensiones tanto de ansiedad como de afrontamiento son independientes, es por eso que no se tiene relación del total de las variables.

A diferencia de Ortiz et al., (2014) en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer encontraron una relación significativa entre los niveles de ansiedad y los niveles de autoestima, y entre el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento de solución de problemas, reevaluación positiva y recreación agresiva, así mismo, entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento de solución de problemas, negación, reacción agresiva y la expresión de la dificultad de afrontamiento.

En otras investigaciones nacionales, como el de Calderón (2010) en pacientes con cáncer de mama del Hospital materno Infantil de la Caja Nacional de Salud, identificó que las vivencias y afrontamiento de las pacientes con cáncer depende del contexto en el que se encuentran, del apoyo de la pareja y del apoyo familiar, además influye la edad y la situación económica.

Así mismo, la investigación de Molina (2012) en pacientes oncológicos menciona que la autoestima tiene relación positiva con los estilos de afrontamiento activo, de disentimiento conductual, de reinterpretación positiva y crecimiento, además de reflejar correlación negativa con los estilos de afrontamiento como la aceptación, el de acudir a la religión, el disentimiento cognitivo y el de enfocar y liberar emociones.

Con respecto a los objetivos específicos, los resultados evidenciaron que el estilo de afrontamiento frecuentemente utilizado por los pacientes con cáncer del Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO) es el afrontamiento enfocado en la emoción como el de acudir a la religión, la búsqueda de apoyo social (por razones emocionales), la reinterpretación positiva y el crecimiento, las cuales tienen relación con los niveles de ansiedad. Así mismo, otra de las estrategias de afrontamiento más recurrente entre los pacientes es la negación.

Estos resultados guardan relación con algunas categorías de este estudio realizado por Gonzales (2018), en pacientes con cáncer de mama quien encuentra una relación significativa entre acudir a la religión y la reinterpretación positiva a diferencia de las

estrategias de afrontamiento como de planificación y el uso del humor las cuales tienen relación significativa, en tanto que, no existe relación significativa con la negación.

A su vez, Enríquez (2010) identificó en pacientes con cáncer de seno que la estrategia de afrontamiento religión es la más empleada por los sujetos investigados, asociada a la reducción de la ansiedad producida por el diagnóstico, el tratamiento y los efectos colaterales del mismo. La segunda estrategia más empleada es la solución de problemas, la cual favorece una mejor adaptación psicológica a lo largo de la enfermedad. La autora muestra también en sus resultados sobre la negación y la evitación cognitiva, como estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes, en tanto que el negar la situación estresante permite experimentar una minimización de la ansiedad producida por la enfermedad y sus implicaciones protegiéndolas del estrés. En tanto, que la negación como la evitación pueden contribuir al abandono del tratamiento.

El presente estudio evidenció también la presencia de ansiedad en los pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el IBRO, los cuales presentan diferentes niveles de ansiedad en todo el proceso de la enfermedad, es así que pacientes que se encuentran en una primera etapa de la enfermedad el nivel de ansiedad es moderada, por otro lado, los pacientes que se encuentran realizando su tratamientos médicos por un periodo frecuente el nivel de ansiedad va disminuyendo a leve, mientras que los pacientes que se encuentran en una etapa avanzada de la enfermedad el nivel de ansiedad es grave. Si bien se puede observar que la ansiedad está presente en todo el proceso de la enfermedad, ésta varía en función de la etapa en la que se encuentra la enfermedad, de la adaptación y aceptación del cáncer.

Estos resultados tienen relación con la investigación de Rios (s.f.) menciona que las pacientes con cáncer de mama quien menciona que la mayoría de los casos de estudio en depresión y ansiedad se manifiestan con mayor intensidad cuando son diagnosticadas, la cual va decreciendo en el proceso de la enfermedad pero que aún continúa, sin embargo,

al afrontar la situación y al someterse a un tratamiento médico optan por un pensamiento más positivo.

Con respecto a los niveles de ansiedad y el género se observó que las mujeres presentan un nivel grave de ansiedad a diferencia de los varones, aún más se incrementa el nivel de ansiedad en mujeres jóvenes, el hecho de atravesar por una enfermedad crónica como el cáncer hace que modifique casi completamente sus planes de vida.

Así como indican que la ansiedad es la forma más común de distrés que experimentan los pacientes oncológicos, McFarlane y Sony, 1992; Benedict Williams y Baron, 1994, encontraron en algunas investigaciones que existen niveles altos de ansiedad y preocupación en las mujeres que se encuentran en espera de los resultados de la biopsia (Jorques, 2015), así mismo, otras investigaciones como el de Valencia (2006) muestran también que población en general con esta patología la ansiedad es más prevalente en el sexo femenino y en personas jóvenes.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En la presente investigación realizada sobre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad en pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO), se concluye:

En cuanto a los datos sociodemográfico, refleja un porcentaje mayor de 73% del género femenino con diagnósticos de cáncer siendo un grupo más propenso al de los varones. El estudio muestra también, que los pacientes con cáncer en su mayoría en un 47% son personas adultas de 51 años de edad hacia adelante, un 40% de la muestra de estudio son casados y conviven con la pareja y los hijos quedando como una red de apoyo de una familia nuclear, en tanto que un porcentaje menor muestra también la convivencia de un solo progenitor y los hijos, reflejando una familia monoparental.

Además, los pacientes que realizaron su tratamiento en el IBRO en mayor cantidad 33% proceden de la ciudad de El Alto, otros vienen de diferentes departamentos como Santa Cruz, Cochabamba Tarija y de diferentes provincias de La Paz. En relación al nivel de instrucción el 40% de los pacientes con cáncer realizaron sus estudios hasta el ciclo secundario y algunos efectuaron estudios superiores. Respecto al ámbito laboral existe un porcentaje similar del 27% de los pacientes que tienen empleo y de labores de casa.

En relación a los datos de la enfermedad, el tipo de cáncer que más se presenta es el cáncer de cuello uterino con un 37%, seguida del cáncer de mama en las mujeres y en los varones el cáncer de estómago y cáncer de próstata en menor número. En cuanto a los tratamientos un 43% de la población de estudio realiza quimioterapia y radioterapia al mismo tiempo a su vez el estudio refleja que el 37% conocen el tiempo de su

diagnóstico hace 6 meses a 1 año aproximadamente, pero desconocen en qué etapa o fase de la enfermedad se encuentra el cáncer.

En lo que refiere al objetivo general, la investigación realizada sobre estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad en pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el Instituto Boliviano de Radioterapia y Oncología (IBRO), determinó que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio de manera general, por lo cual, se establece que las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad son independientes.

En una estimación global del afrontamiento, se encontró que las estrategias de afrontamiento en los pacientes con cáncer es un proceso continuo de interacción constante con la situación estresante, es decir que, se emplea de algún modo estrategias de afrontamiento en cada interacción en el que está sujeto el paciente con la enfermedad, incluso, como Lazarus y Folkman (1986) refieren que si la persona no decide interactuar con estos aspectos, aquí también está asumiendo un modo de afrontamiento. Si bien, los pacientes tendrán que hacer frente a momentos potencialmente estresantes, las estrategias de afrontamiento varían a lo largo de la evolución de la enfermedad ya sea, en función de la valoración personal, del nivel previo de la adaptación, de las redes de apoyo o de las actitudes religiosas y espirituales.

Por otra parte, se pudo evidenciar que los pacientes con cáncer que realizan su tratamiento médico presentan niveles de ansiedad grave, la cual se refleja sobre todo cuando los pacientes reciben los resultados de las pruebas médicas que dan como efecto un diagnóstico positivo de cáncer y cuando se encuentran en un cuadro patológicos en grados avanzados, ahí se incrementa de manera importante la ansiedad, y no así, en el proceso mismo de la enfermedad. Los resultados del estudio demostraron que los pacientes con cáncer en una etapa inicial incrementan la ansiedad a un nivel moderado, a diferencia de los pacientes con cáncer que se encuentran en un proceso de tratamiento de

la enfermedad presentan un nivel de ansiedad leve y en una etapa avanzada de la enfermedad (cáncer metastásico) el nivel de ansiedad es grave.

Por tanto, los pacientes oncológicos que realizan su tratamiento médico presentan diferentes niveles de ansiedad en el proceso de la enfermedad, de manera que, los pacientes que se encuentran en la primera etapa de la enfermedad e inician sus tratamientos médicos el nivel de ansiedad es moderada, en tanto, que los pacientes que se encuentran en una etapa moderada de la enfermedad (fases II y fase III) y quienes se encuentran en un tratamiento frecuente el nivel de ansiedad disminuye a leve, mientras los pacientes que están en una etapa avanzada (fase IV) donde el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo presentan una ansiedad grave.

En vista de que las estrategias de afrontamiento es una variable constante y cambiante en los pacientes con cáncer y los niveles de ansiedad varían en el proceso de la enfermedad, no se encontró una relación significativa entre ambas variables de manera general. Sin embargo, existen algunas dimensiones de las estrategias de afrontamiento que tienen relación con los niveles de ansiedad.

- Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento enfocado en el problema con los síntomas autonómicos de la ansiedad. Los pacientes con cáncer emplean estrategias de afrontamiento enfocado en el problema, como el buscar información acerca de la enfermedad, analizar y planificar para hacerle frente a la situación y postergar otros asuntos para concentrarse plenamente en el evento estresante, los cuales ayudan a manejar los síntomas de la ansiedad como la dificultad para respirar, la sensación de ahogo y la aceleración del corazón.
- Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento enfocado en la emoción con los síntomas autonómicos de la ansiedad. Los pacientes buscan regular la respuesta emocional ante el cáncer, con estrategias que permitan reinterpretar positivamente la situación; el acudir a la religión como una forma

de encontrarle sentido a la enfermedad y reforzar su expectativa de curación, el buscar apoyo y comprensión de los demás, el expresar sentimientos negativos y aceptar el hecho como algo inmodificable, estos modos de afrontamiento permiten mitigar algunos síntomas de la ansiedad.

- Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento de acudir a la religión con los niveles de ansiedad. La dimensión espiritual es un aspecto importante dado que los pacientes se apropian de las creencias espirituales a fin de sentir tranquilidad y poder sobrellevar la enfermedad, acciones como la oración, el pedir a Dios que le ayude, confiar en Dios, rezar más que de costumbre y encontrar consuelo en la religión produce relajación y reduce la ansiedad general, además que este modo de estrategia de afrontamiento favorece la adherencia al tratamiento.

- Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento de la negación y los niveles de ansiedad. Este estilo de afrontamiento se presenta con la finalidad de mantener el equilibrio emocional, el negarse a creer lo que está pasando, el pensar que ningún problema a ocurrido y frases como “no puedo creer que esto me esté pasando a mí”, son estrategias de afrontamiento de uso temporal, ya que, de no ser así, llegan a ser disfuncional y pueden llegar a generar efectos adversos en los niveles de ansiedad.

En relación a los objetivos específicos, los estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el IBRO tienden a emplear con frecuencia el estilo de estrategias de afrontamiento centrado en la emoción, como búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, acudir a la religión y enfocar y liberar emociones.

En lo que refiere a las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes con cáncer, se concluye que acuden a la religión en un nivel alto. El acudir a la religión para muchos juega un papel importante en la forma en que enfrenta a la enfermedad.

Sherman y Simonton (2001), sostienen que a una mayor participación religiosa parece estar asociada con un estilo cognitivo de mejor adaptación a la situación difícil.

Otra estrategia de afrontamiento más utilizadas por los pacientes oncológicos es la negación, al emplear regularmente la negación como estrategia genera graves niveles de ansiedad. Desde el enfoque situacional Lazarus (2000) refiere que la negación o la ilusión (considerada como una forma más sana de negación) impiden la necesaria acción adaptativa, es probable que sea perjudicial.

Así mismo, la estrategia de apoyo social por razones emocionales de afrontamiento que utilizan los pacientes oncológicos en un nivel bajo presenta mayores niveles de ansiedad, en tanto, es importante contar con el apoyo moral y la comprensión de los demás ayuda a reducir los niveles de ansiedad y a sobrellevar la enfermedad.

Lazarus (1969) indica que la sensación de ansiedad es seguida por ciertas estrategias de afrontamiento que permite ajustarse a la situación amenazante y disminuir los síntomas ansiosos.

Con respecto a los niveles de ansiedad y los datos sociodemográficos en los pacientes con cáncer que realizan su tratamiento en el IBRO, se observó que el género que presenta un nivel grave de ansiedad es el femenino a diferencia del género masculino que presentan en su mayor proporción ansiedad leve y quienes presentan ansiedad grave es el grupo etario de 21 a 30 años de edad, lo cual indica que en la etapa adulto joven al atravesar por una enfermedad crónica como el cáncer hace que modifique sus planes de vida y llegar a sentir que está perdiendo su autonomía cuando apenas estaba intentando ganársela, además de la ausencia del seguro médico y los altos costos de los tratamientos afectan en el estado emocional del paciente.

La actividad laboral de las personas con cáncer ha representado un factor de ansiedad, la actividad laboral depende de la etapa del cáncer, del tipo de tratamiento y del tipo de

trabajo que realice, algunas personas deciden trabajar mientras reciben el tratamiento siempre y cuando su salud así lo permita, y las condiciones laborales que pueda ofrecerle el empleador, a pesar de que, la persona con cáncer predisponga toda la voluntad de continuar trabajando muchas veces son rebasados por los efectos secundarios que acarrea algunos tratamientos por lo que, solicitan darse de baja en este período, sin embargo, las constantes solicitudes por bajas médicas hacen a que sean incomprendidos y despedidos del trabajo.

Por otro lado, las personas con cáncer que realizan actividades económicas informales como el comercio, amas de casa y otros, no cuentan con seguro médico, por lo que les hace más difícil sobrellevar la enfermedad, según Sánchez (2018, p. 44) “las amas de casas y trabajadores por cuenta propia están más propensos a fallecer por cáncer probablemente se deba al estrés en sus actividades”.

Las personas diagnosticadas con cáncer están expuestas a una serie de cambios en su vida, durante este período la persona es sometida a diferentes tratamientos que en algunas cosas imposibilitan realizar sus actividades habituales.

En relación a los niveles de ansiedad y el tipo de cáncer, muestra que las pacientes que presentan niveles de ansiedad grave son mujeres quienes han sido diagnosticadas con cáncer de mama, y en hombres quienes han sido diagnosticados con cáncer de estómago. En lo que respecta al tipo de tratamiento y a la fase de la enfermedad, los pacientes que realizan radioterapia y quimioterapia simultáneamente se encuentran con altos niveles de ansiedad, como de aquellos pacientes que se encuentran en una etapa avanzada de la enfermedad.

5.2 Recomendaciones

- Es muy importante identificar y tratar la ansiedad en los pacientes con cáncer, siendo que puede afectar y disminuir la capacidad para tolerar el tratamiento

sobre todo los efectos secundarios, para ello se recomienda el acompañamiento constante de un profesional en psicología en los centros hospitalarios que atienden a esta patología. Además, de poder identificar los niveles de ansiedad en cada etapa de la enfermedad y realizar programas de intervención psicológica para reducir los niveles de ansiedad en los pacientes oncológicos.

- Se recomienda trabajar en el aumento del afrontamiento de la enfermedad para la adherencia al tratamiento.
- Realizar programas de intervención psicológica para pacientes con cáncer para desmitificar la relación entre cáncer y muerte.
- Es necesario desarrollar nuevos estudios en el ámbito boliviano, especialmente los niveles de ansiedad relacionados con los efectos secundarios que producen en el paciente oncológico los diferentes tratamientos como la quimioterapia, la radioterapia, la cirugía u otros tratamientos.
- Realizar programas de contención y de apoyo para los familiares quienes acompañan a sus seres queridos en el transcurso de sus tratamientos y en el proceso de la enfermedad del cáncer.
- Realizar estudios sobre la temática planteada, desde un enfoque cualitativo con diseño longitudinal la cual permita obtener testimonios acerca de la experiencia, sentimientos y percepciones de los pacientes con cáncer en cada etapa de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Arce Vargas, C. (2020). *Control ciudadano 34: Crisis sanitaria, economía y políticas públicas*. Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario (CEDLA). Recuperado de <https://cedla.org/publicaciones/cedla/control-ciudadano-34-crisis-sanitaria-economia-y-politicas-publicas/>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-5)*. España: 5ta ed. Arlington, VA.
- Agencia Boliviana de Energía Nuclear (2018). *ABC Nuclear: 74 preguntas y respuestas sobre las Tecnologías Nucleares*. Bolivia: ABEN. Primera edición
- American Society of Clinical Oncology ASCO (2018), *Que es la radioterapia*. Recuperado de <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atencion-del-c%C3%A1ncer>
- American Cancer Society (2019). *Inmunoterapia*. Recuperado de [cancer.org/content/CRC/PDF/Public/9448.00.pdf](https://www.cancer.org/content/CRC/PDF/Public/9448.00.pdf)
- Almanza, J. & Holland J. (2000). *Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras*. Revista del Instituto Nacional de Cancerología, 46 (3), 196-206
- Almanza J. & Juárez I. (2011). *Abordaje psicoterapéutico en pacientes con cáncer de mama*. Revista Neurología, Neurocirugía y psiquiatría, 44 (4), 133-141
- Ansorena, A.; Cobo, J. y Romero I. (1983). *el Constructo ansiedad en psicología: una revisión*. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=65892>
- Asociación Española contra el Cáncer (s.f.). *Fases y etapas del cáncer*. Recuperado de https://www.aecc.es/es/todo_sobre_cancer/que_es_cancer/fases
- Barroilhet, D.S., Forjaz, M.J. & Garrido, L. E. (2005). *Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer*. Recuperado de <http://www.cuidospaliativos.org/uploads/2010/05/conceptos>
- Finck, B.C. & Forero, F. M.J. (2011). *Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Análisis preliminar de datos*. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-AnsiedadYDepresionEnPacientesConCancerDeSenoYSuRel-4865234.pdf>
- Finck Barboza, C. y Forero Forero M.J.2

- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1998). *Manual de Psicopatología*. España: McGraw-Hill/Interamericana
- Bonsel G. Rutten, Uyl-de G. (1993). *Economic evaluation alongside cancer trials: Methodological and practical aspects*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/095980499390610R>
- Cáceres, María Luisa; Ruiz, Mata Francisca; Germà, Lluch José Ramón & Busques, Carlota Cristina (2007). *Manual para el paciente oncológico y su familia*. Barcelona: 1ra. Edición
- Calderón Suarez, M. (2010). *Vivencias y afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama en el Hospital Materno Infantil C.N.S. 2008*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia.
- Carver, C. & Scheiler, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Charles-Carver-7/publication/15071901_Situational_Coping_and_Coping_Dispositions_in_a_Stressful_Transaction/links/5666e0ff08aea62726ed55a1/Situational-Coping-and-Coping-Dispositions-in-a-Stressful-Transaction.pdf
- Clark, D. & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad: ciencia y práctica*. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Cruz, R. A. (2013). *Psicooncología*. (Tesis de Maestría, Universidad de Almería). Recuperado de <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3150/trabajoCruzRomero.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Defensoría del Pueblo del Estado Plurinacional de Bolivia (2020). *Defensoría del pueblo promueve la inamovilidad laboral de personas con cáncer para garantizar su atención en salud*. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.bo/>
- Díaz, Hernández Maximino (2014). *Relación entre personalidad, Afrontamiento y apoyo social con burnout, calidad de vida profesional y salud, en bomberos de Gran Canaria*. (Tesis doctoral Universidad de las Palmas de Gran Canaria). Recuperado de https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/12978/4/0705687_00000_0000.pdf

- Enríquez, M. (2010). Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v12n1a02.pdf>
- Enciso, Hernández & Romero (2017) estrategias de afrontamiento en la calidad de vida del paciente adulto joven ante la quimioterapia en el servicio de hospitalización de una clínica, 2017, (tesis postgrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia). Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12866/964>
- González, Gonzáles A., Tenorio Romero, A & Vintimilla Vásquez A. (2015). *Prevalencia y factores de riesgo de depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer en las áreas de clínica, cirugía y ginecología en el hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014-2015* (tesis de grado, Universidad de Cuenca). Recuperado de <http://dspace.ucenca.edu.ec/handle/123456789/22503>
- Gonzales, G. (2018). Afrontamiento y Apoyo social ante el diagnóstico reciente de cáncer de mama (Tesis, Universidad Católica del Perú). Recuperado de https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/biststream/handle/20.500.12404/Gonzales_Castillo_afrontamiento
- Hernández, S. R., Fernández, C.C., & Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta ed.). México: McGraw - Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Hernández, S. R., Fernández, C.C., & Baptista, L. P. (1999). *Metodología de la investigación*. (2da ed.). México: McGraw - Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Instituto Nacional del Cáncer (2015). *Estadios de la enfermedad*. Recuperado de <https://cancer.gov/español>
- Instituto Nacional del Cáncer (2020). *Formas de ayudar a los sobrevivientes de cáncer a afrontar la ansiedad y el sufrimiento por la enfermedad*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2020/sobrevivientes-cancer-control-ansiedad-sufrimiento>
- Kübler-Ross, Elisabeth (2015). *Sobre el duelo y el dolor*. España: Luciérnaga
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Martínez Roca S.A.

- Masiee, M. y Greemberg, D. (2006). *Tratado de medicina Psicosomática*, Barcelona: Levenson J. editor.
- Ministerio de Energías (2019). *Marco Programático Nacional de Cooperación Técnica con el OIEA 2018 – 2019*. Bolivia: Editorial Imperia Srl
- Ministerio de Salud y Deportes (2009). *Plan nacional de prevención, control y seguimiento de cáncer de cuello uterino (2009 - 2015)*. Bolivia: Documentos técnicos normativos.
- Ministerio de Salud y Deportes (2018). *Cuatro tipos de cáncer son más recurrentes en Bolivia*. Recuperado de: minsalud.gob.bo/3101-cuatro-tipos-de-cancer-son-los-mas-recurrentes-en-boliva
- Ministerio de Salud y Deportes (2019). *El cáncer no discrimina juntos podemos prevenir y detectar*. Recuperado en: minsalud.gob.bo/3894-el-cancer-no-discrimina-juntos-podemos-prevenir-y-detectar
- Moral de la Rubia, J. y Miaja Ávila, M. (2015). *Contraste empírico del modelo de cinco fases de duelo de Kübler-Ross en mujeres con cáncer*. *Pensamiento psicológico*, 13 (1), 7-25. doi: 10.11144/javerianacali.PPS113-1.cemc
- Moreno, C.C., Moreno, V.F. & Moreno, V.A. (2013). *Estrategias Metodológicas*. La Paz-Bolivia.
- Molina Delgado, P. (2012). *Afrontamiento y autoestima en pacientes oncológicos del Hospital Miliar Central de La Paz*. (Tesis inédita). Universidad Mayor de San Andrés. Bolivia
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y Calidad de vida*. México: Thomson
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Cancer*. Recuperado de who.int/es/news-room/fact-sheets/cancer
- Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *Programa de cáncer*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:cancer-
- Ortiz, E., Méndez, L., Camargo, J., Chavarro, S., Toro, G., & Vernaza, M. (2014). *Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer*. Recuperado de <https://www.scielo.org.co/pdf/psych/v8n1a08.pdf>

- Página Siete Diario Nacional Independiente (2016). *En el Alto opera el único acelerador lineal moderno del país y es privado*. Recuperado de <https://www.paginasiete.bo/gente/2016/1/18/alto-opera-unico-acelerador-lineal-moderno-pais-privado-83707.html>
- Richard L. Schilsky (2020). *Preguntas frecuentes sobre el covid -19 y el cáncer: respuestas para pacientes y sobrevivientes*. Recuperado de <https://www.cancer.net/es/blog/2020-06/preguntas-frecuentes-sobre-el-covid-19-y-el-c%C3%A1ncer-respuestas-para-pacientes-y-sobrevivientes>
- Ríos Medrano, V. (2016). *Desgaste emocional como causa de la aceleración del proceso de la enfermedad en pacientes mujeres con cáncer de mama del Hospital de Clínicas de La Paz*. (Tesis inédita). Universidad Mayor de San Andrés. Bolivia
- Roche Farma, S.A. (2011). *Hablemos de El cáncer de mama*. Barcelona. AVC, Activos de Comunicación Visual.
- Rodríguez Casso, M. (2016). *Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en el personal de terapia y rehabilitación física-mental del Instituto Departamental de Adaptación Infantil*. (Tesis inédita). Universidad Mayor de San Andrés, La Paz Bolivia.
- Sánchez Gómez, Z. (2018). *Situación de Mortalidad por cáncer en la ciudad de La Paz y El Alto durante el primer semestre del año 2017*. (Tesis de Maestría). Universidad Mayor de San Andrés, La Paz – Bolivia
- Sierra, Jc., Ortega. V. & Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferencia*. Recuperado de: pepsic.bvasalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf
- Sociedad Española de Oncología Médica (2016). *Qué es el cáncer y como se desarrolla*. Recuperado de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Soriano, J. (2002). *Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicología*. Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. México: McGraw Hill
- Tintaya, C. P. (2014). *Proyecto de investigación*. La Paz – Bolivia: 2da. Edición. Instituto de Estudios Bolivianos

- Valencia SC. (2006). *Depresión en personas diagnosticadas con cáncer*. Recuperado de:
http://pepsic.bvsalud.org/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200006&lng=pt&nrm=iso.ISSN 1794-9998
- Velásquez, L. (2018). Niveles de ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños oncológico internado en un Hospital General de Lima. (Tesis de maestría, Universidad de San Martín de Porres) Recuperado de
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/4049>
- Wade C, Tavis C. (2003). *Psicología*. México: Pearson.
- Zorrilla, I. (s.f.) Impacto emocional y social del cáncer. Recuperado de
<https://docplayer.es/8669486-Impacto-emocional-y-social-del-cancer.html>

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO: DATOS PERSONALES

Instrucción: Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas que se presentan a continuación y marque con una "X" la categoría que corresponda. La información que nos brinde será estrictamente confidencial.

1. Género: F M

2. Edad:
a) 21 - 30 años b) 31- 40 años c) 41- 50 años d) 51 o más

3. Nivel de instrucción:
a) Primaria b) Secundaria c) Técnico d) Licenciatura

4. Estado civil:
a) Soltero(a) b) Casado (a) c) Concubinato d) Divorciado f) Viudo(a)

5. Procedencia:
a) Provincia b) El Alto c) La Paz d) Del Interior

6. ¿Con quién vive?
a) Progenitores b) Pareja c) Hijos d) Pareja e hijos e) hermanos

7. Ocupación:
a) Empleado(a) b) Comercio c) Labores de casa d) Otro.....

8. Tipo de cáncer
a) Cuello uterino b) Mama c) Próstata d) Estomago e) Otro.....

9. Tiempo del diagnóstico
a) Menos de 6 meses b) 6 meses a 1 año c) de 1 a 3 años d) de 3 a 5 años

10. Tipo de tratamiento
a) Radioterapia b) Radio y Quimioterapia c) Radio y Braquiterapia e) Otro

11. Fase de la enfermedad:
a) Inicial b) Moderada c) Avanzada d) No sabe

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE ESTIMACIÓN DEL AFRONTAMIENTO (COPE)

Instrucciones

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrenta a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en su vida.

Hay muchas maneras de manejar esas situaciones. Este cuestionario le pide señalar que es lo que usted generalmente hace o siente cuando experimenta ese tipo de situaciones naturalmente, en diferentes situaciones usted puede reaccionar en forma diferente, pero piensa que es lo que habitualmente usted hace.

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones sobre formas de actuar o de sentir en esas situaciones. Señale en cada una de ellas si coinciden o no con su propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

1= casi nunca hago eso

2= a veces hago eso

3= generalmente hago eso

4=casi siempre hago eso

No importa lo que la mayoría diría o haría. No existe frases correctas ni incorrectas.

Elija la respuesta más adecuada para usted y conteste con la mayor sinceridad posible.

Conteste marcando con un aspa (X) dentro del casillero que corresponde al número que mejor describa su respuesta.

N°	AFIRMACIONES	Casi nunca hago eso	A veces hago eso	Generalmente hago eso	Casi siempre hago eso
1	Me esfuerzo mucho con tal de superar mis problemas				
2	Trato de encontrar cuales son las cosas que tengo que hacer para solucionar mis problemas				
3	Me dedico solamente a mis problemas y dejo de lado todo lo demás				
4	Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo que me ayude a solucionar mis problemas				
5	Pregunto a personas con problemas similares a los míos lo que hicieron para solucionarlos				
6	Le cuento a alguien cómo me siento				
7	Trato de encontrar el lado positivo de mis problemas				
8	Aprendo a vivir con mis problemas				
9	Le pido a Dios que me ayude				
10	Me molesto y expreso todo lo que siento				
11	Me niego a creer que esta pasando				
12	Dejo de esforzarme por conseguir lo que quiero				
13	Me dedico al trabajo o hago otra cosa para no pensar en mis problemas				
14	Me esfuerzo mucho por hacer algo respecto a mis problemas				
15	Pienso bien en las cosas que tengo que hacer para solucionar mis problemas				
16	Me dedico solamente a mis problemas y, si es necesario, dejo				

Estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad en pacientes con cáncer

	de lado otras cosas				
17	No hago nada hasta que la situación se aclare				
18	Le pido a alguien que me aconseje sobre lo que tengo que hacer				
19	Busco el apoyo de amigos o parientes				
20	Trato de entender mis problemas de otra manera para que se vean más positivos				
21	Acepto mis problemas y el hecho de que no puedo cambiarlos				
22	Pongo mi confianza en Dios				
23	Expreso lo que siento				
24	Me hago a la idea de que nada ha ocurrido				
25	Dejo de intentar conseguir lo que quiero				
26	Me voy al cine o veo televisión para no pesar tanto en mis problemas				
27	Hago paso a paso lo que debe hacerse para solucionar mis problemas				
28	Pienso bien en lo que tengo que hacer para resolver mis problemas				
29	No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades				
30	Me aseguro de no empeorar las cosas actuando rápidamente sin pensar				
31	Hablo con quien pueda darme mas información sobre la situación				
32	Le cuento a alguien como me siento				
33	Aprendo algo bueno de mis problemas				
34	Me hago la idea de que el hecho ya sucedió				
35	Trato de encontrar consuelo en mi religión				
36	Siento que me altero mucho y que expreso demasiado todo lo que siento				
37	Hago como si ningún problema hubiera ocurrido				
38	Reconozco que no puedo más con mis problemas y dejo de hacer algo por resolverlos				
39	Pienso en cosas diferentes a mis problemas				
40	Hago lo que tengo que hacer para solucionar mis problemas				
41	Pienso en cómo podría enfrentar mejor mis problemas				
42	Trata de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos				
43	Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente				
44	Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre mis problemas				
45	Voy donde alguien que me acepte y me comprenda				
46	Trato que los problemas vividos me ayuden a madurar				
47	Acepto la realidad de lo sucedido				
48	Rezo más que de costumbre				
49	Me molesto y me doy cuenta de lo sucedido				
50	Me digo “no puedo creer que esto me esté pasando a mi”				
51	Me esfuerzo menos por solucionar mis problemas				
52	Duermo más de lo usual				

ANEXO 3

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

A continuación, hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectada por cada uno de ellos durante la última semana, incluida el día de hoy rodeando con un círculo el número correspondiente.

0= En Absoluto

1=Levemente, no me molesta mucho

2=Moderadamente, muy desagradable, pero podía soportarlos

3= Gravemente, casi no podía soportarlo

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Gravemente
SIENTO				
1.- Hormigueo o entumecimiento	0	1	2	3
2.- Sensación de calor	0	1	2	3
3.- Debilidad en las piernas	0	1	2	3
4.- Incapacidad para relajarme	0	1	2	3
5.- Miedo a que suceda lo peor	0	1	2	3
6.- Mareos o vértigo	0	1	2	3
7.- Palpitaciones o taquicardia	0	1	2	3
8.- Sensación de inestabilidad	0	1	2	3
9.- sensación de estar aterrorizada	0	1	2	3
10.- Nerviosismo	0	1	2	3
11. Sensación de ahogo	0	1	2	3
12.- Temblor de manos	0	1	2	3
13.- Temblor generalizado o entumecimiento	0	1	2	3
14.- Miedo a perder el control	0	1	2	3
15.- Dificultad para respirar	0	1	2	3
16.- Miedo a morir	0	1	2	3
17.- Estar asustada	0	1	2	3
18.- Indignación o molestias en el abdomen	0	1	2	3
19.- sensación de irse a desmayar	0	1	2	3
20.- Rubor facial	0	1	2	3
21.- sudoración (no debida al calor)	0	1	2	3

ANEXO 4.

FICHA TÉCNICA COPE

Nombre:	Cuestionario de Estimación del Afrontamiento
Autores:	Carver, Scheier & Weintraub
Creado:	Año 1989, adaptado por Cassuso, 1996. Perú
Aplicación:	Individual o colectiva
Población:	16 años a más
N° de ítems:	52 ítems
Duración:	15 a 20 minutos aproximadamente
Finalidad:	Evalúa como responde la persona usualmente en situaciones estresantes
Significación:	Área clínica
Dimensiones:	Estilo de afrontamiento general: <ul style="list-style-type: none">- Enfocado en el problema- enfocado en la emoción- otros estilos menos útiles.
Material:	Inventario de Preguntas, Lápiz, Borrador

ANEXO 5.

FICHA TÉCNICA BAI

Nombre:	Inventario de Ansiedad de Beck
Autores:	Aaron T. Beck
Creado:	año 1988
Aplicación:	Individual
Población:	17 años a más
N° de ítems:	21 ítems
Duración:	10 a 15 minutos aproximadamente
Finalidad:	Indica la severidad de la sintomatología.
Significación:	Área clínica
Dimensiones:	Consta de 4 factores: <ul style="list-style-type: none">- Subjetivos- Neurofisiológicos- autonómico- vasomotores:
Material:	Inventario de Preguntas, Lápiz, Borrador